

Diesen beiden Gruppen werden Erkrankungen gegenübergestellt, deren Zugehörigkeit zum Formenkreis der Fokalinfection nicht erwiesen ist, bzw. solche Erkrankungen, die fälschlicherweise immer noch mit dem Prinzip der Fokalinfection pathogenetisch verknüpft werden.

Abschließend werden die Methoden der Fokusaktivitätsdiagnostik kurz erörtert.

#### Schrifttum

- (1) v. Albertini, A.: Schweiz. med. Wschr. 1947, S. 670. — (2) Bieling, R.: Verh. Dtsch. Ges. inn. Med. 1930, S. 438. — (3) Bürger, M.: Vortrag auf d. Kongreß d. Dtsch. Ges. f. Rheumatologie 1952. — (4) Cavelti, Ph. A.: Arch. Path., Chicago 44 (1947), S. 1. — (5) Charcot: Gaz. hôp. 102 (1868), S. 554. — (6) Coburn, A. F.: Lancet 1936/II, S. 1025. — (7) Copeman, W. S. C.: Ann. rheum. Dis. 5 (1946), S. 115. — (8) Döring, G.: Vortrag a. d. Neurologen-Kongr. Göttingen 1949. — (9) Frick, E.: Dtsch. Z. Nervenhk. 160 (1949), S. 237. — (10) Gross, D.: Münch. med. Wschr. 1952, S. 2257. — (11) Grund, G.: Dtsch. Z. Nervenhk. 145 (1938), S. 99. — (12) Henning, N.: Lehrb. d. Verdauungskrankheiten. (Thieme Verlag Stuttgart 1949.) — (13) Hoff, F.: Dtsch. med. Wschr. 1952, S. 146. — (14) Hüneke, F.: Krankheit und Heilung anders gesehen. (Stauffen-Verl., Köln 1948.) — (15) Kalbak, K.: Acta med. Scand. 130 (1948), S. 358. — (16) Klinge, F.: Der Rheumatismus. (Erg. allg. Path. 27 [1933]). — (17) Kuczynsky, Wolff: Klin. Wschr. 1920/I, S. 777. — (18) Letterer, E.: Dtsch. med. Wschr. 1950, S. 15. — (19) Lichtwitz: Pathologie der Funktionen und Regulationen. (Leyden 1936.) — (20) Masugi, Murasawa, YÄ-SHU: Virchows Arch. Path. Anat. 299 (1937), S. 426. — (21) Menkin, V.: Newer Concepts of inflammation. (Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, USA., 1950.) — (22) Morgenroth, Abraham: Zschr. Hyg. 94 (1921), S. 163. — (23) v. Müller, F.: Münch. med. Wschr. 1933/I, S. 1 u. 43. — (24) Neisser, M., Wechsberg, F.: Zschr. Hyg. 36 (1901), S. 299. — (25) Nonnenbruch, W.: Die doppels. Nierenerkrankungen. (Verlag Ferd. Enke, Stuttgart 1949.) — (26) Nonnenbruch, W.: Wien. klin. Wschr. 1943, S. 371. — (27) Pässler, H. W.: Verh. Dtsch. Ges. inn. Med. 1930, S. 381. — (28) Randerath, E.: Erg. allg. Path. 32 (1937), S. 91. — (29) Ratschow, M.: Dtsch. med. Wschr. 1951 S. 305. — (30) Reitter, H., Ritter, R.: Zschr. exper. Med. 119 (1952), S. 559. — (31) Ricker, G.: Pathologie als Naturwissenschaft. (Springer-Verlag, Berlin 1924.) — (32) Rose, H. M., Ragan, C., Pearce, R., Lipman, M. O.: Proc. Soc. Exp. Biol. Med., N.Y. 68 (1948), S. 1. — (33) Rosenow, E. C.: Verh. Dtsch. Ges. inn. Med. 1930, S. 408. — (34) Rössle, R.: Verh. Dtsch. Ges. inn. Med. 1939, S. 423; Dtsch. med. Wschr. 1946, S. 48. — (35) Sarre, H., Wirtz, H.: Dtsch. Arch. klin. Med. 189 (1942), S. 1. — (36) Scheiffarth, F.: Zschr. exper. Med. 119 (1952), S. 373. — (37) Scheiffarth, F., Bulitta, A.: Zschr. Laryng. Rhin. Ot. 1953, S. 65. — (38) Scheiffarth, F., Legler, F.: Arztl. Wschr. 1951, S. 660. — (39) Scheidt, C.: Referat auf d. Deutschen Ges. f. Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Stuttg. 29. 7. 1950, Sonderdruck. — (40) Schittenhelm, A.: Verh. Dtsch. Ges. inn. Med. 1937 (1948), S. 3. — (41) Schmengler, F. E.: Medizinische, Stuttgart 1952, S. 209. — (42) Schmidt, H.: Vortrag a. d. Tagung d. Dtsch. Ges. f. Rheumat. 1951, Ref. Zschr. Rheumaforsch. 10 (1951), S. 409. — (43) Schuler, B.: Zschr. klin. Med. 147 (1951), S. 1. — (44) Selye, H.: Dtsch. med. Wschr. 1951, Nr. 31/32. — (45) Siegmund, H.: Dtsch. med. Wschr. 1948, S. 357. — (46) Slauck, A.: Methode des Herdnachweises mit besonderer Berücksichtigung des Fibrillierens. (Schriftenreihe f. Ganzheitsmedizin 1950, Bd. 11, S. 8, Ärzte-Verl. Gießen.) — (47) Speransky, A. D.: A Basis of the Theory of Medicine. (International Publishers 1935.) — (48) Spieß, G.: Zbl. inn. Med. 1902, S. 222. — (49) Steinbrocker, O., Spitzer, N., Friedmann, H.: Ann. Int. Med. 29 (1948), S. 22. — (50) Talalajew, W. T.: Klin. Wschr. 1929/I, S. 124. — (51) Todd, E. W.: J. Path. Bact. 47 (1931), S. 423; J. Exper. Med. 55 (1932), S. 267. — (52) Tonutti, E., Fetzer, S.: Münch. med. Wschr. 1952, S. 2161. — (53) Uehlinger, E.: Schweiz. Zschr. Tbk. 3 (1946), S. 38. — (54) Ueber, F.: Ernährung und Stoffwechselerkrankung. (Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin/Wien 1925.) — (55) Veil, W. H.: Der Rheumatismus und die streptomykotische Symbiose. (Enke-Verlag, Stuttgart 1939.) — (56) Weintraud, W.: Berliner klin. Wschr. 1913/II, S. 1381. — (57) Westphal, O., Lüderitz, O., Keiderling, W.: Zbl. Bakt. 158 (1952), S. 152. — (58) Winblad, S., Malmros, H., Wilander, O.: Acta med. Scand. 196 (1947), S. 533. — (59) Wuhrmann, F.: Schweiz. med. Wschr. 1950, S. 715.

