

# GRUNDZÜGE DER PATHOLOGISCHEN PHYSIOLOGIE

VON

**DR. MED. HANS LUCKE**

A. PL. PROFESSOR FÜR INNERE MEDIZIN  
IN GÖTTINGEN

SECHSTE AUFLAGE

UNVERÄNDERTER ABRUCK DER FÜNFTEN AUFLAGE



**BERLIN**  
**SPRINGER-VERLAG**  
1943

ISBN-13:978-3-642-90062-4 e-ISBN-13:978-3-642-91919-0  
DOI: 10.1007/978-3-642-91919-0

ALLE RECHTE, INSBESONDERE  
DAS DER ÜBERSETZUNG IN FREMDE SPRACHEN,  
VORBEHALTEN.  
COPYRIGHT 1934 BY SPRINGER-VERLAG OHG. IN BERLIN.

## Vorwort zur fünften Auflage.

Schon vor Jahresfrist war eine Neuauflage notwendig geworden. Kriegsaufgaben machten jedoch eine rechtzeitige Bearbeitung unmöglich, so daß inzwischen ein unveränderter Neudruck erschienen und bereits wieder vergriffen ist. Die jetzige Neuauflage hatte zahlreiche neue Erkenntnisse zu berücksichtigen. Einzelne Abschnitte sind umgearbeitet worden, neue hinzugekommen. Die Fülle des Stoffes macht eine straffe Zusammenfassung notwendig, um den Umfang des Buches nicht zu sehr anwachsen zu lassen. Die neue Auflage erscheint in großer, schwerer Zeit, in einer Zeit, in der der Rock des Soldaten das Bild unserer Hörsäle beherrscht. Möge auch sie ein bescheidener Beitrag sein, unserer jungen Ärztesgeneration die Erfüllung ihrer schönen und großen Aufgaben zu erleichtern. Mit besonderer Freude erfüllt es mich, daß gleichzeitig eine Übersetzung in spanischer Sprache erscheint und sich damit der Leserkreis auch über Deutschlands Grenzen hinaus erweitert hat.

Göttingen, im Dezember 1941.

H. LUCKE.

## Vorwort zur ersten Auflage.

Die Grundzüge der pathologischen Physiologie in Form eines kurzgefaßten Buches herauszugeben, entschloß ich mich auf vielfaches Bitten meiner Hörer. So habe ich das Buch auch in erster Linie für den Studierenden geschrieben und seinen speziellen Bedürfnissen Rechnung zu tragen gesucht. Dabei ist weder beabsichtigt, ein Repetitorium der normalen oder pathologischen Physiologie zusammenzustellen, noch eine klinische Symptomatologie zu geben. Vielmehr soll mit diesem Buche eine Grundlage über das Wesen und Werden krankhaften Geschehens vermittelt werden. Für die Auswahl des Stoffes war in erster Linie das klinische Bedürfnis richtunggebend. Unser Streben muß sein, in dem am Krankenbett festgestellten Krankheitssymptomen und den Ergebnissen der Laboratoriumsuntersuchungen nicht nur Befunde, sondern Ausdruck eines besonderen krankhaften Geschehens zu sehen, in welches wir nach bestem Vermögen einzugreifen haben. So glaubte ich mich auf die Schilderung und Deutung jener krankhaften Vorgänge beschränken zu sollen, die so weit übersehbar erscheinen, daß ihre nutzbringende Übertragung auf die Klinik möglich ist. Auf theoretische Fragestellungen ist daher ebensowenig eingegangen worden wie auf komplizierte wissenschaftliche Erörterungen schwebender Probleme. Für die Weiterarbeit in dem komplizierten und weiten Gebiet werden umfangreiche Abhandlungen wie etwa das klassische KREHLSche Werk unentbehrlich bleiben. Dort finden sich auch die Hinweise auf die bestehende große Literatur, auf deren Wiedergabe ich vollkommen verzichtet habe. Erörterungen physiologischer Verhältnisse sind so knapp wie möglich gehalten und nur da gebracht, wo sie zur Erleichterung des Verständnisses krankhafter Vorgänge zweckmäßig und notwendig erschienen. So macht das Buch, seiner besonderen Bestimmung gemäß, auf erschöpfende Darstellung keinen Anspruch. Es will nicht mehr geben, als sein Name sagt. Wenn es dem Lernenden das Eindringen in die komplizierte Materie und die kritische Beurteilungsmöglichkeit der erhobenen klinischen Befunde erleichtert, so hat es seinen Zweck erfüllt. Mit diesem Wunsche soll es dem Studierenden übergeben werden.

Göttingen, im Juli 1934.

H. LUCKE.

## Inhaltsverzeichnis.

	Seite
I. Spezieller organischer Stoffwechsel . . . . .	1
1. Kohlehydratstoffwechsel . . . . .	1
2. Purinstoffwechsel . . . . .	15
Anhang: Stoffwechselkrankheiten und Konstitution . . . . .	20
3. Fett-, Lipoid- und Cholesterinstoffwechsel . . . . .	21
4. Eiweißstoffwechsel . . . . .	23
a) Intermediärer Stoffwechsel . . . . .	23
b) Eiweißstoffwechsel als Ganzes . . . . .	24
c) Pathologische Eiweißkörper . . . . .	26
II. Vitamine . . . . .	26
III. Hormone . . . . .	33
1. Schilddrüse . . . . .	35
2. Epithelkörperchen . . . . .	43
3. Nebenniere . . . . .	46
4. Epiphyse . . . . .	50
5. Hypophyse und Hypophyse-Zwischenhirnsystem . . . . .	51
6. Pankreas (innere Sekretion) . . . . .	56
7. Geschlechtsdrüsen . . . . .	57
8. Thymus . . . . .	59
9. Pluriglanduläre Erkrankungen . . . . .	59
IV. Gesamtstoffwechsel, Kraftwechsel, Fettsucht und Magersucht . . . . .	59
Gesamtstoffwechsel und Kraftwechsel S. 59. — Fettsucht S. 61. — Mager-	
sucht S. 64.	
Anhang: Entwicklung und Wachstum . . . . .	65
V. Mineral- und Wasserstoffwechsel . . . . .	67
Konstanz der Körperflüssigkeiten S. 67. — Blutreaktion S. 67. — Stoff-	
wechsel der einzelnen Mineralien S. 69. — Wasserstoffwechsel S. 75. — Ödem	
S. 78.	
VI. Sediment- und Steinbildungen . . . . .	80
VII. Blutelemente und Blutfarbstoff . . . . .	81
Veränderungen des weißen Blutbildes S. 82. — Anämien S. 83. — Poly-	
cythämie S. 89. — Hämoglobinämie und Hämoglobinurie, Hämolyse S. 90. —	
Bilirubinbildung und Ikterus bei Blutzerfall S. 91. — Porphyrinurie S. 91. —	
Blutplättchen und hämorrhagische Diathesen S. 92.	
Anhang: Milz . . . . .	94
VIII. Pigmente . . . . .	95
IX. Atmung . . . . .	97
Atmungsvorgang S. 97. — Thoraxbewegung S. 98. — Obere Luftwege S. 99.	
Lungenerkrankungen S. 102. — Asthma bronchiale S. 102. — Emphysem S. 104.	
Pleura S. 106. — Pneumothorax S. 107. — Kreislaufstörungen und Atmung	
S. 110. — Sauerstofftransport und Blutfarbstoff S. 111. — Sauerstoffsättigung	
des Blutes und Sauerstoffdruck S. 111. — Höhenkrankheit S. 112. — Patho-	
logische Zusammensetzung der Atemluft S. 117. — Physikalisch-chemische	
Atmungsregulation S. 118. — Nervöse Atmungsregulation S. 119. — Dyspnoe	
S. 119.	
Anhang: Preßluftkrankheiten . . . . .	120
X. Kreislauf . . . . .	122
Kreislauf als Ganzes S. 122. — Herz und Herzdynamik S. 123. — Herz-	
klappenfehler S. 128. — Herzmuskelerkrankungen S. 133. — Herzrhythmus und	
Herzrhythmusstörungen S. 135. — Überbeanspruchung des Herzens durch	
extrakardiale Momente S. 146. — Herzinsuffizienz S. 147. — Herzbeschwerden	
S. 152. — Blutdrucksteigerung S. 155. — Sklerose und Arteriolentonus S. 157. —	
Hypotonie S. 157. — Arteriosklerose S. 158. — Arterielle Gefäßverschlüsse	
S. 161. — Venen S. 161. — Lymphgefäße S. 162.	



	Seite
XI. Harnorgane . . . . .	162
Funktion der Niere S. 162. — Arbeit der gesunden Niere S. 163. — Niere und Nervensystem S. 163. — Extrarenale Beeinflussung der Nierenarbeit S. 164. Nierenerkrankungen S. 164. — Albuminurie S. 164. — Hämaturie und Zylindrurie S. 165. — Arbeit der kranken Niere und Niereninsuffizienz S. 166. — Hypertonie und Herzinsuffizienz der Nierenkranken S. 168. — Renales Ödem S. 169. — Eklamptische Urämie S. 170. — Ableitende Harnwege S. 171.	
XII. Verdauung und Verdauungsorgane . . . . .	172
Funktion der Verdauungsorgane S. 172. — Mund S. 172. — Oesophagus S. 173. — Magen S. 174. — Magensaft S. 174. — Magenuleus und Ulcusfolgen S. 177. — Der operierte Magen S. 180. — Duodenum S. 182. — Pankreassaft S. 182. — Gallenabsonderung S. 182. — Gallenfarbstoff und Gallensäuren S. 182. Gallensteine S. 183. — Ikterus S. 184. — Darm S. 185. — Peritoneum S. 187. — Bauchwassersucht S. 188.	
XIII. Nervensystem . . . . .	188
Periphere Nerven S. 188. — Rückenmark S. 191. — Reflexe S. 191. — Unterbrechung des Reflexbogens S. 191. — Leitungsbahnen S. 193. — Großhirn S. 197. — Schlaf und schlafähnliche Störungen S. 198. — Comotio cerebri S. 200. — Hirndruck S. 201. — Zirkulationsstörungen des Gehirns S. 204. — Apoplexie S. 205. — Stammgangliënläsionen S. 207. — Agnosien S. 208. — Aphasie S. 208. — Apraxie S. 209. — Kleinhirn S. 209. — Seekrankheit S. 210. Medulla oblongata S. 210. — Vegetatives Nervensystem S. 210.	
XIV. Wärmehaushalt . . . . .	211
Körpertemperatur und Wärmeregulation S. 211. — Hitzschlag S. 213. — Fieber S. 214. — Hypothermie S. 215. — Erfrierung S. 217.	
XV. Infektion, Immunität, Allergie . . . . .	217
Infektion S. 217. — Immunität S. 219. — Immunisierung S. 219. — Allergie S. 221. — Anaphylaxie und Idiosynkrasie S. 221. — Allergische Reaktionen und allergische Krankheiten S. 222.	
Sachverzeichnis . . . . .	224

## I. Spezieller organischer Stoffwechsel.

### 1. Kohlehydratstoffwechsel.

Der intermediäre Kohlehydratstoffwechsel wird natürlicherweise gespeist durch die Kohlehydrate der Nahrung, die im Magendarmkanal zu Monosacchariden abgebaut und dadurch resorbierbar gemacht werden. Ist somit die Tätigkeit des Verdauungsapparates für die Ergänzung des Kohlehydrathaushaltes und insbesondere deshalb von ganz wesentlicher Bedeutung, weil hierdurch hochwertiges Verbrennungsmaterial dem Körper nutzbar gemacht wird, so ist andererseits die Feststellung wichtig, daß durch die normale oder krankhafte Verarbeitung der Nahrungskohlehydrate im Darm der intermediäre Kohlehydratstoffwechsel direkt nicht berührt wird. Der Punkt, um den sich die Regulation des intermediären Kohlehydratstoffwechsels dreht, ist die Erhaltung der Konstanz des Blutzuckers auf einem Wert von rund 100 mg-%. Das zähe Festhalten an dieser Konstante ist uns ein Hinweis dafür, daß ein normaler Blutzuckerwert für den optimalen Ablauf von Lebensvorgängen von entscheidender Bedeutung sein muß. Der Körper besitzt die Fähigkeit, diesen Wert von den außerhalb des intermediären Kohlehydratstoffwechsels an Kohlehydratträgern vor sich gehenden Vorgängen weitgehend unabhängig zu machen, jedenfalls sind Abweichungen in der Kohlehydratzufuhr oder Fehler in der Resorption nicht in der Lage, den an sich intakten intermediären Kohlehydratstoffwechsel definitiv zu erschüttern. Stehen dem Kohlehydratstoffwechsel zur Ergänzung seines Blutzuckerbestandes keine resorbierten Nahrungskohlehydrate zur Verfügung, so erfolgt die ergänzende Zuckerbildung aus Aminosäuren, so daß der Organismus auch bei fehlender Kohlehydratzufuhr bezüglich der Erhaltung seiner Blutzuckerkonstante nicht in Verlegenheit kommt. Immerhin läßt sich zeigen, daß bei Kohlehydrathunger gewisse Blutzuckererniedrigungen eintreten, ohne daß jedoch kritische Tiefwerte des Blutzuckers erreicht werden. Recht niedrige Blutzuckerwerte beobachtet man mitunter bei Krebskranken. Diese Erniedrigung beruht wahrscheinlich auf der hohen Vitalität der Krebszelle und ihrem damit zusammenhängenden hohen Kohlehydratbedarf. Nebennierenrindeninsuffizienz bedeutet Störung der selektiven Glucoseresorption, wodurch die Erhaltung des Blutzuckerbestandes in seiner normalen Größe etwas in Frage gestellt wird. Die Störungen des Kohlehydratstoffwechsels beim Addisonkranken sind aber nicht allein durch diese Schwierigkeit der Kohlehydratresorption hervorgerufen, worauf wir noch einzugehen haben. Eine Tendenz zur Blutzuckererniedrigung bei an sich stoffwechselgesunden Menschen wird durch gleichzeitig erhöhten, intermediären Kohlehydratbedarf (Muskelarbeit) noch verstärkt. Umgekehrt kommt auch bei überreicherlicher Kohlehydratzufuhr keine bleibende Blutzuckererhöhung zustande. Dabei ist natürlich von dem Blutzuckergehalt des Pfortaderblutes, der in seiner Größenordnung die resorbierte Zuckermenge widerspiegelt und mitunter erheblich erhöht sein kann (0,4%), abzusehen. Im übrigen verhindert die Leber weitgehend, daß die Schwankungen der Kohlehydratzufuhr am Verhalten des Blutzuckers überhaupt merklich werden. Lediglich die übermäßige Zufuhr von leicht resorbierbarem Kohlehydrat, etwa in Form des prompt in den intermediären Stoffwechsel übertretenden Traubenzuckers selbst, verursacht eine

so mächtige und akut einsetzende Überladung des intermediären Stoffwechsels mit Zucker, daß die Regulationsmechanismen der Leber eine vorübergehende Abweichung des Blutzuckers nicht verhindern können. Es kommt zur Blutzuckersteigerung (**alimentäre Hyperglykämie**), wobei je nach der Höhe des erreichten Blutzuckerniveaus auch ein Teil des Zuckers, niemals auch nur annähernd die zugeführte Menge, in den Harn übertreten kann (**alimentäre Glykosurie**). Grundsätzlich handelt es sich um einen vorübergehenden Vorgang, der durch die alsbald einsetzende Gegenregulation prompt ausgeglichen wird, wobei es in der Nachphase zu vorübergehenden Überkompensationserscheinungen (**sekundäre, reaktive Hypoglykämie**) kommen kann. Die außerordentliche Nachhaltigkeit der einmal in Gang gekommenen Gegenregulation zeigt sich beim stoffwechselgesunden Menschen darin, daß in kurzen Abständen wiederholte Überbelastungen nicht mehr zu Extrasteigerungen des Blutzuckers führen, sondern schließlich überhaupt wirkungslos erscheinen. Man kann also niemals alimentär bleibende Störungen im Kohlehydrathaushalt, etwa im Sinne einer Dauerhyperglykämie oder Glykosurie, wie sie zum Wesen des echten Diabetes gehören, erzeugen, solange die Regulationsfaktoren des Kohlehydratstoffwechsels leistungsfähig bleiben. Der Ablauf der Blutzuckerreaktion nach übermäßiger, alimentärer Zuckerbelastung, der in seinen Ausdrucksformen vorübergehend an krankhaftes Geschehen erinnert, stellt strenggenommen also nichts Krankhaftes dar und ist gegen echte Krankheit im konkreten Fall differentialdiagnostisch abzugrenzen, gibt uns vielmehr Hinweise über die vorhandene oder verlorengegangene Leistungsfähigkeit der natürlichen Regulation des Kohlehydratstoffwechsels schlechthin. Der Vorgang weist insbesondere auf die Wichtigkeit der **Leber** als maßgebendem Regulationsorgan des Kohlehydratstoffwechsels hin. Aus der Betrachtung des geschilderten Vorgangs ergibt sich von selbst, daß es bei anatomischen oder funktionellen Störungen der Leber auch zum Auftreten von Veränderungen im intermediären Kohlehydratstoffwechsel kommen muß. Die Funktion der Leber im Kohlehydratstoffwechsel liegt einmal darin, aus allen Kohlehydraten, die ihr zufließen, Traubenzucker zu bereiten, denn das im Blute kreisende und etwa im Urin ausgeschiedene Kohlehydrat ist, von einzelnen Spezialfällen abgesehen, Glucose. Ferner kann die Leber Kohlehydrat aus dem Blut entnehmen und zu Glykogen aufbauen, um dadurch eine Hyperglykämie zu verhindern, andererseits hat sie die Fähigkeit, durch Abbau von Glykogen zu Traubenzucker den Blutzuckerbestand bei Bedarf auf seinen Normalwert aufzufüllen und ihn auf diese Weise in seiner Konstanz zu garantieren. Dieser im Mittelpunkt der Regulation des Kohlehydratstoffwechsels stehenden Aufgabe der Leber liegen komplizierte biologische Vorgänge zugrunde, die teils von außen auf die Leber einwirken, teils in der Leberzelle selbst sich abspielen. Wenn bei **Lebererkrankungen** grobe Abweichungen im Kohlehydratstoffwechsel nur selten ohne weiteres nachweisbar sind, so liegt es wohl daran, daß der Mensch die hohen Grade anatomischer und damit auch funktioneller Leberinsuffizienz, die auch zu groben Ausfallserscheinungen im Kohlehydratstoffwechsel führen würden, gar nicht erlebt, weil solche Vorkommnisse aus anderen Gründen mit dem Leben nicht mehr vereinbar sind. Dennoch kann man mit darauf hinzielenden, besonderen **Funktionsprüfungen** erkennen, das auch bei **Leberparenchymerkrankungen** die regulatorische Fähigkeit des Kohlehydratstoffwechsels durch die Leber Not gelitten hat, und daß demnach die Funktionstüchtigkeit der Leber für die ideale Regulation des Kohlehydratstoffwechsels eine wesentliche Vorbedingung ist. Die Schwierigkeit für die kranke Leber, durch Glykogenabbau den Zuckerbestand des Blutes aufzufüllen, drückt sich in der Tatsache aus, daß der Blutzucker bei Leberkranken in Übereinstimmung mit dem klassischen Experiment am

entlebten Tier eine deutliche, mitunter erhebliche Tendenz zur Hypoglykämie bekommt, sofern der Bestand nicht durch exogene Traubenzuckerzufuhr laufend ergänzt wird. Umgekehrt zeigt sich auch die geminderte Leistungsfähigkeit bei Beanspruchung ihrer Aufbau- und Umbaufunktion für zugeführte Kohlehydrate. Kohlehydratbelastungen dienen in dieser Hinsicht der Klinik als Leberfunktionsprüfungen. Aus unserer Besprechung der alimentären Hyperglykämie, von deren Größenordnung es abhängt, ob ein Teil des übermäßig zugeführten Zuckers im Harn erscheint, ergibt sich, daß die Leber normalerweise in der Lage ist, eine gewisse, für den Gesunden zahlenmäßig recht genau definierbare Menge, z. B. 120—150 g Traubenzucker, so weitgehend abzufangen und aufzubauen, daß die Hyperglykämie in bescheidenen Grenzen bleibt und kein Harnzucker auftritt. Man spricht von einer für die speziell verbrauchte Zuckerart vorhandenen **Kohlehydrattoleranz**, die krankhafterweise verändert sein kann. Im Rahmen unserer Fragestellung der Beziehung von Leberfunktionsstörungen zum Kohlehydratstoffwechsel interessiert die Feststellung, daß diese Toleranz bei Lebererkrankungen sinken kann, was sich in einer gegen die Norm verstärkten alimentären Hyperglykämie und dadurch zustande kommenden oder gegen die Norm verstärkten Glykosurie äußern muß. Belastung mit verschiedenen Monosacchariden wird dabei zu verschiedenen Ergebnissen führen, da die Toleranz der gesunden Leber für die einzelnen Zuckerarten verschieden ist und ferner berücksichtigt werden muß, inwieweit der Körper die Fähigkeit besitzt, bei funktionell geschädigter Leberzelle andere Zellen kompensierend in Dienst zu stellen. So kann bei Belastung mit dem arteigenen Kohlehydrat, dem **Traubenzucker**, auch bei schweren Leberparenchymschädigungen die Toleranz deshalb gut bleiben, weil der Aufbau zu Glykogen extrahepatisch, insbesondere in der Muskulatur vor sich gehen kann. Bei der **Lävulose** liegen die Verhältnisse so, daß zu Umarbeitung und Aufbau eine leistungsfähige Leber zum mindesten von großer Bedeutung ist, so daß sich bei Leberkranken deutliche Toleranzverschlechterungen ergeben. (Bei Belastung mit 100 g Fruchtzucker scheiden nur 10% der Gesunden und diese auch nur Spuren von Zucker aus.) Die stärkste Abhängigkeit von der Leberfunktion ergibt sich für die Toleranz von **Galaktose**, die der Gesunde in Mengen von 40 g praktisch tolerieren kann, d. h. die Zuckerausscheidung beträgt nicht mehr als 2 g. Bei dieser, der besten Funktionsprüfung der Leber durch Kohlehydratbelastung, geht die Größenordnung der Toleranzstörung mit der des Leberschadens praktisch parallel.

