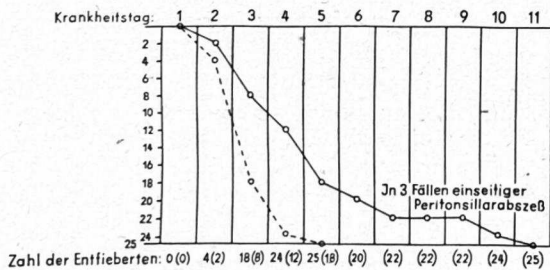


In der eingangs von uns zitierten Arbeit berichteten wir über eigene sehr gute Behandlungserfolge der Angina lacunaris durch Bepuderung der Tonsillen mit Marfanil-Prontalbin-Puder, die imstande ist, Fieber, Schluckschmerzen und örtlichen Befund schnellstens zum Abklingen zu bringen. Besonders auffallend kam dies zum Ausdruck beim Vergleich mit einer gleichen Anzahl nicht medikamentös behandelte Anginakranken. Bei der komplikationslosen gewöhnlichen Angina lacunaris schien die lokale Sulfonamidbehandlung, verglichen mit den Ergebnissen des Schrifttums, der bisher üblichen peroralen (Tablettenform) und parenteralen Verabreichung deutlich überlegen zu sein. Inzwischen wurden unsere guten Ergebnisse mit dieser Behandlungsform u. a. von Reuter bestätigt.

In Fortsetzung unserer Behandlungsversuche wurden von dem Küfa-Werk in Schötmar (Lippe) die als „Angina-Küfaletten“ bezeichneten Sulfonamidbonbons hergestellt. Jedes Bonbon enthält 0,1 g eines Sulfonamids und 0,001 g eines unschädlichen Lokalanästhetikums. Bei den Küfaletten handelt es sich um schmackhafte Arzneibonbons, deren langsames Zergehen im Munde eine langdauernde lokale Wirkung und eine optimale Resorption gewährleisten.

Innerhalb der letzten 12 Monate haben wir alle auf unserer Hals-Nasen-Ohren-Station während der Krankenhausbehandlung aufgetretenen Fälle von fieberhafter akuter Mandelentzündung nur mit Angina-Küfaletten behandelt. Mit Absicht wurde auf jede zusätzliche Behandlung verzichtet. Es handelte sich um 25 Patienten, die während ihrer stationären Behandlung, vorwiegend nach einer Nasen- oder Nebenhöhlenoperation, an einer Angina lacunaris erkrankt waren. Auf Grund der plötzlichen Temperaturerhöhungen und des Tonsillenbefundes sowie der Angaben der Kranken konnte in jedem Fall der Beginn der Angina erkannt und die Behandlung gleich früh eingeleitet werden. Die Kranken wurden aufgefordert, mehrmals am Tag, gewöhnlich jede Stunde, ein Bonbon langsam im Munde zergehen zu lassen. Insgesamt wurden für jeden Kranken täglich 6–8 Bonbons verabreicht.

Um ein objektives Urteil über den Erfolg der von uns angewandten Behandlungsart gewinnen zu können, wurde jeder zweite Anginakranke, d. h. jeder 2., 4., 6. Kranke und so fort, unserer Abteilung lediglich mit Betruhe und feuchten Halswickeln behandelt, also mit Absicht jede medikamentöse Behandlung unterlassen.



Entfieberungskurven der 25 mit Angina-Küfaletten behandelten (---) und der 25 nicht medikamentös behandelten (—) Anginakranken

Die Wirkung der Angina-Küfaletten war in unseren Fällen recht gut und der seinerzeit durch unsere lokale Sulfonamid-Puder-Behandlung erzielten sehr ähnlich. So weisen auch die in der Abbildung wiedergegebenen Kurven ein fast mit unserer früheren Darstellung übereinstimmendes Bild auf. Sie zeigen die schnelle Entfieberung der 25 nur mit Angina-Küfaletten behandelten Anginakranken im Gegensatz zu den 25 nicht medikamentös behandelten. Die Höchsttemperatur bei den mit Angina-Küfaletten behandelten Kranken lag im Durchschnitt am ersten Krankheitstag um 38,5° im Gegensatz zu 39,2° bei den nicht behandelten, das Fieber fiel dann aber schnell ab, und

