

hebt er die Fälle hervor, die ein Jahr nach der Erkrankung noch über Beschwerden klagten. Er unterteilt in drei Gruppen: mit noch bestehendem Fieber, die zweite mit Manifestationen in verschiedenen Organen, beide also mit objektiv nachweisbaren Symptomen. Differentialdiagnostisch schwierig war aber die dritte Gruppe. 20% der Patienten klagten mit monotoner Regelmäßigkeit über Müdigkeit, Mattigkeit, Depressionszustände usw., über eine Vielzahl von unbestimmten Beschwerden bei normalen Befunden. Die wiederholten Kontrollen auf Agglutination waren stets negativ, die Kulturen blieben steril. Auch wenn man Aggravation oder Neurasthenie in einigen Fällen unterstellt, bleibt doch die Tatsache einer Häufung von Folgezuständen, deren Pathogenese noch vollständig unklar ist. Der Autor hebt die Notwendigkeit weiterer Forschung auf diesem Gebiet hervor. Auch Löffler und Moroni betonen die Schwierigkeit der **Diagnose** im chron. Stadium der Krankheit und weisen hier besonders auf die brucellären Ostitiden hin, die oft übersehen werden. Die Zahl der nachgewiesenen Brucellosen in Deutschland beträgt ca. 800 im Jahr, die Zahl der latent Erkrankten nach Löffler das Zehnfache. Die Übertragung erfolgt durch ungekochte Milch, weit größer sei aber die Bedeutung der direkten Übertragung, erleichtert durch Mikroläsionen der Haut. Aus diesem Grunde finde sich die Krankheit bevorzugt bei Tierärzten und Landwirten.

Die **Therapie** der Brucellosen ist noch immer unbefriedigend. Eine Kombination von Streptomycin und Sulfonamiden wurde schon früher empfohlen und von verschiedenen Autoren, so von Monasterio und Mitarbeiter, auch Erfolge gesehen. Noch besser sind nach Herrell und Barber die Resultate bei Kombination von Streptomycin mit Aureomycin in massiver Dosierung. Sie geben 750 mg Aureomycin alle 6 Std. und zweimal tgl. 1 g Streptomycin für 12–14 Tage und hatten mit dieser Therapie keine Rückfälle innerhalb einer Beobachtungszeit von 3–19 Monaten.