In ganz anderer Richtung liegen Veränderungen im Kohlehydratstoffwechsel, wie sie bei der **Glykogenspeicherungskrankheit** in den Leberzellen als dem offenbar maßgebenden Sitz des krankhaften Geschehens zur Beobachtung kommen. Jedenfalls spielt sich die Speicherung in erster Linie in der Leber ab, weshalb die Besprechung auch an dieser Stelle erfolgen soll. Prinzipiell scheint aber auch die Muskulatur davon betroffen sein zu können, wie die Beobachtung eines Falles von exzessiver Glykogenspeicherung im Herzmuskel zeigt. Man nimmt als Ursache eine celluläre Fermentanomalie an, so daß das in enormen Mengen gestapelte, echte, normale Glykogen in keiner Weise mehr mobilisiert werden kann, wie insbesondere die Wirkungslosigkeit von Adrenalinzufuhr zeigt. Für den Kohlehydratstoffwechsel bedeutet die Tendenz zur Glykogenbildung und -speicherung, wie sie durch künstliche Insulinzufuhr noch gesteigert werden kann, bei der Unmöglichkeit, diesen Vorgang auch einmal zur Umkehr zu zwingen, eine ernste Beeinträchtigung. Der Kohlehydratstoffwechsel steht dauernd unter dem Zeichen des Kohlehydratbedarfs, zahlenmäßig ausgedrückt in dem mehr oder weniger stark verminderten Blutzuckerwert mit allen Gefahren dieser Erscheinung. Für den Kranken kommt dies zum Ausdruck in einem unwiderstehlichen Bedürfnis nach Kohlehydrat als dem nach dem Stoffwechselbefund

auch einzigen Mittel, den verfügbaren Kohlehydratbestand auf leidlicher Höhe zu halten. Die in diesen Fällen immer zu beobachtende Ketonurie könnte so erklärt werden, daß die Leber mit ihren eingefrorenen Glykogenbeständen in funktioneller Hinsicht einer glykogenfreien Leber gleichkäme. So wäre die Ketonurie bei der Glykogenspeicherungskrankheit der Hungerketonurie in Parallele zu setzen. Über die Ursache dieser bisher nur bei Kindern beobachteten Erkrankung bestehen noch keine klaren Vorstellungen. Gegen die Annahme einer hypophysären Genese bestehen schwerwiegende Einwände.

**Hormonale und nervöse Regulation des Kohlehydratstoffwechsels.** Die regulatorische Fähigkeit der Leber ist mit der Intaktheit der Leberzelle und der Anwesenheit der notwendigen Fermente aber keineswegs erschöpft. Aufbau und Abbau der Kohlehydrate in der Leber sind Vorgänge, die von spezifischen Hormonen beherrscht werden, deren vermutlich direkter Angriffspunkt die Leberzelle selbst ist. Die als antagonistisch wirksamen Substanzen in Betracht kommenden Hormone des Nebennierenmarkes und des Inselsystemes sind unter der Voraussetzung der Intaktheit der sie produzierenden Organe in ihrer Produktionsgröße durch ein kompliziertes Regulationssystem in ein zweckmäßiges Hormongleichgewicht einreguliert. Durch Vermittlung von vegetativem und zentralem Nervensystem wird eine Verbindung der maßgebenden Produktionsstätten hergestellt, wobei die Blutzuckerhöhe in erster Linie als adäquater Reiz für die Regulierung des Gleichgewichtes fungieren dürfte. Dieses zu wahren und bei eingetretenen Störungen alsbald wiederherzustellen, ist der Körper dauernd bemüht. Aber der komplizierte Regulationsweg mit seinen vielen Stationen bringt auch die Möglichkeit krankhafter Einwirkungen verschiedenster Art und an den verschiedensten Punkten, so daß der Kohlehydratstoffwechsel in mannigfacher Weise beeinträchtigt werden kann.

Das **Adrenalin** bewirkt einen Abbau der vorhandenen Glykogenreserven in der Leber, führt demnach zur Blutzuckersteigerung und je nach der Größenordnung der Hyperglykämie auch zur Zuckerausscheidung. Die Wirkung parenteral zugeführten Adrenalins klingt jedoch in wenigen Stunden ab, so daß die geschilderten Veränderungen im Kohlehydratstoffwechsel, die man auch mit der Bezeichnung „Nebennierendiabetes“ belegt hat, ebenfalls nur eine flüchtige Erscheinung darstellen. Jedenfalls erhebt sich die Frage, ob diese experimentell als vorübergehendes Ereignis erzielbare Störung auch als Dauerzustand aus Anlaß einer laufenden, krankhaften Überproduktion von Adrenalin vorkommt. Solche Dinge sind beim **Hypernephrom** gelegentlich einmal beobachtet, wobei gleichzeitig ein Hypertonus bestand, und man ist berechtigt, in solchen Fällen eine Hyperadrenalinämie für das krankhafte Geschehen verantwortlich zu machen. Doch handelt es sich um sehr seltene Vorkommnisse. Umgekehrt führt eine Unterfunktion des Adrenalsystems, wie sie bei der **Addisonischen Krankheit** mit mehr oder weniger vollständiger Zerstörung des gesamten Nebennierengewebes vorliegt, zu Blutzuckererniedrigung und erhöhter Insulinempfindlichkeit. Auf die Frage, wie weit hormonale Einflüsse der Nebennierenrinde in das Problem mit hineinspielen, wird noch zurückzukommen sein.

Mit der Feststellung der Krankheitserscheinungen, die durch örtliche Prozesse an der Nebenniere ausgelöst sind und zu einer veränderten Adrenalinbildung und -ausschüttung Veranlassung geben, ist aber das Problem der Tätigkeit des Adrenalsystems, als dessen Hauptrepräsentant das Nebennierenmark zu gelten hat, nicht erschöpft. Die sachgemäße Tätigkeit des Nebennierenmarkes steht und fällt mit der Intaktheit der Verbindung mit dem sympathischen Nervensystem. Entnervte Nebennieren werden adrenalinarm und sind zur reaktiven Mehrausschüttung von Adrenalin nicht mehr in der Lage, zumal sie auch atrophieren. Das klassische Experiment des **Zuckerstiches**, der zur Hyperglykämie

und Glykosurie führt, zeigt die Bedeutung des übergeordneten Einflusses des **Zuckerzentrums** auf die Adrenalinausschüttung und damit auf den Kohlehydratstoffwechsel. Dabei haben wir damit zu rechnen, daß als zentrale Regulationsorgane für den Kohlehydratstoffwechsel nicht nur das bekannte Zuckerzentrum in der Medulla oblongata, sondern auch höher im Mittelhirn gelegene Gebilde in Betracht kommen. Die Verbindung zwischen Zentralgebilden und Nebennieren wird durch den Sympathicus hergestellt. Im Effekt handelt es sich also beim Zuckerstich um denselben Vorgang, wie wir ihn durch künstliche Adrenalinzufuhr auch erzeugen können. Die zentrale Beeinflußbarkeit des Zuckerstoffwechsels durch direkte Einwirkung auf das Zuckerzentrum wirkt unmittelbar die Frage auf, ob wir auch mit einer echten Stoffwechselanomalie im Sinne einer zentral bedingten Zuckerkrankheit zu rechnen haben. Die Frage hat speziell in der Unfallmedizin zur Beurteilung der Beziehungen von Kopftraumen zum Diabetes eine große praktische Bedeutung. Sie lautet konkret dahin, ob es einen **zentralen, traumatischen Diabetes** gibt. Theoretisch wäre ein solcher denkbar, würde aber eine konstante Reizung des Zuckerzentrums und gleichzeitig die Unfähigkeit des Inselfsystems zu einer entsprechenden Gegenregulation voraussetzen. Wenn heute ein zentraler, traumatischer Diabetes als definitive Stoffwechselanomalie in der Regel nicht erkannt wird — auf jeden Fall sind derartige Fälle extreme Seltenheiten, im Experiment bei Zwischenhirnschädigungen ausnahmsweise einmal beobachtet —, so fußt diese Einstellung auf der Erkenntnis, daß bei Schädigungen in dem maßgebenden Gehirngebiet lediglich das Experiment des Zuckerstiches reproduziert wird, Hyperglykämie und Glucosurie nur als vorübergehendes Ereignis auftreten und alsbald wieder eine vollständige Einregulierung des Kohlehydratstoffwechsels erfolgt. Dabei ist es prinzipiell gleichgültig, ob es sich um eine mechanische (Trauma, gesteigerter Hirndruck, epileptischer Anfall o. dgl.) oder pharmakologische (z. B. beim Exzitationsstadium einer Inhalationsnarkose) Reizung der zentralen Regulationsstellen des Kohlehydratstoffwechsels gehandelt hat. Wir kennen lediglich bei der Akromegalie eine Form diabetischer Stoffwechselstörung, der eine dauernde, pathologisch gesteigerte, chemische Reizung des Zuckerzentrums zugrunde liegt. Im **Hypophysenvorderlappen** wird ein spezifisch auf den Kohlehydratstoffwechsel eingestelltes, **kontrainsuläres Hormon** gebildet, welches in den Liquor übergeht, direkt auf das Zuckerzentrum wirkt und auf diese Weise letzten Endes auch zum übergeordneten und maßgebenden Faktor für die Adrenalinausschüttung wird. Bei der **diabetischen Störung des Akromegalen** wird dieses Hormon in vermehrter Menge abgegeben, wodurch eine hypophysär bedingte Hyperglykämie und Glucosurie zustande kommen. Entsprechend dem klinischen Eindruck bei der Akromegalie, daß die krankhafte Überfunktion des Hypophysenvorderlappens in Schüben verläuft und auch mit oder ohne Therapie zeitweise aufhören kann, beobachtet man auch bei der diabetischen Störung des Akromegalen spontane Remissionen von praktisch normalen Verhältnissen im Kohlehydratstoffwechsel mit normalen Blutzuckerwerten über bescheidene Hyperglykämien bis zu schwersten diabetischen Stoffwechsellagen, die auf Schwankungen in der Hormonproduktion zu beziehen sein dürften. Gelegentlich kann man auch beobachten, daß bei wirkungsvoller Röntgenbestrahlung eines Vorderlappenadenoms bei Akromegalie mit dem Rückgang anderer Symptome auch die diabetische Störung prompt verschwindet. Das dauernde Überwiegen der hypophysär bedingten Adrenalinproduktion führt dazu, daß der Blutzucker auf künstlich zugeführtes Insulin abnorm wenig reagiert. Zu entgegengesetzten Störungen im Kohlehydratstoffwechsel führt die Unterfunktion des Hypophysenvorderlappens, wie sie beim **hypophysären Zwergwuchs** und bei der **hypophysären Kachexie** vorliegt.

Diese klinisch festgestellte und experimentell durch Ausschaltung des Vorderlappens reproduzierbare Tatsache weist zunächst darauf hin, daß anatomische Intaktheit der Nebenniere zur Garantierung einer für die Regulation des Kohlehydratstoffwechsels notwendigen, sachgemäßen Adrenalinproduktion nicht ausreicht, sondern daß die Nebenniere von dem durch den Hypophysenvorderlappen hormonal gesteuerten Zentrum ihre natürlichen Reize bekommen muß. Fehlt das Hypophysenhormon, so ergibt sich das gleiche Bild ungenügender Nebennierenleistung, wie wenn das Zentrum, die vermittelnde sympathische Nervenbahn oder das funktionierende Nebennierenmark selbst funktionell geschädigt sind. Es kommt bei Hypophysenvorderlappeninsuffizienz zu den gleichen Erscheinungen, wie wir sie auch bei der ADDISONschen Krankheit festgestellt haben. Der Blutzucker wird eine Tendenz zu erniedrigten Werten erkennen lassen, wobei bei starkem Überwiegen der endogenen Insulinproduktion auch spontane hypoglykämische Krisen vorkommen, insbesondere bei fehlender Kohlehydratzufuhr. Die Insuffizienz in der Adrenalinausschüttung wird besonders deutlich bei künstlicher Zufuhr von Insulin. Mangels der Möglichkeit reaktiver Mobilisierung von Adrenalin sind hypophysär insuffiziente Individuen hochgradig insulinempfindlich und können bereits auf kleinste Insulindosen mit einem kritischen, maximalen Blutzuckerabfall reagieren, was bei Durchführung von Insulinmastkuren bei hypophysär Magersüchtigen zu beachten ist. Diese Erkenntnisse werfen die Grundfrage auf, ob sich tatsächlich in der Regulation des Kohlehydratstoffwechsels Nebenniere und Inselsystem unmittelbar als Antagonisten gegenüberstehen oder ob nicht an Stelle des Nebennierenmarkes der Hypophysenvorderlappen zu setzen ist. Dies ist tatsächlich der Fall. Es läßt sich nachweisen, daß bei Insulinhypoglykämie die Hypophyse ihr kontrainsuläres Hormon ausschüttet und auf diese Weise über Zentralgebilde und Sympathicus die Adrenalinausschüttung bewirkt. Adäquater Reiz ist der sinkende Blutzucker, der auf komplizierten Wegen die hormonale Tätigkeit des Hypophysenvorderlappens bestimmt. Der Angriffspunkt liegt weit peripher im Abdomen, wahrscheinlich in einer der großen Bauchdrüsen, vielleicht in der Leber, vielleicht im Pankreas. Die Reizvermittlung geht über den linken Vagus und zentralnervöse Zwischenhirngebiete zur Hypophyse, von hier wird über das Zuckerzentrum in der Medulla oblongata und den Sympathicus die Adrenalinausschüttung aus dem Nebennierenmark gesteuert. Das Nebennierenmark fungiert also in der Regulation des Kohlehydratstoffwechsels grundsätzlich nicht als selbständig tätiges, sondern als hypophysär-hormonal und zentralnervös gesteuertes Organ.

Nicht eindeutig geklärt ist der Einfluß, den die **Schilddrüse** auf den Kohlehydratstoffwechsel ausübt. Auf einem besonderen Blatt stehen die Veränderungen am Glykogenbestand der Leber bei schwerer Thyreotoxikose, auf die an anderer Stelle noch einzugehen sein wird. Im übrigen kann bei der **Basedowschen Krankheit** eine Tendenz zur Hyperglykämie und verminderter Kohlehydrattoleranz beobachtet werden, niemals jedoch parallel gehend mit der Schwere der Thyreotoxikose und niemals so ausgesprochen, daß eine diabetische Stoffwechsellaage resultierte. Einen thyreogenen Diabetes kennt die Klinik nicht. Beim **Myxödem** finden sich mitunter niedrige Blutzuckerwerte und hohe Kohlehydrattoleranzen. Die geschilderten Veränderungen bei Schilddrüsenkranken kommen wahrscheinlich über den Sympathicus im Sinne eines erhöhten oder herabgesetzten Sympathicotonus zustande und werden demnach sekundär durch veränderte Adrenalinausschüttung bedingt.

Wir sehen also, daß das für eine vollkommene Regulation des Kohlehydratstoffwechsels obligate Hormongleichgewicht Adrenalin-Insulin durch geänderte Adrenalinausschüttung sowohl mit dem Erfolg einer diabetischen Stoffwechsel-

lage als auch in der Richtung der Hypoglykämie auf verschiedenste Weise gestört werden kann. Dabei kann die Arbeit des Adrenalsystems und die reaktive Einstellmöglichkeit der Nebenniere auf die Insulinproduktion sowohl durch krankhaftes Geschehen an der Nebenniere selbst als auch durch fehlerhafte Tätigkeit der die Adrenalinausschüttung beherrschenden übergeordneten Gebilde verursacht werden. Gehen die primären oder sekundären Funktionsstörungen des Adrenalsystems über die reaktive natürliche Kompensationsfähigkeit des Inselapparates hinaus, so kann die Konstanz im Kohlehydratstoffwechsel nicht mehr gewahrt bleiben.