(Ansch. d. Verff.: Doz. Dr. F. Scheiffarth; Dr. A. Bulitta, Medizinische Universitätsklinik Erlangen)

## FRAGEN AUS DER PRAXIS

Frage: **Basaltemperaturmessung zur Konzeptionsverhütung.** Ist die Methode nach Knaus-Ogino, die durch die Temperaturmessung nach neueren Arbeiten (Döring usw.) eine große Sicherheit bekommen hat, wirklich die sicherste Methode überhaupt zur Geburtenregelung? So hat es ja nach amerikanischer Literatur und Statistik den Anschein. Eigene Erfahrung und die anderer Kollegen bei verschiedenen Patienten, besonders mit der Temperaturmessung, sind sehr positiv.

Antwort: Zunächst scheint eine Richtigstellung notwendig zu sein: Zwar erfuhr die Lehre von der periodischen Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit der Frau (Ogino, Knaus) durch die Ergebnisse der Basaltemperaturmessung, die in den letzten Jahren in der ganzen Welt eine rasch zunehmende Verbreitung gefunden hat, die bisher beweiskräftigste Bestätigung, wenn auch nicht ganz im Sinne von Knaus. Da aber die mit Hilfe der Temperaturmessung gewonnenen Ergebnisse nicht selten zu anderen Schlüssen bezüglich des Konzeptionsoptimums führen, kann man die Methode der Basaltemperaturmessung nicht als Hilfsmethode der Knausschen Lehre auffassen, sondern sollte sie als selbständige Methode zur individuellen Bestimmung der Ovulation ansehen, während das Knaussche Verfahren ein mehr schematisches ist.

