

und Versager in der Behandlung der Angina pectoris verständlich. Herzklopfen und Beklemmungsgefühl können zuweilen rasch gebessert werden. Auch die Herzbeschwerden bei der Hypertension erfahren zuweilen eine günstige Beeinflussung. Beim fixierten Hochdruck, der weder eine Steigerung noch eine Senkung des Arteriendruckes verträgt (Morawitz [9], Hochrein [10]), gehören die Organextrakte mit zu den wichtigsten Mitteln, die zur Förderung der Herz- und Hirndurchblutung verwendet werden können. Da im Verlauf der Hypertonie funktionelle Umwandlungen der Arterienwände entstehen, die nicht mehr versibel sind (Hochrein und Lauterbach [11]), ist eine Beeinflussung des erhöhten Arteriendruckes durch Organextrakte, die nur auf nervösem Wege wirken, nicht zu erwarten. Wir wären daher sehr überrascht, als wir die Therapie unserer zahlreichen klimakterischen Hypertensionen, die früher in Ovarialpräparaten und Brom bestand, mit Organextrakten kombinierten und neben einer raschen Besserung der subjektiven Beschwerden auch ein Absinken des Arteriendruckes zur Norm viel häufiger als früher fanden.

Taubheits- und Kältegefühl von Extremitäten bei jugendlichen, Gefäßspasmen nach spinaler Kinderlähmung, Migräne und habituelle Kopfschmerzen erfahren häufig eine überraschende Besserung.

Da wir wissen, daß bei der Atherosklerose die Blutströmung nicht nur durch organische Veränderungen, sondern auch durch paradoxe Reflexe leiden kann, ist es uns verständlich, daß wir bei einigen Kranken mit schwerer Atherosklerose, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Dysbasia u. a. Beschwerden günstig beeinflussen konnten.

Bei Kranken mit schweren Herzleiden, die die letzten Reserven ihres Herzens ausgegeben haben, aber leidlich kompensiert sind, geben wir gern Organextrakte, da wir wissen, daß das Herz nicht aufgepeitscht wird, andererseits das Blutbett eine derartige Umformung erfährt, daß lebenswichtige Organe besonders reichlich mit Blut versorgt werden.

Bei kreislaufdekompensierten Fällen haben wir durch Organextrakte nie eine Besserung, weder der Kreislauf- funktion noch der subjektiven Beschwerden, erzielt. Auch eine verstärkte Digitaliswirkung wurde durch Kombination mit Organextrakten nie beobachtet. Mitralstenosen scheinen diese Mittel besonders schlecht zu vertragen. Häufig klagen derartige Kranke über Herzklopfen, Beklemmungsgefühl und Herzstechen nach Darreichung von Organextrakten. Wahrscheinlich hängt diese Reaktion der Kranken mit Kreislauf- insuffizienz und Mitralstenose mit dem veränderten nervösen Gleichgewicht, das in Richtung eines Vagustonus verschoben sein soll, zusammen (Hering). Obwohl wir, abgesehen von Fällen mit Mitralstenose, nie eine schädliche Wirkung durch Organextrakte gesehen haben, möchten wir doch vor einer Verabreichung der Organextrakte bei atherosklerotischer und diabetischer Gangrän warnen, da eine derartige Therapie, wie unsere Erfahrungen zeigen, nicht nur erfolglos ist, sondern auch den günstigen Zeitpunkt zum chirurgischen Eingreifen leicht versäumen läßt.

Fassen wir unsere bisherigen klinischen Erfahrungen nochmals kurz zusammen, dann läßt sich zur Zeit über die Behandlung mit Organextrakten folgendes aussagen:

Das Anwendungsgebiet der Organextrakte ist eng begrenzt. Spastische Gefäßerkrankungen erfahren zuweilen eine günstige Beeinflussung. Einzelnen Erfolgen stehen aber auch hier zahlreiche Versager gegenüber.