Es ergibt sich von selbst, daß bei erhaltener Tätigkeit des Adrenalsystems ebenso Gleichgewichtsstörungen im Kohlehydratstoffwechsel auftreten müssen, wenn die natürliche Funktion des Inselapparates im Pankreas als des entscheidenden Gegenspielers in irgendeiner Form wesentlich gestört ist. Damit kommen wir zur Besprechung der schwersten und praktisch wichtigsten Störung im Kohlehydratstoffwechsel, der Zuckerkrankheit. Der echte **Diabetes mellitus**, der von anderen Formen diabetischer Stoffwechselanomalien, wie wir sie unter Hinweis auf ihre andersartige Ätiologie bereits erwähnten, streng zu trennen ist, beruht auf einer insulären Insuffizienz. Der unumstößliche Beweis hierfür ist in der Tatsache gegeben, daß Insulin imstande ist, sämtliche Symptome der diabetischen Stoffwechsellage des zuckerkranken Menschen zum Verschwinden zu bringen. Eine kurze Erörterung des Begriffes der insulären Insuffizienz des Menschen ist jedoch notwendig. Der schwierige Punkt ist der fehlende absolute Parallelismus zwischen dem experimentellen Pankreasdiabetes des Hundes mit der fehlenden Bauchspeicheldrüse und dem anatomisch unbefriedigenden Befund beim Diabetes mellitus des Menschen. Nur selten findet sich überhaupt eine einigermaßen befriedigende anatomische Erklärung der Stoffwechselstörung, vor allem, wenn wir uns klar machen, ein wie kleiner Pankreasrest etwa beim Hund genügt, um das klinische Manifestwerden eines Diabetes zu verhindern. Sicherlich ist die absolute insuläre Insuffizienz, wie sie experimentell durch Entfernung des Pankreas erzeugt wird, in der menschlichen Pathologie wohl kaum jemals realisiert. Eine gewisse, wenn auch zur Regulierung des Kohlehydratstoffwechsels unzureichende endogene Insulinproduktion ist auch beim Diabetes des Menschen noch vorhanden. Das mehr oder weniger starke Zurückbleiben der beim Diabetes noch zur Wirkung kommenden endogenen Insulinmenge hinter dem Bedarf des Körpers braucht im übrigen nicht notwendigerweise Ausdruck einer entsprechend geringen Produktionsleistung zu sein. Eine insuläre Insuffizienz kann auch dadurch entstehen, daß in normalen Mengen gebildetes Insulin einer vermehrten Zerstörung anheimfällt, bevor es am Erfolgsorgan angelangt ist. Wir haben sichere Hinweise, daß beim Diabetes mit einer derartigen Möglichkeit zu rechnen ist, ob nur vorübergehend oder grundsätzlich in manchen Fällen, bleibt noch zu untersuchen. So wissen wir beispielsweise, daß die insulinzerstörende Kraft des Blutes mit seinem Leukocytengehalt ansteigt. Hierin liegt sicher ein wesentlicher Grund für die Verschlimmerung der Stoffwechsellage und den erhöhten Insulinbedarf des Diabetes bei Hinzutreten interkurrenter infektiöser Erkrankungen. Dieser uns klinisch geläufige Vorgang zeigt uns die Richtung, in welcher noch Probleme der Diabetes grundsätzlicher Natur zu suchen sind. Die effektive insuläre Insuffizienz, wie sie als Diabetes mellitus klinisch in Erscheinung tritt, erweist sich als ein wahrscheinlich wesentlich komplizierterer Vorgang, als wir ihn gesehen haben, indem wir nur die hormonale Leistung des Pankreas im Auge hatten. Je nach dem Grade der insulären Insuffizienz geht die Fähigkeit, Zucker zu Glykogen aufzubauen, einen krankhaften Glykogenabbau zu verhindern und Zucker prompt zu verbrennen, verloren. Vom normalen Geschehen mit voll leistungsfähigem Inselapparat bis zur



maximalen insulären Insuffizienz des schweren Diabetikers finden sich fließend alle Übergänge. Je nach der Beanspruchung des Kohlehydratstoffwechsels wird die insuläre Insuffizienz klinisch in Erscheinung treten oder nicht. Auch für ein voll leistungsfähiges Inselsystem gibt es bei plötzlicher, übermäßiger Belastung mit prompt resorbierbarem Kohlehydrat eine Toleranzgrenze, wie wir bei Besprechung der alimentären Hyperglykämie und Glucosurie feststellten. Beim Zuckerkranken wird parallel dem Grade der insulären Insuffizienz die Toleranz immer geringer, d. h. es genügen schon geringe Kohlehydratbelastungen, um eine starke Hyperglykämie und Glucosurie zu erzeugen, weil mangels verfügbaren Insulins die Möglichkeit zur Glykogensynthese in mehr oder weniger hohem Grade verlorengegangen ist, in extremen Graden schließlich ein Zuckeraufbau in der Leber überhaupt nicht mehr stattfinden kann. Die Blutzuckerreaktion und damit die Glucosurie werden demnach auch zahlenmäßig sehr viel größer sein als unter normalen Bedingungen und wesentlich längere Zeit anhalten müssen, da eine Gegenregulation durch reaktive Insulinausschüttung nicht erfolgen kann. Wiederholte Belastungen werden im Gegensatz zum Normalen immer neue, auf das jeweilige Blutzuckerniveau aufgesetzte Extrablutzuckersteigerungen verursachen, so daß eine mehrgipflige Blutzuckerkurve steigender Tendenz resultiert, die für den Diabetiker charakteristisch ist. Grundsätzlich fehlt eine sekundäre, hypoglykämische Nachphase, es sei denn, daß es sich um sehr leichte Fälle von Diabetes mit noch relativ guter Leistungsfähigkeit des Inselsystems handelt. Bei unserer natürlichen Ernährung wird die maximale Leistungsfähigkeit des Inselapparates nicht annähernd voll beansprucht. Die Polysaccharide, die in erster Linie in Form der Stärke als Hauptkohlehydratträger in unserer Nahrung zugeführt werden, führen niemals zu einer plötzlichen Überlastung des Organismus mit Zucker, da ihre Aufspaltung im Verdauungsschlauch längere Zeit beansprucht und der Übertritt des entstehenden Traubenzuckers ins Blut nur sehr allmählich erfolgt. Diese Belastung verträgt die Leber bei funktionstüchtigem Pankreas ohne Schwierigkeiten, so daß eine Hyperglykämie ex amylo überhaupt nicht zustande kommt. Bei geringem Grade insulärer Insuffizienz kann für die üblichen Ernährungsbedingungen der Hormonbestand noch ausreichen, um den anfallenden Traubenzucker zu synthetisieren. Erst die Belastung des Kohlehydratstoffwechsels zeigt die Toleranzverminderung und führt bei einer Zufuhr, die der Gesunde glatt toleriert, zur Hyperglykämie und Glucosurie, die bei Fortfall der Belastung langsam und verzögert wieder verschwinden. Hier handelt es sich um die leichteste Form diabetischer Störung, die nur unter besonderen Belastungsbedingungen überhaupt in Erscheinung tritt und nachweisbar wird und als latenter Diabetes zu bezeichnen ist. Ist jedoch die Toleranz merklich herabgesetzt, so stellt schon die normale Ernährung eine übermäßige Belastung für das insuffiziente Inselsystem dar, selbst wenn die Zufuhr der Kohlehydrate in Form von Polysacchariden nur einen langsamen Übertritt von Traubenzucker in den intermediären Stoffwechsel zuläßt (Hyperglykämie e saccharo et amylo). Dadurch resultiert als Dauerzustand eine diabetische Stoffwechsellage im klinischen Sinne mit einer dauernden Hyperglykämie, die in ihrem Grade mit der Menge des augenblicklichen Nahrungskohlehydrates parallel geht. Der Blutzuckerwert, in Beziehung gebracht zur Kohlehydratzufuhr, gibt den zahlenmäßigen Hinweis für die Größenordnung der insulären Insuffizienz, während die Zuckerausscheidung im Harn, die bei stärkeren Graden von Blutzuckersteigerung erfolgt, deshalb keinen eindeutigen Hinweis gibt, weil die Niere erst bei gewissen Graden von Hyperglykämie Zucker in den Harn übertreten läßt, und die Nierenschwelle keine feststehende Zahl ist, sondern sich sogar beim Einzelindividuum, speziell wenn es diabetisch wird, ändern kann. Auf dieses Problem wird noch

einzuweichen sein. Für den leichten Diabetes im klinischen Sinne ist es charakteristisch, daß durch Anpassung der Zufuhr an die bestehende Funktionsstörung des Inselsystems, also durch Beschränkung des Kohlehydrats in der Nahrung, ein Ausgleich der Störung mit Überführung in einen latenten Diabetes möglich ist. Zunächst wird die Glucosurie verschwinden, dann der Blutzucker sinken. Solange sich die Zufuhr innerhalb der verbliebenen, gegen die Norm verminderten Toleranz hält, wird das noch zur Verfügung stehende Insulin genügen, um den in geringer Menge zufließenden Traubenzucker zu Glykogen zu assimilieren und auch eine entsprechende Verwertung des Kohlehydrates im Stoffwechsel zu garantieren. Wird aber die Toleranzgrenze überschritten, so stellt sich sofort eine diabetische Stoffwechsellage wieder her, der Blutzucker steigt und alsbald tritt auch Traubenzucker in den Harn über. Nimmt jedoch die insulinäre Insuffizienz höhere Grade an, so nimmt die Kohlehydrattoleranz immer mehr ab, bis schließlich auch die Entziehung aller Kohlehydrate in der Nahrung nicht mehr genügt, um die Störung in eine latente Form zu überführen. Der Zustand eines solchen schweren Diabetes im klinischen Sinne ist dadurch gekennzeichnet, daß ein Aufbau von Zucker zu Glykogen überhaupt schließlich nicht mehr erfolgen kann, daß vielmehr der Vorgang nur noch in der umgekehrten Richtung läuft und zu einem Glykogenverlust, in erster Linie der Leber, sowie zu einer maximalen Hyperglykämie als Dauerzustand führt. Die Blutzuckerwerte werden sehr hoch, betragen mehrere 100 mg-% und können in extremen Fällen Konzentrationen von 1 g-% überschreiten. Dementsprechend werden sehr große Zuckermengen im Harn ausgeschieden. Zuckerezufuhr verschlechtert die Stoffwechsellage sofort außerordentlich und in höherem Maße, als der tatsächlichen Belastung entspricht. Alle greifbaren Substanzen werden in Zucker übergeführt, insbesondere auch Aminosäuren, also Abkömmlinge des Eiweißes, und Milchsäure. So stellt auch Eiweißzufuhr eine Belastung der diabetischen Stoffwechsellage dar, da die Eiweißbausteine in den Zuckerstoffwechsel übergehen. Man spricht von **Eiweißempfindlichkeit** des schweren Diabetikers. Tierische Eiweißprodukte können wegen ihrer näheren chemischen Verwandtschaft mit dem menschlichen Organeiweiß leichter und vollkommener zu Zucker umgebaut werden als Pflanzeneiweiß. Ob auch Fett zu Zucker wird, steht noch zur Diskussion. Für den Kliniker, der für seine Kranken eine geeignete Diät zusammenzustellen hat, ist die empirisch festgestellte Tatsache wichtig, daß Fettzufuhr auch schwere diabetische Stoffwechsellagen nicht maßgebend zu beeinflussen scheint.

**Diabetesfolgen.** Die genannten Störungen im Kohlehydratstoffwechsel des schweren Diabetikers können für den Menschen selbstverständlich nicht gleichgültig sein, sondern werden in vieler Hinsicht zu ungünstigen Folgeerscheinungen führen müssen. Jedes der bisher genannten führenden Symptome der **Hyperglykämie, Glucosurie und Glykogenverarmung der Leber** wird grundlegend in andere lebenswichtige biologische Vorgänge eingreifen müssen. Überladung des Blutes und damit auch der Gewebe mit Zucker schädigt die Lebensfähigkeit der Zellen ganz allgemein und macht sie äußeren Einwirkungen gegenüber widerstandsunfähig. Neigung zu Ekzemen und Furunkeln, schlechte Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten, fehlende oder mangelhafte Heilungstendenz von Wunden mit Neigung zu fortschreitenden Sekundärinfektionen sind äußere Zeichen der genannten Tatsache. Sicher ist auch die Neigung der Zuckerkranken zu verfrühten und abnorm starken Abnutzungserscheinungen an den Gefäßen im Sinne einer Arteriosklerose auf denselben Nenner zu bringen. Die sog. toxischen Neuritiden der Diabetiker werden insbesondere bei diätetisch nicht eingestellten Zuckerkranken mit erheblicher Dauerhyperglykämie beobachtet und reagieren oft prompt auf Beseitigung der Blutzuckersteigerung. Diese klinisch immer wieder bestätigte Tatsache verträgt sich nicht mit modernen

Diätbestrebungen in der Diabetesbehandlung. Unter dem Schlagwort „die Kohlehydrate, der Brennstoff des Lebens auch für den Diabetiker“, wird die kohlehydratreiche Kost für den Diabetiker propagiert. Kritikloses Gestatten großer Kohlehydratmengen oder gar einer freien Diät machen aber von einem gewissen Moment ab die fundamental wichtige Forderung beim Diabetiker, neben einer Harnzuckerfreiheit auch einen normalen Blutzuckerwert anzustreben, undurchführbar und lassen damit die Gefahren für den Zuckerkranken wieder aufleben, die wir seit der Entdeckung des Insulins zu bannen gelernt hatten. Gewiß sind wir dankbar, daß wir unter dem Schutze des Insulins auch beim schweren Diabetiker mit dem Kohlehydrat freigiebig haben werden können. So ist es auch, wenn besondere äußere Umstände dies erfordern, möglich geworden, bei entsprechender Steigerung der Insulinmenge recht namhafte Kohlehydratmengen zu gestatten. Es ist aber kein Zweifel, daß in dieser Richtung Grenzen bestehen und daß auch bei gleichzeitiger hoher Insulinzufuhr große Kohlehydratmengen den Stoffwechsel des Zuckerkranken erschüttern und damit die Gefahr definitiver Verschlechterung der Stoffwechsellage mit sich bringen. Besondere Verhältnisse liegen beim Diabetes des Kindes vor. Hier verlangt neben dem Betriebsstoffwechsel auch der Baustoffwechsel besondere Berücksichtigung in Form einer laufenden, größeren Kohlehydratzufuhr unter entsprechendem Insulinschutz, wobei man im Interesse einer ausreichenden Zufuhr notwendiger Baustoffe gelegentlich und vorübergehend auftretende Zuckerausscheidungen und stärkere Blutzuckersteigerungen in Kauf nehmen muß. Diese Gesichtspunkte gelten aber, wie gesagt, nur für die besonderen Verhältnisse des Kindes, vielleicht noch vorübergehend für die immer seltener gewordenen Fälle hochgradig abgemagerter erwachsener Diabetiker. Sie gelten nicht für die befriedigend genährten, erwachsenen Zuckerkranken, bei denen lediglich der Betriebsstoffwechsel berücksichtigt werden muß und bei denen eine dauernde Hyperglykämie und Glucosurie nach Möglichkeit vermieden werden müssen, weil diese Erscheinungen keineswegs harmlos sind.

Die Bedeutung der Zuckerausscheidung liegt in ganz anderer Richtung. Ausgehend von der Tatsache, daß Zucker im Harn erscheinen kann, ist es zunächst einmal notwendig, sich über natürliche und krankhafte Beziehungen der Niere zur Zuckerausscheidung klar zu sein. Die gesunde Niere ist praktisch zuckerdicht. Dabei müssen wir uns darüber klar sein, daß diese „Zuckerdichtigkeit“ nicht auf einer Zuckerundurchlässigkeit irgendeiner Membran in der Niere beruht, vielmehr den Erfolg einer Rückresorptionsleistung im Tubulusgebiet darstellt. Enthält doch der Glomerulusharn Traubenzucker in der gleichen Konzentration wie das Blut. Der definitive Harn enthält erst dann gewisse Zuckermengen, wenn der Blutzucker merklich erhöht ist. Die sog. Nierenschwelle liegt beim Normalen etwa bei einem Blutzuckerwert von 180 mg-%, ohne jedoch fixiert zu sein. Dieser Wert gibt demnach einen zahlenmäßigen Anhaltspunkt für die Größenordnung der tubulären Arbeitsleistung bei der Glucoserückresorption. Die Rückresorption des Zuckers im Tubulusgebiet dürfte durch die gleichen Fermentvorgänge lokaler Art bewerkstelligt werden, wie sie in ähnlicher Form bei der Zuckerresorption aus dem Darm eine entscheidende Rolle spielen. Bei den entzündlichen und vasculären Nierenerkrankungen, mögen die Nieren in anderer Hinsicht noch so leistungsunfähig werden, bleibt die Zuckerdichtigkeit erhalten, ja man beobachtet, daß die Nierenschwelle für Zucker nicht selten heraufrückt. Dagegen scheint, wenn auch selten, bei echten, schweren Nephrosen neben der Albuminurie auch gelegentlich eine leichte Glucosurie vorzukommen, was sehr gut zu den geschilderten Vorstellungen über den zugrunde liegenden Vorgang passen würde. Auch die Zuckerausscheidung bei den seltenen Fällen des sog. renalen, nephrotisch-glykosurischen Zwergwuchses findet

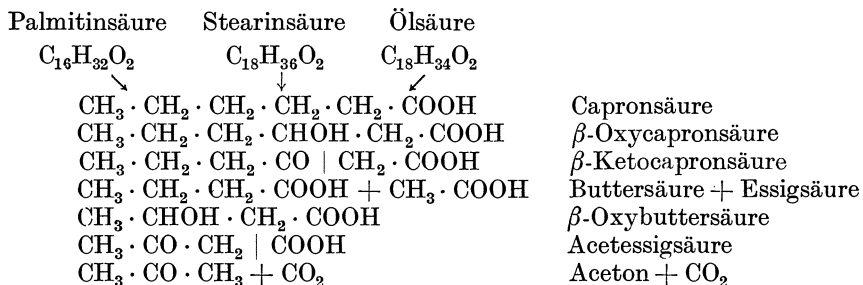
vielleicht in dieser Richtung ihre Erklärung. Die Schwelle rückt auch häufig in den Fällen herauf, bei denen aus irgendeinem Grunde der Blutzucker dauernd oder zweitweise erhöht ist, ein Moment, das die Glucosurie vermindert oder gar nicht zustande kommen läßt, also eine Art Schutzmechanismus gegen die schädlichen Folgen der Glucosurie. Die Tubuluszelle der Niere ist also offenbar in der Lage, auf eine dauernd erhöhte Anforderung mit einer Leistungssteigerung zu antworten. Das beste Beispiel in dieser Hinsicht ist der echte Diabetes selbst, bei dem der Blutzucker oft weit über 200 mg-% liegen kann, ohne daß es zu einer Glucosurie kommt. Auch schädigt ein dauernder erhöhter Blutzuckergehalt offenbar die Nierenfunktion zumindest nicht wesentlich, selbst wenn der Zustand lange Jahre anhält. Dabei sehen wir von den bei einer gewissen Anzahl von Zuckerkranken gleichzeitig beobachteten, geringen Albuminurien ab und haben lediglich die Funktion der Nieren im Auge. Etwas anderes ist die Alteration der Nieren bei reichlicher Ketonkörperausscheidung. Die Häufigkeit der Nierenerkrankungen bei Azidose (Nephropathia diabetica) führt zu der Auffassung, daß zwischen gehäufte Acetonkörperausscheidung und Nierenschaden ein Kausalzusammenhang besteht, die Tubulusschädigung durch die in großen Mengen durchtretenden Säuren erfolgt.

Aber nicht immer ist eine Hyperglykämie Vorbedingung für eine Zuckerausscheidung. Wir kennen Zustandsbilder, bei denen auch bei normalem Blutzuckerwert Zucker in den Harn übertreten kann. Es sind Vorkommnisse, bei denen das Wesen der Erkrankung nicht im Kohlehydratstoffwechsel zu suchen ist, sondern die Störung offensichtlich in der Nierenzelle selbst ihren Sitz hat. Der **Phlorrhizindiabetes**, der dementsprechend die Bezeichnung eines Diabetes strenggenommen gar nicht verdient, gehört in dieses Gebiet, und wir sehen den Angriffspunkt dieses Giftes an der Nierenzelle selbst, wodurch die Zuckerausscheidung zustande kommt, der Blutzucker normal bleibt oder sogar unter die Norm heruntergehen kann. Die Situation liegt dabei offenbar so, daß das Fermentsystem in der Niere, welches die Rückresorption der Glucose aus dem zuckerhaltigen Glomerulusfiltrat besorgt, durch das Phlorrhizin zerstört wird und deshalb der Zucker im definitiven Harn erscheint. Möglicherweise ist bei dem sog. **renalen Diabetes** die Störung in der gleichen Richtung zu suchen, doch ist hierüber Näheres nicht bekannt. Ob wir berechtigt sind, die **Schwangerschaftsglykosurie** ähnlich aufzufassen, oder ob hier primäre Störungen im Kohlehydratstoffwechsel maßgebend sind, ist noch nicht ausreichend geklärt. Grundsätzlich werden alle Formen einer **Zuckerausscheidung** zu ungünstigen **Folgen** für den Kohlehydratbestand des Organismus und zu weiteren, über das Gebiet des Kohlehydratstoffwechsels hinausgehenden Störungen im Organismus führen können, wie wir sie in stärkster Ausprägung beim Diabetes mellitus selbst sehen und fürchten. Mit dem ausgeschiedenen Zucker verläßt ein hochwertiger Calorien-spender ungenutzt den Organismus. Der ständige Hunger und die Polyphagie erklären sich aus der Notwendigkeit, den entstehenden Calorienverlust durch vermehrte Zufuhr auszugleichen. Gelingt dies nicht, da beim schweren Diabetes Zufuhr von Kohlehydrat und Eiweiß den gestörten Kohlehydratstoffwechsel nur weiter belastet und die Glykosurie verstärkt, so ist eine Einschmelzung des eigenen Körperbestandes und hochgradige Abmagerung des Zuckerkranken trotz überreichlichen Caloriengehaltes der Nahrung unvermeidlich, da der größte Teil der zugeführten Calorien den Organismus ungenutzt passiert, und der für den Körper zur Verfügung bleibende Rest erheblich unter dem Bedarfswert liegt.

