

tuberkulöser Herd in einem Sehnenansatzgebiet gibt immer eine besonders reichliche Gelegenheit zu hämatogener Aussaat, da die hohe mechanische Beanspruchung des kranken Knochens zu kleinsten Frakturen in den kranken Spongiosabälkchen führt. Darum ist die möglichst frühzeitige und radikale Entfernung solcher Herde angezeigt.

H. Rosegger: Die Serumbehandlung der Pneumokokken-pneumonien.

Bei der Serumbehandlung kommt es auf folgende Punkte an: 1. auf eine möglichst frühzeitige Serumverabreichung, 2. auf eine ausgiebige Dosierung (bei nach Felton-Einheiten standardisierten Seren sollen 100 000 bis 200 000 Einheiten gegeben werden), 3. nach Möglichkeit intravenöse Injektion, selbstverständlich nach entsprechender Austestung wegen einer eventuellen Ueberempfindlichkeit, 4. soll monovalentes Serum gegeben werden, doch werden auch mit polyvalentem Serum gute Erfolge gesehen. Die zur Zeit gängigen Sera sind nur gegen Typ I und II des Pneumokokkus gerichtet. An Hand von 33 eigenen Fällen wird über Beobachtungen bei der Serumtherapie berichtet. Rasche Besserung des Allgemeinbefindens, Fiebersenkung, Abnahme der Leukozytose können oft beobachtet werden. Wenig eindeutig sind die Einwirkungen auf das Infiltrat und auf die Krankheitsdauer. Die Sterblichkeit scheint durch das Serum herabgedrückt zu werden.

Aussprache: H. Kutschera-Aichbergen: Die Serumtherapie ist der Chinin-Kalziumtherapie mit den übrigen Analeptizis (Strychnin) nicht überlegen. Wir empfehlen die Anwendung höherer Dosen von Vitamin C, bis 1 g i. v. pro Tag. — **F. Hamburger** macht auf die Freiluftbehandlung im Kindesalter aufmerksam, die einen Heilungsprozentsatz bei den Lobärpneumonien von fast 100% ergibt. — **H. Rosegger** (Schlußwort): Es steht wohl fest, daß die Serumwerke auch dann Serum herzustellen fortfahren würden, wenn man beschließen wollte, daß Serum in unseren Krankenanstalten nicht anzuwenden sei. Gerade deshalb, aber auch darum, weil zweifellos noch mehr aus der Serumtherapie herauszuholen ist, als dies bisher der Fall war, muß diese Behandlungsform auch weiterhin erprobt werden. Vielleicht ergibt sich die Möglichkeit, daß einzelne Krankenanstalten Wiens dadurch gemeinsame Arbeit leisten, daß die eine vorwiegend mit Chinin usw., die andere vorwiegend mit Serum innerhalb gleicher Zeiträume arbeitet. Dadurch würden auch brauchbare Vergleichszahlen ermöglicht werden, weil ja u. a. auch stets der „Genius loci bzw. epidemics“ mit berücksichtigt werden muß, bei dem genannten Vorgehen jedoch als konstant angesehen werden könnte.

N. v. Jagić: Entwicklung und Fortschritte der Herztherapie.

Bezüglich Dosierung und Wahl der Präparate müssen wir heute Einschränkungen machen. Die Verabreichung von pulverisierten Digitalisblättern ist zweckmäßig und wirksam, wenn man eine allmählich einschleichende und protrahierte Digitaliswirkung erzielen will. Um toxische Kumulierung zu vermeiden, verwenden wir intermittierende Digitaliskuren. Wenn Digitalisblätterpulver vom Magen schlecht vertragen werden, geben wir gereinigte Präparate. Das Infusum Digitalis ist nicht zweckmäßig, da es nur sehr kurze Zeit wirksam ist. Wenn ein krankes Herz auf Digitalis nicht anspricht, so ist oft nicht das Präparat schuld, sondern der jeweilige Zustand des Herzmuskels (myokarditische Herde, Schwielen). Die therapeutische Kumulierung gehört bei Digitalis zur richtigen Wirkung. Die individuelle Empfindlichkeit gegenüber Digitalis ist sehr verschieden. Manche Menschen bekommen schon nach einigen Tagen Bradykardie, anderen Kranken kann man auch durch zwei bis drei Wochen Digitalis geben, ohne daß eine toxische Kumulierung eintritt. Digitalis kann auch in Form von Zäpfchen und intramuskulären Injektionen verwendet werden. Wichtig ist, schon zu Beginn der Herztherapie Bettruhe und leichte salzarme Kost zu verordnen und Digitalis einschleichend zu geben. Wenn eine bradykardische Dekompensation vorliegt, so ist Digitalis weniger geeignet, man gibt dann besser Koffein. Auch dieses Mittel ist ein kräftiges Kardiotonikum. Einen großen Fortschritt bedeutet die intravenöse Strophanthintherapie, die wir schon seit Jahrzehnten verwenden. Strophanthin, intravenös injiziert, ist ein kräftiges Kardiotonikum und wirkt schon in wenigen Minuten. Die Haftfähigkeit im Herzmuskel ist eine kürzere und geringere als bei Digitalis, demgemäß auch die Gefahr einer Kumulierung eine geringere. Auch der Vagus-effekt ist bei Strophanthin geringer als bei Digitalis. Wir geben somit Strophanthin bei lebensbedrohlichen Zuständen von kardialer Insuffizienz, wenn eine rasche kardiotonische Wirkung erwünscht ist. Bei leichten und mittelschweren Dekompensationen und Herzklappenfehlern bedienen wir uns vorteilhaft der einschleichenden Digitaliskuren. Das Strophanthin kann auch bei bradykardischer Dekompensation gegeben werden. Bei Myokardinfarkt geben wir

