

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1918

20 (31.10.1918)

Ärztliche Mitteilungen

aus und für Baden.

Jahres-Abonnement:
5 Mk. 75 Pfg.
exkl. Postgebühren.

Für Mitglieder der badischen
ärztlichen Landesvereine,
welche von Vereinswegen
für sämtliche Mitglieder
abonnieren

— 4 Mk. —
inkl. freier Zustellung.

Erscheinen 2 mal monatlich.

Anzeigen:
30 Pfg. die einspaltige Petitzelle
oder deren Raum,
mit Rabatt bei Wiederholungen.

Beilagen:
Preis nach Vereinbarung.
Einzelne Nummern 20 Pfg.

Begründet von Dr. Rob. Volz.

Schriftleitung: Dr. Bongartz in Karlsruhe.
Verlag, Druck und Expedition: Malsch & Vogel in Karlsruhe.

LXXII. Jahrgang.

Karlsruhe

31. Oktober 1918.

Auszeichnung badischer Ärzte im Felde.

Es erhielten
das eiserne Kreuz erster Klasse:
Oberarzt d. L. Dr. Weisenkorn-Pforzheim,
Reg.-Arzt Dr. H. Hofmann, Landw.-Inf.-Rgt.
Nr. 111.

Vergleich unseres jetzigen Nahrungsumfanges mit dem vorjährigen.

Von R. E. May.

Der Streik in der Rüstungsindustrie ist in erster Linie mit Nahrungsmittelverhältnissen begründet worden. Lag hierzu irgend welche Veranlassung vor? Diese Frage kann nur an der Hand eines Vergleiches unseres jetzigen Nahrungsumfanges mit dem vorjährigen beantwortet werden. Ein solcher Vergleich soll nachstehend vorgenommen werden.

Vorweg sei jedoch bemerkt, daß der etwa erhobene und bereits mehrfach gemachte Einwand, Zufriedenheit oder Unzufriedenheit der Rüstungsarbeiter habe nichts mit den allgemeinen Nahrungsmittelverhältnissen zu tun, weil diese Arbeiter ja doch eine Anzahl von Nahrungszusätzen bekommen, nicht stichhaltig ist. Der Rüstungsarbeiter verzehrt diese Sonderrationen nicht allein. Sie werden am Familientisch verteilt, und mag da der Schwerarbeiter einen verhältnismäßig großen Anteil bekommen, so sorgt doch schon die Mutterliebe dafür, daß seine Zusatzration „in die Brüche geht“. Der Nahrungsumfang der Schwerarbeiter hängt daher ebenfalls von der Größe der allgemeinen Ration ab.

Damit ist nicht gesagt, daß nicht auch andere Umstände den Nahrungsumfang beeinflussen; um hier gleich auf den Hauptpunkt zu kommen: Es ist kein Geheimnis, daß die gesamte Volksernährung in diesem Winter wesentlich günstiger ist, als sie im vorigen ge-

wesen ist, dadurch, daß bis in die unteren Einkommenklassen hinein die Bevölkerung sich in großem Umfang mit Schleichkartoffeln versorgt hat. Diese Versorgung hat sowohl durch den Handel wie auch, und zwar in großem Umfange, durch Beziehungen der städtischen Arbeiterbevölkerungen mit dem Lande stattgefunden und hat Dimensionen annehmen können, die einer unsichtbaren Volksversorgung gleichkommen, dadurch, daß die Schweine, die im vorigen Jahre die Kartoffeln weggefressen haben, in diesem Jahre vielfach fehlen. Bei den hohen Löhnen, welche gerade die Rüstungsarbeiter erhalten, dürften gerade sie in großem Umfange zu den auf diese Weise versorgten Bevölkerungskreisen gehören.

Durch diese Verhältnisse ist aber im Vergleich zum Vorjahre nicht nur der Nahrungsumfang der nicht rationierten Nahrungsmittel gewachsen, sondern auch der Umfang der rationierten, und zwar hauptsächlich dadurch, daß die Kartoffelration, die in einem Teil des Vorjahres nur auf dem Papier gestanden hat, in diesem Winter wirklich zur Verteilung gelangte.

Ob und in welchem Maße sich der Nahrungsumfang verändert hat, läßt sich an der Hand von Gewichtsmengen nicht ermitteln. Das leuchtet am leichtesten ein, wenn man die großen Mengen von Rüben, die im vorigen Jahre als Kartoffelersatz verteilt wurden, mit den wesentlich geringeren Mengen der in diesem Jahre zur Verteilung gelangenden Kartoffeln vergleicht, die trotz ihres geringen Gewichtes doch einen wesentlich größeren Nährwert haben, als die im vorigen Jahre an ihrer Stelle verteilten Rübenmengen.