Für die Durchblutung von Herz, Gehirn und Muskulatur bei fixiertem Hochdruck und kompensiertem Herzfehler mit aufgebrauchten Reservekräften kommt den Organextrakten wahrscheinlich eine besondere Bedeutung zu.

Mißerfolge in der Behandlung dieser Erkrankungen sind häufig auf wirkungslose Präparate oder eine anormale Tonuslage zu beziehen.

Kranke mit Kreislaufdekompensation werden durch Organextrakte nicht oder ungünstig beeinflusst.

Trotz zahlreicher Mißerfolge müssen heute bereits die Organextrakte als ein wichtiger Bestandteil unseres therapeutischen Rüstzeuges angesehen werden. Daneben verdienen sie ein besonderes Interesse, weil wir es mit körpereigenen Substanzen zu tun haben, die uns wichtige Einblicke in biologische Mechanismen des Kreislaufes gestatten. Andererseits ist durch die Einführung dieser Mittel ein neuer Weg in der Kreislauftherapie beschritten worden. Früher wurden lokale Kreislaufstörungen durch Besserung der gesamten Kreislauf- funktion unter besonderer Inanspruchnahme des Herzens behoben. Heute suchen wir nach Mitteln, die das Herz schonen, aber elektiv auf bestimmte Gefäßgebiete wirken, so daß lebenswichtige Organe auf Kosten anderer besser mit Blut versorgt werden. Wenn man also heute auch bereits von gewissen Erfolgen eines derartigen Vorgehens berichten kann, so müssen wir uns doch bewußt bleiben, daß eine derartige Kreislauftherapie sowohl in den theoretischen Voraussetzungen als auch in der praktischen Auswertung noch in den ersten Anfängen steckt. Es steht aber zu hoffen, daß durch die verständnisvolle Zusammenarbeit des einsichtigen Praktikers und des Experimentators die Organextrakte uns den Weg bahnen werden zum Verständnis und zur Behandlung wichtiger Kreislauf- erkrankungen.

Literatur.

1. Pohle: Hoppe Seylers Ztschr. f. physiol. Chemie 1929, Bd. 184, S. 261. — 2. Lindner u. Rigler: Pflüg. Arch. 1931, Bd. 226, S. 697. — 3. Rothmann: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1930, Bd. 155, S. 130, H. 3/6. — 4. Thiemann: Verh. d. Kongr. f. Inn. Med. 1931, Wiesbaden. — 5. Hochrein u. Keller: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. — 6. Lange: Münch. med. Wschr. 1930, S. 2095. — 7. von den Velden: Dtsch. med. Wschr. 1931, Nr. 15, 17, 18. — 8. Singer: Wien. klin. Wschr. 1931, S. 39. — 9. Morawitz: Verh. d. Kongr. f. Inn. Med. 1928, Wiesbaden. — 10. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1928. — 11. Hochrein u. Lauterbach: Dtsch. Arch. klin. Med. 1930, Bd. 166, H. 3/4, S. 192.

Verschiedenes.

Unterbrechung der Schwangerschaft und katholische Lehre.

Von Franz Riss, München, Amtsgerichtspräsident a. D.

Es gilt allgemein als katholische Lehre, daß eine Unterbrechung der Schwangerschaft niemals und unter keinen Umständen zulässig ist. So einfach liegt die Sache nicht. Der Richtung, die diesen Grundsatz unnachgiebig festhält, standen immer Richtungen gegenüber, die Ausnahmen zuließen. Nunmehr hat der Inhaber des höchsten kirchlichen Lehramts, der Papst, das Wort ergriffen und in der Encyclica Casti connubii vom 31. Dezember 1930 feste Richtlinien für die Beurteilung dieser Frage aufgestellt. Die Enzyklika ist zwar keine Entscheidung ex cathedra, kein Dogma, demgegenüber für den gläubigen Katholiken jeder Widerspruch, ja, jeder Zweifel ausgeschlossen ist; es ist aber klar, daß in ihr hinsichtlich dieser vielumstrittenen Frage nach sorgfältigster Prüfung niedergelegt ist, was als katholische Lehre hierüber zu gelten hat, also für alle Katholiken, besonders für alle katholischen Aerzte, im Gewissen verbindlich ist.

