

## NEKROLOGE

**Heinrich Martius**

1885—1965

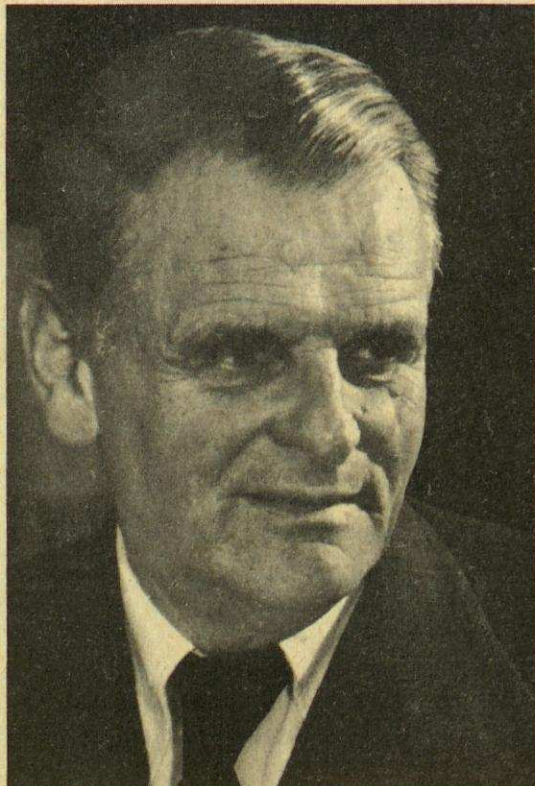
Am 17. Februar 1965 starb Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Heinrich Martius, em. o. ö Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie der Universität Göttingen, wenige Wochen nach seinem 80. Geburtstag, zu dem er, vielleicht ahnend, daß es der letzte sein würde, einen größeren Kreis Verwandter, seiner Freunde und Schüler eingeladen hatte.

Heinrich Martius wurde am 2. 1. 1885 in Berlin als Sohn des späteren Ordinarius für innere Medizin der Universität Rostock, Friedrich Martius, des Begründers der Konstitutionslehre, geboren. Seine Jugend verlebte er in Rostock. Nach Jahren in Berlin und am Hamburg-Eppendorfer Krankenhaus wurde Heinrich Martius 1913 Assistent bei Geheimrat v. Franqué an der Universität Bonn.

Nach Teilnahme am Ersten Weltkriege habilitierte er sich 1919. 1922 wurde er außerordentlicher Professor. Schon 1926 folgte er einem Ruf auf den Göttinger Lehrstuhl als Nachfolger Reifferscheidts. Er hat sich dort von Anfang an so wohl gefühlt, daß er allen Verlockungen und ehrenvollen Berufungen, so nach Freiburg, Berlin und München, widerstand. Er baute die Göttinger Klinik aus, verwuchs mit ihr und Göttingens Georgia-Augusta. Dem jungen Assistenten und Dozenten bot die gynäkologische Radiologie hervorragende Chancen, wie schon die ersten Arbeitsjahre zeigten. Seine Untersuchung über die Standardisierung der Hauterythemdosis, die intensive Mitarbeit an der Einführung der Ionisations-einheiten, die Erarbeitung von Absorptionskurven, die Messung der Rückstreuung, die apparativen Untersuchungen über kleine Ionisationskammern, die röntgenologische Beckenmessung und die ersten Arbeiten über mögliche Strahlenschädigungen des Keimgutes seien als wesentliche Leistungen erwähnt. Vorausschauend sprach er schon 1922 von dem „prophylaktischen Kaiserschnitt“. Das heute Selbstverständliche wurde damals sehr kritisiert.

Auch in Göttingen blieb er seiner Liebe zur gynäkologischen Radiologie treu. Er ging zur fraktionierten Bestrahlung über, ließ das Stielanodenrohr entwickeln und förderte maßgebend die Anwendung der Supervolttherapie.

In seiner Tätigkeit als Klinikdirektor entfaltete er bald eine intensive operative Tätigkeit und erwarb sich einen besonderen Ruf als Operateur gynäkolo-



gischer Fisteln. Seine Muskel-Fettlappenplastik gelangte zu Weltruhm. Sein Ansehen als Arzt ging weit über Göttingen und Niedersachsen hinaus.