Zum Vergleich des Nahrungsumfanges gibt es nur ein Mittel: es muß der Nährwert der jeweils von jedem Nahrungsmittel zur Verteilung gelangenden Ration berechnet werden, und dann müssen die so berechneten Nährwerte sämtlicher rationierter Nahrungsmittel zusammengerechnet werden. In dieser Weise haben wir für das Jahr 1917 die während des ganzen Jahres in Hamburg zur Verteilung gelangten Lebensmittel zu-

sammengestellt und ihren Nährwert berechnet. Dasselbe Verfahren haben wir dann auf die in den Wochen vom 26. Januar bis 1. Februar und vom 2. bis 8. März zur Verteilung gelangten Rationen angewandt.

Daß wir hier nur von den Hamburger Rationen ausgegangen sind, ändert nichts an der Allgemeinbedeutung des Ergebnisses; denn es liegt kein Grund vor, warum sich anderwärts die Verhältnisse in anderen Maße oder gar in anderer Richtung verändert haben sollten.

Da man im Gegensatz zum vorigen Winter in diesem Winter in jedem gewünschtem Umfange Rüben haben kann, so haben wir bei diesen Vergleichen der rationierten Nahrungsmittel die Rüben ausgeschaltet, obgleich sie während eines Teiles des Vorjahres zu den rationierten Lebensmitteln gehörten.

Aus dem Vergleich der vorstehend mitgeteilten Berechnungen ergibt sich, daß der Nahrungsumfang (Kalorienzahl) der rationierten Nahrungsmittel in der letzten Januarwoche 1918 um 10,5 pCt., in der ersten Märzwoche 1918 bereits um 17 pCt. größer war, als er im Jahresdurchschnitt 1917 gewesen ist. Die absoluten Kalorienzahlen haben betragen: 1917: 1109, letzte Januarwoche: 1225, erste Märzwoche: 1298. Allerdings ist die Fettration weiter heruntergegangen, und zwar von täglich 15,4 g auf 12,5 g in der letzten Januarwoche, bzw. 13,1 g in der ersten Märzwoche; die Eiweißration aber ist etwas gestiegen: von 22,9 auf 23,6 bzw. 24,7 g pro Tag. Die Steigerung hat also hauptsächlich stattgefunden bei den Kohlehydraten, die von 214 auf 249, bzw. 265 g gestiegen sind. In Wirklichkeit ist die Kohlehydratquotenquote viel größer, dadurch, daß es sich bei dem größeren Umfang, in dem im Vergleich zum Vorjahre sich außerhalb der Rationierung Nahrungsmittel beschaffen lassen, hauptsächlich um Kohlehydrate handelt (Kartoffeln, Obst). Und zwar ist das in solchem Umfange der Fall, daß, wenn schon der rationierte Nahrungsmittelumfang um 17 pCt. gegen das Vorjahr gestiegen ist, die Steigerung des Gesamtnahrungsumfanges $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ betragen haben dürfte.

Die Vermehrung der außerhalb der Rationierung beschafften Nahrungsmittel hat fraglos auch einen günstigen Einfluß auf die Steigerung der so wichtigen Eiweißkopffquote ausgeübt, und da diese Steigerung hauptsächlich durch Vergrößerung des Kartoffelkonsums bewirkt worden ist, so ist ihr Nährwertumfang in größerem Maße gewachsen, als selbst aus einer rechnerischen Steigerung der Eiweißkopffquote hervorgehen würde. Es hat sich nämlich herausgestellt, daß das Eiweiß der Kartoffel einen besonders großen Eiweißnährwert hat. Die Gründe hierfür sind noch nicht aufgeklärt. Die Tatsache an sich aber steht fest. Auch steht fest, daß der Kaliumgehalt der Kartoffeln die ungünstigen Wirkungen des verschlechterten Brotes (stärkere Ausmahlung) ausgleicht. Daraus geht hervor, daß die Verbesserung, die unsere Ernährung durch den vergrößerten Kartoffelkonsum erfahren hat,

mit der Vergrößerung des Nährwertumfangs allein noch nicht ausgedrückt ist.

(Med. Reform 1918 Nr. 17.)

Referate praktisch wichtiger Arbeiten.

Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte. Nr. 33. Über die Grippe von Dr. E. Lang-Biel.

Gegenüber der Influenza-Epidemie von 1889—90, wo katarrhalisch-entzündliche Komplikationen aller Luftwege im Vordergrund standen, ist für den Verlauf der jetzigen Grippe fast ausnahmslos die vom Hilus ausgehende lobäre und lobuläre Pneumonie charakteristisch.