bereits am 5. Tag waren alle behandelten Kranken entfiebert, während zur gleichen Zeit bei den nicht medikamentös behandelten die Zahl der Entfieberten erst 18 betrug. Die endgültige Entfieberung aller 25 nicht behandelten Kranken wurde — kompliziert besonders durch 3 einseitige Peritonsillarabszesse — erst am 11. Krankheitstag erreicht. Bei den mit Angina-Küfaletten behandelten wurden Peritonsillarabszesse nicht beobachtet — das mag bei der verhältnismäßig kleinen Zahl der Fälle durchaus ein Zufall sein, erscheint uns aber doch bemerkenswert —, auch die Beläge stießen sich auffallend schneller ab. Besonders erwähnenswert ist aber, daß die sonst so unangenehm im Vordergrund stehenden Schluckschmerzen bei Gebrauch der Angina-Küfaletten kaum in Erscheinung traten. Es scheint darum neben der entzündungshemmenden Wirkung des Sulfonamids gerade in der schmerzlindernden Eigenschaft des beigegebenen Lokalanästhetikums ein besonderer Vorteil gegenüber anderen Präparaten zu bestehen. Wegen dieser entzündungshemmenden und zugleich schmerzlindernden Wirkung wurden die Angina-Küfaletten von uns in letzter Zeit auch in vielen Fällen von allen übrigen akuten Infektionen der Mund-Rachen-Höhle mit recht gutem Erfolge angewandt. Wir können auf Grund unserer neueren Erfahrungen mit den Angina-Küfaletten nur noch einmal das wiederholen, was wir schon bei der M.-P.-Puderbehandlung gesagt haben, nämlich daß bei der komplikationslosen gewöhnlichen Angina lacunaris wie auch bei allen übrigen akuten Infektionen der Mund-Rachen-Höhle die lokale Sulfonamidbehandlung der peroralen und parenteralen Verabreichung überlegen zu sein scheint, wobei die Angina-Küfaletten in dieser Hinsicht ein durchaus geeignetes Medikament darstellen.

Schrifttum: Domagk u. Hegler: Chemotherapie bakterieller Infektionen. Leipzig: S. Hirzel 1942. — Hütteroth: Sulfonamide in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1943. — Reuter: Z. Hals- usw. Hk. 1, 1947: 212. — Schmidt, W.: Ther. Gegenw., 1944: 1–4.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Werner Schmidt, Beckum, Bez. Münster, Elisabethstr. 11.

## Aussprache

### Movellan als Fruchtabtreibungsmittel

Der von Dr. med. W. Adam in ds. Wschr. 1951, 21: 1063 geschilderte Sachverhalt ging von der damalig irrigen Annahme aus, Movellan (Salzsaures Salz der Oxydstrychninsäure) sei rezeptpflichtig. Dies entsprach aber zum Zeitpunkt des Unglücksfalles und des darauffolgenden Prozesses keineswegs den Tatsachen.

Für Strychnin und seine Salze (Strychnin et ejus salia) bestand schon immer diese Rezeptpflicht, nicht aber für Strychninderivate, wie das Isostrychnin, das Oxydstrychnin und die Strychninsäuren. Movellantabletten enthalten aber gerade N-Oxyd-Strychninhydrochlorid und Strychninsäure, nicht aber Strychnin oder ein Strychninsalz im Sinne des Gesetzgebers, z. B. Strychninnitrat oder Strychninsulfat.

Es bestand also gar kein Zweifel, daß Movellantabletten nicht rezeptpflichtig, sondern freiverkäuflich waren, obwohl es sich pharmakologisch, nicht de jure, um ein starkwirkendes Arzneimittel handelte.

Es ist unverständlich, wieso eine Staatsanwaltschaft gegen den abgebenden Apotheker Anklage erheben konnte wegen fahrlässiger Tötung und Übertretung der Vorschriften über die Abgabe starkwirkender Arzneimittel.

Noch unverständlicher erscheint es, daß die Verteidigung des zu Unrecht angeklagten Apothekers nicht mit aller Eindeutigkeit und Klarheit auf die Diskrepanz der staatsanwaltlichen Anklage und den tatsächlichen Bestimmungen über die Abgabe starkwirkender Arzneimittel hingewiesen hat.

Der angeklagte Apotheker wurde am 19. Oktober 1950 an Stelle einer an sich verwirkten Gefängnisstrafe von 2 Monaten zu einer Geldstrafe von 800 DM verurteilt sowie zur Tragung der Kosten des Verfahrens.

Zu diesem Zeitpunkt konnte nach dem Buchstaben des Gesetzes (Verordnung über die Abgabe starkwirkender Arzneien sowie die Beschaffenheit und Bezeichnung der Arzneigläser und Standgefäße in den Apotheken vom 2. April 1931) Movellan noch immer im Apothekenhandverkauf abgegeben werden. Kein vernünftiger Apotheker wird allerdings von diesem de jure-Recht Gebrauch gemacht haben, sondern aus diesem Fehltritt, gestützt auf ein unzutreffendes Sach-

verständigengutachten, wieder einmal die Lehre gezogen haben, bei der Abgabe pharmakologisch starkwirkender Arzneimittel, die nicht rezeptpflichtig sind, größte Vorsicht walten zu lassen und einen strengen Maßstab anzulegen.