Heinrich Martius war ein ungeheuer fleißiger Arbeiter. Die große Zahl der von ihm geschriebenen Bücher, die das gesamte Gebiet der Geburtshilfe und Gynäkologie umfassen und zum großen Teil in mehrere Fremdsprachen übersetzt wurden, stellt eine literarisch-wissenschaftlich einzigartige Leistung dar. Seine Bücher haben eine Generation von Ärzten gebildet und eine Generation von Gynäkologen geprägt.

In der Klinikleitung und im Unterricht war sein ruhiger, stetiger Geist immer fühlbar. Er hatte einen guten Instinkt für Menschen, ob Patienten, Mitarbeiter oder Studenten, und wußte mit großer Sicherheit zu werten. Er führte die Klinik am langen, jedoch nicht schlaffen Zügel. Heinrich Martius wurde nie laut. Es galt fast als ehrenrührig, „die Nerven zu verlieren“. Wer sich diesem Ton nicht anpaßte, dem blieb nichts anderes übrig, als über kurz oder lang auszuschneiden. Sein natürlicher Charme und seine Sicherheit führten Heinrich Martius oft über auch schwierige Situationen und gewannen ihm viele Freunde. Der heute so vielgeschmähte „hierarchische“ Aufbau der Klinik war unter ihm nie drückend



oder lastend. Jeder, der länger mit ihm gearbeitet hat, wird sich besonders gern an die Gespräche erinnern, die in seinem Jagdhaus geführt wurden; denn was wäre Heinrich Martius gewesen ohne sein Jagdhaus im Nörtener Wald? Hier fand er Erholung und Entspannung. Dort schärfte er aber auch seine Sinne, die ihn im täglichen Leben geradezu mit dem Gespür des Wildes Wichtiges von Unwichtigem und Richtiges von Falschem mit großer Treffsicherheit unterscheiden ließen.

Bei allem war ihm seine Lebensgefährtin, Berta, geborene Weinlich, eine einfühlsame, hochintelligente und äußerst geschickte Mitarbeiterin. Sie stand nicht in seinem Schatten, sondern als Persönlichkeit gleichrangig an seiner Seite. Als Heinrich Martius starb, war auch ihr Leben erfüllt. Sie folgte

ihm, ihrem schweren Leiden erliegend, zwei Tage später nach.

Es ist verständlich, daß ein so erfülltes und erfolgreiches Leben mit zahlreichen Ehrungen bedacht wurde, die vollständig aufzuzählen hier unmöglich ist. Heinrich Martius war Ehrenmitglied einer großen Zahl wissenschaftlicher Gesellschaften, Mitglied der Leopoldina, Inhaber der Paracelsus-Medaille und der Albrecht-v.-Haller-Medaille der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen. Die deutsche Gynäkologie betrauert in ihm einen hervorragenden, international anerkannten Arzt und Gelehrten, einen Mann, anerkannt nicht nur auf Grund seiner wissenschaftlichen Leistung, sondern auch auf Grund seiner menschlichen Qualitäten und seiner Haltung in schwerer Zeit.

Bickenbach, München

## FRAGEN AUS DER PRAXIS

**Frage: Werden auch hohe Thiamindosen bei oraler Gabe resorbiert?** Nach älteren Untersuchungen beträgt die Resorptionsquote höchstens 5 mg pro Dosis. Sind diese Befunde heute noch gültig?