Meist fehlt das charakteristische pneumonische Sputum und eine deutliche Krise, niemals aber bei Ergriffensein einer größeren Partie des Lungenparenchyms, die Verminderung der Chloride im Urin und sofortiges Normalwerden des Gehalts bei Stillstand des Prozesses. Deshalb hat die einfache Probe mit Salpetersäure und Hollenstein als zuverlässiges diagnostisches und prognostisches Hilfsmittel zu gelten. Albuminurie ist häufig, kann aber rasch verschwinden.

Aspirin und Optochin waren von keiner sichtlichen Wirkung auf den Krankheitsverlauf, ebensowenig intravenöse Salvarsaninjektionen. Anscheinend günstiger wirkte die Verbindung von Antipyrin, Salicyl und Digitalis als sog. „Franke'sche Mixtur“. Die Vorschrift lautet: Infus Digitalis 1,5 : 150,0, Natr. salicyl. 7,0, Antipyrin 3,0, dazu je nach Bedürfnis Liq. ammon. anis, Codein, Sirup. Altheae, 2stdl. 1 Eßlöffel. Bei frühzeitiger Anwendung dieser Medikation nahm die Krankheit überhaupt und ohne pneumonische Komplikation einen mildereren Verlauf. Kein Fall, der nicht schon verschleppt war, verlief mehr letal.

Nr. 41. Zur Prophylaxe der spanischen Grippe von Dr. A. Holz.

Ausgehend von der Beobachtung von Cushing und Crowe, nach der das per os verabreichte Urotropin in die Cerebrospinalflüssigkeit übergeht und dort desinfizierende Wirkung entfaltet, sowie von Zak, Vanderstof, Neves u. a., die die Ausscheidung des Urotropins im Sputum und Harn als Formaldehyd nachwiesen, empfiehlt der Verfasser Urotropin als Prophylaktikum gegen Grippe, bei der die gegen Urotropin sehr empfindlichen Staphylo- und Streptokokken, besonders bei den Affektionen der Lungen und Pleura eine große Rolle spielen. Die Erfahrungen, die am Züricher Kinderspital gemacht wurden, waren recht günstige. Erwachsene erhielten einige Wochen hindurch 2 × tgl. 0,25 Urotropin innerlich in 5% Lösung; in schweren Fällen bis 3,0 pro die.

Medizinische Klinik 1918.

Nr. 15. Die häufigste Störung in der Nachgeburtperiode und die leichteste Art, sie zu erkennen. Von P. Matthes, Innsbruck. (Aus der Universitätsfrauenklinik in Innsbruck.)

Die volle Harnblase setzt nicht die Wehenkraft herab, sondern verhindert mechanisch den Eintritt des Schädels

in den Beckeneingang und ebenso wirkt sie mechanisch störend in der Nachgeburtperiode. In dieser Zeit wölbt die volle Blase die Bauchdecke über dem Schambein in der bekannten Weise vor, aber der Hauptteil der gefüllten Blase sinkt der Schwere nach in die Beckenhöhle. Die nach vollendeter Austreibung der Frucht stark ausgedehnte und schlaaffe Wand des Durchtrittsschlauchs kann keinen entsprechenden Gegendruck leisten und wird an die Wand des Beckenkanals gepreßt. Man kann dann von der Scheide aus den Blasensack fühlen, und wenn man die Frau pressen läßt oder auf den Uterus drückt, so wird die vordere Scheidenwand vor der Blase vorgewölbt und in der Schamspalte sichtbar. Der Druck, den der Uterus ausübt, wird dann also durch diesen Gegendruck der Blase aufgehoben und die Plazenta kann nicht austreten. Ein Handgriff nach Credé verschlimmert das Übel noch, denn die Blase wird dadurch noch tiefer ins Becken und noch stärker an die Wand des Beckenkanals gepreßt. Dadurch kann die Plazenta teilweise von der Uteruswand abgedrängt werden und eine Nachgeburtblutung eintreten, wenn nicht schon vorher durch solche teilweise Ablösung es geblutet hat. Matthes lehrt deshalb, bei jedem Fall von Nachgeburtshaltung mit oder ohne Blutung meist nichts anderes mitzunehmen als einen Katheter. In den Hand- und Lehrbüchern findet dieser Zustand und seine Diagnose meist nur eine knappe Erwähnung. Um richtig zu erkennen, wann die gelöste Plazenta zur Expression reif ist, muß man drei Zustände unterscheiden: 1. noch nicht gelöste Plazenta; 2. gelöste und im Durchtrittsschlauch befindliche Plazenta; 3. noch nicht gelöste Plazenta und volle Blase. Zu dieser Unterscheidung dienen drei Handgriffe. „Erster Handgriff: Die Hand tastet von oben, vom Rippenbogen weg nach dem Gebärmuttergrund. Dieser steht im Fall 1 etwa zwei Finger unter, in den Fällen 2 und 3 etwa ebenso hoch über dem Nabel; im Fall 2 ist er deutlich hinter den Bauchdecken zu fassen, in Fall 3 nur undeutlich, weil er durch die volle Blase nach hinten gedrängt und von Darmschlingen überlagert ist. Zweiter Handgriff: Die Hand umspannt mit abgespreiztem Daumen die vordere Fläche des Uterus. In den Fällen 1 und 3 ist sie breit, im Fall 2 ist sie so schmal, daß der Uterus unmöglich noch die Plazenta enthalten kann, im Fall 3 ist sie wieder nur undeutlich zu tasten, weniger deutlich als im Fall 1. Dritter Handgriff: Die Hand betastet die vordere Wand des Uterus distalwärts bis zur Symphyse. Im Fall 1 ist ihre Konsistenz mäßig hart, gleichmäßig bis an den vorderen Schambeinrand. Im Fall 2 ist sie ausgesprochen hart, man fühlt die gleichmäßige Härte bis zu einer Stufe; die Stufe ist der untere Rand des Hohl Muskels, dann folgt eine weiche Stelle: der von der Plazenta angefüllte Durchtrittsschlauch, dann wieder eine Stufe: der obere Schambeinrand. Im Fall 3 macht die vordere Wand, weil von Darmschlingen überlagert, wieder keinen so harten Eindruck; in je nach Fülle der Blase wechselnder Höhe trifft man wieder auf eine allerdings wenig ausgeprägte Stufe, unter ihr tastet man eine weiche Stelle, sie prominert im Gegensatz zu Fall 2 stärker und fluktuiert und ist nach