Um nun N-Oxyd-Strychninhydrochlorid und Strychninsäuren vom Reichsratsbeschluß vom 29. März 1931 (Bayer. VO. vom 2. April 1931 — GVBl. S. 105, siehe oben) erfassen zu lassen, erließ das Sozialministerium Nordrhein-Westfalen als erstes Bundesland mit dem 12. Februar 1951 eine Ergänzung des obiger Vorschrift angeschlossenen Verzeichnisses, in welcher es hieß: In dem den Vorschriften angeschlossenen Verzeichnis werden die Worte „Strychninum et ejus salia“ ersetzt durch die Worte „Strychninum et ejus derivata — Strychnin und dessen Abkömmlinge“. Movellan war damit als rezeptpflichtig erfaßt, aber gleichzeitig die Rezeptpflicht für Strychninsalze, z. B. Strychninnitrat aufgehoben, was zweifellos vom nordrhein-westfälischen Sozialministerium nicht beabsichtigt war. Die richtige Formulierung wäre: „Strychnin ejusque salia et derivata — Strychnin, dessen Salze und Abkömmlinge.“ Die Deutsche Apothekerzeitung schreibt mit Recht, es wäre zu wünschen, daß die für das Gesundheitswesen in den Ländern zuständigen Ministerien ihre Verordnungen sorgfältig formulieren würden, um jedwede „Pannen“ zu vermeiden (DAZ Nr. 9/51, vom 5. März).

Schleswig-Holstein folgte in einem Erlaß vom 27. 2. 51, Bayern vom 24. 3. 51, Niedersachsen vom 12. 4. 51, Hessen vom 5. Mai 1951 in der Einfügung der Abkömmlinge des Strychnins und deren Salze — Strychnini derivata (Acidum strychninum, Strychninum-N-oxydatum usw.) et eorum salia — in die Vorschriften über die Abgabe starkwirkender Arzneimittel.

Apotheker H. D u b i l z i g, Mannheim-Ilvesheim.

## Nachtrag

### Thrombocid und Haarausfall

Die Münchener Med. Wochenschrift brachte 1950: 1541 ein Referat meines Vortrages „Erfahrungen mit Heparin und Thrombocid in der Thrombosebehandlung“. Ich habe dabei hingewiesen, daß dieses neue heparinähnliche Antikoagulans in rund 70% der Fälle stärkeren bis stärksten Haarausfall verursacht und daran die Bemerkung geknüpft, daß es sich dabei vielleicht um eine toxische Wirkung handeln könne und daß bei der Anwendung dieses Mittels doch noch eine gewisse Reserve zu beobachten sei.

Offenbar hat es sich um eine Erstmitteilung darüber gehandelt, denn ich erhielt eine Fülle von diesbezüglichen Anfragen.

Ich möchte daher eine Ergänzung beifügen: Ich habe seither die beobachteten Fälle über 1 Jahr nachkontrollieren können. Der Haarausfall ist, auch wenn seine Natur noch nicht feststeht, eine vorübergehende Nebenerscheinung. Die Haare wachsen stets völlig nach, ja sogar eher stärker als vorher.

Kontrollen von Blutbild, Leber- und Nierenfunktion während und besonders auch längere Zeit nach der Behandlung haben keine irgendwelche schädliche Beeinflussung erkennen lassen. Unterdessen haben anderorts geführte größere Untersuchungen ergeben, daß der Haarausfall in gleicher Weise auch bei den Naturheparinen beobachtet wird (nur vielleicht seltener, weil man wegen des hohen Preises gerne dazu neigt, unterzudosieren). Wenn auch die eigentliche Ursache völlig unklar ist, so scheint es sich doch um eine der ganzen Heparinreihe und nicht nur dem Thrombocid eigentümlichen Eigenschaft zu handeln.

Da die Präparate der Dicumarolreihe wegen ihrer Gefährlichkeit und umständlicher Prothrombinzeitbestimmung kaum für den Praktiker in Frage kommen und wir im Thrombocid ja das erste wirklich erschwingliche Mittel in der Hand haben, womit gerade der Praktiker eine wirksame Thrombosebehandlung auch in schweren Fällen betreiben kann, scheint mir diese Richtigstellung wesentlich. Daß auf die auch in der Gebrauchsanweisung vermerkten Kontraindikationen (latente Leberschäden vor allem!) zu achten ist, versteht sich von selbst. Auf den wahrscheinlich zu erwartenden, jedoch vorübergehenden Haarausfall schon im Vorhinein hinzuweisen, scheint mir jedoch aus psychologischen Gründen ratsam.

Dr. Robert M a y, Innsbruck, Bozner Platz 6.