**Antwort:** Die aus alten Versuchen (2, 6) abgeleitete und auch heute vielfach vertretene Auffassung, daß der menschliche Darmtrakt nicht mehr als 5 mg Thiamin (Vitamin B<sub>1</sub>) pro Dosis resorbieren könne und daß es deshalb zwecklos sei, größere Thiaminmengen als 5 mg zu verabreichen, muß auf Grund neuerer Befunde revidiert werden. Daß die Annahme einer bei 5 mg gelegenen Grenze der Resorbierbarkeit oraler Thiamindosen nicht zutrifft, haben schon 1945 Melnick, Hochberg und Oser (4) gezeigt, indem sie fanden, daß nach per-os-Gabe von 7,5 mg Thiamin bei fünf Personen im Durchschnitt 25% mehr Thiamin im Harn ausgeschieden wurden als nach Gabe von 5 mg. Am isolierten Rattendarm wird Thiamin ohne erkennbare Begrenzung durch eine Höchstdosis nach den Gesetzen einfacher Diffusion resorbiert (7), und Da Silva und Ivy (1) zeigten 1961 an Darmfistelhunden, daß ein 20 kg schweres Tier von 40 mg per os gegebenem Thiamin am selben Tag 22 mg aus Jejunum und Ileum aufnimmt. Allerdings ergaben schon die erwähnten Belastungsversuche von Melnick und Mitarbeitern (4), daß bei oralen Thiamingaben mit steigender Dosis der resorbierte Thiaminanteil, das heißt die Ausnutzung des verabfolgten Thiamins, abnimmt. Diese von späteren Untersuchern (5, eigene Versuche) bestätigte Abflachung der hyperbolisch verlaufenden Ausnutzungskurve ist aber schon bei Dosen zwischen 1 und 2 mg Thiamin erkennbar und weist keinen dramatischen Knick bei 5 mg auf. Folgende Tabelle (aus 5) beweist das:

orale Thiamingabe	Thiaminausscheidung im Harn (Mittelwert von 6 Personen)	
	mg	% der Aufnahme
1,0	0,276	27,6
2,5	0,525	21,0
5,0	0,435	8,7
10,0	0,640	6,4
20,0	0,740	3,7

Die absolute Thiaminverwertung, gemessen an der Harnausscheidung, liegt also bei einer Gabe von 20 mg immer noch um rund 60% höher als von 5 mg. Diese relative Abnahme der Verwertung oral gegebenen Thiamins mit steigender Dosis beruht offenbar auf der Existenz eines enterohepatischen Thiaminkreislaufs (3), dessen exkretorischer Anteil mit zunehmendem Thiaminangebot ansteigt, und nicht auf einer Blockade der enteralen Resorption. Übrigens kann die Ausnutzung oral gegebener Thiamingaben durch Unterteilung der Dosis erheblich verbessert werden. Die Verwertung von 10 mg Thiamin steigt von 6% auf 18%, wenn diese Vitaminmenge auf vier in zweistündigen Intervallen gegebene Teildosen verteilt wird (5). Es besteht also kein Anlaß, bei gegebener Indikation auf die Anwendung oraler Thiamingaben von mehr als 5 mg pro die mit dem Hinweis auf einen angeblichen Resorptionsblock hoher Thiamindosen zu verzichten. — Literatur: Da Silva, A., A. C. Ivy: *Amer. J. Physiol.* 201 (1961), 185. — (2) Friedemann, Th. E., Th. C. Kmiecik, P. K. Keegan, B. B. Sheft: *Gastroenterology* 11 (1948), 100. — (3) Gassmann, B., D. Lexow, D. Ehrh: *Biochem. Z.* 332 (1960), 449. — (4) Melnick, D., M. Hochberg, B. L. Oser: *J. Nutr.* 30 (1945), 67. — (5) Morrison, A. B., J. A. Campbell: *J. Nutr.* 72 (1960), 435. — (6) Schultz, A. S., R. F. Light, C. N. Frey: *Proc. Soc. exp. Biol.* 38 (1938), 404. — (7) Turner, J. B., D. E. Hughes: *Quart. J. exp. Physiol.* 47 (1962), 107, 124.

Prof. Dr. J. Kühnau, Physiologisch-chemisches Institut der Universität, Hamburg 20, Martinistr. 52

**Frage: Kann ein Herzinfarkt als Folge einer Fleckfiebererkrankung als Schädigungsfolge anerkannt werden?**

**Antwort:** Bei Fleckfiebererkrankungen wurden Veränderungen der Herzkranzgefäße nachgewiesen (Literatur bei Schimert, G., und Mitarbeiter: *Handbuch der Inneren Medizin*, Seite 925, Band 9/3, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1960). Die Möglichkeit eines entzündlichen Koronarverschlusses kann also nicht abgelehnt werden, obwohl sie im ganzen doch nicht sehr wahrscheinlich ist. Häufiger wird es sich um die Folge einer Myokarditis handeln, die auch zu Infarktbildern im Elektrokardiogramm führen kann, wenn die Herde konfluieren (Spang, K.: *Klin. Wschr.* 25 [1947], 342). Zur Frage einer Schädigungsfolge kann nur Stellung genommen werden, wenn die gesamt-