erst nach zwei bis drei Wochen einschleichend kleinste Strophanthindosen, die dann günstig wirken. Das Strophanthin eignet sich ferner ausgezeichnet bei Koronarsklerose mit Zeichen von kardialer Insuffizienz. Um eine Koronarwirkung zu vermeiden, kombinieren wir das Strophanthin mit Euphyllin und Traubenzucker. Das Strophanthin hat auch eine gute Wirkung bei kardialer Dyspnoe. Bei bronchospastischer Dyspnoe mit asthmähnlichen Anfällen verwenden wir auch Adrenalin und Asthmolylin. Bei Behandlung der Arrhythmien sollen wir Chinin und Chinidin stets mit Digitalis oder Strophanthin kombinieren. Wenn während einer Digitalis- oder Strophanthinkur Extrasystolen auftreten, so sind diese Mittel auszusetzen und statt dessen Koffein zu geben. Wichtig ist die Digitalisprophylaxe vor Operationen und auch bei kompensierten Herzklappenfehlern. Auch bei Hyperthyreosen geben wir Digitalis, besonders vor Strumaoperationen. Bei kardialem Hydrops und bei Oedemen sollen wir nicht gleich Salzyrgan geben, sondern vorher versuchen, mit Digitalis, salzreicher Kost und Bettruhe die Diurese zu fördern. Erst wenn dies nicht gelingt, geben wir Salzyrgan. Eine allzu frühe Diurese ist bei Herzkranken zu vermeiden.

O. v. Zimmermann-Meizingen.

Medizinische Gesellschaft zu Basel

Sitzung vom 8. Juni 1939

J. Stähelin spricht über psychische Veränderungen, die in das Gebiet der **Religionspathologie** fallen. Eine 48j. Frau bekommt hauptsächlich nachts schwere Angstzustände. Diese Vitalängste können so schwer sein, daß die Kranken Suizidversuche machen oder kollabieren und sogar an Herzschwäche sterben. In diesem Alter muß man bereits an Veränderungen einer beginnenden Arteriosklerose und an das Klimakterium denken. In einem solchen akuten Stadium kommt differentialdiagnostisch eine Alkoholhalluzinose, Nikotin- oder Atropinvergiftung, Schizophrenie oder Melancholie in Frage. Therapie: Opiate gegen die Angstzustände. Gynergen und Cholinpräparate. — Ein junges Mädchen erkrankte nach einer Tagung der Oxfordbewegung an schweren Erregungszuständen. Zu Beginn der Erkrankung stand die Müdigkeit mit schweren Träumen, dann die Schlaflosigkeit mit Unruhezuständen im Vordergrund. Jetzt kommt es zu Verzückungsstadien mit vollständigem Ichverlust. Solche Verzückungszustände dauern bei manchen Kranken bis zu Wochen. Ein schizophrener Prozeß wird, wie im vorliegenden Falle, durch eine Aufregung ausgelöst. Man muß Kranke mit schizophrener Veranlagung von jeder Aufregung fernhalten. — In einem weiteren Falle, der wegen zweimaligem Suizidversuch in die Klinik kam, brach eine schwere Zwangsneurose nach einer Infektionskrankheit (Scharlach) aus, wiederum standen religiöse Zweifel im Vordergrund, daneben eine überbetonte Sexualität.

