

sam und tief bei Morphinumvergiftung (in schweren Fällen fast Atemstillstand), verstärkt bei Hirndruck (oder in der Kälte), laut und schnarchend bei apoplektischer Gaumensegellähmung, Cheyne-Stokesche Atmung im Endstadium der Herzdekompensation sowie bei Urämie, Hitzschlag und manchmal bei Hirndruck.

Augen: Pupillen ungleich weit bei einseitigen Hirnprozessen oder einseitiger Sympathikusstörung, erweitert bei Vergiftung mit Alkohol, Barbituraten oder Belladonna sowie bei Hirnblutung, verengt bei Morphinumvergiftung und gewissen Hirnläsionen (zum Beispiel Brückenblutungen); Déviation conjuguée von Kopf und Augen bei intrakraniellen Prozessen; einseitige Ptosis sowie stark erweiterte Pupille und laterale Abweichung des Auges bei intrakraniellem Aneurysma der Carotis interna; Herunterhängen eines Augenlides samt der zugehörigen Gesichtshälfte bei zentraler Fazialislähmung. Weiche Bulbi bei diabetischer Azidose. Im Augenhintergrund: Papillenödem bei raumbeengenden Hirnprozessen; Blutungen und scharf umschriebene gelblich-weiße Exsudate bei fortgeschrittenem Diabetes; waffelflockenartige Flecken neben Blutungen und Arteriolen spasmen bei schwerer Hypertonie.

Geruch: Süß, obstartig bei diabetischer Azidose, ammoniakalisch bei Urämie, typisch alkoholisch bei Alkoholintoxikation (dabei auch an Schädeltrauma denken!).

Puls: Langsam und klein bei Morphinumvergiftung sowie Adam-Stokes-Syndrom und Unterkühlung; langsam, voll und hüpfend bei Hirntumor und Hirnblutung; rasch, voll und hüpfend bei hohem Fieber und Hypertonikern; rasch und fadenförmig bei Blutungen.

Nackensteifigkeit und positiver Kernig weisen auf meningale Reizung (infolge Infektion oder Hämorrhagie).

Bauchdeckenspannung besteht bei Eingeweideperforation oder Ruptur einer Extrateringravidität.

Die **Reflexe** sind in der Regel herabgesetzt, und zwar umso mehr, je tiefer das Koma; einseitige Reflexanomalien (gesteigert oder herabgesetzt) oder einseitiger Babinski bestehen bei einseitigen Hirnläsionen, beidseitige Hyperreflexie und beidseitiger Babinski bei Hypoglykämie.

Auskultation: Bei Arrhythmie und Herzgeräuschen ist die Möglichkeit einer Hirnembolie infolge verruköser Endokarditis zu erwägen, bei Rasselgeräuschen über den Lungenbasen ist an Lungenödem infolge Herzinfarktes oder Herzversagens zu denken. Auch Hinweise auf eine fulminante Pneumonie, Lungenembolie, eventuell auch auf ein Thoraxtrauma kann die Auskultation ergeben.

KONZEPTIONSVERHÜTUNG 1954 (1)

MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER METHODE NACH KNAUS-OGINO

H. Diétel (Frauenklin. Hamburg-Finkenau — Vorst.: Prof. H. Diétel): Med. Klin. 49, 62 (1954).

Der Verfasser berichtet in der vorliegenden Veröffentlichung über seine Erfahrungen mit der „natürlichen“ Geburtenregelung nach Knaus-Ogino, worunter man bekanntlich die willkürliche Beschränkung der Zahl der Schwangerschaften lediglich durch die Beachtung der sogenannten fruchtbaren und unfruchtbaren Tage der Frau versteht (im Gegensatz zur „unnatürlichen“ Geburtenregelung, bei der dieses Ziel durch die Benützung mechanischer oder chemischer antikonzepzioneller Mittel erreicht wird).

