

C 33 90

Harald Siebke ist zu früh von uns gegangen. Sein Forschen, Lehren und Wirken aus dem Geist eines zutiefst menschlich geprägten universellen Humanismus sind unvergessen. Sie verpflichten seine

Schüler, dem leuchtenden Vorbild, das er ihnen im Leben war, nun in der Verbundenheit treuen Gedankens zu folgen.

Stürmer, Bonn

FRAGEN AUS DER PRAXIS

Frage: Welche diätetischen Maßnahmen können die Bildung von Oxalatsteinen verhindern?

Antwort: Therapeutische und diätetische Maßnahmen, die das Entstehen von Calciumoxalatsteinen in den Harnwegen mit Sicherheit verhindern, kennen wir bis heute nicht. Jede Obst- und Gemüsesorte ist erlaubt. Es ist mehr Glaubenssache, wenn man Rhabarber, Spinat und Tomaten verbietet. Alle drei Gemüsesorten sind keine Volksnahrungsmittel, und gerade die Tomaten enthalten am allerwenigsten Oxalsäure. Es genügt, darauf zu achten, daß nicht Rhabarber und Spinat zu den regelmäßig wöchentlich genossenen Gemüsen werden. Wichtiger ist es, für die tägliche Zufuhr von 2 bis 3 l Flüssigkeit zu sorgen, wobei Milch als Getränk ausscheiden soll. Die Ernährung darf nicht einseitig eiweiß- und fettreich sein, sie muß vielmehr einer gemischten Kost entsprechen. Durch unsere heutige in der Regel an Säureäquivalenten zu reiche, wasserarme Kost (Protein und Fett) wird oft eine latente Stoffwechselacidose gefördert. Die Niere scheidet dabei einen konstant sauren Harn von pH 4,8 bis 5,5 aus, in dem das Kristallisieren von Calciumoxalat und Harnsäure begünstigt ist. Therapeutisch ist in diesen Fällen zu kuren mit Eisenbergscher Lösung (2 g Citronensäure, 3 g Natriumcitrat und 3,3 g Kaliumcitrat in 30 ml Sirupus simplex) oder alkalischen Mineralwässern zu raten. Der pH der Harnportionen soll damit auf gleichmäßige Werte zwischen 5,8 bis 6,8 eingestellt werden. Dann ist die Kristallisationsbereitschaft des Harnes wegen besserer Löslichkeit der Harnsäure und größerer Stabilität der harneigenen Chelate mit Calcium und Oxalsäure geringer. — Literatur: Dulce, H.-J.: Der Urologe 1 (1962), 233; Der Internist 3 (1962), 684.

Prof. Dr. H.-J. Dulce, Institut für angewandte Physiologische Chemie und Klinische Chemie der Freien Universität, Berlin-Dahlem, Arnimallee 22

Frage: Gilt die Befürchtung einer kindlichen Mißbildung infolge Rh-Inkompatibilität als Indikation zur Interuptio?

Antwort: Bei der Beantwortung der Leseranfrage ist zu bedenken, daß nach dem geltenden und wohl auch nach dem künftigen deutschen Recht eine Schwangerschaftsunterbrechung nur dann legalisiert ist und genehmigt werden kann, wenn durch das weitere Austragen der Gravidität eine ernsthafte Gefährdung des mütterlichen Lebens zu erwarten ist. Während die „mütterliche Indikation“ zur Schwangerschaftsunterbrechung in der deutschen Rechtsprechung verankert ist, ist die „kindliche Indikation“ wegen zu erwartender Schäden des Neugeborenen ohne eine entsprechende Rechtsgrundlage geblieben, obwohl ihre Berechtigung wiederholt ernsthaft diskutiert worden ist (Kepp, Naujoks). In Übereinstimmung mit der Auffassung von Muth stellt die Befürchtung einer

kindlichen Mißbildung infolge einer Rhesus-Inkompatibilität demnach in der Regel keine Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung dar. Eine — wenn auch sicher extrem seltene — Ausnahme von dieser Auffassung liegt lediglich dann vor, wenn die werdende Mutter durch die befürchtete Mißbildung ihres Kindes in eine echte Depression mit Suizidabsichten, also in den Zustand einer ernst zu nehmenden Gefährdung ihres eigenen Lebens gerät. In diesem Falle liegt anstelle der „kindlichen“ eine echte „mütterliche“ Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung vor. Die Begutachtung in einem derartigen Falle wird allerdings durch einen sehr erfahrenen Psychiater zu erfolgen haben, da ähnlich wie bei einer Schwangerschaft durch angebliche Vergewaltigung häufig nicht eine echte Depression, sondern das Streben der Mutter, die unerwünschte Gravidität zu beseitigen, im Vordergrunde ihrer Überlegungen steht. Hinzu kommt ferner, daß nach dem neuen Schrifttum ein echter ursächlicher Zusammenhang zwischen der Entstehung kindlicher Mißbildungen und einem Morbus haemolyticus neonatorum, abgesehen von älteren Mitteilungen (Mellinghof, Wiener, Zollinger) und einigen Einzelbeobachtungen, die jedoch keine ausreichende Beweiskraft besitzen, aufgrund von Überprüfungen an einem größeren Krankengut (Schulze: Überprüfung an 1028 Fällen eines Morbus haemolyticus neonatorum) nicht mit ausreichender Sicherheit vorzuliegen scheint.

Prof. Dr. G. Oehlert, Universitäts-Frauenklinik, Gießen, Klinikstr. 32

Frage: Was ist über Gewichtsreduktionen nach der Menopause bekannt?

Antwort: Statistische Untersuchungen über die Häufigkeit einer Gewichtsabnahme im Klimakterium sind mir nicht bekannt. In den meisten Lehrbüchern wird bei der Besprechung des Menopausensyndroms nur die Gewichtszunahme erwähnt. H. Wagner weist in seiner Monographie „Das Klimakterium der Frau“ (Stuttgart 1955) darauf hin, daß die Gewichtsveränderungen nach der Menopause weitgehend vom Konstitutionstypus der betreffenden Frau bestimmt werden. Das heißt mit anderen Worten, die asthenisch-leptosome Frau nimmt nach dem Ausfall der Ovarialhormone an Gewicht noch weiter ab und die Pyknika noch mehr zu. Diese Deutung erscheint sinnvoll. Sie wird durch die praktische Erfahrung weitgehend bestätigt.

Prof. Dr. G. K. Döring, Universitäts-Frauenklinik, München 15, Maistr. 11

Frage: Raschere Trunkenheit bei Alkoholgenuß mit dem Strohalm?

Antwort: Die gleiche Beobachtung, daß der Alkohol bei der Aufnahme alkoholischer Getränke, durch einen Strohalm aufgenommen, schneller wirkt, kann man auch machen, wenn man die Getränke mit dem Teelöffel ein-