Sitzung vom 15. Juni 1939

H. J. Gerster spricht über die **Knaus'sche Lehre**. Die Berechnung der unfruchtbaren Tage der Frau ist aus den Händen einer geschäftstüchtigen Laienpropaganda zurück in die Hände des Arztes zu legen. Kenntnisse über die unfruchtbaren Tage der Frau in der prämenstruellen Phase hatten bereits die alten Aegypter. Jetzt wissen wir durch Knaus, daß die Tage um den 14. Tag vor der kommenden Menstruation „fertile Tage“ sind, und daß in der übrigen Zeit infolge des raschen Absterbens des Eies und der Spermien keine Befruchtung möglich ist. Die Schwierigkeit der Methode liegt in der oft auf äußeren Einflüsse (seelische Aufregungen, Reisen mit Luftveränderung, Frühjahrschwankungen) oft auf unbekanntem Einflüssen beruhenden Verschiebung des Menstruationstermines. Fast die Hälfte aller Frauen weisen Schwankungen bis zu 3 Tagen, 23% solche bis zu 6 Tagen und 5% solche bis zu 9 Tagen auf. Der Arzt darf erst dann die fertilen Tage bestimmen, wenn er die Menstruationstermine mindestens während eines Jahres übersehen kann. Vortr. übt scharfe Kritik an Mitteilungen über Versager der Methode und konnte nachweisen, daß meist Ungenauigkeiten der Menstruationsphasen vorlagen. Er hält die Methode für so sicher, daß er sie sogar bei Vaterschaftsklagen verwendet.

Aussprache: E. Ludwig weist auf die embryologischen Untersuchungen hin, die nicht in Einklang mit der Knaus'schen Lehre zu bringen sind, da nach solchen Untersuchungen Schwankungen des Kohabitationsalters der Frucht bis zu 12 Tagen beobachtet sind. Vortragender weiß keine Erklärung. — **A. Labhardt** zeigt die Schwierigkeiten der praktischen Durchführung. Als Beispiel: 15 Monate wies eine Frau einen Zyklus von 26–30 Tagen auf, plötzlich Änderung aus unbekannter Ursache mit einem Auftreten der

Regel nach 24 Tagen. Vor allem warnt Labhardt aus dem Geburtsdatum des Kindes das Kohabitationsalter bzw. den Termin ablesen zu wollen. Bei Vaterschaftsprozessen führt das zu Justizirrtümern schwerster Art. — H. Schultzeiß verlängert bei Errechnung der fertilen Tage die Zeit um 1–2 Tage, um damit Menstruationschwankungen geringeren Maßes auszugleichen.

Sitzung vom 20. Juni 1939.

G. Révész - Amsterdam (a. G.): **Aufbau unserer haptischen Welt, die Hand in ihrer biologischen und anthropologischen Funktion.**

Zwischen der menschlichen und der tierischen Hand ist bei grober Betrachtung eine weitgehende Aehnlichkeit, bei näherer Betrachtung fallen aber sofort die großen Unterschiede, z. B. gegenüber der Affenhand auf. Bei letzterer setzt der Daumen viel tiefer an. Der Geist des Menschen formt das Aussehen der Hand. Alle menschliche Tätigkeit setzt die Mitwirkung der Hand voraus. Ihre erste Aufgabe besteht in der Erkennung und Wahrnehmung des Umgebenden. Dabei werden zuerst die Einzelteile erfaßt und erst dann wird der Aufbau der Einheit konstruiert. Figuren werden dementsprechend im Haptischen, der Welt des Tastsinnes bedeutend langsamer erfaßt. Der haptische Formeindruck der Blinden ist vollständig anders als der der Sehenden wie bei Künstlern nachgewiesen werden kann. Versuch: Eine sehende Künstlerin hat

eine Büste, die lange Zeit in ihrem Atelier stand, durch Betastung nicht erkannt. Die zweite Aufgabe liegt in der arbeitenden Hand. Die Hand ist das Urbild aller Werkzeuge. Die Affenhand sucht im Werkzeug nur ein Mittel zum Zweck. Die Menschenhand entwickelt das Werkzeug weiter. Die autonome Tätigkeit der Hand läßt sich an Plastiken von Blinden gut beobachten. Es ist ein großer Unterschied zwischen Plastiken der Blindgeborenen, die alle sehr expressionistisch sind und denjenigen der Blindgewordenen, bei denen noch eine optische Nachwirkung festzustellen ist. Die ausdrücktragende und die sprechende Bewegung der Hand ist die dritte Aufgabe und die bekannteste. Die Gebärde ist eine Form der Verständigung und wird bei manchen Völkern (gewisse Indianerstämme) neben der Sprache gebraucht. Die Hand ist das Symbol des Menschendaseins.