## Fragekasten

Frage 43: Naphtholfärber und Indanthrenfärber winden oft nasse, gefärbte Garnstränge mit der Hand aus. Die Gummihandschuhe reichen nur bis zum oberen Drittel des Unterarmes und lassen die heiße Farbbühe und Natronlauge eindringen. Ebenso werden Garnstränge aus dem Farbbad entnommen und am Unterarm aufgereiht. Ergebnis:

Nässende Ekzeme der beiden Hände und Unterarme, Haut zigarettenpapierdünn, gefältelt, teils tiefe Risse und Schrunden mit Mischinfektion, Arbeitsunfähigkeit.

1. Ist das Naphtholekzem der Färber eine Berufskrankheit oder nur eine vorübergehende Allergie ohne größere Häufigkeit? 2. Welche Schutzmaßnahmen können getroffen werden? Welche Behandlung für die Ekzeme kommt in Frage? Welche gesetzlichen Vorschriften bestehen?

Antwort: Zu 1. Bei Färbern sind Hautausschläge keineswegs selten. Hauptsächlich handelt es sich hierbei um akute und chronische Ekzeme, nur wenige Farbstoffe scheinen obligatorisch sensibilisierend zu wirken. Bekanntlich setzen alle derartigen beruflich verursachten Ekzeme eine gewisse Minderwertigkeit des Hautorgans voraus. Für die Anerkennung als Berufskrankheit ist dies jedoch ohne Bedeutung. Nach Ziffer 15 der derzeit geltenden Berufskrankheiten-VO. wird jede Hautkrankheit, gleichgültig welcher Art, anerkannt, wenn sie beruflich verursacht ist und durch ihre Schwere oder wiederholte Rückfälligkeit zum Wechsel des Berufes oder zur Aufgabe jeder Erwerbsarbeit zwingt.

Zu 2. Zur Prophylaxe: Besondere gesetzliche Vorschriften bestehen nicht. Personen, die bereits früher an Hautleiden erkrankt waren oder schon kurze Zeit nach der Beschäftigungsaufnahme erkrankten, sind für die Arbeit in der Färberei ungeeignet, müssen daher baldigst wieder entfernt werden. Die besonderen Schutzmaßnahmen bestehen in geeigneten Handschuhen und Stulpen, Einfetten der Haut vor Arbeitsbeginn, Verwendung von hautschonenden Waschmitteln und Hautpflegemitteln. Ich verweise auf das von der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie herausgegebene Merkblatt zur Verhütung gewerblicher Hautkrankheiten, in welchem alle Fragen der Ekzemverhütung, der Hautreinigung, des Hautschutzes, der Hautpflege zusammengefaßt sind. Auch die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsschutz hatte zusammen mit dem Reichsgesundheitsamt seinerzeit ein Hautschutzmerkblatt herausgebracht. Ich verweise auf den Abdruck dieser Merkblätter bei F. Koelsch, Lehrbuch der Arbeitshygiene Bd. I und Bd. II, Verlag Ferdinand Enke-Stuttgart. — Eine spezifische Behandlung derartiger Hauterkrankungen gibt es nicht; vielmehr richtet sich die jeweilige Behandlung nach der Art der Ekzems und vor allem nach der Reaktion der Haut auf die angewendeten Heilmittel.

Prof. Dr. F. K o e l s c h, München 13, Winzerstr. 9

Frage 44: Wie ist der heutige Stand der Therapie bei tuberkulösen Halsdrüsenaffektionen bei Jugendlichen?

Antwort: Bei der Behandlung tuberkulöser Halslymphknoten wird zunehmend ein aktives chirurgisches Vorgehen in Kombination mit antibiotischen Mitteln befürwortet. Die Röntgenbestrahlung scheint dagegen mehr in den Hintergrund zu treten.

Die Methoden des aktiven chirurgischen Handelns sind verschiedene. In den letzten Jahren war das Mittel der Wahl die von B r ü g g e r genauestens ausgearbeitete und mehrfach beschriebene Ausräumung tbk. Lymphknoten und alter Fistelgänge mit der elektrischen Schlinge. Man erzielt dadurch eine radikale Ausräumung der erkrankten Lymphknoten, eine saubere Narbenbildung und eine Verkürzung der Behandlungsdauer. Zu achten ist auf gelegentliche, mögliche Blutungen bei gefäßnahen, tiefsitzenden Knoten.

Noch ausgedehnter ist das Vorgehen von K a s t e r t und Hommel: Entsprechend der Auffassung, daß die meisten tbk. Halslymphknoten lymphogen von einem Startherd im Mundbereich ihren Ausgang nehmen (Tonsillen, kariöse Zähne), wird angestrebt, diesen Herd zu entfernen. Prinzipiell wird zunächst in jedem Falle eine Tonsillektomie durchgeführt, selbst bei anderweitig gefundenen Primärherden. 2—3 Wochen darnach erfolgt die Ausräumung des tbk. erkrankten Lymphknotenbezirkes. Die früher ge-