Die Sonderstellung der Knaus-Oginoschen Methode gegenüber anderen Methoden der Geburtenregelung geht u. a. daraus hervor, daß sie von der katholischen Kirche, die jede andere Präventivmaßnahme verbietet, nicht abgelehnt wird, wie aus einer im Jahre 1951 gehaltenen Ansprache des Papstes hervorgeht, worin dieser feststellte, daß „bei ersten Beweggründen, wie sie nicht selten bei der sogenannten medizinischen, eugenischen, wirtschaftlichen und sozialen Indikation vorliegen, die Einhaltung der unfruchtbaren Zeit sittlich erlaubt sein kann“. Auch nach der Auffassung der evangelischen Kirche entspricht von den verschiedenen Methoden der Geburtenregelung die Methode nach Knaus-Ogino am ehesten den sittlichen Forderungen, weil sie die Vereinigung der Eheleute am wenigsten beeinträchtigt. In gleicher Weise verbietet auch die jüdische Religion die Vermeidung der Schwangerschaft durch Beachtung der fruchtbaren und unfruchtbaren Tage nicht.

Die praktische Berechnung der Konzeptionsfähigkeit nach Knaus geht von folgenden zwei Voraussetzungen aus: 1. Die Befruchtungsfähigkeit des Eies ist von so kurzer Dauer, daß mit ihr nur am Tag der Ovulation und am Tag darauf zu rechnen ist; 2. die Spermatozoen bleiben unter dem Einfluß der Bauchhöhlenwärme nicht länger als 48 Stunden befruchtungsfähig. Daraus ergibt sich eine vier-tägige Konzeptionsfähigkeit des Weibes, die sich auf den Tag der Ovulation, die beiden vorangehenden und den der Ovulation folgenden Tag beschränkt. Knaus hat zur Erhöhung der Sicherheit noch einen Tag nach vorne zugegeben und kommt so zu einem fünftägigen Konzeptionstermin (3. Tag vor bis 1. Tag nach der Ovulation). Da die Ovulation gesetzmäßig am 15. Tag vor dem 1. Tag der nächsten Menstruation erfolgt, läßt sich der Tag der Ovulation und damit die Zeitspanne der Konzeptionsmöglichkeit dadurch berechnen, daß man von der Zykluslänge 14 Tage abzieht. Für den 28tägigen Zyklus ist der Ovulationstag also der 14., für den 26tägigen Zyklus der 12. und für den 30tägigen Zyklus der 16. Tag nach Beginn der Menstruation.

Mit Rücksicht darauf, daß bei den meisten Frauen die Zykluslänge zum Teil recht erheblichen Schwankungen unterworfen ist, ist für die zuverlässige Berechnung des Ovulationstermines stets die Beobachtung einer größeren Reihe von Zyklen notwendig, wodurch erst ein genügender Einblick in die Schwankungsbreite des Menstruationszyklus im Einzelfall gewonnen wird. Nach K n a u s sollen für die Durchführung der Berechnung die genauen Menstruationstermine von zumindest einem ganzen Jahr zur Verfügung stehen, und zwar unbedingt in Form von schriftlichen Aufzeichnungen, weil nachträglich aus dem Kopf wieder-gegebene Termine erfahrungsgemäß sehr unzuverlässig sind.

In der Praxis erfolgt die Berechnung der fruchtbaren Tage am besten und einfachsten dadurch, daß man vom längsten aller aufgezeichneten Zyklen 13 und vom kürzesten 17 Tage abzieht. Schwankt also zum Beispiel die Zyklusdauer bei einer Frau zwischen 25 und 29 Tagen, dann ergibt sich für sie eine Konzeptionsmöglichkeit vom 8. Tag ($25 - 17 = 8$) bis zum 16. Tag ($29 - 13 = 16$).