unten begrenzt vom oberen Rand des Schambeines. Wird die Blase nun entleert, so geht Zustand 3 in 2 über und dieser meist ohne jeden weiteren Eingriff allmählich in Zustand 1.“ Der Katheterismus soll also den Credéschen Handgriff vermeiden helfen, nicht ihn vorbereiten.

Nr. 23. Die Therapie der „Kriegsniere“. Von Privatdozent Dr. Wilhelm Nonnenbruch, Assistent der med. Klinik Würzburg und Oberarzt an einem Kriegslazarett.

Die Kriegsniere ist wie die Scharlachniere anatomisch und klinisch eine mit Ödem und Blutdrucksteigerung verlaufende akute diffuse Glomerulonephritis. Die klinischen Erscheinungen der Kriegsniere im frischen Stadium sind: „Atemnot, Ödem, Blutdrucksteigerung, ein relativ zur Atemnot langsamer Puls, mehr oder weniger schwere bronchitische Erscheinungen und ein spärlicher Harn, der alle möglichen Grade der Veränderung aufweisen kann, vom ganz normalen bis zum stark Blut, Zylinder und Eiweiß enthaltenden nephritischen Harn. Dabei besteht eine Neigung zu eklamptisch-urämischen Anfällen.“ Durch Volhard ist die Behandlung jetzt prinzipiell anders geworden. Früher spülte man durch reichliche Flüssigkeitsgaben durch und glaubte dadurch die Toxine verdünnen und durch Diuretin u. dgl. die Diurese in Gang bringen zu können. Volhard nimmt bei der akuten diffusen Glomerulonephritis eine primäre Ischämie der Glomeruli an und hält alle späteren Veränderungen für deren Folgen. Das Ödem ist extrarenal durch direkte Gefäßschädigungen bedingt, der Blutdruck kommt durch einen Reiz, der von den Nierengefäßen aus den Splanchnikus trifft, zustande, und der produzierte Harn ist nicht ein Produkt der Glomeruli, sondern ein tubuläres Produkt. Volhard will mit seiner Therapie die Ödembildung hemmen, das Herz entlasten und die Drosselung der Glomeruli sprengen. Seine Therapie besteht in Fasten und dem Wasserstoß, event. unterstützt von Punktionen und Strophanthn. Wie man sich auch zu den theoretischen Unterlagen dieser Therapie stellen mag, von ihrem eminenten Wert muß man sich, wie auch der Verf. nach seinen dreijährigen Erfahrungen an einem großen Nierenmaterial, unbedingt überzeugen. Ödeme und Atemnot schwinden rasch, die Diurese kommt in Gang, der Blutdruck sinkt und Urämie tritt nur selten und in leichteren Formen auf. Die Therapie Volhards ist eine Schonungstherapie der Niere und des Kreislaufs, ganz wie die Kurellkur, nur noch mit größerer Konsequenz durchgeführt. Das Fasten wird ausgezeichnet vertragen und der dabei eintretende Verlust der Körpersubstanz spielt bei der kurzen Zeit keine Rolle. Im weiteren Verlauf richtet sich der Kostzettel nach der täglichen Wägung, denn die Gewichtsabnahme erfolgt der Hauptsache nach durch den Ödemschwund. Solange das Gewicht abnimmt, war die Kostzufuhr nicht zu groß. Übrigens kann man mit dickgestrichenen Butterbroten ohne viel Kochsalz und Wasser viel Nährwert zuführen und kann außerdem bald zu einer kalorienmäßig ausreichenden Kost, die dabei trocken ist (Brot, Butter, Brei, event. Gemüse), und schließlich bei