Die Enzyklika spricht zunächst von der Verhütung der Empfängnis. Sie tritt dem Beschluß, den die anglikanischen Bischöfe in der Lambeth-Konferenz 1930 gefaßt haben und worin ein solches Verhalten unter Umständen für zulässig erklärt ist, mit Nachdruck entgegen und fährt dann fort:

Aber noch ein anderes schweres Vergehen ist zu erwähnen, das das Leben des Kindes im Mutterchoße bedroht. Es anzutasten soll nach den einen erlaubt sein, wenn es Vater und Mutter so gefällt. Andere halten dies für unerlaubt, falls nicht schwerwiegende Gründe hinzukommen, die sie mit den Namen medizinische, soziale und eugenische Indikation bezeichnen. In Bezug auf die staatlichen Strafgesetze, wodurch die Tötung der Ungeborenen verboten wird, verlangen alle diese Richtungen, daß die Staatsgesetze die von ihnen vertretene Indikation anerkennen und für straflos erklären.

Bezüglich der sogenannten medizinischen Indikation haben wir schon erklärt, wie sehr wir es mitempfänden, daß mancher Mutter aus der Erfüllung ihrer Mutterpflicht große Gefahren für die Gesundheit oder gar das Leben entstehen. Aber welcher Grund kann jemals ausreichen, um die direkte Tötung eines Unschuldigen zu rechtfertigen? Denn darum handelt es sich hier. Mag man die Mut-

ter oder das Kind töten, es ist gegen Gottes Gebot und die Stimme der Natur: Du sollst nicht töten! Gleich heilig ist beider Leben, das zu vernichten selbst die Staatsgewalt keine Befugnis hat. Ganz zu Unrecht wird diese Befugnis gegen Unschuldige aus dem Rechte der Gewalt über Leben und Tod gefolgert, das doch nur Schuldigen gegenüber Geltung hat. Auch das Recht der Verteidigung gegen einen ungerechten Angreifer kommt hier nicht in Frage; wer wollte wohl ein unschuldiges Kind einen Angreifer nennen? Und ein Notstandsrecht, das bis zur direkten Tötung eines Schuldlosen reichte, gibt es nicht. Daß sich um beider Leben, das der Mutter wie das des Kindes, gewissenhafte und erfahrene Aerzte bemühen, verdient alles Lob und alle Anerkennung; dagegen würde sich des edlen Namens und Lobes eines Arztes unwürdig erweisen, wer unter dem Vorwand, Heilmaßnahmen zu treffen, oder aus falsch verstandenem Mitleid auf den Tod des einen von ihnen abzielte. Der sozialen und eugenischen Indikation sodann kann und soll mit erlaubten, sittlich einwandfreien Mitteln und innerhalb der rechten Grenzen Rechnung getragen werden; aber den Notständen, auf denen diese Indikationen sich aufbauen, durch Tötung Unschuldiger abhelfen zu wollen, ist töricht und dem Gebot Gottes zuwider, das der Apostel in die Worte kleidet: Man darf nicht Böses tun, um damit Gutes zu stiften.

Man muß diese bedeutsame Kundgebung Wort für Wort bedächtig lesen, wenn man ihren vollen Sinn richtig erfassen will. Dann erkennt man erst, daß auch zwischen den Zeilen noch vieles steht, was bei oberflächlicher Betrachtung nicht zutage tritt.