Je größer die Schwankungen sind, desto größer ist die Konzeptionsbreite. So dauert zum Beispiel bei einer Schwankung der Zykluslänge von 22 bis 30 Tagen die konzeptionsmögliche Zeit vom 5.—17. Tag, so daß bei einer Blutungsdauer von 4—5 Tagen auch die Zeit unmittelbar nach der Regel als konzeptionsmögliche Zeit in Frage kommt und die Zahl der konzeptionsfreien Tage unter Umständen pro Zyklus nur 5 beträgt. Der Forderung einer Einschränkung des Verkehrs auf einen derart kurzen Zeitraum sind viele Ehepaare nicht gewachsen. Auch der Verfasser kennt einige Fälle, bei denen das Bemühen, eine Geburtenregelung nach K n a u s - O g i n o durchzuführen, schon an dieser Schwierigkeit scheiterte. Aber auch bei weniger ungünstig gelagerten Fällen gehört zur Durchführung der Lebensführung nach K n a u s - O g i n o ein Maß von Sorgfalt und Selbstbeherrschung, das nicht bei allen Paaren vorausgesetzt werden darf. Häufig wird dann in den kritischen Tagen zum Präventivverkehr übergegangen. Versager, die dann eintreten, sind natürlich nicht der Methode nach K n a u s zur Last zu legen.

Erschwert wird die Durchführung der K n a u s - s c h e n Methode auch dadurch, daß nach Schwangerschaft, Geburt und Fehlgeburt die Eigenheit des individuellen Zyklus erst wieder erkennbar sein muß, bevor neuerlich eine zuverlässige Berechnung angestellt werden kann. K n a u s verlangt dazu die Übersicht über mindestens 4 Menstruationszyklen. Dasselbe verlangt er auch für die Zeit nach fieberhaften Krankheiten und nach schweren psychischen und physischen Traumen. Darüber hinaus genügen aber auch größere Reisen und intensive körperliche Betätigungen, um bei einem Teil der Frauen eine Rhythmusänderung herbeizuführen. Man wird also nur bei sehr sorgfältiger Beobachtung der Voraussetzungen vor Fehlschlägen sicher sein. In der Praxis ist dies aber keineswegs immer gewährleistet.

(Fortsetzung: Konzeptionsverhütung 1954 [2])

KONZEPTIONSVERHÜTUNG 1954 (2)

(Fortsetzung)

Der Verfasser übersieht zur Zeit insgesamt 72 Frauen, die er zum Zwecke der Konzeptionsverhütung nach K n a u s beraten hat. Von diesen fallen 12 für die Beurteilung der Methode von vornherein aus, weil bei ihnen keine ausreichenden Unterlagen über die Menstruationstermine des letzten Jahres vorhanden waren und daher neben der periodischen Enthaltbarkeit immer auch ein antikonceptionelles Mittel verordnet wurde. Diese 12 Frauen konnten sich übrigens auch später, als ausreichende Menstruationstermine für die Berechnung zur Verfügung standen, nicht mehr zum Verzicht auf die zusätzliche Sicherung entschließen. Auch zwei andere Frauen, die anfangs in der Gruppe der angeblich nach K n a u s - O g i n o lebenden Frauen geführt wurden, gestanden später bei eindringlicher Befragung, daß sie den vom Verfasser errechneten unfruchtbaren Tagen nicht vertrauten und vorsichtshalber doch eine Antikonceptionssalbe benutzt haben. (Es ist nicht ausgeschlossen, daß auch bei manchen in der Literatur veröffentlichten Erfolgserien derartige zusätzliche Sicherungen eine gewisse Rolle spielen.)