nicht mehr weiter fallendem Gewicht zu einer reichlichen Milch-Mehl-Gemüsekost übergehen. „Nicht immer kommt die Diurese unter einfacher Schonungskost in Gang.“ Um ihr Eintreten zu beschleunigen, hat Volhard den Wasserstoß angeordnet, der die Glomerulusdrosselung sprengen soll. „Der Kranke bekommt nüchtern einen oder einen halben Liter Tee rasch zu trinken.“ Der Gesunde scheidet ein solches Quantum in vier Stunden wieder aus. Der Nierenkranke scheidet gar nichts aus oder nur kleine Mengen konzentrierten Harns, oder aber der Wasserstoß wird schlecht erledigt, aber die Harnportion zeigt wenigstens als günstiges Anzeichen ein beträchtlich heruntergegangenes spezifisches Gewicht; es kann aber auch vorkommen, daß vom Nierenkranken der Wasserstoß ganz oder sogar überschießend erledigt wird, daß also Wasser mobilisiert wird. In der Regel soll man den Wasserstoß nicht vor dem dritten bis vierten Tage machen, jedenfalls nicht, solange Dyspnoe besteht. In schwer oligurischen Fällen mißlingt der erste Wasserstoß meist, worauf man dann Schonungskost weitergibt und schwitzen läßt. Dann gelingt nach einigen Tagen der zweite Wasserstoß schon besser und die Urinmenge steigt, und einige Tage später vorgenommener dritter Wasserstoß gelingt dann sogar überschießend. Das Körpergewicht darf dabei aber mindestens nicht zunehmen. In manchen Fällen bleiben alle Wasserstöße für die Diurese erfolglos, es tritt aber dann doch noch, wenn man möglichst viel Kalorien in Kohlehydraten und Fetten gibt, möglichst wenig Flüssigkeit zuführt und das Gewicht nicht steigen läßt, in 2–3 Wochen spontan oder nach einem neuen Wasserstoß eine Steigerung der Urinmenge ein und die Diurese bleibt dann in Gang. Für gewöhnlich ist letzteres schon mit erledigtem Wasserstoß der Fall. Bei sehr hochgradiger Oligurie oder Anurie haben Volhard u. a. die Dekapsulation der Niere empfohlen. Auch der Harnstoff scheint bei Kriegsnephritis einen günstigen Einfluß auf eine Oligurie zu haben. Auch die direkte Entleerung der Ödeme durch Skarifikation oder Punktion wirkt günstig auf die Diurese und der Verf. hat damit oft sehr hartnäckige Fälle zur Heilung gebracht. Ebenso sind Schwitzkuren zur Unterstützung der Entwässerung wertvoll, werden begonnen, wenn keine Zeichen von Herzschwäche und Atemnot mehr bestehen, und fortgesetzt, bis die Diurese in Fluß ist. Für bedrohliche Zustände des Herzens und der Gefäße ist die Fastenkur, die auch bei ausgebrochener Urämie fortgesetzt wird, schon eine gute Vorsorge. Kommt es doch zu Herzschwäche, so tritt Atemnot ein und der Puls steigt. Schon ein Puls über 70 ist für einen Nephritiker, der bei guter Kompensation nur 40–50 Pulse hat, schnell und ein Puls über 100 gibt eine sehr schlechte Prognose (Urämie oder Bronchopneumonie). In solchen Zuständen bewährt sich am besten eine intravenöse Strophantininjektion (0,0005) und ein Aderlaß von $\frac{1}{2}$ Liter, in besonders schweren Fällen auch Sauerstoff. Dieselbe Therapie tritt bei drohender Urämie ein, bei der man außerdem noch eine Spritze Morphinum gibt und bei der Verfasser nach Volhards Empfehlung in der Regel auch noch eine Lumbalpunktion macht. Ganz ebenso verfährt man bei ausge-

brochener Urämie. „Die erste Sorge ist das Herz.“ Deshalb ist auch dringend zu warnen, nach dem Aderlaß den in den Lehrbüchern empfohlenen intravenösen oder subkutanen Salzwasser- oder Traubenzuckereinlauf zu machen, der den Vorteil des Aderlasses wieder aufhebt.