Folgende Grundsätze werden bestimmt ausgesprochen:

1. Auch das Kind im Mutterschoß hat Anspruch auf Schutz seines Lebens, ja sogar erhöhten Anspruch, weil es sich nicht selbst schützen kann. Der ehrfürchtigen Einstellung zum Leben als solchem, die hierin zum Ausdruck kommt, werden alle Aerzte als die berufenen Hüter und Schützer des Lebens wohl ausnahmslos zustimmen; die Frage, wie weit Ausnahmen vom Grundsatz vom ärztlichen Standpunkt aus zu verlangen sind, bleibt dabei offen. Uebereinstimmung besteht auch darin, daß das Leben des Kindes von der Empfängnis an geschützt werden muß. Die Unterscheidung zwischen dem Foetus animatus und dem Foetus non animatus ist jedenfalls in dem Sinn aufzugeben, als die Enzyklika nicht annimmt, daß die Beseelung (und damit der Beginn des Lebens) einer Leibesfrucht erst bestimmte Zeit nach der Empfängnis eintritt; sie hätte sonst den Fall der Unterbrechung der Schwangerschaft vor der Beseelung des Kindes besonders regeln müssen.

2. Unbedingt verboten ist jede direkte Tötung eines ungeborenen Kindes. Direkte Tötung im Sinne der Enzyklika ist eine Handlung, die auf die Tötung des Kindes abzielt und diese auch herbeiführt. Juristisch ausgedrückt: die absichtliche, nicht schon unter allen Umständen die vorsätzliche Tötung. Eine vorsätzliche Handlung liegt vor, wenn man bei ihrer Vornahme voraussieht, daß sie einen bestimmten Erfolg haben wird, die Handlung aber doch vornimmt; eine absichtliche Handlung dann, wenn man eben diesen Erfolg herbeiführen will. Die Unterscheidung ist gerade Aerzten durchaus geläufig. Der Arzt, der einer Frau die von Krebs ergriffene Gebärmutter entfernt, obwohl er weiß, daß die Frau in Hoffnung ist, tötet das Kind vorsätzlich, denn er sieht klar voraus, daß seine Handlung diese Folge haben wird; seine Absicht braucht aber nicht auf die Tötung des Kindes zu gehen, vielmehr kann er diesen Erfolg seiner Handlung sehr bedauern. Eine solche Tötung ist keine direkte Tötung im Sinne der Enzyklika.

3. Das Leben des Kindes und das der Mutter sind gleichwertig. Damit tritt die Enzyklika den Versuchen entgegen, die Frage durch Aufstellung eines Wertunterschiedes grundsätzlich zu lösen. Einen solchen Versuch hat das Reichsgericht gemacht; es hat daraus, daß die Vernichtung keimenden Lebens im geltenden Strafrecht milder bestraft wird als die Tötung eines Menschen nach der Geburt, die Folgerung gezogen, daß das Leben des ungeborenen Kindes geringeren Wert hat als jenes der Mutter, und daß darum das Leben des Kindes geopfert werden darf, wenn das notwendig ist, um das Leben der Mutter zu retten (Urteile vom 11. März 1927 und 20. April 1928; Entscheidungen in Strafsachen Bd. 61, S. 242; Bd. 62, S. 137). Umgekehrt findet sich als Lehre der katholischen Kirche vertreten, daß dann, wenn es gilt, zwischen dem Leben der Mutter und des Kindes zu wählen, das Leben der Mutter geopfert werden muß, daß dieses also geringeren Wert als das Leben des Kindes hat. Auch diese Auffassung widerspricht der Enzyklika; gleich heilig, sagt sie ausdrücklich, ist beider Leben.