Eine weitere Rückwirkung der Glykosurie erstreckt sich auf den **Wasserstoffwechsel**. Je größer die Harnzuckermenge, desto größer ist auch das Quantum des mitgerissenen Lösungsmittels. Polyurie mit Harnmengen von vielen Litern in 24 Stunden gehört daher mit zu den führenden Symptomen des

Diabetes. Der starke Wasserverlust kommt den Kranken in Form eines unwiderstehlichen Durstgefühls zum Bewußtsein und veranlaßt ihn zum Konsum sehr großer Flüssigkeitsmengen (Polydipsie). Der Gewichtsverlust des Diabetikers beruht neben der echten stofflichen Abmagerung zum Teil auf Wasserverlust, durch Einschränkung der extrarenalen Wasserabgabe (Perspiratio insensibilis, Schweißsekretion) wird eine gewisse Kompensation versucht. Die trockene Haut des Diabetikers ist ein Beispiel für die Austrocknung der Gewebe. In extremen Fällen wird auf den Wasserbestand des Blutes weitgehend zurückgegriffen, das Blut dadurch eingedickt, was in dem prozentualen Steigen von Formelementen und gelösten Substanzen (Trockenrückstand, Eiweißgehalt) des Blutes deutlich zum Ausdruck kommt. Eine Ausnahme macht das Kochsalz, welches vielleicht wegen Ausscheidungsschwierigkeiten durch die überlastete Niere, sicherlich im wesentlichen im Interesse der Erhaltung biologisch wichtiger Blutkonstanten (Isotonie) in die Gewebe abwandert. Im Rahmen dieses Vorgangs kann es beim Diabetiker auch neben der Polyurie und trotz des verminderten verfügbaren Wasserbestandes zur Ödembildung kommen. Diese diabetischen Ödeme sind nicht direkte Folgen des gestörten Kohlehydratstoffwechsels, sondern haben ursächliche Beziehungen zu sekundären Mineral- und Wasserverschiebungen. Das Problem wird bei Besprechung dieser Gebiete nochmals zu berühren sein. Daß alle genannten Störungen letzten Endes durch die Glucosurie ausgelöst sind, beweist die Tatsache, daß sie mit Zurückgehen der Zuckerausscheidung spontan reversibel sind.

Besonders ungünstige Konsequenzen hat aber der **Glykogenschwund** in der Leber, und die Folgen der Glykogenfreiheit der Leber sind es, die die Entscheidung über Leben und Tod des Diabetikers bringen. Verarmt die Leber an Glykogen, so wandert Depotfett in die Leber ein, der Vorgang kennzeichnet sich an dem erhöhten Fettgehalt des Blutes, der Lipämie des schweren Diabetikers. Die Bedeutung dieser Fettwanderung liegt darin, daß der Fettabbau in der glykogenfreien Leber zu pathologischen Abbauprodukten führt, oder, richtiger gesagt, auf Abbauvorstufen stehen bleibt. Die Fette verbrennen im Feuer der Kohlehydrate. Während normalerweise, also bei Anwesenheit von Glykogen, Fettsäuren vollständig zu Kohlensäure und Wasser abgebaut werden, führt der Fettabbau in der glykogenfreien Leber nur bis zu den Acetonkörpern nach folgendem Schema:



Daneben wird noch eine Acetonkörperbereitung aus Eiweißspaltprodukten angenommen. Die Bedeutung dieser Acetonkörper, die laufend beim schweren Diabetes entstehen und nicht nur reichlich im Harn erscheinen, sondern vor allem in großer Menge im Blute kreisen, liegt in der Säurenatur der Acetessigsäure und β-Oxybuttersäure. Sie finden sich deshalb in großer Menge im Blut, weil die Niere solche starken Säuren wegen der Gefahr einer Gewebsschädigung nicht in beliebigem Umfang ausscheiden kann, sondern immer äquivalente Alkalimengen ausscheiden muß, die sie dem Alkalibestand der Knochenasche entnimmt und in

Form des Ammoniaks der Harnstoffsynthese entzieht. Der Ammoniakgehalt des Harns steigt dementsprechend an, die Prüfung der Ammoniakverhältnisse des Urins gibt einen recht brauchbaren Maßstab für die im Körper sich vorbereitende Azidose. Im Knochen kann es zu einer echten Demineralisation kommen. Das so verfügbar gemachte Alkali reicht aber schließlich nicht annähernd aus, um eine vollständige Ausscheidung der anfallenden Ketonkörper zu ermöglichen. Diese im Blut kreisenden Substanzen beherrschen das Endstadium des Zuckerkranken und stempeln das **Coma diabeticum** zu einer echten Säurevergiftung. Die pathologische Physiologie der Blutreaktion wird uns noch im Zusammenhang eingehend beschäftigen, hier sei nur hervorgehoben, daß die Erhaltung der Blutreaktion, der Isohydrie, zu den wichtigsten biologischen Notwendigkeiten gehört. Relativ geringe Verschiebungen nach der sauren wie nach der alkalischen Seite sind mit dem Leben schon nicht mehr vereinbar. Das natürliche Gleichgewicht wird gehalten von der im Blut gelösten Kohlensäure, deren Partialdruck nach den Gasgesetzen mit demjenigen der Alveolarluft übereinstimmt und von der Zusammensetzung der Alveolarluft abhängig ist, während als Base ein Salz der Kohlensäure, das Natriumbicarbonat fungiert. Das zur Neutralisation der Kohlensäure zur Verfügung stehende Natriumbicarbonat wird als Alkalireserve bezeichnet. Beim **Coma diabeticum** treten nun die genannten Ketosäuren ins Blut über und gefährden dadurch die Erhaltung der aktuellen Blutreaktion. Die durch das Auftreten dieser fixen Säuren hervorgerufene Azidose ist durch eine Senkung der Alkalireserve charakterisiert, da diese Säuren der Kohlensäure Alkali entziehen, die Kohlensäure aus dem Natriumbicarbonat verdrängen, so daß über die Verwendung des Basenanteils im Natriumbicarbonat zur eigenen Neutralisierung noch Kohlensäure frei wird und den Bestand der vorhandenen freien Kohlensäure vermehrt. Die Blutreaktion wird solange gewahrt bleiben, als der Kohlensäuregehalt des Blutes entsprechend gesenkt werden kann (kompensiertes Alkalidefizit). Da die aktuelle Reaktion des Blutes den adäquaten Reiz für das Atemzentrum darstellt, reagiert das Atemzentrum bei bestehender Azidose prompt mit einer Überventilation, wobei durch Abrauchen von Kohlensäure die Kohlensäurespannung in der Alveolarluft und damit auch im Blut weitgehend gesenkt werden kann. Klinisch kommt dies zum Ausdruck in der großen Atmung (**KUSSMAUL**), die demnach der eindeutige Hinweis für das Eindringen fixer Säuren ins Blut und beim Diabetes für ein bevorstehendes Koma ist. Kommt diese hämatogene Dyspnoe dem Kranken in erheblichem Maße zum Bewußtsein, und ist eine typische große Atmung ohne weiteres zu erkennen, dann ist die Senkung der alveolaren Kohlensäurespannung schon eine erhebliche. Sie kann durch Überventilation bis auf etwa ein Viertel ihres Normalwertes gesenkt werden, so daß selbst bei erheblicher Senkung der Alkalireserve noch eine Kompensation möglich bleibt. Steigt aber der Gehalt der fixen Säuren noch weiter und versagen auch weitere Kompensationsmechanismen, unter denen in erster Linie die Bereitstellung weiteren Alkalis in Form von Ammoniak, das der Harnstoffsynthese entzogen wird, zu nennen ist, so kommt es zur echten Verschiebung der Blutreaktion nach der sauren Seite, zur dekompensierten Azidose durch dekompensiertes Alkalidefizit und damit zum tödlichen **Coma diabeticum** durch Säurevergiftung. Die Atmung wird immer angestrengter und versagt schließlich. Unter den Zeichen zunehmender und schließlich gänzlicher Benommenheit erfolgt der Tod. Die Wasserstoffzahl des Blutes ist von der Normalzahl von 7,28—7,4 auf Werte von 7,0 oder wenig darunter gesunken, Werte, die grundsätzlich Koma bedeuten und mit dem Fortbestand des Lebens nicht vereinbar sind.

Diesem Zustand, dessen letzte Ursache in der insulinären Insuffizienz zu suchen ist, wären jene Krankheitsbilder gegenüberzustellen, bei denen aus irgendeinem Grunde eine Überfunktion des Inselapparates als Wesen der Krankheit vorliegt.

Zustandsbilder eines **relativen Hyperinsulinismus** haben wir bereits erwähnt. Wir treffen sie bei sekundärer oder primärer Unterfunktion des Antagonisten, etwa bei Hypophysenvorderlappeninsuffizienz, bei Nebennierenentnervung oder der Nebenniereninsuffizienz der ADDISONschen Krankheit. Wir finden sie auch dann, wenn das Adrenalin am Glykogenbestand nicht angreifen kann, also bei der Glykogenspeicherungskrankheit. Allen diesen Zustandsbildern ist entsprechend dem Wesen ihrer Störung auch die erhöhte Empfindlichkeit gegen künstlich zugeführtes Insulin gemeinsam. Darüber hinaus wird aber bei funktionstüchtigem Adrenalsystem dann eine Gleichgewichtsstörung im Kohlehydratstoffwechsel auftreten müssen, wenn eine Mehrproduktion des Inselapparates, also ein echter, **absoluter Hyperinsulinismus** vorliegt. Einen solchen Zustand haben wir als seltenes Ereignis bei tumorartigem Wachstum des Inselsystems, beim echten **Insulom** vor uns. Im Effekt ergeben sich dabei als Dauerzustand dieselben Folgen und Gefahren, wie sie uns als vorübergehendes Ereignis bei der überdosierten Insulinspritze bekanntgeworden sind und daher eine große praktische Bedeutung besitzen. Durch vermehrte Assimilation des Blutraubenzuckers zu Glykogen und eine beschleunigte intermediäre Kohlehydratverbrennung kommt es zu einem Blutzuckersturz, zu einer **Insulinhypoglykämie**. Die Verarmung des Blutes an Zucker kommt dem Kranken in Form eines starken Hungergefühls und eines ausgesprochenen Bedürfnisses nach Kohlehydratträgern zum Bewußtsein. Durch Kohlehydratzufuhr läßt sich auch die Hypoglykämie am sichersten und promptesten beseitigen. Im Prinzip gleich wirkt auf dem Umweg über einen Glykogenabbau das Adrenalin. Mit zunehmender Hypoglykämie stellen sich neben dem genannten Kohlehydrathunger Zeichen allgemeiner Schwäche und Hinfälligkeit ein. Schließlich kommt es bei maximaler Blutzuckersenkung, wobei nicht immer der absolut sehr niedrige Wert des Blutzuckers, sondern das Tempo und die Größenordnung der Blutzuckersenkung (Diabetes!) von Bedeutung sind, zum tödlichen hypoglykämischen Shock, der von einer Reihe vasomotorischer Erscheinungen, Sturz von Temperatur und Blutdruck sowie ausgesprochenen, komaähnlichen cerebralen Erscheinungen, häufig verbunden mit Krämpfen, beherrscht ist. Nicht selten treten auch apoplektiforme Erscheinungen etwa in Form einer Halbseitenlähmung oder dergleichen auf. Die genannten cerebralen Störungen sind Folge einer lokalen Kohlehydratstoffwechselstörung in den Gehirnzellen, wie sie durch das rapide Sinken des Blutzuckers verursacht wird. Denkt man an die Möglichkeit einer Hypoglykämie, so ist die Differentialdiagnose einfach. Wichtig ist, daß ein mit zu großen Insulindosen behandeltes diabetisches Koma mitunter sehr rasch in einen hypoglykämischen Shock umschlagen kann. Alle Erscheinungen der Hypoglykämie bilden sich bei Zuckerzufuhr prompt und vollständig zurück, sind demnach letzten Endes durch die Hypoglykämie ausgelöst.

In das Gebiet eines echten Hyperinsulinismus gehören auch Zustandsbilder, wie sie bis jetzt relativ selten beobachtet worden sind, mit denen aber in Zukunft voraussichtlich in vermehrtem Maße gerechnet werden muß. Ich meine die schweren, nicht selten tödlichen Insulinshocks bei neugeborenen Kindern diabetischer Mütter. Mit der Ausbildung eines eigenen funktionstüchtigen Pankreas beginnt der Fetus nicht nur seinen eigenen, sondern auch den endogenen Insulinbedarf seiner diabetischen Mutter zu decken. Die Folge ist eine Arbeitshypertrophie der kindlichen Bauchspeicheldrüse mit Einstellung auf eine hohe, den Bedarf des Kindes weit übersteigende endogene Insulinproduktion. Diese hohe Insulinproduktion wirkt sich nach der Geburt in vollem Umfang auf den kindlichen Kohlehydratstoffwechsel aus und kann dabei unmittelbar nach der Geburt zur Katastrophe des tödlichen Insulinshocks

führen. Hierin finden die immer einmal wieder beobachteten plötzlichen und überraschenden Todesfälle offenbar gesunder Kinder diabetischer Mütter wenige Stunden oder Tage nach der Geburt ihre Erklärung.

Aus der Tatsache, daß es bei der Insulinwirkung zu einem vermehrten Glykogenanbau kommt, der, wenn gleichzeitig das zu assimilierende Kohlehydrat gegeben wird, einen echten stofflichen Gewinn bedeutet und die Grundlage der viel geübten Insulinmastkur bildet, ergeben sich für den Hyperinsulinismus bei künstlicher Insulinzufuhr Begleitbeziehungen zum Wasserstoffwechsel, die klinisches Interesse beanspruchen. Grundsätzlich bedeutet Stoffansatz auch Wasseransatz, aber darüber hinaus kommt es unter der Insulinwirkung gelegentlich zu einer vorübergehenden, spontan reversiblen pathologischen Wasserretention, die Blut und Leber betreffen kann, meist jedoch in Form regulärer Insulinödeme erfolgt. Über den näheren Mechanismus, und ob es sich um echte Insulinwirkungen oder die Wirkung etwaiger Beimengungen handelt, läßt sich noch nichts Abschließendes sagen. Seitdem wir über gereinigte Insuline verfügen, ist der unmittelbare Zusammenhang zwischen Insulin und einer Neigung zu echtem Ödem immer zweifelhafter geworden. Vor allem ist im konkreten Fall die Frage aufzuwerfen, ob nicht gleichzeitig aus anderem Grunde eine krankhafte Ödembereitschaft besteht, etwa deshalb, weil Verschiebungen im Mineralbestand vorliegen.

Weitere, vermutete Wirkungsrichtungen des Insulins sind noch nicht soweit geklärt, daß sie für die Klinik zur Beurteilung und Behandlung krankhaften Geschehens Verwendung finden könnten, weshalb wir es uns versagen, auf diese Dinge einzugehen.

**Andere Kohlehydrate im Harn.** Im Rahmen der pathologischen Physiologie des Kohlehydratstoffwechsels ist noch zu erwähnen, daß Zuckerausscheidungen vorkommen können, bei denen das ausgeschiedene Kohlehydrat nicht Traubenzucker ist. Es sind Dinge, die das, was man unter dem speziellen Kohlehydratstoffwechsel des Menschen versteht, innerlich gar nicht berühren, seltene Ereignisse, deren Wichtigkeit darin besteht, daß sie differentialdiagnostisch vom echten Diabetes abzutrennen sind, und eine Behandlung im Sinne eines Diabetes nicht nur sinnlos ist, sondern nur gefährlich werden kann (Insulin!). In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert die **Laktosurie** der Wöchnerinnen, die auch schon während der Schwangerschaft in bescheidenen Graden beobachtet werden kann. **Lävulosurie** kommt, sofern nicht eine urinogene Umlagerung von Glucose zu Lävulose durch bakterielle Einwirkung vorliegt, in seltenen Fällen als konstitutionelle Anomalie vor. Zu überlegen ist immer die Frage, ob die Lävulosurie nicht Zeichen einer Leberinsuffizienz ist. Als ebenfalls harmlose, konstitutionelle, vererbare Anomalie können kleine Mengen einer Pentose im Harn erscheinen, doch verdient eine solche **Pentosurie** kaum die Bezeichnung einer Krankheit, da ungünstige Folgeerscheinungen in keiner Richtung bekannt sind.

## 2. Purinstoffwechsel.

**Intermediärer Purinstoffwechsel. Die Harnsäure.** Die gesonderte Besprechung des Purinstoffwechsels beim Menschen und seiner Störungen ist notwendig, weil der Abbau der Kernsubstanzen, im Gegensatz zu den Verhältnissen beim Säugetier, zu einem bestimmten Endprodukt, der Harnsäure, führt und damit zu trennen ist von den üblichen stickstoffhaltigen Stoffwechselendprodukten des Eiweißstoffwechsels. Trotz der Unmöglichkeit, die intermediären Vorgänge im Purinstoffwechsel heute schon restlos zu übersehen, ist die Harnsäure als das Endprodukt des Purinstoffwechsels anzusehen. Eine weitere intermediäre Aufspaltung in der Form der wohldefinierten, fermentativen Urikolyse beim Säugetier



ist für den Menschen nicht nachgewiesen. Aminopurine bilden, mit einem Zucker (meist Pentose) und Phosphorsäure zur Nucleinsäure vereinigt, einen charakteristischen Anteil des Nucleoproteids, welches aus einem Eiweißanteil und als Polynucleotide vereinigten Nucleinsäuren zusammengesetzt ist. An Stelle des Aminopurins können Nucleinsäuren auch Pyrimidinbasen enthalten. Im Rahmen unserer Fragestellungen interessiert lediglich der Purinanteil. Bei der Aufspaltung der Nucleoproteide erfolgt durch Desaminierung und Oxydierung ihre Überführung in das 2-6-8-Trioxypurin, die Harnsäure. Die quantitative Erfassung dieser Substanz in Körpersäften und -ausscheidungen vermittelt uns mannigfache Einblicke in krankhaftes Geschehen. So hat sich auch die nicht ganz logische Bezeichnung eines normalen oder pathologischen Harnsäurestoffwechsels eingebürgert. Das Nahrungspurin wird im Verdauungskanal gespalten und gelangt in Form der leicht löslichen Nucleinsäuren zur Resorption. Darüber hinaus wird der Purinring von der Bakterienflora des Darms angegriffen und aufgespalten, wobei unter anderem Ammoniak entsteht und in der Harnstoffquote des Urins erscheint. Dieser zahlenmäßig nicht übersehbare, der bakteriellen Purinolyse verfallende Anteil der Nahrungspurine, fällt also für die Purinbilanz aus. Die resorbierten Purinsubstanzen treten in den intermediären Purinstoffwechsel ein und führen zum Ansteigen der Harnsäuremengen im Urin. Diese, dem Nahrungspurin entstammende Harnsäure wird als **exogene Harnsäure** bezeichnet. Ihr gegenüber steht die **endogene Harnsäurequote**, die laufend entsteht und als Ausdruck der Kernmauserung der Zellen gilt. Diese endogene Harnsäurequote des Urins stellt unter normalen Bedingungen einen für das Einzelindividuum recht konstanten Wert dar, der in 24 Stunden 0,3—0,6 g Harnsäure beträgt. Die Ausscheidung der Harnsäure erfolgt im wesentlichen über die Niere. Soll die normalerweise in Mengen von 2—4 mg-% im Blute als Mononatriumurat kreisende Harnsäure garantiert bleiben, so bedarf es bei der Eliminierung der harnpflichtigen Harnsäure einer erheblichen Konzentrationsarbeit der Niere, wobei bei überreichlich anfallender Harnsäure Harnsäurekonzentrationen von 200 mg-% erreicht werden können. Prinzipiell kann auch auf anderen Wegen, speziell in den Verdauungssäften Harnsäure ausgeschieden werden. Sie spielt aber unter normalen Verhältnissen keine Rolle, da die Konzentration stets unter dem Blutspiegel liegt. Diese **enterotropische Harnsäurequote** wird im Darm durch bakterielle Purinolyse zerstört und ist daher oilanzmäßig nicht faßbar. Bei Beurteilung der Störungen im Purinstoffwechsel ist von den Verhältnissen des purinfrei genährten Menschen, also unter Ausschluß exogener Faktoren auszugehen, da nur der endogene Harnsäurestoffwechsel ausreichend konstant und übersehbar ist und daher eine sachgemäße Erkennung und Beurteilung krankhaften Geschehens ermöglicht.

