

Mais bien souvent précisément, lorsqu'on tend de toutes ses forces à ne pas subir d'accident, on se montre particulièrement maladroit. Trop de prudence fait naître l'insécurité, l'insécurité rend gauche. De plus, à la suite d'un négativisme psychique, ou d'une « autophobie », on agit souvent non seulement contre un ordre étranger mais aussi contre la propre raison. C'est précisément ce qui est interdit qui est exécuté. D'après cela, une action qui renferme le danger de l'accident.

Pour éviter de telles actions négativistes, il est donc indispensable d'émettre aussi peu de prescriptions et d'avertissements que possible.

De plus, on a constaté que l'usage actuel des sociétés d'assurances de dénoncer l'assurance à un septuagénaire qui a subi un accident – ce qui a pour conséquence qu'aucune autre société ne l'admet plus – déclenche chez la victime une peur qui provoque des accidents.

Les sociétés d'assurances devraient donc, dans l'intérêt de la prospérité sociale, modifier leurs prescriptions à ce sujet.

13. Österreichischer Ärztekongreß

Van-Swieten-Tagung in Wien, 28. Sept. bis 3. Okt. 1959

Auszugsweiser Bericht von Dr. med. E. Gisinger, Wien

Prof. Dr. H. Reisner, Wien: « *Rehabilitation des cerebralen Insults* ». Die Rehabilitation hat in den ersten Tagen zu beginnen. Bei der Halbseitenlähmung ist die Lagerung außerordentlich wichtig. An den oberen Extremitäten besteht die Tendenz zur Verkürzung, und an den unteren Extremitäten kommt es zur bekannten Wernike-Mannschen Hemiplegiestellung. Man soll daher ein kleines Kissen in die Achselhöhle legen, die Finger am Polster durchgestreckt halten und darauf achten, daß kein Spitzfuß entsteht. Vom 3. Tag an sind passive Bewegungen im Schultergelenk durchzuführen, 2- bis 3mal täglich 4–5 Minuten Bewegungsreste müssen unbedingt ausgenützt werden.

Die Bettruhe wird mit 10 Tagen angegeben. Nach einer Woche soll mit der Elektrotherapie begonnen werden, und zwar mit Schwellstrom und nicht mit Rollfaradisation. Da ist es wichtig, daß die Streckmuskeln des Oberarmes und die Beuger der untern Extremität geübt werden. In der 2. Woche ist dann die Massage wichtig, und auch hier gilt dasselbe, nämlich den richtigen Muskel zu massieren. Auch die Sprachbehandlung hat in diesem Zeitpunkt einzusetzen. Die Prognose eines Schlaganfalles soll man erst nach einigen Tagen stellen, da sich der Zustand bis zu diesem Zeitpunkt geradezu unglaublich verbessern oder verschlechtern kann. Kranke mit Blutungen bleiben länger im Bett, meist werden sie in der 4. Woche mobilisiert, wenn der Liquor nicht mehr xanthochrom ist.

Heilgymnastik wird am Ende der 2. Woche im Bett begonnen. In der 3. Woche Gehübungen; auch hier ist jeder Gehimpuls unbedingt auszunützen. Keine übertriebene Aktivität, sondern eine individuelle Therapie ist notwendig, Gut bewährt hat sich auch die Unterwassermassage, doch ist es wichtig, daß die Patienten keine Angst vor dem Wasser haben. Bisher ist noch kein Zwi-

schenfall in der Unterwassermassage vorgekommen. Am besten ist, man führt im Wechsel Unterwassermassage und Schwellstrom durch. Die Prognose «quo ad Bewegungsmöglichkeit» ist erst nach 3 Wochen zu stellen. Die allgemeine Behandlung der Rehabilitation ist mit dem Internisten in Zusammenarbeit durchzuführen, der auf eine bestmögliche cardiale, entwässernde Therapie achten soll, wobei der Blutdruck auf entsprechender Höhe zu halten ist. Oft ist ein Stellatumblock in der Nachbehandlung recht günstig.