Schrifttum: Beiglböck, W., u. Hoff, H.: Dtsch. med. Wschr. 1952, 1: 7. — Berger, W.: Dtsch. med. Wschr. 1951, 50: 1592–1595. — Billaudelle: Z. Hyg. 131, 1950: 327. — Catel, W.: N. med. Welt 1950, 8: 264. — Fabian, G., u. Gorkow, H. J.: Dtsch. Gesdh.wes. 1951, 30: 841–847. — Ferenbach, H., u. Schmengler, F. E.: Münch. med. Wschr. 1951, 50: 2514. — Fischer, G.: Dtsch. Gesdh.wes. 1951, 49: 1416–1417. — Günther, O.: Z. Inn. Med. 1951, 23/24: 712. — Grützmann, H.: Med. Klin. 1951, 46: 517. — Hemmes, G. D.: Salmonellose verwekt door S. borelly. Geneeskundige Gids, 1952, Den Haag. — Herrell, W. E., u. Barber, T. E.: J. amer. Assoc. 1950, 144: 519–524. — Holst, P.: Act. med. scand. 1950, 137, 226, Ref. Zbl. Bakt. 149, 1951, 16/18: 379. — Honerla, H. G.: Mschr. Kinderhk. 99, 1951, 8: 281–283. — Höring, F. O.: Ther. Gegenw. 1951, 5: 161–166. — Höring, F. O., u. Janson, H. H.: Arch. Kinderhk. 143, 1951, 2: 98–103. — Knust, H. I., u. Müller, W.: Münch. med. Wschr. 1951, 49: 2465. — Kraft, E.: Dtsch. Gesdh.wes. 1951, 43: 1216. — Kuske: Berl. med. Z. 1950, 23/24: 597–599. — Löffler, W.: Schweiz. med. Wschr. 1952, 1: 18. — Löffler, W., u. Moroni, L.: Schweiz. med. Wschr. 1951, 6: 128–130. — Laporte, A., Fritel, D., Ricordeau, G., u. Betourne, C.: Presse méd. 1950, 58/58: 989–990, Ref. Excerpta Med. VII, 1952, 2: 95. — Monasterio, G., Gigli, G., u. Sicca, G. T.: Schweiz. med. Wschr. 1950, 38: 1024. — Reilly, I., u. and.: Ann. Med. 1950, 51/7: 597–654, Ref. Exc. Med. Sect. VI, 1951, Nr. VIII. — Reimann, H. A.: Arch. Int. Med. (Am.) 89, 1952: 115 bis 160. — Ross, S., u. and.: J. amer. med. Assoc. 143, 1950: 1459–1460. — Schäfer, W.: Arch. Hyg. 133, 1950, 3: 181–194. — Schäfer, W.: Zbl. Bakt. 157, 1951: 114–118. — Schmeiser, A.: Med. Klin. 1951, 49: 1319. — Schmitz: Med. Klin. 1950, 50: 1591–1593. — Schmidt, W.: Med. Klin. 1951: 548. — Smadel, J. E., u. and.: Ann. Int. Med. (amer.) 33: 1–17, (1950). — Smadel, J. E.: Ann. Int. Med. (Amer.) 1951, 34: 1–9; ref. aus Reimann. — Spink, W. W.: Ann. Int. Med. (Amer.) 1951: 35: 358–374. — Ströder, I.: Mschr. Kinderhk. 98, 1950, 2: 80. — Ströder, I., u. Erbig, H.: Arch. Kinderhk. 1951, 142: 192–206. — Triebold, K.: Münch. med. Wschr. 1951: 20: 1013–1018.

Ansch. d. Verf.: München 9, Bayer. Landesimpfanstalt, Am Neudeck 1.

## Buchbesprechungen

Dr. Leonhard Seif, **Wege der Erziehungshilfe**. 2. überarbeitete Aufl., I. F. Lehmanns Verlag, München 1952. Preis: brosch. DM 16—, geb. DM 18,50.

Mit der zweiten, hier vorliegenden Auflage, die 12 Jahre aus äußeren Gründen nicht erscheinen konnte, wird eine Lücke im Schrifttum geschlossen, die allen auf diesem Gebiet Arbeitenden bewußt war. Leider war es dem Autor nicht beschieden, sie noch selber in die Hand zu nehmen. Der Tod verhinderte ihn daran. Nun legen seine langjährigen Mitarbeiter das Buch in erweiterter Form vor. Die Weglassung einiger Aufsätze, die in der Erstauflage notwendig waren, um das Neuartige der Beratungsstelle, ihrer Wirkung auf die Hörer und den äußeren Rahmen, wie die organisatorische Seite derselben in ihrem damaligen Bestehen und ihrem Wirken darzustellen, gibt dem Buch eine größere Straffheit und Lebendigkeit. Zugleich ermöglichte sie die Aufnahme neuer Arbeiten, wie derjenigen von Seif „Das Musterkind“ und der von Frau Dr. Credner „Über den Trotz“. Ferner berichten einige Beiträge über den Fortgang und die weitere Entwicklung der Arbeit bis heute. Das entscheidend Neue an dem Buch damals war die Darstellung heilpädagogischer Arbeitsweisen aus den Erkenntnissen der Tiefenpsychologie. Ausgehend von den Forschungen und Erfahrungen Alfred Adlers gibt Seif darüber hinaus tiefe Einblicke in seine eigenen Anschauungen, die zum Teil Adlers Ideen fortsetzen, aber auch grundsätzlich Neues für das Verständnis der kindlichen Schwierigkeiten darlegen. Die kasuistischen Beiträge machen das Buch zu einer fesselnden Lektüre und verdeutlichen zu-