**Symptomatische Veränderungen im Harnsäurestoffwechsel** werden bei veränderter Harnsäureentstehung wie bei Anomalien in der Harnsäureausscheidung zustande kommen. Durch vermehrten Kernzerfall wird es zur Vermehrung der Harnsäure im Blut, zur Hyperurikämie kommen. Wir nennen nur einige Beispiele, bei denen diese Verhältnisse besonders deutlich sind: Pneumonie im Stadium der Lösung, Bluttransfusion, Leukämie, Tumoren. Als bald schafft in diesen Fällen die leistungsfähige Niere den Ausgleich, indem sie durch maximale Konzentration der Harnsäure im Harn die endogene Quote mächtig steigert. Besonders eindrucksvoll ist dies im Anschluß an Röntgenbestrahlung großer maligner Tumoren oder leukämischer Milzen, wenn durch die Bestrahlung plötzlich ein sehr starker Zellzerfall ausgelöst wird. Dann bildet die Niere Harn, in denen die Harnsäure bzw. die Urate in so hoher Konzentration vorhanden sind, daß sie bereits in den abführenden Harnwegen ausfallen und Konkreme te bilden können. Das Auftreten einer Nierenkolik in unmittel-

barem zeitlichen Zusammenhang mit einer zu starkem Gewebserfall führenden Röntgenbestrahlung zeigt die Bildung eines **Uratsteines** im Nierenbecken an.

Zu einer Harnsäureretention wird es aber auch bei normaler Harnsäureentstehung dann kommen, wenn die Niere nicht in der Lage ist, die harnpflichtige Harnsäure zu eliminieren. Diese Form der Harnsäureanhäufung haben wir als **renale Hyperurikämie** zu bezeichnen. Mit zunehmender renaler Insuffizienz der entzündlichen und vasculären Nierenerkrankungen kommt es zur fortschreitenden Konzentrationsschwäche für Harnsäure und damit bei unterwertiger Gesamtausscheidung zur Retentionshyperurikämie. Die Prüfung auf Harnsäurekonzentrationsfähigkeit stellt einen besonders empfindlichen Indicator für die verbliebene Leistungsfähigkeit der Niere dar. Die bei bestehender Hyperurikämie als enterotropische Quote über die Verdauungssäfte abfließenden, gegen die Norm vermehrten Harnsäuremengen stellen nur eine ungenügende Stoffwechselentlastung dar, da die maximale Konzentration durch den Blutspiegel begrenzt ist, und demnach niemals Ausscheidungsmengen erreicht werden können, die die Konstanz des Harnsäurespiegels zu garantieren in der Lage wären. Andererseits verhindert die enterotropische Quote bei bestimmtem Grade der Hyperurikämie ein wesentliches Weitersteigen des Blutspiegels, da bei Blutwerten von etwa 15—20 mg-% in den Verdauungssäften Harnsäuremengen ausscheidbar werden, die etwa einer normalen endogenen Harnsäurequote des Urins entsprechen. Dem entspricht auch die klinische Erfahrung, daß bei renaler Insuffizienz die Harnsäure früher und zunächst stärker ansteigt als etwa der Harnstoff, während von gewissen Werten ab, die für die Harnsäure etwa bei 15 bis 20 mg-% liegen, die weitere Harnsäuresteigerung erheblich hinter der des Harnstoffs zurückbleibt. Bei all diesen Befunden sind aber die nachweisbaren Änderungen im Harnsäurebestand nicht Wesen der Erkrankung, sondern Symptome eines krankhaften Geschehens, welches sich an ganz anderer Stelle abspielt.

Demgegenüber steht die Harnsäure bei der **Gicht** im Brennpunkt des Krankheitsproblems selbst. Zwei Punkte sind es, die die Gicht mit der Harnsäure untrennbar verbinden, und zwar 1. das Auskristallisieren von harnsauren Salzen im Gichtknoten beim Gichtanfall, wobei diese Salze nicht amorph, sondern immer in Nadeln ausfallen, und 2. die Tatsache, daß sich bei der Gicht auf der Höhe des Krankheitsgeschehens und mit weiterem Verlauf der Krankheit grundsätzlich pathologische Harnsäureverhältnisse in Blut und Harn finden. Angesichts dieser Tatsache hat man in erster Linie an die Möglichkeit gedacht, daß bei der Gicht fehlerhafte Verhältnisse im intermediären Purinstoffwechsel vorlägen, insbesondere hat man fermentative Anomalien vermutet. Als Arbeitshypothese besteht diese Vorstellung noch, doch wissen wir nichts Sicheres darüber, daß der Purinabbau beim Gichtiker prinzipiell anders verlief als beim Gesunden, so daß in dieser Richtung auch keine Ursache der Gicht gefunden werden kann. Der **Gichtanfall** wird eingeleitet mit einem Absinken der Harnsäureausscheidung (anakritisches Depressionsstadium), demzufolge die Blutharnsäure steigt und absolut genommen wohl grundsätzlich pathologische Werte erreicht. Unmittelbar vor dem Anfall erreicht sie ihren höchsten Wert, sinkt mit der nun einsetzenden Harnsäureflut ab, wobei Werte erreicht werden können, die absolut genommen nicht mehr pathologisch erscheinen. Auch die günstige Wirkung des **Atophans** beruht auf einer Besserung der Harnsäureausscheidung. Der mit dem Anfall einsetzenden Harnsäureflut folgt ein zweites, kürzeres, postkritisches Depressionsstadium. Dann erfolgt eine Einstellung der Blut- und Ausscheidungsverhältnisse auf die frühere weitgehende Konstanz bis ein neuer Anfall die Verhältnisse des Intervalls, die bei oberflächlicher Betrachtung weitgehend normal erscheinen können, in der geschilderten Form aufs neue

unterbricht. Beim Anfall kommt es zur Bildung der Gichtknoten, Tophi genannt, wobei harnsaure Salze an bestimmten mesenchymalen Gebilden und nur an diesen, also an Knorpel, Sehnen, Schleimbeuteln u. dgl. ausfallen. Für die Bildung von Gichtknoten werden bestimmte Gegenden bevorzugt, so die kleinen Gelenke und unter diesen ganz vorwiegend das Großzehengelenk (Podagra), von anderen Gebilden der Ohrknorpel, speziell der Rand des Helix. Im Prinzip können natürlich Tophusbildungen an allen den Stellen erfolgen, an denen sich Knorpel oder andere mesenchymale Gebilde finden. Zunächst bilden sich alle, bei dem Anfall auftretenden Krankheitserscheinungen, die schweren akuten Gelenkentzündungen sowie die Uratablagerungen, vollständig zurück (reguläre Gicht), während im weiteren Verlauf die Rückbildung immer unvollständiger wird (irreguläre Gicht). Dabei können die Uratmassen den Knorpel durchdringen und in den Knochen gelangen, wo sie zu entzündlichen, destruktiven Knochenveränderungen (Lochdefekte) führen. Diese Knochenveränderungen, wie die pathologischen Gelenkstellungen und später auftretenden deformierenden Prozesse, sind nicht unmittelbar durch die Grundkrankheit ausgelöst, sondern sekundäre Erscheinungen.

Grundsätzlich wird aber, wie wir sehen, der Gichtanfall eingeleitet durch eine Hyperurikämie, die durch ein Zurückgehen der Harnsäureausscheidung veranlaßt wird. Diese Tatsache lenkt das Interesse unmittelbar auf das maßgebende Regulationsorgan des endogenen Harnsäurestoffwechsels, die Niere, hin. Belastungsproben zeigen, daß bei der Niere des Gichtikers grundsätzlich eine partielle Funktionsstörung vorliegt, die sich in einer Ausscheidungsschwäche für Harnsäure äußert. Besonders deutlich wird dies vor dem Anfall, da die Funktionsstörung zu diesem Zeitpunkt noch wesentlich hochgradiger wird. Aus der Tatsache, daß die Leistungsfähigkeit der Niere in dieser Richtung wechselt, ergibt sich, daß es sich nur um eine funktionelle Anomalie handeln kann, die durch die Gichtnoxe hervorgerufen ist, wohl vermittelt über das vegetative Nervensystem und möglicherweise in irgendeiner Form zentral gesteuert. Dabei dürfte nicht nur das in der Medulla oblongata nachgewiesene Harnsäurezentrum von Bedeutung sein, sondern sich auch höhergelegene Zentralgebilde, möglicherweise korrelativ gebunden mit Funktionen der Hypophyse, an der Regulation beteiligen. Diesen Zustandsbildern, bei denen nur eine funktionelle Anomalie vorliegt, und die man als primäre Gicht bezeichnet hat, wird die sekundäre Gicht gegenübergestellt, bei der die anatomische Gichtschumpfnieren in den Vordergrund des Krankheitsbildes tritt und damit dem Krankheitsgeschehen einen entscheidenden Stempel aufdrückt. Dabei muß man von der Vorstellung ausgehen, daß sich die echte Gichtschumpfnieren auf dem Boden der vorangegangenen, funktionellen Nierenanomalie mit isolierter Schädigung der einen Partiarfunktion für die Harnsäureausscheidung entwickelt, und somit die Harnsäurestoffwechselanomalie in direkte kausale Beziehung zum anatomischen Nierenbefund treten kann. Klinisch verhält sich die Gichtniere wie die maligne Sklerose, so daß sich im konkreten Fall Symptome der Gicht mit denen der echten Schumpfnieren kombinieren.

**Gichttheorie.** Warum die Harnsäure beim Gichtiker auskristallisiert, harrt noch der letzten Erklärung. Einen Gichtanfall ohne Hyperurikämie gibt es nicht, aber Hyperurikämie ist nicht gleichbedeutend mit Gicht. Das wissen wir von den symptomatischen, oft erheblichen Hyperurikämien, die aus verschiedenen Gründen zustande kommen können. Ja wir können auch beim Gichtiker nicht sagen, welcher Harnsäurewert bei ihm zum Ausbruch der klassischen klinischen Gichtsymptome führt. Das ist nicht nur individuell verschieden, sondern wechselt auch beim einzelnen Kranken. In dem Zustand des Gewebes selbst muß die chemische oder physikalisch-chemische, nicht näher

definierbare Vorbedingung liegen. Man hat von einer besonderen Affinität der Gewebe des Gichtikers für Harnsäure gesprochen. Diese Uratohistechie ist aber keine allgemeine Gewebeeigenschaft, sondern sie betrifft lediglich die genannten mesenchymalen Gebilde. Der typische anfallsweise Charakter der Erkrankung warf die Frage auf, ob die Gicht keine allergische Krankheit sei. Man kennt bei einzelnen Gichtanfällen Momente, die eine solche Auffassung nahelegen. Man findet auch bei einer Reihe von Gichtikern gleichzeitig eine Neigung zu Krankheiten, die ihrem Wesen nach als allergische Reaktionen zu bezeichnen sind. Dennoch ist bei der Einordnung der Gicht in die allergischen Krankheiten größte Vorsicht geboten. Wir wissen, daß bei dem Auftreten allergischer Krankheitserscheinungen das vegetative Nervensystem entscheidenden Anteil hat. Das gleiche wissen wir vom Gichtanfall, der direkt als ein Gewitter im vegetativen Nervensystem bezeichnet worden ist. So muß mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß echte gichtische Erscheinungen und Symptome einer allergischen Krankheit unabhängig voneinander auf der Basis einer Störung im vegetativen Nervensystem entstehen könnten. Auch wissen wir, daß ein Kranker mit allergischem Leiden auf Purinbelastung wie ein Stoffwechselgesunder und nicht wie ein Gichtiker reagiert. Eine weitere Schwierigkeit ist, daß man nur ausnahmsweise einmal in der Lage ist, die Überempfindlichkeit eines Gichtikers gegen bestimmte Umweltprodukte nachzuweisen. Für das Gros der Gichtfälle fehlt die Möglichkeit einer entsprechenden Beweisführung. Gegen die grundsätzliche Auffassung der Gicht als allergische Krankheit, wodurch übrigens die Lösung des Problems der Gicht in keiner Weise gefördert würde, spricht aber vor allem die einwandfreie Tatsache der elektiven Einwirkung von Purinsubstanzen auf das klinische Hervortreten gichtischer Krankheitserscheinungen. Ja es ist der einzige bekannte Faktor, dem mit einer weitgehenden Gesetzmäßigkeit eine ursächliche Bedeutung zukommt. Durch eine purinreiche Nahrung kann beim Gichtiker ein Anfall ebenso ausgelöst werden wie durch vermehrten inneren Kernzerfall etwa bei der Lösung einer interkurrenten Pneumonie. Die Entlastung des körperlichen Purinbestandes, wie sie über eine Verbesserung der Harnsäureausscheidungsbedingungen durch Atophan erzielt werden kann, stellt immer noch die wirksamste Behandlung der Gicht dar. So kommt man bei der Frage nach dem Wesen der Gicht immer wieder auf den Purinstoffwechsel, in erster Linie auf die Harnsäure selbst zurück. Ihr Verhalten beim krankhaften Geschehen der Gicht erscheint uns mehr als Krankheitssymptom, sie steht auch heute noch im Brennpunkt des Gichtproblems. Viele verschiedene Symptome und spezielle Eigenarten des Gichtikers sind festzustellen, und wir haben auf diese Punkte hingewiesen, weil sie für die Auffassung des krankhaften Geschehens und für die therapeutischen Konsequenzen des konkreten Falles von grundlegender Bedeutung sind. Keine der auf solche Einzelsymptome aufgebauten Theorien der Gicht bringt jedoch die Lösung des letzten Rätsels.

Wir kennen in Form des Bleies einen äußeren Faktor, der zur Gicht führen kann. Der Verlauf der **Bleigicht** ist dadurch noch besonders gekennzeichnet, daß das Krankheitsbild, in welchem sich neben anderen Bleivergiftungsfolgen die Symptome der echten Gicht wiederholen, schon sehr früh weitgehend beherrscht wird durch das Bestehen einer Bleischumpfniere, also im Verlauf dem Typus der sekundären Gicht entspricht. Das sind wohl charakterisierte Fälle, die jedoch nur einen kleinen Teil der Gichtkranken ausmachen. Für die übrigen Fälle ergibt sich die Tatsache, daß eine eigenartige, nicht näher definierbare Krankheitsbereitschaft die letzte Vorbedingung dafür ist, daß sich die Krankheitserscheinungen, die man als wesentliche und entscheidende Momente der Gicht erkannt hat, überhaupt entwickeln, und daß die Hyperurikämie als

führendes Gichtsymptom im Gegensatz zu den Verhältnissen beim Nichtgichtiker nicht nur Symptom bleibt, sondern in direkte kausale Beziehung zum Krankheitsgeschehen selbst tritt. In der Körperverfassung des Menschen, der Konstitution, liegt also der entscheidende Punkt. Das tritt bei wenigen Erkrankungen so deutlich hervor wie bei der Gicht. Bei der Bedeutung dieses konstitutionellen Faktors für krankhaftes Stoffwechselgeschehen soll auf dieses Problem noch etwas näher eingegangen werden.

#### Anhang: Stoffwechselkrankheiten und Konstitution.

Wir kennen eine ganze Reihe von Stoffwechselstörungen, bei denen wir die Ursache der Krankheit in einer konstitutionellen Anomalie sehen. Vielfach handelt es sich um sehr seltene, mehr oder weniger harmlose, theoretisch interessante Störungen. Praktisch wichtiger sind aber diejenigen Krankheiten, die schon wegen ihrer größeren Häufigkeit ein allgemeines, ernstliches ärztliches Problem darstellen, und bei denen nicht die Krankheit schlechthin, sondern in erster Linie die Krankheitsbereitschaft das konstitutionelle Merkmal darstellt. In dieser Richtung nannten wir die Gicht, als weitere wichtige Störungen, bei denen konstitutionelle Faktoren im Sinne der Krankheitsbereitschaft eine entscheidende Rolle spielen können, haben wir den Diabetes und gewisse Formen der Fettsucht zu nennen. Die Bedeutung der konstitutionellen Krankheitsbereitschaft wird bei den genannten Krankheiten noch dadurch unterstrichen, daß die Konstitutionsanomalie nicht nur für den Träger charakteristisch ist, sondern daß sie den Erbgesetzen folgend auf die Nachkommen übertragen werden kann. Deshalb muß sich auch ein Staat, der in Erhaltung und Förderung der Volksgesundheit als dem höchsten nationalen Gut eine seiner wesentlichsten Aufgaben erblickt, mit diesen Dingen ernstlich beschäftigen. Er steht im konkreten Fall vor der Frage, ob er bei nachgewiesener, vererbbarer, konstitutioneller Bereitschaft zu einer schweren Stoffwechselkrankheit berechtigt oder verpflichtet ist, im Interesse der Gesundheit des kommenden Geschlechtes in die Fortpflanzungsmöglichkeit solcher Menschen einzugreifen, wieweit ein zu erwartender Gewinn für die Volksgesundheit einen Eingriff in die persönliche Freiheit des Einzelmenschen rechtfertigt. Diese Frage sollte sich auch der Einzelmensch im Krankheitsfalle für sein eigenes Verhalten vorlegen und verantwortungsbewußt danach handeln, bevor der Zwang eines Gesetzes die Regelung bestimmt. Die Konsequenzen, die aus derartigen Situationen zu ziehen sind, werden in erster Linie aus der ärztlichen Erfahrung über das zugrunde liegende Krankheitsgeschehen hergeleitet werden müssen, wobei gesetzmäßige Beziehungen des Erbanges und vor allem die Frage, inwieweit konstitutionelle Krankheitsbereitschaft auch Krankheit bedeuten kann oder muß, von entscheidender Bedeutung sind. Für die Gicht ist, wenn wir von dem Spezialfall der Bleigicht absehen, die konstitutionelle Krankheitsbereitschaft der maßgebende Faktor. Für den Diabetes spielen sicher konstitutionelle Momente auch eine wesentliche Rolle, aber ein großer Teil der Diabetesfälle, besonders die im Alter auftretenden, gehört nicht in diese Kategorie. Hier sind es organische Ursachen, etwa durch eine Sklerose der Pankreasgefäße entstandene Organkrankheiten, die zu einer Unterfunktion des Inselsystems Veranlassung geben. Bei der Fettsucht, deren einzelne Typen noch näher zu besprechen sein werden, können nur diejenigen Formen in das Gebiet der konstitutionellen Fettsucht eingeordnet werden, bei denen eine ursächliche Beziehung zu einer einzelnen bestimmten Drüse mit innerer Sekretion sicher ausgeschlossen werden kann. Soweit es sich also um sicher auf konstitutioneller Basis entstandene Erkrankungen handelt, lehrt die Erfahrung, daß die Erkrankungen in gewissen Familien gehäuft vorkommen, und daß demnach die Krankheitsbereitschaft, offenbar

recessiv, vererbt werden kann. Aber mehr als eine Möglichkeit der Vererbung ist es nicht, und nur in einem geringen Prozentsatz findet die Vererbung nachweislich statt. Die Verhältnisse liegen aber keineswegs so klar und gesetzmäßig, daß man bei Stoffwechselkrankheiten auch nur mit Wahrscheinlichkeit eine Aussage über den Gesundheitszustand etwaiger Nachkommen machen könnte. Dabei müssen wir für den Diabetes freilich einen Vorbehalt machen. In der Vorinsulinära gingen die schweren, jugendlichen Diabetiker in der Regel relativ frühzeitig an ihrer Krankheit zugrunde, ohne Nachkommen hinterlassen zu haben. Nachdem in dieser Hinsicht eine grundsätzliche Änderung der Verhältnisse eingetreten sein dürfte, muß sich zeigen, ob die aus den Ehen derartiger Kranker hervorgehenden Kinder sich als besonders ungünstig vorbelastet erweisen oder nicht. Darüber hinaus bekommt aber die Situation noch eine besondere Note, wenn wir die drei genannten, ihrem Wesen nach offenbar grundverschiedenen Krankheiten gemeinsam betrachten. Die klinische Erfahrung lehrt, daß sie häufig gleichzeitig vorkommen; nicht nur beim einzelnen Träger, sondern vor allem als Eigentümlichkeit einzelner Familien. Das führt zu der Vorstellung, daß das vererbare, konstitutionelle Moment nicht eine spezifisch gichtische oder diabetische Krankheitsbereitschaft, sondern eine universelle Bereitschaft zu verschiedenen Stoffwechselkrankheiten, eine geminderte Leistungsfähigkeit der chemischen Stoffwechselfabrik des Organismus ist. Dadurch wird die Bedeutung dieses Faktors für das Auftreten einer bestimmten Stoffwechselkrankheit unübersichtlich und erheblich eingeschränkt. Hinzu kommt, daß für die Weiterentwicklung einer bestehenden Krankheitsbereitschaft bis zur Krankheit und die Gestaltung der Krankheitsbilder im Einzelfall die Einwirkung äußerer Faktoren von zweifellos ganz entscheidender Bedeutung ist. Der laienmäßige Ausdruck, daß die einzelnen Menschen verschieden gute Futterverwerter sind, charakterisiert recht gut die Bedeutung endogener und exogener Faktoren für Gesundheit und Stoffwechselkrankheit. Das große Experiment des Weltkrieges 1914—1918 hat uns den Einfluß der Ernährung für Auftreten und Verlauf der Stoffwechselkrankheiten ungemein deutlich gezeigt. Der Gichtiker bekam wenig Purine, der Diabetiker eine kohlehydratarme Ernährung, der Fettsüchtige mußte mit knappen Calorien auskommen. In diesen Jahren wurde die Gicht zur Rarität, schwere Zuckerkranken und Fettsüchtige wurden seltener. Nach dem Kriege ist das wieder anders geworden. Eine gewisse Ausnahme macht noch die Gicht, da von einer Reihe Menschen gewohnheitsmäßig, von vielen aus wirtschaftlichen Gründen, wenig oder gar kein Fleisch genossen wird. England mit seinem bekannt großen Fleischkonsum ist immer das an Gicht reichste Land gewesen. Diese Hinweise mögen genügen, um zu zeigen, wie wesentlich äußere Einflüsse, etwa die der Nahrung, die wir als Beispiel herausgehoben haben, für das krankhafte Geschehen im Stoffwechsel sein können und sind. Diese Feststellung schließt die Anerkennung konstitutioneller Krankheitsbereitschaft als einen für das Wesen der Krankheit wichtigen Faktor in keiner Weise aus, sie weist ihm nur die Rolle zu, die ihm tatsächlich gebührt und schützt vor einer Überschätzung seiner Bedeutung.