Nr. 23. Das Vollkornbrot. Von Hofrat Dr. A. Theilhaber.

„Die Ansichten über die Zweckmäßigkeit des Genusses des Vollkornbrottes gingen bisher weit auseinander.“ Die große Mehrheit der Sachverständigen hält die Beimischung der Kleie, d. h. des aus den äußeren Schichten des Getreidekorns gewonnenen Mehles, zum Brotbacken für unzweckmäßig, nur eine Minorität will die Kleie wegen ihres Reichtums an Eiweiß und Mineralsalzen zum Brotbacken verwenden und das Kriegsernährungsamt hat die Verwendung der Kleie zum Brotbacken vermutlich in der Absicht angeordnet, um mit solchem Brot ein ausgiebigeres Sättigungsgefühl herbeizuführen. Theilhaber ist nach Erfahrungen an Frauen, nach Beobachtungen aus der allgemeinen Praxis und schließlich durch Erfahrungen am eigenen Körper zu der Überzeugung gekommen, daß die äußere Kleie (das Produkt der Vermahlung der Fruchtschale und der Samenschale) für den menschlichen Verdauungsstraktus ungeeignet ist, weil sie eine große Menge von nicht resorbierbarer Zellulose enthält, die bei einem Teile der Menschen als unnützer Ballast wirkt, bei einem anderen Teile direkten Schaden verursacht. Letzterer besteht einmal darin, daß durch die abnorme Gärung der Kohlehydrate die Darmschleimhaut gereizt wird, was sich in starken Darmbeschwerden (Kolikschermerzen, Tenesmen, Blähungen, Häufung der Stuhlgänge, aber auch Verstopfungen) äußert, und zum anderen darin, daß die entzündliche Darmschleimhaut eine vermehrte Peristaltik hervorruft, dadurch die Resorption des Speisebreies verhindert und zu starker Abmagerung und zu Unterernährung führt. Theilhaber hat es oft festgestellt, daß die Menschen trotz reichlichem Fleisch, Eiern und Fett manchmal bis zu einem Drittel ihres Körpergewichtes abmagern und erst eine Besserung erleben, wenn sie weniger Kleie enthaltendes Brot essen. Auch die Ansicht, daß kleienhaltiges Brot ein stärkeres Sättigungsgefühl hervorruft, ist irrtümlich, es stellt sich vielmehr infolge der Störung der Resorption vermehrtes Hungergefühl ein, und es gibt viele Leute, „die erzählen, daß sie jetzt den ganzen Tag hungrig seien“. Ob die sogenannte innere Kleie (die vermahlene Kleberzellenschicht) dem Brote zweckmäßig beigegeben werden kann, ist noch nicht erwiesen. Die Entfernung der Schalen, wie sie Steinmetz und Groß vorge schlagen haben, scheint zweckmäßig zu sein.

Nr. 25. Ein einfaches Verfahren zur Verhütung des Rücksinkens der Zunge bei Bewußtlosen. Von A. Loewy und George Meyer in Berlin.

Bei der künstlichen Atmung Bewußtloser oder tief Narkotisierter ist die Frage noch nicht gelöst, wie man sich bezüglich der Zunge zu verhalten habe, wenn auch die meisten es für bedenklich halten, die Zunge sich selbst