Der wesentlichste Gewinn, der für die Geburtenregelung aus der Anwendung der Basaltemperaturmessung erwachsen ist, besteht in der Erkenntnis, daß während der hyperthermischen Phase des Menstruationszyklus eine Konzeption unmöglich zu sein scheint. Die hyperthermische Phase reicht vom Temperatursprung bis zum Einsetzen der Menses, dauert durchschnittlich 13 Tage und entspricht praktisch der Corpus-luteum-Phase. Anlässlich einer Rundfrage, die mein Mitarbeiter Döring bei Autoren des In- und Auslandes, die über ein größeres Material an Temperaturkurven verfügen, durchgeführt hat, stellte sich heraus, daß bei mehr als 20000 Zyklen während der hyperthermischen Phase in keinem Falle eine Konzeption mit Sicherheit nachgewiesen worden ist. Es sind nur zwei Fälle bekannt, bei denen eine Konzeption nach dem Temperatursprung in Frage kommt (Farris). Dieses Ergebnis entspricht einer Sicherheit, wie sie bisher von keiner anderen Methode berichtet werden konnte.

Die Abgrenzung der infertilen Tage im Postmenstruum ist auch bei Anwendung der Temperaturmethode nicht mit der gleichen Zuverlässigkeit möglich wie während der Corpus-luteum-Phase, weil die Länge der Follikelphase erheblich variieren kann. Uns hat sich zur Errechnung der infertilen Phase folgendes Verfahren bewährt: Von dem Zyklustag, an dem bei mindestens 6monatiger Temperaturkontrolle frühestens ein Temperatursprung beobachtet worden ist, werden 6 Tage abgezogen. Davon entsprechen zwei Tage dem durchschnittlichen zeitlichen Abstand des Follikelsprungs vom Temperatursprung, zwei Tage der allgemein angenommenen Befruchtungsfähigkeit der Spermien und die zwei restlichen Tage stellen einen Sicherheitsfaktor dar. Wenn also der Temperatursprung immer in der Zeit vom 15. bis 18. Zyklustag stattgefunden hat, dürfen die ersten acht Zyklustage als unfruchtbar gelten (15—6=9).

In unserem eigenen Material von mehr als 2000 vollständig gemessenen Temperaturzyklen sind Konzeptionen ausschließlich innerhalb der Zeitspanne beobachtet worden, die sich vom Tag des Temperatursprungs bis zum 6. Tag vor dem Temperatursprung erstreckt.

Ob diese Methode eine größere Sicherheit hat als andere anti-konzeptionelle Verfahren, läßt sich schwer beurteilen. Die Sorgfältigkeit der angewendeten Technik läßt häufig zu wünschens übrig. Bei der Basaltemperaturmethode können andererseits Fehler in der Deutung der Kurven durch den Laien entstehen. Die Beurteilung der Temperaturkurven verlangt im Anfang laufende Beratung durch einen auf diesem Gebiet erfahrenen Arzt, was von vielen als Nachteil empfunden wird.

Prof. W. Bickenbach, Universitäts-Frauenklinik Tübingen

Frage: **Behandlung des Hallux rigidus.** Welche Methode zur operativen Behandlung des „Hallux rigidus“ bietet die größte Aussicht auf einen Dauererfolg? Wie lange ist der Operierte voraussichtlich arbeitsunfähig?

Antwort: In der Literatur wird für die operative Behandlung des Hallux rigidus die Zweidrittelresektion der Grundphalanx I nach Brandes ganz besonders empfohlen. Auch wir bedienen uns in besonders hartnäckigen Fällen dieses Operationsverfahrens und sind mit den erzielten Ergebnissen zufrieden. Wir vertreten aber den Standpunkt, daß in vielen Fällen ein über das Grundgelenk getra-