Prof. Dr. *H. Zischinsky*, Wien: «*Die Erfahrungen mit der Poliomyelitischutzimpfung*». Bei Einhalten aller Vorschriften ist die Poliomyelitischutzimpfung nicht gefährlicher als jede andere Impfung.

Vom Vortragenden selbst wurde ein Fall einer Enzephalomyelitis beobachtet, der wenige Tage nach der Impfung auftrat und nach 2 Tagen tödlich ausging. Bei der geringen Zahl dieser Fälle kann aber eine Spontanerkrankung ohne ursächlichen Zusammenhang mit der Impfung nicht ausgeschlossen werden.

Bezüglich des Erfolges wird auf die Schwierigkeit der Beurteilung hingewiesen, da ja die Häufigkeit der Erkrankung spontan sehr schwankt. Nach dem sogenannten «Francisbericht» aus den USA ergibt sich bei der Beurteilung von 100 000 Geimpften und ebensovielen Nichtgeimpften ein Impferfolg von 80%. Es werden drei Impfungen als notwendig erachtet.

In der anschließenden Diskussion trat *Kundratitz*, Wien, dafür ein, auch während einer Epidemie zu impfen, da eine negative Phase nach der Impfung nicht existiere. Auch Kinder, die schon eine Poliomyelitis hatten, sollen gegen die beiden anderen Stämme immunisiert werden.

Prof. Dr. *E. Lorenz*, Graz: «*Epidemiologie und Prophylaxe des Morbus rheumaticus im Kindesalter*». Die rheumatischen Erkrankungen im Kindesalter nehmen zu. Es wird eine Tabelle gezeigt, die einen gemeinsamen jahreszeitlichen Häufigkeitsgipfel von Scharlach, Nephritis und rheumatischem Fieber darstellt.

Nur ein geringer Prozentsatz der rheumatischen Erkrankungen im Kindesalter verläuft ohne Carditis. Da nur etwa 3% aller Streptokokkeninfektionen zu rheumatischem Fieber führen, ist eine allgemeine Prophylaxe nicht durchführbar. Wichtig ist aber eine energische Behandlung aller dieser Infektionen sowie die Rezidivprophylaxe, da 35% aller einmalig Erkrankten rezidivieren. Das Mittel der Wahl für die Rezidivprophylaxe ist Penicillin. Es werden am wirtschaftlichsten einmal im Monat 1,2 Mill. Einheiten Penicillin i. m. verabreicht. Daneben ist aber von großer Bedeutung, daß jede dennoch auftretende Infektion mit zusätzlichen Dosen behandelt wird. Die bisherigen Erfahrungen mit einer derartigen Rheuma-Prophylaxe, die über Jahre hinaus durchgeführt werden muß, sind durchaus zufriedenstellend.

Dr. *E. Capek-Schachner* und Doz. Dr. *W. Swoboda*, Wien: «*Betreuung herzkranker Kinder nach der Krankenhausentlassung*». Die seit etwa 5 Jahren in Betrieb stehende Betreuungsstelle für herzkranke Kinder an der Universitäts-