überlassen, weil sie sich in einzelnen Fällen so lagern können, daß der Zungengrund den Eingang zu den Luftwegen verlegt. Es gilt deshalb im allgemeinen als Regel, den Unterkiefer nach vorn zu schieben, wodurch mit dem nach vorn gezogenen Kinnzungenbein- bzw. Kinnzungenmuskeln Zungengrund und Kehlkopf gleichfalls nach vorn verlagert werden. Von dem Erfolg dieses Eingriffes kann man sich nun wohl beim Narkotisierten, nicht aber beim nicht mehr atmenden Scheintoten vergewissern, auch ist der beschriebene Handgriff bei der künstlichen Atmung nach Silvester aus technischen Gründen nicht anwendbar und erfordert überhaupt zu seiner Ausführung einen weiten Retter. Die Verfasser haben nun entdeckt, daß Zungengrund und Kehlkopf nach vorn verlagert, der Eingang zu den Luftwegen also freigemacht werden kann, ohne daß man dazu eine besondere Hilfe brauchte, wenn man sich eines Kunstgriffes bedient, der bei der Narkose schon öfter angewandt wird, um bei Brechneigung den Mageninhalt nach außen zu leiten. Dieser Kunstgriff besteht darin, daß man den Kopf so stark wie möglich nach der rechten oder der linken Seite dreht und in dieser Lage bleibt. Die Verfasser konnten durch Röntgenaufnahmen an toten und lebenden Menschen, ferner durch Messungen der Entfernung des hinteren Randes des Zungengrundes von der Mitte der Vorderfläche des ihm gegenüberstehenden Wirbelkörpers feststellen, daß die Seitwärtsdrehung des Kopfes den Kehlkopfeingang sehr erheblich erweitert. So konnte durch die Kopfdrehung bei Rückenlage die Entfernung des Zungengrundes von der Wirbelsäule in der Höhe um 1,9, also um fast das Vierfache, und am Lebenden um 1,0 cm, also um fast das Doppelte, zunehmen. Auch bei der Seitenlage war diese Zunahme bedeutend, nämlich 2-2,13 cm. Durch die Seitwärtsdrehung des Kopfes wird nämlich das Kinn von der Wirbelsäule auf der Seite abgelenkt, die der Kopfdrehung entgegengesetzt ist. Dadurch muß auf dieser Seite ein Zug auf die vom Kinn zum Zungenbein ziehenden Muskeln ausgeübt werden. Die Folge ist ein Nachvornziehen des Zungenbeins und ein Nachvorntreten des mit ihm verbundenen Kehlkopfes." Dieses Ergebnis wurde auch durch direkte Messungen an der Leiche bestätigt. Man kann auch schon bei geeigneter Belastung bei scharfer seitlicher Wendung des Kopfes das Nachvorntreten des Kehlkopfes fühlen. Das Verfahren ist übrigens schon von Milner-Leipzig in einer Schrift über den Hitzschlag empfohlen worden und derselbe Verfasser hat den Autoren auch brieflich mitgeteilt, daß sich das Verfahren praktisch durchaus bewährt habe.

bei der größten Mehrzahl aller Menschen beobachtet, die vorher nie Blasenbeschwerden hatten, nur daß sich dann die Pollakisurie nur als vermehrter Harndrang und als Nykturie, also als häufigeres und, wie gleich hinzugefügt werden kann, quantitativ gesteigertes Wasserlassen äußert. Es liegt demnach eine ausgesprochene Nacharbeit der Niere vor, die sich dann bei latenten Enuretikern als Enuresis äußert. Die Ursache kann nur in der veränderten Ernährung gesucht werden. Schon Rothschild hat die wasserreiche vegetabilische Kost und den Reiz übergroßer Mengen von Kochsalz angeschuldigt, ist damit auf dem richtigen Wege gewesen, nur halbwegs stehen geblieben. „Nicht reichliche Flüssigkeit und Kochsalz sind die Ursache, sondern reichliche Flüssigkeit plus Salze (besonders Na-Salze, nicht bloß Kochsalz allein) plus Kohlehydrate.“ Und zwar wirken diese drei Faktoren nicht durch einen Reiz auf die Niere oder Harnblase, sondern durch ihre engen Beziehungen zum Wasserstoffwechsel. In der Säuglingsphysiologie ist es bekannt, daß Salze und Kohlehydrate zum Wasseransatz führen, und beim älteren Kinde konnte der Verfasser das gleiche beobachten. Auch beim Erwachsenen ist vom Kochsalz eine Retentionswirkung auf Wasser zu beobachten, die aber beim Gesunden nur vorübergehend ist und dann zur Harnflut führt. Von den Kohlehydraten scheint die Kartoffel, wie das auch Versuche des Verfassers bestätigten, am meisten wasserretinierend zu wirken, weil sie durch ihre Kalisalze im Körper besonders leicht die Chlorionen anzieht und damit einen direkten Kochsalzhunger schafft. Es ist demnach „die verzögerte Wasserausfuhr, die durch die salz- und kohlehydratreiche Kost die Sekretionsarbeit der Niere verschiebt und so verspätet, daß es oft nachts zu einer reicheren Urinsekretion kommt. Daher die häufige Nykturie. Nicht die Niere ist primär reizbar oder gereizt, sondern die reichliche Kochsalz- und Kohlehydratzufuhr geht mit einer Speicherung des Wassers im Körper einher, das erst verspätet zur Ausscheidung kommt.“ Am Schlusse stellt der Verfasser die sogenannte Ödemkrankheit der hydrämischen Form des Mehlährschadens aus der Pädiatrie gleich. Bei der Ödemkrankheit scheint ihm die Kohlehydratüberfütterung in Verbindung mit reichlicher Kochsalz- und Wasserzufuhr bei Fehlen von Fett und Mangel an anderen Salzen und vielleicht auch Eiweiß das Ausschlaggebende zu sein.