Aus diesen Grundsätzen die entsprechenden Folgerungen zu ziehen, wird vor allem Aufgabe der katholischen Moraltheologen sein. Aber auch Aerzte und Juristen haben das Recht, hierzu das Wort zu ergreifen. Katholische Aerzte stehen, wenn sie an den Vorschriften ihrer Kirche treu festhalten wollen, manchmal unter schwerem Gewissensdruck, wenn nach ihrer Ueberzeugung das Leben der Mutter

nur durch die Vernichtung des Lebens des Kindes gerettet werden kann. Lehnte der Arzt in einem solchen Fall ein Eingreifen ab, so hätte er zu gewärtigen, daß im Falle des Todes der Mutter ein Strafverfahren gegen ihn eingeleitet würde; die Berufung auf die Lehre seiner Kirche würde ihn nicht vor Strafe schützen. Hierbei fiele möglicherweise ein weiterer Gewissensdruck auf den Richter, der die Strafe verhängen müßte, obschon er in dem Verhalten des Arztes nur die treue Befolgung kirchlicher Gebote, die gleichzeitig sittliche Gebote sind, erblicken könnte. Eine Klärung dieser Fragen ist dringend notwendig. Sie kann nur auf dem Weg einer offenen Aussprache erzielt werden. Wenn in dieser Aussprache die Aerzte und Juristen für eine freiere Auslegung der Enzyklika eintreten, als die Moraltheologen sofort als zutreffend anzuerkennen vermögen, so wird das der einen Seite nicht als Mangel an Ehrerbietung, der anderen nicht als Rückständigkeit ausgelegt werden dürfen; nur entschiedene Vertretung der Auffassungen kann zu einer Einigung führen.

Es scheint mir möglich, mit der Enzyklika folgende Fassung zu vereinbaren:

Die Unterbrechung einer Schwangerschaft ist zulässig, wenn die Unterlassung den Tod der Mutter mit jenem des Kindes zur Folge haben würde; Voraussetzung ist, daß alle Maßnahmen getroffen werden, um, wenn irgend möglich, auch das Leben des Kindes zu retten.

Ich möchte diese Fassung, die ich absichtlich ohne vorgängige Einvernahme mit katholischen Moraltheologen aufgestellt habe, nicht als endgültig betrachten. Die Uebereinstimmung mit den oben dargelegten Grundsätzen der Enzyklika glaube ich aber in folgender Weise begründen zu können:

1. Der Anspruch des Kindes auf Schutz seines Lebens wird uneingeschränkt anerkannt. Ein Eingriff, durch den dieses Leben gefährdet oder vernichtet wird, soll nur dann zulässig sein, wenn ohne den Eingriff das Leben sicherlich auch zugrunde ginge, wenn also der Eingriff nur die Wirkung hat, daß dieses Ergebnis rascher herbeigeführt wird, als es im natürlichen Verlauf der Dinge einträte. Hierin kann eine Verletzung des Anspruchs des Kindes um so weniger gefunden werden, als es in seinem bewußtlosen Zustand diese Verkürzung seines rein vegetativen Daseins nicht empfindet. Da ferner feststehen muß, daß das Kind nicht lebend geboren werden könnte, kann auch nicht gesagt werden, daß das Kind auf diese Weise der Taufnadel verlustig geht.

2. Die direkte, absichtliche Tötung des Kindes wird durch das Verlangen ausgeschlossen, daß alles, was möglich ist, zur Erhaltung seines Lebens geschehen muß. Daß unter der direkten Tötung (directa occisio) im Sinne der Enzyklika nur die absichtliche, nicht schon die vorsätzliche Tötung zu verstehen ist, ergibt sich deutlich daraus, daß dafür die umschreibende Wendung „ad mortem insidiare“ gebraucht wird, was ein böswilliges Nachstellen nach dem Leben bedeutet und durch die Uebersetzung „auf den Tod abzielen“ nicht in seiner vollen Schärfe erfaßt wird.