Kinderklinik in Wien gab die Unterlagen für den hier vorgelegten zusammenfassenden Überblick über den Wert einer solchen Institution. Derzeit stehen 186 Kinder in Dauerbetreuung. Vorwiegend handelt es sich um kongenitale Vitien und nur zu einem kleinen Prozentsatz um rheumatische Erkrankungen. Es besteht eine Tendenz zur Abnahme der schweren, dekompensierten Vitien; 75% der betreuten Kinder haben eine gute körperliche Leistungsfähigkeit, und nur 6% erhalten Digitalis. Bei den angeborenen Herzfehlern ist eine auf lange Sicht geplante Zeiteinteilung, zum Beispiel hinsichtlich Operationstermin, Schulbesuch usw., besser möglich. Bei den rheumatischen Erkrankungen erzielt die regelmäßige Betreuung mit Rezidivprophylaxe eine deutliche Besserung der Langstreckenprognose. Der psychologische Wert der Betreuungsstelle für die Kinder und noch mehr für deren Eltern kann nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Prof. Dr. Baader, Münster: *«Die wichtigsten Berufskrankheiten»*. Es liegt stets eine tiefe Tragik darin, wenn der Mensch an der Arbeitsstätte, wo er Brot und Lebenserwerb für sich und seine Familie erhofft, Krankheit, Siechtum oder gar den Tod erleidet. Die durch die Berufsarbeit erworbenen Krankheiten nennen wir Berufskrankheiten. In der österreichischen Bundesrepublik sind 39 namentlich aufgeführte Berufskrankheiten melde- und entschädigungspflichtig, in der deutschen Bundesrepublik sind es 40. In Österreich werden jährlich etwa 700 Berufskrankheiten gemeldet, in Westdeutschland ungefähr 25 000. In der Reihenfolge ihrer Häufigkeit wird über Staublungen- und Hauterkrankungen, chronische Erkrankungen der Sehnenscheiden, Sehnen und Muskeln, berufliche Infektionen, die Kohlenoxydvergiftungen und Zoonosen berichtet. Bei den Silikosen und Silikatosen unterscheidet man jetzt nach dem Röntgenbild nur mehr zwei Stadien: das Schneeflockenphänomen als «Stadium I» und das Schwielenstadium als «Stadium II» (wobei bei «A» ein Intercostalraum, bei «B» zwei, bei «C» drei und bei «D» vier Intercostalräume betroffen sind). Der Arzt muß eine Meldung machen und den Patienten zur Spirometrie einweisen. Im Hinblick auf die Stellung der Bronchitis und Emphysebronchitis zur Silikose wurde erwähnt, daß bei jungen Bergleuten und Thomasschlackenarbeitern als Reaktion des Körpers auf die exogene Staubeinwirkung eine neurosekretische Entgleisung der Schleimsekretion auftrate. Chronische Bronchitis und Silikose scheinen einander sogar auszuschließen, die ständige Spülung der Atemungswege scheint die Silikose zu verhindern. Die Bronchitis sollte daher als selbständige Berufskrankheit anerkannt und jeder Bronchitiker aus dem Staub entfernt werden, um unnötige Renten zu vermeiden. Die Silikose ist heute nicht mehr das Hauptproblem; die häufigste Invaliditätsursache bei Bergleuten ist die Emphysebronchitis. Eine wichtige Komplikation der Silikose ist die Tuberkulose. Bei 70% der Silikosefälle findet man eine aktive Tuberkulose, wobei meist im Sputum und im Magensaft keine Tuberkeln nachweisbar sind. Eine Leichenöffnung sollte in diesen Fällen immer vorgenommen werden.

Interessant ist die Beziehung zwischen Rheuma und Silikose. Von englischen Autoren wird ein tuberkulöses Rheuma angenommen. Polyarthrit und Silikose gehören beide zu den Kollagenosen, die sich unter anderem durch eine Dysproteinämie und fibrinoide Verquellung der kollagenen Substanz auszeichnen. Kunststeinschleifer sind nicht silikosegefährdet.

Unter den Berufsdermatosen ist die Hautüberempfindlichkeit am häufigsten. Jeder Patient sollte seine Allergie kennen. In Westdeutschland wird die Hautüberempfindlichkeit mit 20% entschädigt. Chronische Erkrankungen der Sehnenscheiden, Sehnen und Muskeln infolge schwerer, einseitiger Belastungen gelten in Österreich nicht als Berufskrankheiten. Die Abnutzungserscheinungen durch Preßluftwerkzeuge sind 1926 durch Prof. *Holzmann* erstmalig beschrieben worden. Sie verschlimmern sich auch nach Arbeitsplatzwechsel schicksalhaftig.

Unter den beruflichen Infektionskrankheiten des Pflegepersonals ist die Tuberkulose am wichtigsten. Deshalb sollte man bei der Einstellungsuntersuchung unbedingt eine Röntgenaufnahme und nicht nur eine Durchleuchtung machen. Meniscusschäden sind bei Bergleuten häufig. In Österreich werden sie auch bei anderen Berufen entschädigt. Zu chronischen Kohlenoxydvergiftungen kam es im letzten Krieg in Skandinavien, da besonders in Schweden ein Treibgas verwendet wurde, das 20–30% CO enthielt. Es wurden in Schweden deshalb sofort ein Generator- und Gasrat gebildet, Generatorgas-Spezialkliniken gegründet und 1941 die Entschädigungspflicht eingeführt.