gleich das Theoretische in anschaulicher Weise. Daß die Herausgeber in der Einleitung es unternehmen, die Person Seifs und sein Wirken zu würdigen, ist besonders begrüßenswert. Dabei wird eine ärztliche Haltung sichtbar von außergewöhnlicher geistiger Reife und Weite, deren große Kraft aber erst im Menschlichen ganz zur Wirkung kam. Es gibt zur Zeit kein Buch in Deutschland, das die Erfahrungen und Arbeitsweisen, wie sie aus den individualpsychologischen Gedankengängen heraus auch für die heilpädagogische Tätigkeit sich entwickelten, so klar und umfassend darstellt. Ein Buch, das in die Hand jeden Arztes und Erziehers gehört, aber auch Juristen und Seelsorgern eine große Hilfe sein kann. Man möchte es vor allem aber auch vielen Eltern empfehlen, in der Hoffnung, daß auf diese Weise dem Auftreten neurotischer Verhaltensweisen bei Kindern vorgebeugt werden kann. Dr. med. J. Cremerius, München.

Jacques Roskam: **L'Hémostase Spontanée** (Der spontane Blutungsstillstand). 55 Abb., 188 S., Masson & Cie., Edit., Paris 1951, 1450 fr.

Von Roskam sind bereits mehrere ausgezeichnete Monographien über Fragen der Physiologie und Pathologie des Blutes, der Blutgerinnung und der Thrombose bekannt. Das vorliegende Werk — ebenfalls bei Masson erschienen — behandelt erschöpfend den gegenwärtigen Stand unseres Wissens über die Vorgänge beim spontanen Blutungsstillstand bei physiologischen und pathologischen Bedingungen — insbesondere bei Blutern und hämorrhagischen Diathesen. Besondere Abschnitte sind den klinischen und pharmakologischen Fragen gewidmet. Eigene physiologisch-klinische Untersuchungen, wie experimentelle Versuche und Ergebnisse werden berichtet. Ein sehr ausführliches (20 S.) Verzeichnis des Schrifttums — auch des ausländischen — erhöht den Wert der interessant geschriebenen und wichtigen Monographie. Prof. Dr. H. v. Seemen, München.

Prof. Dr. H. Schoen: **Indikationen zur Röntgen- und Radiumtherapie**. 144 S., 2 Übersichtstab. Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski, Bad Wörishofen, 1951. Preis: geb. DM 13,50.

Das Buch sollte in der Bibliothek des praktischen Arztes nicht fehlen. In übersichtlicher Weise, nach einzelnen Fachgebieten geordnet, gibt der Verfasser auf Grund seiner persönlichen großen Erfahrung und auf Grund einer kritischen Auswertung des einschlägigen Schrifttums Auskunft, bei welchen Krankheiten der Arzt seinen Patienten eine Strahlentherapie empfehlen kann und soll und bei welchen Leiden die Strahlentherapie kontraindiziert ist.

Das Wissen um diese speziellen Indikationen zur Strahlentherapie, um die biologische Wirkung der Röntgen-Radium-Strahlen, um die Verhaltensmaßnahmen und Vorschriften für bestrahlte Patienten, vermeidet viele Mißverständnisse und erleichtert die Überweisung an den Strahlentherapeuten sowie die Nachbehandlung der bestrahlten Patienten.

Auch für den Fachröntgenologen ist das Buch wertvoll, weil er darin Richtlinien bezüglich Technik und Dosierung für seine therapeutischen Maßnahmen nach dem neuesten Stand der Forschung vorfindet. Die einleitenden Kapitel über die biologische Wirkung der Röntgen-Radium-Strahlen sowie über die natürliche und künstliche Radioaktivität sind klar und treffend geschildert. Prof. H. Fetzer, München.