### 3. Fett-, Lipid- und Cholesterinstoffwechsel.

**Intermediärer Fettstoffwechsel. Ketonkörperbildung.** Bezüglich der Schilderung krankhaften Geschehens im Fettstoffwechsel können wir uns kurz fassen. Die einzige bekannte intermediäre Störung wurde wegen ihrer innigen Beziehungen zu Veränderungen im Glykogenbestand des Organismus bereits beim Diabetes eingehend beschrieben. Es handelt sich um den unvollständigen Fettsäureabbau in der Leber zu den Acetonkörpern, wobei beim Diabetes die Ketonensäuren so reichlich entstehen, daß sie die diabetische Azidose herbeiführen.

Was beim Diabetes in sehr großem Ausmaße stattfindet, ereignet sich prinzipiell immer, wenn bei Glykogenverarmung der Leber Fett in die Leber einwandert. Daß auch extrahepatisch Acetonkörper aus Fett gebildet werden können, hat sicher theoretisches Interesse. Praktisch tritt diese Tatsache gegenüber der mengenmäßig absolut beherrschenden Bildung dieser Körper in der glykogenverarmten Fettleber vollständig zurück. So finden wir auch analoge Verhältnisse dann, wenn der Körper bei Unterernährung seinen eigenen Glykogenbestand zur Bestreitung des Kraftwechsels heranziehen muß, wir sprechen von der Bildung von Hungeraceton. Da die Acetonausscheidung auch durch die Lunge erfolgt, bekommt die ausgeatmete Luft den charakteristischen, obstartigen Acetongeruch. Aber wohl niemals nimmt die Ketonkörperbildung im Hunger solche Grade an, daß dadurch die Blutreaktion ernstlich gefährdet würde.

Im übrigen muß darauf hingewiesen werden, daß wir neben dem genannten Mechanismus der Ketonkörperentstehung noch eine andere Möglichkeit der Ketonkörperbildung kennen. So bringt der Körper bei Zuständen drohender Alkalose im Interesse der Erhaltung der Blutreaktion kompensatorisch eine Ketonkörperbildung in Gang. Hierauf wird bei der Besprechung der Blutreaktionsstörungen noch zurückzukommen sein.

**Lipämie.** Weitere intermediäre Störungen im Fettstoffwechsel kennen wir nicht. Vor allem muß hervorgehoben werden, daß bei den verschiedenen Formen der Fettsucht keine Störung im intermediären Fettstoffwechsel vorliegt, er verläuft nach unseren bisherigen Kenntnissen nicht anders als beim Gesunden. Auch die Fettvermehrung im Blut zeigt offenbar keine Störung des Fettstoffwechsels an. Sie ist Symptom, nicht Wesen einer Krankheit, zeigt einen normalen Fetttransport (alimentäre Lipämie, Mastlipämie) ebenso an wie eine pathologische Wanderung von Körperfett, wobei auch Blockierungserscheinungen an gewissen Geweben eine Rolle spielen können (diabetische Lipämie, Lipämie bei Alkoholismus, Lebererkrankungen u. a. m.).

Im übrigen ist der Ausdruck Lipämie nicht erschöpfend, denn es findet sich gleichzeitig ein analoges Verhalten von Lipoiden und Cholesterin im Blut. Trotz der fehlenden chemischen Verwandtschaft der in Betracht kommenden Substanzen ergeben sich zwangsläufige Beziehungen für das veränderte Auftreten dieser Stoffe. Auch für die Begleiter des Fettes, vor allem für das **Cholesterin** und seine Verschiebungen im Blut, haben wir den Eindruck, daß es sich nicht um Fehlbildungen im Cholesterinstoffwechsel handelt, sondern um sekundäre Symptome, deren Ursache in ähnlicher Richtung zu suchen ist wie beim Fett. Im übrigen befinden wir uns bei Betrachtung der Verhältnisse des Lipoid- und Cholesterinstoffwechsels noch so weitgehend auf dem Gebiet der Hypothese, daß eine fruchtbare Übertragung auf die Klinik noch nicht möglich ist. Echte Abweichungen des Lipoidstoffwechsels liegen höchstwahrscheinlich bei den **Lipoidspeicherungskrankheiten** vor, wobei durch hauptsächliche Speicherung in der Milz eine Splenomegalie zustande kommt. Bei der **Gaucherschen Krankheit** sind es Reticulumzellen des hämatopoetischen Systems, in denen zu den Cerebrosiden gehörige, lipoidähnliche Substanzen, die sogenannte GAUCHER-Substanz, gespeichert werden. Ähnliche, jedoch andersartige Veränderungen, die auf eine kongenitale Störung im Lipoidstoffwechsel hinweisen, findet man bei der **Niemann-Pickschen Krankheit**. Die Zelleinschlüsse, die sich vor allem in Milz, Leber, Lymphknoten, Knochenmark, Thymus und Nebennierenrinde der im Säuglingsalter erkrankten Kinder finden, bestehen aus Lipoiden, vor allem aus Phosphatiden und Neutralfetten. Die besonders bei der letztgenannten Erkrankung auftretenden gelben und schwarzbräunlichen Pigmentierungen der Haut sind teils durch Gallepigmente verursacht, teils haben sie Ähnlichkeit

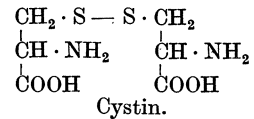
mit der ADDISON-Pigmentierung und dürften über eine gleichzeitige Nebenniereninsuffizienz zustande kommen, da ja die Lipoidablagerungen auch in ausgedehntem Maße die Nebenniere betreffen und damit zur funktionellen Organschädigung führen können. Eine dritte, hierher gehörige eigenartige Erkrankung ist die **Schüller-Christiansche Krankheit**, bei der es vorwiegend zur Ablagerung von Cholesterin und seiner Ester kommt. Hier tritt die Milz als Speicherorgan weitgehend in den Hintergrund, die Veränderungen finden sich vielmehr herdförmig vorwiegend im Knochen und zerstören diesen, man hat von einer Lipoidgranulomatose gesprochen. Besonders charakteristisch ist der hierdurch entstehende Landkartenschädel. Die nicht seltene Kombination mit Diabetes insipidus hat die Vermutung nahegelegt, daß ein Kausalzusammenhang mit der Hypophyse bestehen möchte, was sich jedoch nicht bestätigen ließ. Vielmehr handelt es sich wohl um Folgeerscheinungen der sich ausbreitenden xanthomatösen Granulationsgeschwülste. Wir kennen im übrigen noch eine Reihe von Xanthomatosen, bei denen die Lipoidgranulome nicht vorwiegend im Knochen, sondern an anderen Körperstellen, etwa in der Haut oder in inneren Organen entstehen. Hierher gehört auch die Lipoidgicht, wobei die Lipoidknoten oft in ähnlicher Weise angeordnet sind wie die Tophi bei der Gicht. Möglicherweise steht auch die Psoriasis den primären, cutanen Xanthomatosen nahe.

Die Ausscheidung von Fett im Harn hat mit dem intermediären Fettstoffwechsel nichts zu tun. Es handelt sich auch nicht um eine reine Lipurie, sondern um eine Chylurie, wobei je nach dem Grade der augenblicklich stattfindenden Fettresorption im Darm auch mehr oder weniger reichlich Fett mit der Lymphe ausgeschieden wird. Das Problem ist also das einer pathologischen Lymphausscheidung im Harn und wird in anderem Zusammenhang zu behandeln sein.

#### 4. Eiweißstoffwechsel.

##### a) Intermediärer Eiweißstoffwechsel.

Eiweißkörper treten in den intermediären Stoffwechsel in Form der Aminosäuren ein, wozu sie im Magendarmkanal auf fermentativem Wege aufgespalten werden. Soweit die Aminosäuren nicht zum Aufbau art-eigener Eiweißkörper benötigt werden, treten sie in den Kraftwechsel ein und werden verbrannt. Der gesunde Körper besitzt die Fähigkeit, sämtliche in Betracht kommenden Aminosäuren völlig zu verbrennen, so daß



keine Aminosäuren mehr zur Ausscheidung kommen. Vorkommen von Aminosäuren im Harn weist auf Störungen des intermediären Eiweißabbaus hin. Bei der Cystinurie erscheint diese schwefelhaltige Aminosäure im Harn, und zwar in um so größerer Menge, als Eiweiß in der Nahrung gereicht wird. So weit das Cystin zur Umwandlung in Taurin und damit zur Bildung von Taurocholsäure Verwendung findet, liegen auch beim Cystinuriker normale Verhältnisse vor. Lediglich die intermediäre Verbrennung des Cystins, wobei der Schwefelanteil zum größten Teil als Sulfatschwefel, zum kleineren als Neutralschwefel im Harn zu erscheinen hat, funktioniert bei diesen Kranken nicht, so daß das Cystin unverändert zur Ausscheidung gelangt. Als Sitz der Erkrankung kann man die Leber vermuten, da bei schweren Lebererkrankungen vorübergehend auch Cystin ausgeschieden werden kann. Bei der echten Cystinurie liegt ein Dauerzustand vor. Die Bedeutung der Störung liegt darin, daß Cystin in saurem Milieu schwer löslich ist, daher im Harn auskrystallisiert und schon im Nierenbecken oder in anderen Abschnitten der Harnwege Cystinsteine bilden kann. In seltenen Fällen kann jedoch die Stoffwechselstörung noch höhere Grade erreichen, die Cystinkrankheit in den ersten Lebensjahren die Lebensfähigkeit



dieser Kinder sehr schnell in Frage stellen. Bei ausgedehnteren Cystinablagerungen im Organismus trägt die Krankheit die Züge eines renalen bzw. nephrotisch-glucosurischen Zwergwuchses, wobei die Parenchymerschädigung der Niere durch das abgelagerte Cystin hervorgerufen wird. Gelegentlich hat man bei Cystinurie auch noch die verschiedensten anderen Aminosäuren, in erster Linie Diaminosäuren gefunden, so daß man von einer allgemeinen, intermediären Abbaustörung für Aminosäuren gesprochen hat. Diese Befunde ändern nichts an der Tatsache, daß bei den meisten Cystinurien eine isolierte Störung des Cystinabbaus vorliegt und als besondere Form einer intermediären Eiweißabbaustörung aufzufassen ist.

Eine weitere Störung des intermediären Eiweißstoffwechsels ist die **Alkaptonurie**, die ebenso wie die Cystinurie hauptsächlich als angeborene, familiäre Anomalie vorkommt. Das bei dieser Störung im Harn auftretende Produkt ist die Homogentisinsäure (Hydrochinonessigsäure), welche bei Alkalizusatz einen schwarzbraunen Farbstoff bildet, was zu der Bezeichnung der Erkrankung als Alkaptonurie geführt hat. Das Wesen der Störung besteht darin, daß der Abbau von zwei chemisch verwandten Aminosäuren, des Phenylalanins ( $\alpha$ -Aminophenylpropionsäure) und des Tyrosins ( $\alpha$ -Aminooxyphenylpropionsäure) auf einer natürlichen Zwischenstufe, nämlich der Homogentisinsäure, stehen bleibt, und eine intermediäre Spaltung nicht stattfinden kann. So wechselt auch die Größenordnung der Alkaptonurie mit der exogenen Eiweißzufuhr, d. h. mit der Menge der zugeführten genannten aromatischen Aminosäuren. Die Bedeutung dieser Störung liegt darin, daß die Homogentisinsäure wie eine Reihe von Substanzen ähnlichen chemischen Aufbaus eine ausgesprochene Affinität zum Gelenkknorpel und zum Knorpel überhaupt besitzt — am bekanntesten ist die Salicylsäure, die in dieser Hinsicht eine ausgedehnte therapeutische Verwendung findet — und dort die Muttersubstanz zu einem chemisch kompliziert gebauten, schwarzen Pigment bildet, welches zu einer schweren, sekundär deformierenden Gelenkerkrankung Veranlassung gibt, die den Namen **Ochronose** führt. Schwere Alkaptonurie kann zur Ochronose führen. Daneben hat aber die Ochronose noch eine Bedeutung als Folge der **Carbolsäurevergiftung**. Die Berührungspunkte mit der alkaptonurischen Ochronose liegen darin, daß bei der Carbolsäure und Homogentisinsäure dieselbe chemische Grundstruktur vorliegt, so daß die Bildung des Ochronosepigmentes als wesentlicher kausaler Faktor des Gelenkleidens auf prinzipiell gleicher chemischer Basis erfolgt.

#### b) *Eiweißstoffwechsel als Ganzes.*

Mit der Feststellung der Störungen im intermediären Eiweißstoffwechsel ist aber die Pathologie des Eiweißstoffwechsels nicht erschöpft. Während der Organismus für seinen Kohlehydrat-, Purin- und Fettstoffwechsel auf eine laufende Zufuhr spezifischer Bausteine nicht angewiesen ist, um den lebensnotwendigen Bestand zu erhalten und zu garantieren, da er im Bedarfsfall die nötigen entsprechenden Bausteine selbst bilden kann, ist dies beim Eiweißstoffwechsel anders. Hier besteht grundsätzlich ein gewisser Eiweißbedarf. Das kommt daher, daß das Eiweiß im Körper eine doppelte Funktion hat. Während Kohlehydrat und Fett lediglich energetischen Zwecken dienen, trifft dies für das Eiweiß nur dann zu, wenn der Eiweißbedarf für rein stoffliche Bedürfnisse, also zur Erhaltung der Zellsubstanz, zur Bereitung biologisch wichtiger Organprodukte, etwa der Hormone u. dgl., bereits gedeckt ist. So haben wir im Rahmen des Eiweißstoffwechsels zwei Formen zu unterscheiden, den **endogenen Eiweißstoffwechsel**, der der Erhaltung und dem Aufbau der Zellen und der physiologischen Zellprodukte dient und demnach vitale Bedeutung besitzt, und den **exogenen Eiweißstoffwechsel**. Dieser dient zur Bestreitung

des Energiestoffwechsels und kann demnach entbehrt werden, sofern der Calorienbedarf des Organismus aus anderen Quellen gedeckt wird. Er kann also durch Kohlehydrat und Fett vertreten werden, ohne daß der Körper Schaden leidet. Im Rahmen der Probleme des Kraftwechsels wird auf diese Verhältnisse einzugehen sein. Die Aufrechterhaltung des endogenen Eiweißstoffwechsels ist aber für die Erhaltung des Zellbestandes und seiner Funktionen eine *Conditio sine qua non*. Da der Organismus eine Reihe von Aminosäuren, die er zum Aufbau arteigenen Eiweißes benötigt, nicht selbständig zu bilden vermag, ist er auf die Zufuhr dieser Aminosäuren (z. B. Tyrosin, Tryptophan und Cystin), also auf eine Eiweißzufuhr gewissen Umfangs angewiesen. Dieser lebensnotwendige Eiweißbedarf, der einen geordneten endogenen Eiweißstoffwechsel garantiert und der auch beim sonst normal genährten Menschen grundsätzlich besteht, wird als **Eiweißminimum** bezeichnet. Die zahlenmäßige Definierung dieses Minimums hängt von der Frage ab, in welchem Umfang Nahrungseiweiß das Material zum arteigenen Eiweiß zu geben vermag. Die biologische Wertigkeit des Nahrungseiweißes ist abhängig von seiner Aminosäurezusammensetzung im Vergleich zu der entsprechenden Zusammensetzung des Organeiweißes, welches im Körper gebildet werden soll. Hierbei kommt es auf die Aminosäuren an, die der Körper nicht selbst synthetisieren kann. Die biologische Wertigkeit der Eiweißkörper wird um so höher sein, je mehr sie in der Zusammensetzung ihrer Bausteine dem menschlichen Eiweiß entsprechen. So ist tierisches Eiweiß wesentlich hochwertiger als Pflanzeneiweiß. Unter unseren üblichen Ernährungsbedingungen können wir das praktische Eiweißminimum mit ungefähr 1 g Eiweiß pro Kilogramm Körpergewicht ansetzen. Zwar wissen wir, daß bei Unterschreitung dieses Wertes das Leben nicht direkt gefährdet ist, aber das große Experiment des Krieges mit der zwangsläufigen chronischen **Eiweißunterernährung**, wobei teilweise die tägliche Eiweißzufuhr unter 40 g lag, hat uns gezeigt, daß die Leistungsfähigkeit des Menschen litt und daß vor allem beim wachsenden Individuum auch erhebliche somatische Störungen in Form von Kümmerwuchs u. dgl. auftraten. Da dabei auch eine allgemeine Unterernährung in der Regel eine Rolle spielte, wird beim Gesamtstoffwechsel nochmals auf diese Dinge zurückzukommen sein. Bei **Eiweißüberernährung** geht der wesentliche Anteil des Nahrungseiweißes in den Kraftwechsel, wobei Kohlehydrate und Fett in die Depots zurückgedrängt werden, da eine praktisch in Betracht kommende Eiweißstapelung als Ergänzungsdepot für den Kraftwechsel im Gegensatz zu Fett und Kohlehydrat nicht stattfinden kann. Das Nahrungseiweiß wird also, soweit es nicht im endogenen Eiweißstoffwechsel Verwendung findet, sofort praktisch vollständig verbrannt, wobei die stoffwechselsteigernde Wirkung des zugeführten Eiweißes die Vorbedingung schafft, daß selbst große Eiweißmengen alsbald verbrannt werden können (Luxuskonsumption).