Nach Abzug der erwähnten 14 Frauen bleiben 58 übrig, bei denen ein mindestens zwölfmonatiger Menstruationskalender für die Berechnung nach K n a u s zur Verfügung stand. Die Periodizität des menstruellen Zyklus war bei diesen Frauen folgende:

Völlig regelmäßiger Zyklus	0
Schwankungsbreite der Zyklusdauer	1 Tag 1 (1.7%)
	2—4 Tage 31 (53.5%)
	4—6 Tage 14 (24.0%)
	6—8 Tage 6 (10.4%)
	8—10 Tage 4 (6.9%)
über	10 Tage 2 (3.5%)

Von diesen 58 Frauen blieben der K n a u s - s c h e n Methode nur 32 über einen für die Beurteilung ausreichenden Zeitraum von mehr als einem Jahr treu. Die übrigen konnten oder wollten auf die konzeptionsmöglichen Tage nach einer gewissen Zeit nicht mehr verzichten und haben daher wieder auf sonstige Präventivmittel zurückgegriffen. Auch S a m p s o n (J. Sex. 5, 168 [1952]) teilt mit, daß sich in seinem Material 37% der Frauen, die sich anfänglich nach K n a u s richteten, später mangels der nötigen Selbstdisziplin wieder der Methode untreu geworden sind.

Ein Punkt, der für die Beurteilung von Schwangerschaftsverhütungsmethoden von großer Bedeutung ist, aber nicht immer beachtet wird, ist der, daß nur solche Frauen in die statistisch auszuwertende Gruppe aufgenommen werden dürfen, die bereits den Beweis ihrer Empfängnisfähigkeit durch Schwangerschaften vor oder nach der Zeit der Anwendung der Verhütungsmethode erbracht haben. Nimmt man darauf keine Rücksicht, so läuft man Gefahr, den Versuch am untauglichen Objekt durchzuführen. Da 8 Frauen der obigen Gruppe diese Bedingungen nicht

erfüllten, mußten auch sie ausgeschieden werden. Es blieben somit von den ursprünglich beratenen 72 Frauen schließlich nur mehr 24 für die Beurteilung der Knausschen Methode übrig. Obwohl bei diesen Frauen die unfruchtbaren und fruchtbaren Tage an Hand eines mindestens einjährigen Menstruationskalenders festgelegt worden waren und keine Ursache zur Annahme bestand, daß die Frauen die Vorschriften nicht befolgt haben, kam es zu 5 Versagern. Bei 2 von diesen konnte eine durchgemachte schwere Erkrankung (Hepatitis beziehungsweise Appendizitis) und bei einer Frau eine längere Auslandsreise als mögliche Ursache einer Zyklusänderung angenommen werden. Diese Versager dürfen der Knausschen Lehre nicht angelastet werden. Bei den restlichen 2 Frauen war aber keine solche Ursache zu finden.

Es liegt dem Verfasser fern, auf Grund der beiden zuletzt erwähnten Beobachtungen ein ablehnendes Urteil über die Knaussche Lehre fällen zu wollen, denn eine solche Urteilsfällung würde sich auf die subjektiven Angaben der Frauen stützen, die stimmen können, aber nicht müssen. Es erscheint jedoch notwendig, solche Fälle zu sammeln, sorgfältig im Auge zu behalten, und damit vielleicht Anhaltspunkte für eine spätere Klärung derartige Konzeptionen zu gewinnen.

*

UNTERSUCHUNGEN ÜBER DAS ORAL ANWENDBARE HESPERIDIN

I. Westing (Frauenklin. Hamburg-Altona. — Vorst.: Professor W. Schultz): Dtsch. med. Wschr. 78, 1606, (1953).

Die im Jahre 1952 erschienene Mitteilung von Sieve (siehe Konzeptionsverhütung 1953 [1]) über einen neuen, oral anwendbaren Antifertilitätsfaktor (Hesperidin), veranlaßten die Verfasserin eigene Erfahrungen über die Wirksamkeit dieses Mittels zu sammeln. In die Untersuchung wurden 17 Ehepaare einbezogen, von denen sich jedoch 7 Paare schon vor Ablauf von 6 Wochen der Kontrolle entzogen. Als Präparat wurde „H. P. 1000“ (Promonta), ein Hesperidin-Phosphat, verwendet, von dem beide Ehepartner 3mal täglich je eine Tablette zu 150 mg einnehmen mußten. Die Ehepaare wurden fortlaufend und eindringlich darüber belehrt, daß erst nach 10 Tagen regelmäßiger Medikation eine genügende Blutsättigung und damit ein Schwangerschaftsschutz eintritt, daß aber 48 Stunden nach Absetzen der Behandlung der Schutz wieder erlischt, und nur die regelmäßige Daueranwendung Erfolg verspricht.