Verschiedenes.

Die Erhöhung der Verpflegungskosten in den Heil- und Pflegeanstalten. Das Ministerium des Innern hat letztmals vom 1. November 1911 ab die Kosten für die Verpflegung eines Kranken in den Heil- und Pflegeanstalten für die I. Klasse auf 1200 bis 1800 Mk., für die II. Klasse auf 800 bis 1000 Mk. und für die III. Klasse auf 500 bis 600 Mk. erhöht. Vom 1. November 1918 ab erfahren diese Sätze eine weitere Erhöhung, für die I. Klasse auf 1800 bis 2100 Mk., für die II. Klasse auf 1000 bis 1200 Mk. und für die

26. Die Kriegsenuresis und ihre Beziehungen zum Salz und Kohlehydratstoffwechsel (nebst Bemerkungen über die Ödemkrankheiten). Von Prof. Hans Riettschel-Würzburg. (Aus der Universitätskinderklinik Würzburg.)

Mit der Kriegsenuresis ist sehr häufig ein vermehrter Harndrang vorhanden, eine Pollakisurie, und diese wird während der Kriegszeit durchaus nicht nur bei Enuretikern oder nervösen, blasenschwachen Menschen, sondern

Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen.

Zur Beachtung: Meist sind nicht die ganzen Orte, sondern nur einzelne Stellen darin gesperrt. Näheres s. „grosse“ Cavetetafel in „Ärztl. Mitt.“ oder „Ärztl. Vereinsbl.“

Fernsprecher 1 870 und 19 728.

Cavete, collega!

Drahtadresse: Ärzteverband Leipzig.

Angermünde, Kr.	Giessmansdorf, Schles.	Kaufmännische Kr.-K. für Rheinld. u. Westf.	Ostritz, Sa.	Schweidnitz, Schl. Bahnarztst.
Berlin-Lankwitz	Gröba-Riesa	Klingenthal, Sa.	Preuss. Holland, Bezirk	Selb, Bayern
Bremen	Gröditz b. Riesa	Köln, Rh.	Quint b. Trier	Stahnsdorf, s. Telt.
Corbetha	Grossbeeren, Bez.	Kraupischken, O.-Pr.	Reichenbach, Schlesien.	Templin, Kreis
Diedenhofen, Loth.	Guxhagen, Bezirk Cassel	Kreuznach, Bad	Riesa a. Elbe-Gröba	Waldorf, Hessen
Diez a. L.	Halle S.	Lichtenrade bei Berlin	Ringenhain	Warmbrunn- Hernsdorf, Rie- sengebirge
Dietzenbach, Hess.	Hannau, San.-Verein	Lieberose, N. L.	Rothenfelde bei Fallersleben	Weissenfels a. S.
Düsseldorf	Heckelberg, Kreis Oberbarnim	Mariahütte	Ruhla, Thür.	Witkowo, Posen
Elbing	Holzappel i. T. und Umgebung	Mohrungen, Bez.	Schirgiswalde, Regsbzk. Bautzen	Zeltz, Prov. Sa.
Elstorf.	Hllingen, Rhld.	Niederneukirch	Schönebeck a. E.	Zillertal-Erd- mannsdorf, Riesengebirge
Eschede, Hann.	Kaiserslautern	Oberbarnim, Kreis	Schorndorf, Württemberg	Zobten a. B., Schl.
Freiwaldau (Schles.)		Oderberg i. d. Mark	Schreiberhan, Riesengebirge	
Freudenberg				
Geilenkirchen, Kr. Aachen				

Über vorstehende Orte und alle Verbandsangelegenheiten erteilt jederzeit Anskunft das Generalsekretariat, Leipzig, Dufourstrasse 18 II, Sprechzeit nachmittags 3—5 Uhr (ausser Sonntags). Kostenloser Nachweis von Praxis-, Auslands-, Schrift- Arzt- und Assistentenstellen sowie Vertretungen. 460]

Wir suchen für unsere Gemeinde mit 5 400 Einwohnern und einer Umgebung von ca. 5 400 Einwohnern einen

zweiten Arzt.

Die Zulassung zur Behandlung der Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkasse wird zugesichert. Bewerbungen wollen bei einer der unterzeichneten Stellen eingereicht werden.

Furtwangen, bad. Schwarzwald, 25. September 1918.

454]22

Der Gemeinderat.

Allgemeine Ortskrankenkasse.

Sanatorium Nordrach

im bad. Schwarzwald

für Lungenkranke (Private).

Herrliche Lage direkt am Wald, schöne und bequeme Waldspaziergänge.

Eröffnet am 1. März 1915.

Leitender Arzt: Dr. K. Weltz.