Unter den Zoonosen ist an erster Stelle die Rinderverseuchung mit Tuberkulose zu erwähnen. 10% aller Tuberkulose Todesfälle sind durch den Typus *bovinus* bedingt. Deshalb ist auch eine Typendifferenzierung zwischen dem Typus *humanus* und *bovinus* nötig. Auch der Morbus Bang habe sich vermehrt, und das Maltafieber ist in Deutschland in der Nachkriegszeit durch verseuchte Schafherden aus Frankreich eingeschleppt worden. Es nimmt meist einen schweren Verlauf mit Orchitiden und schweren Knochenschäden. Interessant ist, daß die Tollwut, die früher fast ausschließlich von Hunden übertragen wurde, jetzt zu 64% von Füchsen, Dachsen und Rehen auf den Menschen übertragen wird. Besonders häufig kommt die Tollwut in Mitteldeutschland vor. Die Zoonosen werden auch durch den modernen Schiffs- und Flugverkehr begünstigt. In Westdeutschland steht jetzt ein Erlaß unmittelbar bevor, der drei neue Berufskrankheiten anerkennen soll: Bronchitiden und Bronchopneumonien, die durch Vanadium hervorgerufen werden (das besonders bei der Ölheizung freigesetzt wird), weiter Lungenfibrosen durch Hartmetallstaub und das berufsbedingte Bronchialasthma – das in Österreich bei Bäckern und Mühlenarbeitern entschädigt wird – bei allen Berufen. Besonders häufig ist jetzt das Druckerasthma infolge Polyester- und Polyisozyanatstaub. Der Vortragende beschloß seine Ausführungen mit einem Appell an die Ärzte, durch intensive Mitarbeit bei der Bekämpfung der Berufskrankheiten diesem großen

Elend und Siechtum entgegenzuwirken. Die Berufskrankheiten können ebenso ausgerottet werden wie die einstigen Seuchenzüge der Vergangenheit.

Prof. Dr. *Wiedmann*, Wien: «*Ekzembehandlung.*» Von den drei Ekzemformen (Eccema vulgare, Eccema seborrhoicum und endogenes Ekzem, Neurodermitis) wird nur das Eccema vulgare besprochen. Zu dessen Zustandekommen gehören ein auslösender Reiz und eine gewisse Bereitschaft mit einer streng charakterisierten Lokalisation (konditionell disponierter Organismus), die durch verschiedenste Faktoren zustandekommt (Lebensalter, Klima, Ernährung, innere Sekretion, Magen-Darmstörungen, fokale Infekte usw.).

Bei der Entstehung eines Ekzems ist heute noch nicht geklärt, warum es trotz oft schon jahrelang bestehendem Kontakt mit dem betreffenden Agens erst zu diesem Zeitpunkt zum Auftreten des Ekzems kommt. Als auslösende Ursache kommen hier sicherlich Fokaltoxikosen und mikrobielle Hauterkrankungen in Frage. Eine wesentliche Rolle scheint hierbei das neuroendokrine System mit seinen Langerhansschen Zellen, die bis ins Stratum granulosum reichen und in ihren Granula Noradrenalin, Histamin und eventuell auch Oxytryptamin enthalten, zu spielen. Beim Ekzem sind nämlich diese Granula stark vermehrt, beim Neuroplegiker hingegen vermindert; es scheint hier also ein Angriffspunkt des ekzematösen Geschehens zu liegen. Wie weit es sich aber letzten Endes bei diesen Veränderungen doch um ein allergisches Geschehen handelt, ist noch ungeklärt. Die Entstehung des Streuekzems hat man sich folgendermaßen vorzustellen: Schädigende Noxen können durch das für wasser- und fettlösliche Substanzen durchgängige Stratum corneum und lucidum bis zu den Enden des vegetativen Nervensystems eindringen, und von dort gelangen dann zentripetale Impulse bis zum Hypothalamus und von dort wieder zentrifugal in Hautbezirke, die mit dem schädigenden Agens nicht in Berührung gekommen sind. Die Entstehung einer allergischen Sensibilisierung ist auf zwei Wegen denkbar: 1. Mikrobielle Toxine gelangen ins Blut und in die Lymphgefäße und führen zur Antikörperbildung mit nicht nur monovalenter, sondern auch polyvalenter Sensibilisierung. 2. Sensibilisierung durch Verbindung eines nichtmikrobiellen Agens mit körpereigenem Eiweiß, das heißt Autoantigenbildung, die zur Antikörperbildung führt, welche dann über den ganzen Körper verschleppt werden.