**Pathologischer Eiweißzerfall.** Krankhafterweise kann die Größe des Eiweißminimums dadurch eine Änderung erfahren, daß der Zellstoffwechsel als solcher sich ändert, insbesondere, wenn eine vermehrte Einschmelzung von Zelleiweiß durch pathologischen Zellzerfall stattfindet. Hierzu gehören nicht die krankhaften Vorgänge, bei denen durch einen abnormen Bedarf an Calorien spendern dem Eiweißstoffwechsel Eiweißbausteine entrissen werden, wie es zum Teil für die **Basedowsche Krankheit** anzunehmen ist, auch nicht die Vorgänge beim Diabetes, bei denen für den endogenen Eiweißstoffwechsel bestimmte Aminosäuren zu Zucker werden und somit für ihre eigentliche Funktion ausfallen. Die Pathologie des endogenen Eiweißstoffwechsels betrifft lediglich primär krankhaftes Geschehen im Zellstoffwechsel selbst. Wir finden einen vermehrten toxischen Eiweißzerfall im Fieber bei den verschiedensten Infektionskrankheiten,

ebenso bei Tumoren und anderen Krankheiten, bei denen eine toxische Organschädigung eine Rolle spielt. Nicht berührt wird der endogene Eiweißstoffwechsel durch parenterale Eiweißzufuhr. Die damit zusammenhängenden Krankheitserscheinungen sind daher in anderem Zusammenhang zu behandeln.

### c) Pathologische Eiweißkörper.

Ein besonderes Vorkommnis stellt das Auftreten pathologischer Eiweißkörper dar, deren genauer Einstehungsmechanismus noch nicht erklärt werden kann. Der **Bence-Jonessche krystallinische Eiweißkörper**, der besonders bei Geschwülsten des Knochenmarkes, vor allem bei den Myelomen auftritt und im Harn in großer Menge erscheint, ist dadurch besonders bemerkenswert, daß er schon bei 56° ausfällt und beim Kochen wieder in Lösung geht. Ob er das Produkt eines fehlerhaften intermediären Geschehens im Eiweißstoffwechsel ist, ob er in den genannten Tumoren gebildet wird und mit Eiweißzufuhr und Eiweißstoffwechsel gar nichts zu tun hat, sind Fragen, die nicht klar beantwortet werden können. Praktisch ist wichtig, daß er sich im Körper wie art- bzw. plasmafremdes Eiweiß verhalten kann, also nicht nur Krankheitssymptom ist, sondern selbst Ursache von Krankheitserscheinungen werden kann.

Der zweite bekannte pathologische Eiweißkörper ist das **Amyloid**, ein chemisch nicht genauer bekannter, hochmolekularer Eiweißkörper mit der Eigenschaft, andere Substanzen, in erster Linie Chondroitinschwefelsäure, als Beimengung festzuhalten. Das Amyloid wird bei verschiedenen Krankheiten, insbesondere bei chronischen Infektionskrankheiten und Eiterungen, in zahlreichen Organen abgelagert. Das Wesen der Entstehung des Amyloids ist nicht geklärt. Immunbiologisch verhält es sich, ähnlich dem BENCE-JONESSchen Eiweißkörper, wie artfremdes Eiweiß. Bei der **Amyloidnephrose** ist die Frage aufzuwerfen, ob Nephrose und Amyloid zwei verschiedene Folgen einer zugrunde liegenden chronischen infektiösen Erkrankung sind, oder ob nicht die Amyloidablagerung in der Niere dieses Organ selbst schädigt, so daß die Nephrose Folge des Nierenamyloids wäre.

## II. Vitamine.

Neben den bisher besprochenen, groben und daher auch zahlenmäßig leicht faßbaren Verschiebungen im intermediären Stoffwechsel und ihren Beziehungen zur Krankheit kennen wir noch Störungen durch Substanzen, die in kleinsten Mengen biologisch hoch aktiv sind und bei veränderter Wirkung zu vielfachem und vielseitigem krankhaften Geschehen Veranlassung geben können. Wenn gleich zweifellos Beziehungen und Wechselwirkungen bestehen, so werden diese Substanzen zweckmäßig eingeteilt in solche Stoffe, die primär im Pflanzenreich gebildet und dem Körper von außen zugeführt werden müssen und als Vitamine bezeichnet werden, und die Hormone, die als endogene tierische Produkte ihnen gegenüberzustellen sind. Bei dieser rohen Einteilung muß jedoch einschränkend darauf hingewiesen werden, daß nicht alle Vitamine fertig aufgenommen, sondern teilweise aus pflanzlichen Vorstufen oder unter Mitwirkung exogener Faktoren im tierischen Organismus gebildet werden. Theoretisch interessant ist über diese Möglichkeit einer Vitaminbildung im Körper selbst bei Zufuhr der im Pflanzenreich vorhandenen Vorstufen hinaus die Tatsache, daß der Bedarf an bestimmten Vitaminen in der Tierreihe kein gleicher ist. So benötigen beispielsweise bestimmte Tiere kein Vitamin C, können also offenbar diesen Stoff selbst bereiten, während der gleiche Stoff für den Menschen wie für andere Tierarten einen unentbehrlichen Nahrungsbestandteil bildet. Ist die Vitaminzufuhr bzw. die Zufuhr von Provitaminen unzureichend, so entstehen Ausfalls-

erscheinungen, die unter dem Begriff der **Avitaminosen** bzw. **Hypovitaminosen** zusammengefaßt werden. Zu berücksichtigen ist ferner, daß die gleichen Mangel-symptome bei ausreichendem Vitamingehalt entstehen müssen, wenn etwa bei gastrointestinalen Erkrankungen eine genügende Aufnahme der Nahrungs-vitamine in den Körper unmöglich wird. Daneben gewinnt durch fortschreitende Klärung der zugrunde liegenden Verhältnisse und der sich hieraus ergebenden Möglichkeit, einzelne Vitamine in konzentrierter Form als Extrakt herzustellen und therapeutisch zu verwenden, der Begriff der **Hypervitaminose** zunehmende Bedeutung. Dabei zeigt sich jedoch, daß eine Hypervitaminose nur dann entstehen kann, wenn der Körper den ihm unerwünschten oder schädlichen Vitaminüberschuß nicht prompt beseitigen kann. Da eine beliebig große Aus-scheidung offenbar nur durch die Niere möglich ist, kann ein Überangebot an fettlöslichen Vitaminen zu hypervitaminotischen Krankheitszuständen führen, während Hypervitaminosen durch wasserlösliche Vitamine nicht vorzukommen scheinen. Wir kennen eine ganze Reihe von Vitaminen, von denen jedes Beziehungen zu bestimmten Komplexen krankhaften Geschehens hat.

Das fettlösliche **Vitamin A** (antixerophthalmisches, keratomalazisches Vitamin) wird dem Organismus als Provitamin zugeführt und in erster Linie in der Leber, vielleicht auch in der Nebenniere zum Vitamin umgebaut. Voraussetzungen für die Resorbierbarkeit der im Pflanzenbereich verbreiteten Provitamine ist, daß Fett als Vehikel zur Verfügung steht. Vorstufe ist in erster Linie das Carotin, aber auch andere Lipochrome können als Vorstufen in Betracht kommen. In tierischen Fetten ist das Vitamin gelöst und gestapelt, weshalb bei Fehlen dieser Fette (Lebertran, frische Butter, nicht Margarine, fette Milch, Leber, Fleisch, Fisch, Eier u. dgl.) die Mangelercheinungen auftreten. Der Vitamin-A-Spiegel des Blutes gibt in seinen Schwankungen einen Hinweis auf den Vita-minbestand des Körpers. Das Erscheinen degenerativer Veränderungen an Haut und Schleimhäuten zeigt die Bedeutung ausreichender Zufuhr von Vita-min A für die Struktur der genannten Gewebe. Das epitheliale Gewebe proliferiert und verhornt, die natürliche Resistenz gegen sekundäre Infek-tionen nimmt ab, Drüsen stellen ihre sekretorische Funktion ein. Besonders charakteristisch sind die Erscheinungen am Auge (**Xerophthalmie**, **Kerato-malacie**), wobei es durch Sekundärinfektion, die meist von den Tränendrüsen ausgeht, zur Panophthalmie und damit zum Verlust des Auges kommen kann. Weiterhin hat das Vitamin A Beziehungen zum Pigmentstoffwechsel, die sich in einer frühzeitigen Erschöpfung des Sehpurpurs und seiner mangelhaften Regenerationsfähigkeit äußern. So kommt die Nachtblindheit (**Hemeralopie**) als Kardinalsymptom der A-Avitaminose zustande. Bei hochgradigem Vitaminmangel ist als Spätsymptom auch eine Neigung der Nervensubstanz zur Degeneration festzustellen, eine weitere schädliche Wirkung betrifft die Genitalsphäre und zeigt gewisse Ähnlichkeit mit der Avitaminose E.

**Hypervitaminose A. Vogan.** In jüngster Zeit ist auch festgestellt worden, daß übermäßige Zufuhr von Vitamin A für den Organismus nicht gleichgültig ist. Seitdem wir im Vogan ein hochaktives, konzentriertes Vitamin-A-Präparat besitzen, ist das Vergiftungsbild der Hypervitaminose A bekanntgeworden. Die Voganvergiftung ist bei Ratten und Mäusen in einer Reihe von Tagen ausnahmslos tödlich, unter allgemeiner Abmagerung und Kachexie treten eine Reihe trophischer Störungen und katarrhalischer Erscheinungen an den Kon-junktiven und den Schleimhäuten der Atmungswege und des Verdauungs-schlauches auf. Hinweise auf Störungen des Lipoidstoffwechsels sind vorhanden. Zur Erzeugung eines Vergiftungsbildes beim Tier sind jedoch sehr große Vogan-dosen erforderlich, so daß für den Menschen mit der Gefahr einer Voganvergiftung praktisch nicht zu rechnen ist. Sichere Voganvergiftungen sind beim Menschen

auch noch nicht beobachtet worden. Besonders interessant ist die Feststellung, daß sich antagonistische Beziehungen zum Schilddrüsenhormon ergeben. Die **Hypervitaminose A** kann durch **Thyroxin** verhindert bzw. geheilt werden. Damit war der Hinweis gegeben, eine Beeinflussung von Thyreotoxikosen durch Vitamin A zu versuchen. So ist auch das Vogan zur Behandlung der Thyreotoxikose, besonders beim Jodbasedow empfohlen worden. Sehr überzeugend sind die Erfolge jedoch nicht gewesen, so daß diese Form der Behandlung bereits wieder weitgehend aufgegeben worden ist. Auf jeden Fall kommt der Vitamin A-Behandlung der Thyreotoxikose nur der Charakter einer symptomatischen Behandlung zu, von der nur ein vorübergehender und kein grundsätzlicher Nutzen erwartet werden kann. Als weiteres Indikationsgebiet kommen entzündliche Erkrankungen der Haut und Schleimhäute in Betracht. Die gute Wirkung von Lebertranverbänden auf die Wundheilung dürfte auf den hohen Gehalt des Lebertrans an Vitamin A zurückzuführen sein.

Die **B-Avitaminose** (antineuritische Vitamin) im Sinne eines selbständigen und ausgesprochenen Krankheitsbildes hat in unseren Gegenden offenbar keine wesentliche Bedeutung. Der Wirkstoff, welcher wasserlöslich ist, kommt in den Fruchthäutchen der Getreide, den Keimlingen und vor allem in der Hefe vor. Die Beurteilung und klare Übersicht über die Vorgänge bei Vitaminmangel werden dadurch ungemein erschwert, daß die angenommene Einheitlichkeit der B-Avitaminose nicht besteht, sondern daß es sich um eine ganze Reihe biologisch verschiedener, aber auch in Wechselbeziehung zueinander tretender B-Faktoren handelt. Das eigentliche antineuritische Vitamin ist der Stoff **B<sub>1</sub>**, eine stickstoff- und schwefelhaltige Base. Der Stoff führt auch die Bezeichnungen **Aneurin** oder **Thiamin**. Die klassische Mangelkrankheit ist die **Beriberi**, wie sie bei einseitiger Ernährung mit poliertem Reis auftritt. Im Vordergrund stehen neurologische Symptome in Form einer **Polyneuritis**, aber auch cerebrale Ausfallserscheinungen treten auf. Diese neurologischen Symptome sind Folgen lokaler Kohlehydratstoffwechselstörungen in Nervenzellen. Speziell ist das Vitamin **B<sub>1</sub>** für die normale Zuckerverbrennung in der Gehirnzelle und damit für einen grundsätzlich wichtigen Lebensprozeß dieser Zellen unentbehrlich. Es ergibt sich nämlich die Tatsache, daß der Pyrophosphorsäureester des Aneurins die Co-Carboxylase und damit integrierender Bestandteile jenes Fermentsystemes ist, welches den Kohlehydratstoffwechsel beherrscht. Bei Aneurinmangel kommt es in Anteilen des Zentralnervensystems zu einer Anhäufung von Säuren, vor allem von Brenztraubensäure mit Verschiebung der aktuellen Reaktion, wodurch sich das Auftreten von Krämpfen, Lähmungen u. dgl. erklärt. Ähnliche, jedoch nicht identische, stofflich bedingte cerebrale Ausfallserscheinungen kennen wir vom Insulinschock. Neben dem Kohlehydratstoffwechsel sind bei Fehlen des Vitamins **B<sub>1</sub>** noch der Lipidstoffwechsel und der Wasserstoffwechsel gestört, wobei es insbesondere zu einem vermehrten Wassergehalt der Gewebe und zu ausgedehnten Ödemen kommt. Die wäßrige Durchtränkung wirkt sich vor allem im Herzmuskel ungünstig aus, es kommt sekundär zu degenerativen Veränderungen und muskulärer Herzinsuffizienz als klassischem Symptom der Beriberi. Wenn auch, wie wir betonten, eine ausgesprochene Beriberi in unseren Breiten nicht vorkommt, da unsere gewöhnliche Ernährung eine ausreichende **B<sub>1</sub>**-Zufuhr garantiert, so muß doch in Betracht gezogen werden, daß es unter besonderen Umständen zu einer vorübergehenden unterwertigen Vitaminversorgung kommen und damit eine sekundäre Hypovitaminose entstehen kann. Einseitige Kostformen, auch solche, die zu Heilzwecken verordnet werden, berücksichtigen oft nicht gleichzeitig in ausreichender Weise den körperlichen Vitaminbedarf. Auf die Unmöglichkeit einer quantitativen Resorption der Nahrungsvitamine bei gastrointestinalen Erkrankungen

wurde bereits hingewiesen. Der B<sub>1</sub>-Bedarf ist auch unter verschiedenen Umständen verschieden groß. Wachstumsalter, Gravidität und Lactation sind Zeiten eines erhöhten B<sub>1</sub>-Bedarfes. In gleicher Weise bedeutet jede Intensivierung des Stoffwechsels, Fieber, Thyreotoxikose usw. eine Steigerung des B<sub>1</sub>-Verbrauches. Kohlehydratreiche Kost setzt eine größere B<sub>1</sub>-Zufuhr voraus als fettreiche Ernährung.

Einen ganz anderen Faktor des aus der Hefe extrahierbaren B-Komplexes stellt die B<sub>2</sub>-Fraktion dar, die keine antineuritische Wirkung besitzt. Sie besteht sicherlich aus einer ganzen Reihe verschiedener, vermutlich jedoch funktionell miteinander verbundener Stoffe. Das eigentliche Vitamin B<sub>2</sub> ist das **Laktoflavin**, welches an Phosphorsäure und Eiweiß gebunden als „gelbes Ferment“ ein echtes Atmungsferment ist. Eine Laktoflavinavitaminose ist beim Menschen nicht bekannt, noch gibt es eine Laktoflavinvergiftung. Über die Bedeutung der Nebennierenrinde für die Bildung des gelben Atmungsfermentes wird an anderer Stelle einzugehen sein. Eine weitere Fraktion hat Beziehungen zu der **Pellagra**, einer mit charakteristischen Hautveränderungen, Entzündungserscheinungen am Verdauungsschlauch und Störungen am Zentralnervensystem einhergehenden Erkrankung. Nachdem man erkannt hat, daß die pellagrösen Erkrankungen des Menschen und der einzelnen Tierspezies nicht miteinander identifiziert werden können, vielmehr einzeln betrachtet werden müssen, hat auch die menschliche Pellagra ihre ätiologische Klärung erfahren. Es steht fest, daß die menschliche Pellagra und die ihr wesensgleichen Erkrankungen bei Affe, Schwein und Hund eine echte Avitaminose darstellten. Der Pellagraschutzstoff ist die **Nicotinsäure**, vielleicht auch das ihr chemisch nahestehende Trigonellin. Beide genannten Substanzen können leicht ineinander übergehen. Bemerkenswerterweise hat auch die Nicotinsäure Beziehungen zu fermentativen Vorgängen; das Nicotinsäureamid ist ein wichtiger Bestandteil der Co-Dehydrasen, wie das Aneurin und das Laktoflavin wird auch der Pellagraschutzstoff des Menschen, die Nicotinsäure, durch Vereinigung mit anderen Molekülgruppen und Bindung an einen Eiweißkörper zu einem körpereigenen Wirkstoff von Fermentcharakter und als solcher von jeder lebenden Zelle benötigt.

Besonders schwierig gestaltet sich die Beurteilung jener B<sub>2</sub>-Teilfaktoren, welche Beziehungen zur Erhaltung des Bestandes der Blutzellelemente, vor allem der Erythrocyten haben. Was man einmal als antianämischen Faktor bezeichnet hat, scheint sich in Teilfaktoren aufzulösen. Die bis vor kurzem noch gesichert erscheinende Annahme, daß der „extrinsic factor“ ein selbständiger Anteil des B<sub>2</sub>-Komplexes sei, welcher sich mit dem im Magensaft vorhandenen „intrinsic factor“ zum „Antiperniciosastoff“ vereinigt, steht erneut zur Diskussion.

Die Annahme eines selbständigen, sprueverhütenden Teilfaktors des Vitamin B<sub>2</sub>-Komplexes ist abzulehnen. Es ist zwar richtig, daß die einheimische **Sprue** und die **Coeliakie**, welche als kindliche Sprue anzusehen ist, zahlreiche avitaminotische Symptome zeitigen können. Sie betreffen im übrigen Mangelsymptome fettlöslicher Vitamine in ganz vorwiegender Weise, während Mangelerscheinungen wasserlöslicher Vitamine nicht regelmäßig und auch in geringerer Ausprägung gesehen werden. Diese Mangelerscheinungen sind jedoch sekundärer Natur als Folge ausgedehnter resorptiver Störungen im Magendarmkanal, eine Avitaminose ist die Sprue nicht.

Noch bei einer Reihe weiterer Krankheiten ist die Frage einer Beziehung zum B<sub>2</sub>-Komplex aufgeworfen worden. Die Verhältnisse sind aber noch so wenig geklärt, daß auf eine Erörterung verzichtet werden soll.

Die Vitamine B<sub>3</sub>, B<sub>4</sub>, B<sub>5</sub>, B<sub>6</sub> und B<sub>7</sub> erweisen sich für bestimmte Tiere als unentbehrlich. Für den Menschen könnte lediglich der Kombination von B<sub>1</sub> und B<sub>4</sub> eine besondere Bedeutung zukommen.