3. Von größter Wichtigkeit scheint mir die wiederholte ausdrückliche Gleichstellung des Lebens der Mutter mit dem des Kindes. Da jede Mutter ihr Leben einsetzt, um das Kind auszutragen und zur Welt zu bringen, entspricht es dieser Gleichstellung, daß auch das Leben des Kindes eingesetzt werden darf, um das Leben der Mutter zu retten. Lehnt man das ab, so setzt man das Leben der Mutter hinter das des Kindes zurück. Daraus ergibt sich als der deutliche Wille der Enzyklika, daß zur Rettung des Lebens der Mutter auch Eingriffe zulässig sind, als deren Folge der Tod des Kindes vorherzusehen ist, sofern dieser nur nicht das Ziel des Eingriffes dessen erwünschtes und erstrebtes Ergebnis ist. Die von der Enzyklika nachdrücklich betonte Heiligkeit des Lebens der Mutter verlangt es, daß von dieser nicht ohne Not das Opfer ihres Lebens verlangt wird; das wäre aber der Fall, wenn durch dieses Opfer nicht das Leben des Kindes gerettet, sondern nur einer starren, abstrakten, einseitigen Forderung Rechnung getragen würde.

In einer Aussprache über diese Fragen, die im März 1931 in Köln in den Kreisen des katholischen Akademikerverbandes stattfand und an der Theologen, Aerzte und Juristen teilnahmen, die aber zu einem abschließenden Ergebnis nicht kam, wurden folgende Einzelfälle angeführt:

a) Extrauterinschwangerschaft. Die Unterlassung eines Eingriffes hätte notwendig den Tod von Mutter und Kind zur Folge. Der Eingriff, der eine Tötung des Kindes bedeutet, wurde allgemein, auch von den Theologen, als zulässig anerkannt.

b) Krebs der Gebärmutter oder sonstige Krankheiten, die eine Entfernung der Gebärmutter notwendig machen. Auch hier bestand völlige Uebereinstimmung, daß die Entfernung zulässig sei, gleichviel, ob Schwangerschaft besteht oder nicht. In diesem Fall tritt, wie schon oben gezeigt, der Unterschied zwischen der direkten Tötung, die es auf die Vernichtung des Lebens absieht, und der indirek-

ten Tötung, die einem anderen Ziele dient und die Vernichtung des Lebens nur als unvermeidlich hinnimmt, besonders klar in die Erscheinung.

c) Körperliche Schwächezustände der Mutter (Lungenleiden, Herzleiden, unstillbares Erbrechen). Hier gingen die Auffassungen, auch jene der Aerzte, auseinander. Es wurden Beispiele angeführt, daß schwer leidende Frauen, denen die Unterbrechung der Schwangerschaft dringend nahe gelegt worden war, ohne allen Nachteil ihre Kinder zur Welt brachten, andererseits Beispiele, in denen eben der Eingriff den Tod der Mutter zur Folge hatte. Der Leiter einer großen Frauenklinik, der auf eine langjährige Erfahrung zurückblickte, erklärte, daß in dieser unter seiner Leitung noch nie aus solem Grund ein Eingriff vorgenommen worden sei.

d) Organische Körperfehler der Mutter (Beckenenge). In dieser Hinsicht stimmten alle anwesenden Aerzte überein, daß immer, nötigenfalls durch Schnittgeburt, das Leben des Kindes erhalten werden könne.

Von ärztlicher Seite werden wohl noch weitere Beispiele aufgezeigt werden können, in denen eine Unterbrechung der Schwangerschaft zur Rettung der Mutter für unbedingt nötig erachtet wurde. An der Hand solcher Beispiele muß dann geprüft werden, ob die Forderungen der ärztlichen Wissenschaft sich mit der Lehre der katholischen Kirche in Einklang bringen lassen. Nach der eben geschilderten Aussprache hatte es den Anschein, als ob das recht wohl möglich wäre.

(Anschr. d. Verf.: München, Rauchstr. 2/II.)

Fragekasten.