## Kongresse und Vereine

### Berliner Medizinische Gesellschaft

Sitzung am 12. Dezember 1951

N. Nachtsheim: **Für und wider die Sterilisierung aus eugenischer Indikation**. Nach einem Rückblick auf die bereits seit Jahrzehnten bestehende Sterilisierungsgesetzgebung in anderen Ländern erörterte der Vortragende die Möglichkeit eugenischer Maßnahmen in Deutschland. Trotz des Mißbrauchs, der im Dritten Reich mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses getrieben worden ist, sind solche Maßnahmen, insbesondere ein Sterilisierungsgesetz, notwendig, um das Überhandnehmen der Erbkrankheiten zu verhindern. Die erhebliche Zunahme unserer Kenntnisse über die Erbkrankheiten, die in den letzten 20 Jahren gemacht worden sind, reichen aus, um die Sterilisierung in bestimmten Fällen einwandfrei zu begründen. Es sollte jedoch in jedem Fall der individuelle Nachweis der Erbllichkeit des Leidens durch Familienuntersuchung geführt werden. Der eugenische Erfolg, der mit der Sterilisierung erreicht werden kann, ist abhängig vom Erbgang, dem Erkrankungsalter und der Manifestationswahrscheinlichkeit. Dominante Erbkrankheiten lassen sich leichter ausmerzen als rezessive, doch sind jene selten oder treten,

wie der Veitzanz, erst im vierten Lebensjahrzehnt auf, wenn die Fortpflanzung häufig schon erfolgt ist. Auch der oft geringe Manifestationsprozentsatz kann zur Weiterverbreitung der Krankheiten beitragen, z. B. bei der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. Die Schwierigkeit der Ausmerzung rezessiver Erbleiden ist noch größer, da die Anlage immer wieder durch die Heterozygoten weitergegeben wird. Der Grad des Erfolges ist bei häufigem Vorkommen in der Population zwar größer als bei geringem, doch bedeutet die Ausschaltung von rezessiven Erbanlagen auch nur um Bruchteile eines Prozentes, daß Tausende von erbkranken Kindern nicht geboren werden. Wenn also die Kulturmenschheit mit Hilfe der Sterilisierung von den Erbkrankheiten nicht befreit werden kann, so kann diese doch mithelfen, ihr Überhandnehmen zu verringern. Einem zu erlassenden Sterilisierungsgesetz könnte in Deutschland der Entwurf, der vom Preußischen Landesgesundheitsrat im Jahre 1932 der damaligen Reichsregierung vorgelegt wurde und der die freiwillige Sterilisierung vorsieht, zugrunde gelegt werden. Eine die gesamte Bevölkerung umfassende Aufklärung über eugenische Maßnahmen ist notwendig, um das Verständnis für freiwillige Sterilisierung zu wecken und zu fördern. In der Aussprache forderte von Schubert gegenüber der Uneinheitlichkeit in der Landesgesetzgebung, falls ein Bundesgesetz nicht zustande kommt, vom Berliner Senat die Initiative zu einem eigenem Gesetz. W. Löhlein zeigte an Hand von Beispielen, wie in der Augenheilkunde sich der Erbgang besonders einwandfrei verfolgen läßt. Wir sollten auf allen Gebieten die Erkenntnis der Erbleiden mit allen Mitteln fördern. Eine wissenschaftliche Sammelstelle einschlägiger Fälle könnte dabei mithelfen.

W. Borgmann betonte, daß es sich bei der Sterilisierung nicht nur um ein wissenschaftliches und gesundheitspolitisches, sondern auch um ein weltanschauliches Problem handele. Alle Standpunkte müßten berücksichtigt werden.

Keyl wies vom Standpunkt des Orthopäden darauf hin, daß, wenn auch ein behandelter Klumpfuß nur phänotypische Heilung bedeute, damit die Frage der Sterilisierung doch ein anderes Gesicht bekäme.

Selbach hält eine gemäßigte Sterilisierungsgesetzgebung für erwünscht und erhofft als Neuropsychiater davon eine sorgfältigere Diagnostik, gerade auch in der Psychiatrie. Mit Hilfe neuerer Untersuchungsmethoden (Elektroenzephalographie) wurde z. B. als erblich erscheinende Epilepsie als organisch verursacht erkannt. Die Durchführung des Sterilisierungsgesetzes war zuletzt in Deutschland durchaus zurückhaltend; bei Debilen z. B. war nicht allein der intellektuelle Defekt, sondern die Lebensbewahrung maßgebend.