Aussprache. A. Brückner: Bei der Untersuchung Hand und Handschrift wäre eine Untersuchung des anatomischen Baues der Hand in seiner Beziehung zur Handschrift erwünscht. Die Handruhestellung beim Exerzieren der Soldaten ist ein Ausschalten jeder anderen Ablenkung. Die Wechselwirkung zwischen denkender Tätigkeit und Handbewegung ist interessant, oft eilt die Hand, z. B. bei Operationen dem Denken voraus. Er teilt einen kleinen Versuch mit, der zeigt, daß der optische Eindruck den Tasteindruck beherrscht.

E. A. Zimmer - Basel.

Kleine Mitteilungen

Die Leistungen der Tuberkulosefürsorge in Deutschland

Vor kurzem legte der Reichs-Tuberkulose-Ausschuß seinen Bericht über das Geschäftsjahr 1938/39 vor, der in einem umfangreichen statistischen Teil die Ergebnisse der Tuberkulosefürsorgestellenberichte behandelt [1]. Die mitgeteilten Zahlen beziehen sich auf die Berichte des Jahres 1937, die alljährlich von den Tuberkulosefürsorgestellen, die meist den staatl. Gesundheitsämtern angegliedert sind, erstellt werden [2]. Demnach bestanden im Berichtsjahr 941 staatliche und kommunale Haupt- sowie 555 Nebenstellen. Diese Zahlen dürften etwas überhöht sein, da eine Stelle oft doppelt berichtet (z. B. für den Stadt- und den meist gleichnamigen Landkreis) und deshalb doppelt gezählt wird. Die Nebenstellen sind meist in Krankenhäusern der Kreise untergebracht und werden von den Krankenhausärzten betreut, während die Hauptstellen, wenn nicht von Fachärzten, vom Leiter des Gesundheitsamtes geführt werden, der aber auch in eventuellen Nebenstellen — bei denen oft nur Sprechstundentage eingerichtet sind — tätig ist. In den Fürsorgestellen waren nach dem Bericht 1810 Aerzte tätig, eine Zahl, die gleichermaßen mit Doppelzählungen belastete sein dürfte, da grundsätzlich jede Stelle die „tätigen Aerzte“ berichtet, ohne Rücksicht darauf, ob derselbe Arzt auch noch anderswo arbeitet. Schwer abzuschätzen ist die Frage, wieviel von den genannten Aerzten in der Tbk.-Fürsorge hauptamtlich tätig sind: Der Bericht beziffert diese auf 533 und die Zahl der nebenamtlich tätigen Aerzte auf 1224. Außer in den Großstädten, den Aerzten der Landesversicherungsanstalten und einigen Assistenzärzten von Gesundheitsämtern dürften tatsächlich „hauptamtlich“ in der Tbk.-Fürsorge nicht soviel Aerzte tätig sein — es sei denn man bezeichnet alle Amtsärzte trotz ihrer vielen anderen Aufgaben als „hauptamtlich“ tätig. Neben den Aerzten waren noch 4961 sonstige Kräfte, darunter 493 Tbk.-Fürsorgerinnen und 3245 allgemeine Fürsorgerinnen neben dem notwendigen Verwaltungspersonal tätig. Dieses, wie auch die Fürsorgerinnen, wird meist von anderen Stellen — also oft „nebenamtlich“ — z. B. von Gesundheitsämtern, Krankenhäusern usw., gestellt. In sehr vielen Fürsorgestellen sind für die notwendigen Untersuchungen eigene Röntgenapparate vorhanden, vielfach werden daneben oder ausschließlich Apparate in Krankenanstalten benützt oder, wenn auch hier welche fehlen, lassen die Fürsorgestellen die Untersuchungen anderweit vornehmen.

Die gesteigerte Tuberkulosefürsorge hat die arbeitsmäßige Belastung ziemlich gesteigert, besonders im Zuge der vielerorts in Angriff genommenen Reihenuntersuchungen [3]. Ende 1936 standen 1211 358 Volksgenossen in Betreuung, im Berichtsjahr kamen 601 943 dazu und 427 736 schieden aus der Fürsorge wieder aus, so daß am Ende des Berichtsjahres 1937 noch 1 385 565 in Fürsorge standen.