Frage 88: Kriegsrentenempfänger, infolge aktiver Lungentuberkulose zu 100 Proz. erwerbsunfähig, ist nach seinen Angaben durch verschiedene Anstaltskuren an Dikodid gewöhnt worden. Der tägliche Bedarf an Dikodid ist von 4 bis 5 Tabletten zu 0,01 vor zwei Monaten auf z. Zt. 3 bis 4mal 3 Tabletten zu 0,01 gestiegen. Bei Reduzierung der Gaben traten starke Abstinenzerscheinungen auf.

Die Prognose ist absolut infaust, auch von fachärztlicher Seite gestellt. Es erhebt sich nun die Frage, soll man den Kranken das

Dikodid weiter nehmen lassen, bei dem sicherlich zu erwartendem Fortschreiten der Gewöhnung eine äußerst kostspielige Sache für das Versorgungsamt, oder ist es empfehlenswerter, ihn zu entwöhnen und mit welchem Mittel? Acedicon und Diacethylmorphin. hydrochlor. wurden schon ohne Erfolg versucht.

Antwort: Wenn die Prognose tatsächlich absolut infaust ist, sehe ich nicht ein, warum man dem Kranken nicht **Morphium** geben soll. Man verwendet doch auch sonst bei **unheilbaren Kranken** unbedenklich Morphium. Nach den mir gerade zugänglichen Preisangaben kostet 0,1 g Dikodid 1 RM, 0,1 g Morphin. hydrochl. 40 Rpf.

Prof. Dr. K ä m m e r e r - München,
Beethovenplatz 3.

Frage 89: Im Fragekasten ds. Wschr., Nr. 21, 1931, wird angeraten, vor einer eventuellen Laparotomie eine bestehende Psoriasis universalis zu beseitigen. Wir haben hier verhältnismäßig viel und sehr hartnäckige Psoriasisfälle, die weder auf Arsen innerlich (per os oder injectionem) noch auf Chrysarobin etc. ausheilen. Auch Lotion und andere Goldpräparate lassen im Stich.

Was ist in solchen Fällen zu tun? Auch salzfreie Kost wurde monatlang durchgeführt. Gibt es heute eine sichere Kur gegen Psoriasis?

Antwort: Arsen ist nur bei einem Teil der **Psoriasisfälle** wirksam, Gold nicht genügend erprobt, augenscheinlich aber nicht von großer Bedeutung. Salzfreie Kost bringt so wenig Nutzen als irgendwelche anderen Diätvorschriften. Am besten wirken noch immer die alten Mittel zur lokalen Behandlung, vor allem der Teer in Form des Teerbades. Der Kranke wird mit reinem Holzteer eingepinselt, setzt sich 15–20 Minuten ins warme Bad, wäscht sich dann mit Seife den Teer ab. Dann Dusche mit warmem Wasser und Ein fetten der Haut mit indifferenten Salben, noch besser mit 5proz. Schwefelsalbe, aus Adeps benzoatus hergestellt. Täglich, bei Leuten mit sehr empfindlicher Haut alle zwei Tage.

Prof. L. v. Z u m b u s c h - München,
Frauenlobstr. 11.

Referate.

Buchbesprechungen.

H. Sahli: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden für Studierende und praktische Aerzte. 7. umgearbeitete und ergänzte Auflage. II. Band. 687 Seiten. Mit 142 Textabbildungen und 8 lithographischen Tafeln. Leipzig und Wien, 1931. Verlag von Franz Deutike. Preis 52 RM.

Der 1. Band der 7. Auflage des berühmten Sahlischen Lehrbuches ist vor 3 Jahren erschienen und 1928 in dieser Wochenschrift referiert worden (S. 1046).

Nunmehr liegt der 2. Band vollständig vor. Er enthält die Darstellung der Untersuchung des Harns, der Nieren und Leber, des Auswurfes und des Blutes. Der Abschnitt über die Untersuchung des Blutes umfaßt mehr als die Hälfte des Bandes.