I. Szagunn.

### Medizinische Gesellschaft des Saarlandes in Homburg

Sitzung vom 5. Dezember 1951

Willenecker, Basel: **Über Blutersatz.** Vortr. legt zunächst die Organisation des Blutspenderwesens unter spezieller Berücksichtigung der Verhältnisse in der Schweiz dar. Hier baut sich die Blutbank auf freiwilligen Spendern bzw. auf ein Gutscheinsystem auf. Nach Ansicht des Vortr. ist ein serologisch ausgebildeter Arzt zur Leitung der Blutbank nicht erforderlich, wohl aber gut ausgebildetes technisches Personal, das die erforderlichen Untersuchungen routinemäßig ausführen kann. Durch ausführliches Zahlenmaterial wurde die Bedeutung der Transfusion in der Chirurgie belegt. Die erforderlichen großen Blutmengen können nur einer Blutbank entnommen werden. Die Haltbarkeit der Konserve, d. h. die Lagerbarkeit bis zur Übertragung, wird mit 7—9 Tagen angegeben. Anschließend nahm der Vortr. noch zum Problem des Universalspenders Stellung und führte aus, daß es in etwa 20% der Fälle bei einer O-Spende zu gruppenungleichem Blut zu Transfusionsschwierigkeiten kam.

Sitzung vom 2. Januar 1952

W. Teusch: **Für und Wider die Wassermann-Reaktion.** Vortr. wägt im 1. Teil seines Vortrages die bekannten wesentlichen serologischen Luesreaktionen kritisch gegen einander ab und kommt zu dem Ergebnis, daß die Wassermansche Reaktion zwar spezifisch, aber zu wenig empfindlich, zu umständlich und zu kostspielig ist, so daß sie durch die besseren Flockungsreaktionen von Kahn, Meinicke und durch Citochol, wozu als neueste und sehr einfache Schnellreaktion die v. Borossche Reaktion kommt, entbehrlich geworden ist. Im 2. Teil wird die Wassermansche Reaktion als eine im wesentlichen als Flockungsreaktion geltende Reaktion dargestellt.

J. von Boros: **Die serologische Syphilisdiagnose im Krankenhaus und in der Praxis.** Der Vortrag erscheint ungekürzt in der Münch. med. Wschr.

H. Dietlen, Saarbrücken.

### Arztesgesellschaft Innsbruck

Sitzung am 6. Dezember 1951.