Therapie des Ekzems: A. Ursächliche Therapie: 1. Fokussuche (Fokussuche nachweis am besten durch Reizbestrahlung und gleichzeitige Leukozytenkontrolle) und -sanierung, 2. Behandlung eventueller mikrobieller Hautinfekte, 3. Testung auf sensibilisierende Noxen mittels der Jadasonschen Läppchenmethode und Ausschaltung derselben. B. Allgemeinbehandlung: Beginn nach Milchtage (1 l gekochter Kuhmilch und 1 l destilliertem Wasser), am nächsten Tag 2,0 g Pyramidon nach dem Frühstück, weiter durch 10 Tage 4 × 1 g Urethan (Leukozytenkontrolle!), wodurch Juckreiz und entzündliche Erscheinungen gut beeinflusst werden. Auf der Wirkung als Neuroplegikum beruht die Anwen-

derung von Largactil und Phenergan ($3 \times$ täglich 25–50 mg i. m.). Eine Cortisonbehandlung soll nur im Krankenhaus und wegen der gefährlichen Nebenwirkungen nur in lebensbedrohlichen Fällen durchgeführt werden. Lokal werden auf nässende Stellen dünne Teeabkochungen, $2-3 \times$ täglich durch 20 Minuten kalte Borsäureumschläge (1%ig) und anschließend zur Verhinderung der Austrocknung der epithelentblößten Hautzellen Borkühlsalbe (Bas. ung. und 1%ige Borlösung aa) verordnet. Nach Aufhören des Nässens Auftragen von Pasta zinci und 20%ig Ol. jec. aselli, weiter Tct. rusci 1%ig in verdünntem Alkohol oder Steinkohlenteer (durch drei Tage ganz dünn täglich neu auf die alte Schicht auftragen, anschließend darauf durch 3 Tage Einfetten mit Pasta zinci). Zuletzt kann noch eine Röntgenbestrahlung mit 50–100 r versucht werden.

Prof. Dr. *Bansi*, Hamburg: «*Fettsucht*». Von Fettsucht kann man sprechen, wenn das normale Körpergewicht (einfachste Formel: Sollgewicht = Körperlänge in cm weniger 100) um mehr als 15% überschritten wird. Der hier interessierende Fettbestand des Menschen ist sehr variabel, nimmt mit dem Alter zu und im höchsten Alter wieder etwas ab. Weiter besteht ein deutlicher Geschlechtsunterschied. Leider sind auch heute noch die meisten Probleme bei der Fettsucht völlig ungeklärt. Beim Gewicht besteht trotz oft sehr variablem Kalorienverschleiß eine ausgeprägte Homoiostase, die durch Zentren im Hypothalamus reguliert wird. Experimentell konnten in der Nähe der Vierhügelplatte drei Zentren für Hunger, Appetit und Sättigungsgefühl nachgewiesen werden.

Im folgenden brachte der Vortragende ein Einteilungsschema der Fettsucht: I. regulatorische Fettsucht: A. corticale Fettsucht: 1. Mastfettsucht, 2. konstitutionelle Fettsucht, 3. genetische Fettsucht (Gewohnheit), 4. charakterologisch bedingte Fettsucht (Falstaff), 5. berufsbedingte Fettsucht (Köche), 6. soziologisch bedingte Fettsucht (orientalisches Schönheitsideal). B. Hypothalamische Fettsucht: postenzephalitisch, Tumor der Hypothalamusregion. II. Metabolisch bedingte Fettsucht: 1. Endocrin: Hyperinsulinismus, Hypothyreose und Störung des Kohlehydrathaushaltes beim Morbus Cushing, 2. vegetativ bedingt (bei Hypoglykämietendenz), 3. Lipophilie: Dercumsche Krankheit, Liposarkom und lipophile Dystrophie (*Bansi*).