Unter den Neuüberwiesenen waren die Mehrzahl versichert bei der LVA. (305 793), der RfA. (44 490) oder bei Sonderanstalten (44 764), der Rest war unversichert (134 781) oder unbekanntem Versicherungsstandes. Interessanter sind die Stellen, von denen die Betreuten der Tbk.-Fürsorge überwiesen wurden: 231 185 waren von den Fürsorgestellen bestellt und wir vermuten hierunter, wie unter den 127 459, die von Behörden überwiesen wurden, sehr viele Volks-

genossen, die gelegentlich von Reihenuntersuchungen der Fürsorge bekannt wurden. Unter den von Behörden Ueberwiesenen und den 27 468 Personen, bei denen Angaben über die überweisende Stelle fehlen, sind sicher viele, die durch Gliederungen oder angeschlossene Verbände der Partei zur Untersuchung geschickt wurden. Außer den Genannten sind noch 59 804 Selbstmelder und 150 552 von Aerzten Ueberwiesene zu verzeichnen. Diese letztgenannte Zahl ist von besonderer Bedeutung, unterstreicht doch ihre ständige Zunahme die von Jahr zu Jahr wachsende Zusammenarbeit von Gesundheitsämtern und Aerzteschaft in der Tbk.-Bekämpfung [4]. Diese und die Aufklärung der Bevölkerung sich selbst einmal freiwillig im eigensten Interesse untersuchen zu lassen, wobei die „Fürsorge“ möglichst taktvoll sein muß, scheint neben Massenüberweisungen durch Organisation den besten Einblick in die Verbreitung von Tbk. zu geben.

Das Ausscheiden aus der Tbk.-Fürsorge hatte meist seinen Grund in mangelnder Bedürftigkeit (309 659 Personen), in Wegzug aus dem Fürsorgebereich (32 254 Personen), wobei allerdings dann andere Stellen einen Zugang an Betreuten (evtl. Selbstmelder) erhalten; 35 694 der Betreuten starben, davon 32 224 an Tbk. und beim Rest fehlen Angaben über den Entlassungsgrund bzw. sie haben sich der Fürsorge entzogen: Schwerkranke dürften hierunter nicht zu finden sein.

Die hauptsächlichsten Leistungen — die meisten wurden durch die Fürsorgeärzte, z. T. auch anderweit veranlaßt — waren Untersuchungen durch Auskultation und Perkussion (1 302 342), Röntgenaufnahmen (223 690) und -Durchleuchtungen (1 367 378), sowie Sputumuntersuchungen (214 566), Tuberkulinproben (310 075), Blutsenkungsproben (250 891) und Blutbilder (30 766). Die Maßnahmen waren Ueberweisungen in ärztliche Behandlung (92 331), in ein Krankenhaus (15 982), in Heilstätten (50 428), in Erholungsheime (41 749), in örtliche Erholungsfürsorge (14 760) und Asylisierung (6078).

Im Rahmen der Tbk.-Fürsorge kommt der Besserung der Wohnungsverhältnisse bei den Kranken eine sehr große Bedeutung zu: Von den Fürsorgerinnen wurden 933 145 Wohnungsbesuche (die aber nicht alle Tbk.-Kranke betrafen) in 278 372 Wohnungen gemacht und hierbei bei 1798 ansteckend Tuberkulösen das Fehlen eines eigenen Bettes — meist aus Platzmangel — festgestellt. Von den besuchten Wohnungen wurden 22 943 als nicht einwandfrei bezeichnet.

Von dem am Ende des Berichtsjahres noch zu betreuenden Volksgenossen standen die meisten nur unter Ueberwachung (fast 650 000), von den unter Fürsorge Stehenden (rd. 323 000) hatten die meisten aktive, nicht ansteckende Tbk. der Atmungsorgane (über 135 000) sowie ansteckende Tbk. der Atmungsorgane (rd. 145 000, davon rd. 101 000 mit Bazillennachweis). Unter den über 41 000 wegen Tbk. anderer Organe Betreuten hatten über 19 000 aktive Tbk. der Drüsen. Von den Ueberwachungsfällen waren rd. 185 000 klinisch geheilt und 430 000 Exponierte und exponiert Gewesene. Außer dem Ueberwachungsfällen wurden noch fast 108 000 „Beobachtungsfälle“ gezählt.

Eine weitere Betrachtung des eingehenden, leider nicht einwandfrei durchgearbeiteten Zahlenmaterials insbesondere der regionalen Aufgliederung würde zu weit führen. Abschließend