Prof. Dr. B. Babudieri (Istituto Superiore di Sanita Rom): **Das Qu-Fieber.** Nach einer Einleitung, die die Geschichte des Qu-Fiebers aufzeigt, wurde über den Stand der Forschung und über die Verbreitung der Krankheit in Italien und anderen Ländern berichtet. Als Rickettsienträger kennt man Rinder, Schafe, Ziegen und Hunde. Manche Vögel wurden durch experimentelle Infektion zu Trägern. Aus den Nieren einer Taube konnte ich im Epidemiegebiet Coxiella burneti isolieren. Die Ausscheidung des Erregers erfolgt durch Milch, Harn, Kot, aber meist nur kurze Zeit. Als sehr infektiös gilt die Plazenta von Tieren, die Rickettsienträger sind. Die häufigste Infektion beim Menschen erfolgt aerogen. In solchen Fällen steht immer die Lungenaffektion im Vordergrund. Außerdem kann eine Infektion durch Nahrungsmittel (besonders Milch) bzw. durch Verletzungen und Zeckenstich erfolgen. In solchen Fällen fehlen die pneumonischen Erscheinungen. Die Ansteckung von Mensch zu Mensch kommt sehr selten vor, ist aber manchmal beschrieben worden. Das klinische Bild zeigt 4 Formen: asymptomatische, rein fieberhafte, pneumonische Form und Formen mit primären außerpneumonischen Lokalisationen. Es wird die Symptomatologie dieser verschiedenen Formen besprochen. Unter den klinischen Symptomen sind noch besonders Kopfschmerzen, Fieber, relative Bradykardie und das Vorkommen varizellenähnlicher Bläschen hervorzuheben. Es ist fast nie möglich, klinisch eine sichere Diagnose zu stellen, und nur Laboruntersuchungen können diese bestätigen. Dazu eignet sich der Tierversuch, die Komplementbindungsreaktion und die Agglutination. Bei der Komplementbindungsreaktion sind Titer unter 1:16 nicht sicher beweisend und auch ein höherer Titer bestätigt noch nicht die Diagnose Qu-Fieber einer derzeitigen Erkrankung. Lediglich ein Titeranstieg bei einer zweiten Probe ist in solchen Fällen beweisend. Bei Personen, die einmal Qu-Fieber durchgemacht, können bis zu 5 Jahren noch Antikörper im Serum nachgewiesen werden. Manche Geschwüre können auf Grund eigener Untersuchungen spezifische Komplementbindungsreaktionen hervorrufen. Ich habe selbst Antigen hergestellt, das zu Mikroagglutinationen Verwendung findet und sehr gute Resultate ergab. Die Agglutinine scheinen länger im Blut zu kreisen als die komplementbindenden Antikörper. Die Agglutinationsprobe kann auch mit 1 Tropfen Trockenblut durchgeführt werden. Nur bei Tieren kann man diagnostisch eine allergische Reaktion verwenden. Alle diese Proben beweisen, ob ein Tier Rickettsienträger ist oder nicht. Es können selbst serologisch negativ gewordene Tiere Rickettsienträger sein. Als Therapie werden mit sehr gutem Erfolg Aureomycin und Terramycin verwendet. In Italien stellten jetzt die Sanitätsbehörden einen Plan zur intensiven Qu-Fieber-Forschung auf. Besonders im Gebiet von Reschen (Dreilandecke), wo öfters Viehherden die Grenzen passieren und Qu-Fieber bereits festgestellt ist, wäre eine Zusammenarbeit zwischen Italien, Österreich und der Schweiz auf diesem Gebiet sehr nützlich.

B. Haid: **Diskussionsbemerkungen zum Thema Low Pressure.**

Was jedoch jedem Arzt zu denken geben muß, ist die Tatsache, daß mit dieser Methode Blutleere in einem Wundgebiet erstrebt wird, und zwar durch medikamentöse Blockade der Synapsen in den autonomen Ganglienzellen. Durch diese Mittel — das Penta- und Hexamethonium — werden daher aber nicht nur die Vasokonstriktoren blockiert, welche die Zirkulation in dem betreffenden Wundgebiet beherrschen, sondern auch die sympathischen und angeblich auch parasympathischen Bahnen des ganzen Körpers unterbrochen. Infolge Absackens des Blutes in die abhängigen Körperpartien wird nicht allein die Blutleere in dem hochgelagerten Operationsgebiet erzielt, es müssen auch alle Funktionen gestört werden, deren Vermittlung den intakten Bahnen des autonomen Nervensystems obliegt. Die zu erwartenden Konsequenzen sind somit offensichtlich. Nach den Mitteilungen Willfingseders vor 8 Tagen müßte man nun annehmen, daß diese theoretischen Überlegungen bzw. Befürchtungen vor den zahlreichen, äußerst befriedigenden Erfahrungen zu verstummen hätten. Es soll allerdings noch einmal darauf hingewiesen werden, daß es sich bei diesen Fällen um plastische Operationen an jüngeren Patienten mit offenbar anpassungsfähigem Kreislaufsystem handelte. Wenn ich mich recht entsinne, berichtete Willfingseder, daß der Ganglienblock des Hexamethoniums durch Adrenalin sofort aufgehoben werden könne, daß eine neuerliche Blockierung durch Hexamethonium dann aber allerdings nicht mehr zu erreichen sei. Die letzte, von Dr. Rhomberg gezeigte Kurve eines Biedermanschen Falles spricht wohl eindeutig dagegen. Nach der üblichen initialen Gabe von 50 mg Hexamethonium kam es zu einem Blutdruckabfall bis Null. 0,2 ccm Adrenalin 1:1000 hob den Druck für kurze Zeit auf 180, derselbe sank jedoch rasch wieder auf 50—60 ab. Ich möchte mit meinen Ausführungen nicht den Eindruck