Nach *Jean Mayer* hängt die Regulation des Hungergefühls im Thalamus von der Höhe der arteriovenösen Blutzuckerdifferenz ab. Interessant ist, daß nach Versuchen des Vortragenden bei manchen Fettsuchtsformen nach Zuckerezufuhr die venöse Blutzuckerlage unverändert blieb, während die arterielle Blutzuckerlage ein pathologisches Verhalten zeigte. Bei der sogenannten Ataxie des Gewichtes handelt es sich vorwiegend um eine Wasserstoffwechselstörung (Fettgewebe enthält nur 20–30% Wasser gegenüber 65% des übrigen Gewebes). Beim Fettsüchtigen sind Aldosteron und Adiuretin (280 gegenüber 100 normal) stark vermehrt. Hingegen sind das extrazelluläre Wasser ebenso wie das Blutgesamtvolumen und die Glomerusfiltrationsleistung stark vermindert.

Zusammenfassend wurde gesagt, daß die Fettsucht auf einem Zuviel an Kalorienaufnahme und einer zu geringen Verbrennung beruht. Zusätzlich sind aber gewisse regulatorische Störungen sowie gewisse konstitutionelle Momente maßgebend. Die Therapie hat auch heute unbedingt in Einschränkung der Kalorienzufuhr, das heißt in Mäßigkeit, zu bestehen. Vor allem sind Kohlehydrate zu vermeiden, die zur Wasserretention führen. Auch bei Hungernden kommt es zu starken Körpergewichtsschwankungen, da es am 8.–10. Tag durch Gegenregulationen zu einer Rehydrierung kommt. Zusätzlich können unterstützend durch einige Wochen Weckamine, Preludin und Reginon gegeben werden. Leider ist der Dauererfolg aber sehr gering, da nur etwa 10% der Leute die Gewichtsabnahme halten. In Hamburg erzielte der Vortragende auch mit kleinen Thyreoideadosen Erfolge; eine Anwendung in Österreich wäre aber infolge der Strumaneigung nur mit großer Vorsicht zu versuchen.

Mitteilungen – Communications

Arbeitstagung über vollwertige Ernährung und Gemeinschaftsverpflegung

veranstaltet von der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährungsforschung und der Schweizerischen Gesellschaft für Präventivmedizin, in Zusammenarbeit mit dem Institut für Ernährungsforschung, Rüschlikon-Zürich

Donnerstag, den 12. Mai 1960

Vorsitzender: Prof. Dr. med. E. Grandjean, Zürich

- 10.00 Uhr *Eröffnung der Tagung*
PD Dr. med. H. Kapp, Basel
- 10.15 Uhr *Vollwertige Ernährung in der Gemeinschaftsverpflegung*
Prof. Dr. med. A. Fleisch, Lausanne
- 11.15 Uhr *Diätkost bei Gemeinschaftsverpflegung*
PD Dr. med. H. Kapp, Basel

Vorsitzender: Prof. Dr. med. A. Fleisch, Lausanne

- 14.15 Uhr *Nährstoffverluste durch Transport, Lagerung und Zubereitung*
Dr. R. Zacharias, Stuttgart-Hohenheim
- 15.15 Uhr *Probleme der Nährwertverbesserung durch verschiedene Zusätze*
Dr. med. J. C. Somogyi, Rüschlikon-Zürich
- 16.15 Uhr *Fremdzusätze in Nahrungsmitteln*
(Farbstoffe, Konservierungsmittel, Spritzmittelrückstände)
Prof. Dr. O. Högl, Bern
- 17.15 Uhr *Physiologie konservierter Nahrungsmittel*
(Sterilisierung, Tiefkühlung und Bestrahlung)
Prof. Dr. med. und phil. K. Lang, Mainz
- 19.15 Uhr Gemeinsames Nachtessen der Teilnehmer im Kursaal-Restaurant in Baden