Von den länger als 6 Wochen (bis zu 21 Wochen) kontrollierten Frauen wurden trotz ausreichender Hesperidin-Medikation 2 schwanger. Diese sowie ihre Ehemänner gaben auch nach intensivstem Befragen glaubwürdig an, die Tabletten regelmäßig und gewissenhaft nach der angegebenen Vorschrift eingenommen zu haben. Die in das Mittel gesetzten Hoffnungen haben sich also nicht erfüllt.

KOSMETIK 1954 (1)

AUFGESPRUNGENE HÄNDE

R. Kobes: Ärztl. Praxis 22, (1952).

Zur Behandlung aufgesprungener Hände empfiehlt sich das Waschen mit überfetteten Seifen unter Zusatz von einigen Tropfen Glycerin; nachher ist der Schaum nicht abzuspülen, sondern nur abzutrocknen. Zum Einreiben der Hände eignen sich folgende Salben:

Rp. Acid. salicyl. 0'5—1'0
 Eucerin c. aqua ad 50'0
 S. Zum Einreiben aufgesprungener Hände.

Rp. Acid. salicyl. 0'6
 Ung. diachyl. Hebrae
 Vaseline alb. aa ad 30'0
 S. Zum Einreiben bei Rhagaden.

*

PROPHYLAXE DER RUNZELN

W. Schneider (Univ.-Hautklin. Tübingen — Vorst.: Professor H. A. Gottron): Dtsch. med. Wschr. 76, 1472 (1951).

Das Auftreten von Runzeln hängt mit der mehr oder weniger physiologischen Altersveränderung der Haut im Rahmen der Altersveränderungen des Gesamtorganismus zusammen und setzt gewöhnlich schon bald nach Erreichen des 3. Lebensjahrzehntes ein, um schließlich im 6. Jahrzehnt dem Lebensalter seine äußere Ausprägung zu verleihen. Die Altersfalten im Gesicht verdanken ihre Entstehung zum Teil einer Verschiebung der Fettpolster, zum Teil einer Degeneration der Hautgewebe mit Verklumpung der elastischen Elemente, die sich besonders im Bereich jener Hautpartien einstellt, die lange Zeit Wind und Wetter ausgesetzt waren. Aus dieser Erkenntnis heraus ergibt sich bereits ein wichtiges Moment für die Prophylaxe der Runzeln, nämlich die Forderung nach einer gesunden natürlichen Lebensweise. Vor allem wäre eine gleichmäßige Verteilung des Luft- und Sonnensports über eine längere Zeit des Lebens (an Stelle der heute vielfach zu beobachtenden Übertreibung des Sports in der Jugend und seiner Vernachlässigung im späteren Leben) der Gesundheit und damit der Haut dienlicher.

Offenbar hat die vorzeitige Faltenentwicklung ihren Grund auch in einer übersteigerten Mimik, die zum Beispiel schon bei Jugendlichen häufig zur Ausprägung starker Stirnfalten führt. Auch Abmagerungskuren können die Ausbildung der Runzeln fördern. Desgleichen sind psychische Faktoren — Gram und Sorge einerseits, Entspannung andererseits — von großem Einfluß.

Ein weiterer wichtiger Faktor bei der Runzelentstehung ist die oft falsch verstandene Hygiene (Kosmetik) unserer Zeit. Ein grober Fehler besteht darin, daß aus der Hygiene der Antike vornehmlich die Waschungen und Bäder, nicht aber die Salbungen und Ölungen in die heu-