Wieder, wie beim Studium des 1. Bandes der Neuauflage, wird den Leser ein Gefühl der Bewunderung ergreifen angesichts der umfassenden Kenntnisse des Verfassers, der Sorgfalt, mit der fast jede der erwähnten Untersuchungsmethoden von ihm selbst oder seinen Schülern geprüft worden ist, der Klarheit und Deutlichkeit der Darstellung. Die Beschreibung von Methoden brauchbar und dabei doch interessant zu gestalten, ist eine Kunst, die der Verfasser dadurch meistert, daß er überall viel eigenes gibt und auch, wenn nötig, mit scharfer Kritik nicht zurücksteht.

Die Zahl der in diesem Bande beschriebenen Methoden ist natürlich sehr groß. Und trotzdem hat der Verf., wie er im Vorworte sagt, viele Verfahren fortgelassen, deren Wert ihm nicht im Verhältnis zu den damit erzielten Ergebnissen und dem Vorteil für den Kranken zu stehen schien. Es sind sehr beherzigenswerte Worte, die Sahli in der Einleitung gegen die diagnostische Polypragmasie unserer Zeit findet. Daß eine solche zwar nicht in der Allgemeinpraxis, wohl aber in Krankenhäusern häufig ist, wer wollte das leugnen? Gerade daß ein Forscher wie Sahli, dessen Lebensaufgabe der Ausbau der diagnostischen Methodik geworden ist, diese warnenden Worte spricht, ist besonders eindrucksvoll. Nicht

allein die durch diagnostische Vielgeschäftigkeit verursachte Belästigung der Kranken, auch die wirtschaftliche Lage verbietet heute mehr als je jede überflüssige Maßnahme. Der Erfahrener wird aus dem reichen Schatze brauchbarer diagnostischer Methoden, die uns dieses Werk bietet, jene auswählen, die für den Kranken notwendig sind.

Nun zum einzelnen: Für den deutschen Leser ist die Beschreibung zahlreicher, in Frankreich üblicher Verfahren, von denen man bei uns sonst nicht viel hört, von Interesse, z. B. Methoden der Nieren- und Harnuntersuchung, der Blutkörperchenzählung. In der Beurteilung des Wertes mancher neuerer Methoden scheint der Verf. mir zuweilen zu skeptisch und ablehnend: so möchte ich die Bedeutung der Blutsenkungsreaktion für die Klinik weit höher einschätzen und weiß, daß dieses Verfahren auch von vielen Praktikern geübt wird. Auch wird man nicht ohne weiteres der niedrigen Einschätzung der Leberfunktionsprüfung zustimmen können. Ich glaube, daß diese Fragen allerdings noch nicht zu einem Abschlusse gelangt sind. Aber es sind doch schon manche brauchbare Leberproben bekannt, die z. B. die recht wichtige Frühdiagnose der Leberzirrhose ermöglichen oder doch erleichtern. Auch der Zweifel an der Zuverlässigkeit der Mikromethoden für die Bestimmung des Zuckers im Blute scheint mir, soweit wenigstens die Methode Hagedorn-Jensen in Frage kommt, nicht hinreichend begründet. Die Zahl der Nachprüfungen ist doch heute schon groß genug, um sagen zu können, daß dieses Verfahren brauchbar ist. Die Mikroverfahren werden schwerlich noch durch Makromethoden aus der Klinik verdrängt werden. Bei Erwähnung der jetzt so wichtig gewordenen Züchtung der Tuberkelbazillen aus Sputum oder anderem Material hätten wohl die neuen Züchtungsverfahren erwähnt werden können.

Sehr beherzigenswerte Ausführungen widmet Sahli seinem Hämometer und dessen mehr oder weniger gelungenen Nachahmungen. Bei der großen Zahl verschieden geeichter Modelle sogenannter Sahlischer Apparate, die ganz verschiedene Zahlen für den Hb.-Normalwert aufweisen, ist