Eine Hypervitaminose B<sub>1</sub> ist nicht bekannt. Das therapeutische Anwendungsgebiet geht heute bereits über die reinen Mangelkrankheiten hinaus. Hochwirksame B<sub>1</sub>-Präparate stehen als Betaxin und Betabion zur Verfügung. Indikationsgebiet sind zahlreiche neurologische Erkrankungen, besonders die verschiedensten Neuritiden und die funikuläre Myelose. Inwieweit günstige Wirkungen den Schluß zulassen, daß im konkreten Fall eine unzureichende B<sub>1</sub>-Zufuhr die Störung verschuldet hatte, ist eine Frage, die nicht einheitlich beantwortet wird. Man wird in gewissen Neuritiden, etwa in der Alkoholneuritis, in postinfektiösen Neuritiden u. dgl. sicher oft mit Recht den Ausdruck einer sekundären B<sub>1</sub>-Hypovitaminose sehen dürfen, man wird aber andererseits aus einem günstigen therapeutischen Effekt sicherlich nicht den Schluß ziehen dürfen, daß für die günstig beeinflusste Störung ein B<sub>1</sub>-Mangel ursächlich anzuschuldigen gewesen ist. Es zeigt sich auch immer wieder, daß nur ein Teil der Fälle klinisch identischer Krankheitsbilder auf die Vitaminbehandlung günstig reagiert, andere Fälle verhalten sich völlig refraktär. Sehr umstritten sind therapeutische Erfolge mit dem Vitamin B<sub>1</sub> beim echten Diabetes mellitus. Praktisch spielt das Vitamin B<sub>1</sub> in der Diabetesbehandlung heute noch keine entscheidende Rolle und wird wohl auch nie in Konkurrenz mit den anerkannten Behandlungsprinzipien der Zuckerkrankheit treten können, dagegen sollte bei der BASEDOWSchen Krankheit mit ihrem erhöhten B<sub>1</sub>-Bedarf eine reichliche B<sub>1</sub>-Zufuhr nicht vergessen werden. Bei der Pellagrabehandlung kommt der Nicotinsäure die Bedeutung des spezifischen Heilfaktors zu. Möglicherweise kommt auch dem Lactoflavin, auch in Kombination mit Nicotinsäure, ein größeres therapeutisches Verwendungsgebiet zu. Doch ist dieses Problem heute noch nicht klar zu umreißen. Im Nicolac steht ein Kombinationspräparat von Nicotinsäure mit Lactoflavin zur Verfügung.

Das antiskorbutische, wasserlösliche Vitamin C, chemisch als eine Kohlehydratsäure identifiziert und mit der Bezeichnung Ascorbinsäure belegt, ist hauptsächlich in grünen Pflanzen vorhanden. Besonders bemerkenswert ist aber die Tatsache, daß die Nebennierenrinde besonders reich an dieser Substanz ist. Die günstigen Erfolge von Vitamin C bei leichteren Graden einer Nebenniereninsuffizienz oder bei kombinierter Behandlung mit Rindensubstanz und Vitamin C dürften auf einer unspezifischen Vitaminwirkung beruhen, die mit der leichten Reaktionsfähigkeit des Vitamins zusammenhängt. Erhitzen unter Luftzutritt und alkalische Reaktion zerstören das Vitamin bald, was für die Konservierungsfrage von Nahrungsmitteln wichtig ist. Für die Beurteilung des Wesens der Avitaminose C ist von Bedeutung, daß eine Reihe von Tieren das Vitamin nicht benötigen, und daß in einer Reihe von Fällen offenbar erst das gemeinsame Auftreten von Vitamin-C-Mangel mit anderen Defekten zur Avitaminose C im klinischen Sinne, zum Skorbut führt. Mischformen zwischen Skorbut und Beriberi, Auftreten beider Erkrankungen nebeneinander bei Individuen, die unter gleichen äußeren Bedingungen leben, scheinen auf gemeinsame Krankheitsgrundlagen für das klinische Auftreten von B<sub>1</sub>- und C-Mangelsymptomen hinzuweisen. In ähnlicher Weise scheinen bei der tropischen Sprue B<sub>2</sub>- und C-Mangel von Einfluß zu sein. Im konkreten Fall muß geprüft werden, wieweit eine primäre Avitaminose vorliegt oder inwieweit auf der Basis andersartiger Störungen avitaminotische Symptome sekundär entstehen. Gerade das Auftreten avitaminotischer Symptome verschiedener Art beim gleichen Kranken sprechen für einen sekundären Charakter dieser Störungen. Als Symptome reinen C-Mangels gelten die Blutungsneigung, besonders an Haut und Mundschleimhaut, und die Knochen- bzw. Zahnveränderungen. Die Beziehung des C-Vitamins zur Blutungsneigung beruht nicht auf einer primären Veränderung des Blutes selbst, sondern auf einem Durchlässigwerden der Capillarwand. An den Zähnen wird an Stelle des Dentins Knochen gebildet, am Knochen führt die

C-Avitaminose zu völliger Zerstörung der Struktur an der Knorpel-Knochengrenze. Besonders ausgesprochene Bilder sieht man begreiflicherweise im Wachstumsalter. Osteoporose und Frakturierungen schaffen die Grundlage für das vorwiegende Auftreten von Blutungen in diesem Gebiet und geben damit dem kindlichen Skorbut, der früher unter dem Namen der **Möller-Barlowschen Krankheit** als etwas Selbständiges angesehen wurde, sein besonderes und charakteristisches Gepräge. Infektionen, besonders die schweren Stomatitiden, sind sekundäre Erscheinungen und nicht C-Mangelsymptome. Neuere Beobachtungen weisen jedoch darauf hin, daß Beziehungen der Ascorbinsäure zur Entstehung melanotischer Pigmentierungen bestehen könnten. Was die Gefahr des Auftretens einer Hypo- oder Avitaminose C anbetrifft, so ist die Erkenntnis wichtig, daß der Vitaminbedarf in der Wachstumsperiode, während der Schwangerschaft und während infektiöser, fieberhafter Erkrankungen ein besonders großer ist. Zu berücksichtigen ist ferner, daß bei Erkrankungen des Magendarmkanals ein ausreichender Übertritt des Vitamins in den Körper unmöglich sein kann, da das Vitamin durch bestimmte Bakterien rasch zerstört wird. Das Indikationsgebiet für eine Vitamin-C-Behandlung erstreckt sich nach dem Geschilderten über den Skorbut und skorbutähnliche Erkrankungen hinaus auf infektiöse Erkrankungen verschiedener Art und auf die Nebenniereninsuffizienz in Kombination mit Rindenextrakten, wobei auch ein Einfluß auf die Pigmentierungen unverkennbar ist. Konzentrische C-Präparate sind Redoxon und Cebion.

Wie beim Vitamin B, so ist auch eine Hypervitaminose C nicht bekannt. Die Tatsache, daß wir im Gegensatz zu den Verhältnissen bei den fettlöslichen Vitaminen bei den wasserlöslichen Überdosierungsgefahren nicht kennen, dürfte, wie bereits betont, in der Wasserlöslichkeit und damit leichten Ausscheidungsfähigkeit durch die Niere begründet liegen.

Durch Bindung an einen Eiweißkörper wird die Ascorbinsäure ähnlich wie einige B-Faktoren zu einer Esterase, also einem körpereigenen Wirkstoff von Fermentcharakter.

**Vitamin D. Ergosterin. Rachitis.** Das fettlösliche, antirachitische Vitamin D hat in erster Linie Beziehungen zum Kalk- und Phosphatstoffwechsel. Es garantiert die physiologische Verkalkung, ist also für den wachsenden Organismus unentbehrlich. Die Muttersubstanz ist das Ergosterin, welches unter der Wirkung von Ultraviolettbestrahlung durch Aufspaltung des Ringsystems an einer Stelle in das eigentliche Vitamin übergeht. In dieser Feststellung findet eine seit alters bekannte Tatsache, daß Sonnenbestrahlung heilend auf Rachitis wirkt, ihre Erklärung. Das Vitamin bzw. Provitamin ist im Pflanzenreich verbreitet, der reichliche Gehalt des Lebertrans stammt von Meeressalgen. Avitaminose D bedeutet hochgradige Störung der physiologischen Verkalkung. An Stelle des verkalkenden Knorpelgewebes im Knochen tritt unregelmäßig wucherndes Osteoidgewebe. Dadurch kommen die verschiedenen typischen Knochendeformitäten der Rachitis und deren Folgen zustande (Kraniotabes, rachitischer Rosenkranz, rachitische Kyphoskoliose, rachitischer Zwergwuchs u. dgl.). Neben einem unregelmäßigen und verspäteten Auftreten der bleibenden Zähne finden sich erhebliche Schmelzdefekte mit ungünstigen Folgen für Festigkeit und Erhaltung der Zähne. Das Wesen der Rachitis beruht nicht auf einer Störung des Calciumstoffwechsels schlechthin, sondern in einer Störung des physiologischen Gleichgewichtes zwischen Calcium und Phosphat. Im Blut ist das Calcium meist niedrig normal, das Phosphat dagegen stark erniedrigt. Nicht nur Überzufuhr von Kalk führt bei Vitaminmangel zur typischen Rachitis, sondern auch Verschiebung des Verhältnisses in der Nahrung zugunsten des Phosphats führt zu rachitisähnlichen Bildern. Je mehr die Calcium- und Phosphatzufuhr von dem Optimalverhältnis abweicht, desto mehr Vitamin D ist notwendig, um durch Regulierung der Resorption und Ausscheidung dieser



Substanzen die intermediären Calcium- und Phosphatverhältnisse von der Zusammensetzung der Nahrung unabhängig zu machen und damit das für eine physiologische Verkalkung notwendige Gleichgewicht zwischen Calcium und Phosphat aufrechtzuerhalten.

**Hypervitaminose D.** Bei der Hypervitaminose D sehen wir in gewisser Weise das Gegenstück zur Rachitis. Ob natürlicherweise Hypervitaminosen vorkommen können, ist sehr zweifelhaft. Nachdem wir im **Vigantol** ein hochwirksames Vitamin D-Präparat besitzen und damit erfolgreiche Rachitistherapie treiben können, ist die Möglichkeit einer Überdosierung gegeben, wenn auch Heildosis und toxische Dosis zahlenmäßig sehr weit auseinander liegen. Im Experiment sieht man bei Ansteigen von Calcium und Phosphat im Blut ausgesprochene Verkalkungen in verschiedenen Geweben, auch an der Injektionsstelle des Präparates kommt es zur Verkalkung. Die Verhältnisse sind als Typus einer echten Hypervitaminose theoretisch interessant, praktisch aber offenbar nicht von wesentlicher Bedeutung. Immerhin sind einzelne echte Vigantolvergiftungen, sogar solche mit tödlichem Ausgang beschrieben worden, so daß das Mittel dem Laien nicht zur beliebigen Verwendung in die Hand gegeben werden sollte. Auch hat es den Anschein, als ob die Empfindlichkeit sehr kleiner Kinder dem Mittel gegenüber eine sehr verschiedene sein kann.

**Vitamin E. Antisterilitätsfaktor.** Das fettlösliche Vitamin E (Antisterilitätsfaktor) garantiert die anatomische und funktionelle Intaktheit der männlichen Keimdrüsen und ist für den normalen Schwangerschaftsablauf ohne sonstige Beeinflussung des weiblichen Tieres verantwortlich. Interessant ist die Tatsache, daß die Entwicklung der Biene zur Königin nur bei ausreichender Vitamin E-Zufuhr möglich ist. Chemisch handelt es sich um  $\alpha$ -Tocopherol, die Substanz kann synthetisch hergestellt werden. Aus der menschlichen Pathologie wird neuerdings über günstige Wirkungen von E-Präparaten bei Sterilität der Frau, bei habituellem Abort u. dgl. berichtet. Daß derartige Erkrankungen allerdings als Avitaminose E aufgefaßt werden dürfen, ist damit nicht entschieden. Interessant ist, daß möglicherweise Beziehungen des Vitamin E zum Hypophysenvorderlappen bestehen. Die Wirkung der männlichen und weiblichen Sexualhormone soll durch Vitamin E verstärkt werden.

**Vitamin H (Hautfaktor).** Schließlich wird noch ein sechstes Vitamin H (Hautfaktor) angenommen, für welches Beziehungen zu seborrhoidischen Hauterkrankungen angenommen werden. Auch diese Dinge stecken noch im Anfangsstadium des Experiments, vor allem ist die Frage nach der Bedeutung des Vitamin H für die menschliche Pathologie noch absolut offen.

**Vitamin K (Koagulationsvitamin).** In den letzten Jahren ist im Vitamin K ein weiteres Vitamin bekanntgeworden, dessen klinische Bedeutung und therapeutische Wirksamkeit heute als geklärt gelten kann. Das Vitamin K ist fettlöslich, seine chemische Konstitution ist bekannt, es handelt sich um ein Naphthochinon. Auch die Synthese des Vitamins ist möglich, zahlreiche Derivate auch des leicht aus dem Chinon entstehenden Hydrochinons zeigen eine hohe K-Wirkung. Im **Karan** liegt ein synthetisch hergestelltes, hochwirksames K-Präparat vor. In der Natur ist das Vitamin in grünen Blättern weit verbreitet, zahlreiche Bakterien, besonders Colibakterien, vermögen das Vitamin zu bilden. Bei der weiten Verbreitung des Vitamins und der Fähigkeit der physiologischen Darmflora, das Vitamin zu bilden, ist mit einem effektiven alimentären K-Mangel nicht zu rechnen. Wohl aber kann eine K-Hypovitaminose dadurch entstehen, daß eine ausreichende Resorption des Vitamins aus dem Darm unmöglich ist. Vitamin K-Mangel kann also bei allen jenen Zuständen auftreten, bei denen eine Störung der Fetteresorption vorliegt, also beim Gallenverschluß, da zur Resorption der Fette und fettlöslichen Substanzen die Anwesenheit von Gallensäuren im

Darm notwendig ist. Das K-Vitamin ist für die Bildung des Prothrombins in der Leber notwendig. Dabei wird angenommen, daß es als Co-fermentartiger Katalysator wirkt. K-Mangel führt zu Verminderung des Prothrombingehaltes im Blut und damit zur hämorrhagischen Diathese. Diese Formen hämorrhagischer Diathese reagieren prompt auf parenterale Zufuhr von K-Vitamin. So stellt die besonders vom Chirurgen gefürchtete Blutungsneigung bei den verschiedenen Formen des Gallenverschlusses ein sehr wichtiges und dankbares Indikationsgebiet für die Behandlung mit Vitamin K dar. Andere Formen hämorrhagischer Diathesen, deren Ursache nicht in einem Prothrombinmangel liegt, werden durch Vitamin K nicht beeinflußt. Auch Blutungen bei schweren Leberparenchym-erkrankungen sind durch K-Vitamin nicht zu beseitigen, sofern ihr Prothrombinmangel Ausdruck der gestörten Leberzellfunktion und nicht eines Vitaminmangels ist. In dieser Hinsicht kommt dem erreichten oder fehlenden Erfolg der Vitaminbehandlung auch differentialdiagnostische Bedeutung zu. Dagegen stellen die hämorrhagischen Diathesen der Säuglinge (Melaena u. a.) ein wichtiges Indikationsgebiet für die Behandlung mit K-Vitamin dar. Besteht doch bei dem Neugeborenen in den ersten Lebenstagen ein physiologisches Prothrombindefizit und entwickelt sich, wohl infolge des geringen Vitamin K-Gehaltes der Muttermilch und der zunächst noch nicht möglichen K-Synthese durch Colibacillen, leicht ein K-Mangel, der in einer schweren Blutungsneigung seinen Ausdruck findet. Außer beim Gallenverschluß ist auch bei anderen Resorptionsstörungen, beispielsweise bei der europäischen Sprue die Verwendung von Vitamin K empfohlen worden. Über den Erfolg läßt sich noch nichts Abschließendes sagen. Beim Gallenverschluß muß das Vitamin parenteral zugeführt werden. Bei peroraler Verabreichung müssen gleichzeitig Gallensäuren gegeben werden, da sonst eine Vitaminresorption nicht möglich ist.

Da es sich bei dem Vitamin K um ein fettlösliches Vitamin handelt, ist mit der Möglichkeit toxischer hypervitaminotischer Erscheinungen bei Überdosierung zu rechnen. Beim Menschen scheinen entsprechende Beobachtungen bisher nicht vorzuliegen. Bei Tieren sind bei Karadosen von mehr als 10 mg/kg Körpergewicht Erbrechen, Dunkelfärbung des Urins, Albuminurie und Hämaturie vereinzelt gesehen worden.

Auf eine Reihe weiterer Wirkfaktoren soll nicht eingegangen werden, weil ihre Bedeutung für die menschliche Pathologie noch nicht feststeht. Weitere Forschungen müssen zeigen, in welchem Umfang unsere Vorstellungen über die Bedeutung von Vitaminen für die Krankheitslehre des Menschen noch vervollständigt oder revidiert werden müssen.

### III. Hormone.

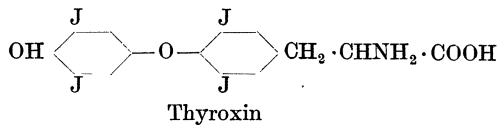
Im Gegensatz zu den Vitaminen sind die Hormone biologisch hochaktive Substanzen, die der Körper in besonderen Organen, den Drüsen mit innerer Sekretion, bildet und in die Blutbahn abgibt. Nach neueren Erkenntnissen muß diese ältere Vorstellung dahin erweitert werden, daß auch ein Übertritt von Hormonen in den Liquor in Betracht zu ziehen ist, wodurch diese Hormone in direkte Beziehung zu Gebieten des Zentralnervensystems treten. Ein solcher Mechanismus konnte für einige Hypophysenhormone nachgewiesen werden. Die biologische Bedeutung der Hormone ergibt sich aus der Tatsache, daß sowohl Ausfall als auch Steigerung einer Hormonproduktion zu schweren Krankheitserscheinungen führen. Theoretisch wäre weiterhin denkbar, daß eine endokrine Drüse krankhafterweise ein Produkt bilden könnte, welches in seinem chemischen Aufbau nicht dem normalen Hormon entspräche. Derartige Dysfunktionen sind vielfach vermutet worden, jedoch fehlen uns noch die konkreten

Unterlagen für die Annahme eines derartigen krankhaften Verhaltens. So muß sich die Klinik zunächst darauf beschränken, hormonale Störungen unter dem Gesichtswinkel einer vermehrten oder verminderten Bildung der einzelnen Hormone zu betrachten. Wir sind uns bewußt, daß eine solche Betrachtung, die nichts weiter im Auge hat, als das Hormonorgan und das gebildete Quantum seines spezifischen Zellproduktes, einseitig erscheinen muß. Uns fehlt aber die Möglichkeit, unsere Betrachtungen weiter auszudehnen. Für den Wirkungseffekt kommt es neben einer bestimmt nicht immer gleichartigen Ansprechbarkeit des jeweiligen Erfolgsorgans letzten Endes darauf an, welche Hormonmenge am Wirkungsort noch wirksam wird. Diese Tatsache hat die Möglichkeit zu berücksichtigen, daß Veränderungen quantitativer und qualitativer Art beim Transport eines Hormons vorsichgehen können. Die Frage der Hormonausscheidung und ihrer Bedeutung, der Hormonerstörung im Körper unter normalen und krankhaften Bedingungen, kurz, die bilanzmäßige Betrachtung der Verhältnisse der einzelnen Wirkstoffe ist bis auf einzelne kleine Hinweise noch ein fast vollständig unbekanntes Gebiet. Immerhin werden wir sehen, daß die Feststellung einer vermehrten oder verminderten Produktion eines bestimmten Hormons uns bereits weitgehende Einblicke in das Wesen einer Reihe charakteristischer Krankheitsbilder verschafft.

Es liegt nahe, nach Beziehungen zwischen greifbarem anatomischen Substrat und quantitativ geänderter Funktion zu suchen. Aber gerade auf dem Gebiet der hormonalen Funktionen und Betriebsstörungen zeigt sich, daß in vielen Fällen Beziehungen dieser Art nicht bestehen oder nicht nachweisbar sind. Eine anlagemäßig fehlende oder durch Krankheit zerstörte Drüse mit innerer Sekretion ist natürlich gleichbedeutend mit Ausfall ihrer Funktion. Aber offenbare anatomische Intaktheit ist noch nicht gleichbedeutend mit normaler Funktion, wie wir es beim Diabetes mellitus besonders eindrucksvoll gesehen haben. Bei den hormonalen Überfunktionszuständen finden sich nicht selten tumorartige Vergrößerungen des spezifischen Drüsengewebes, etwa in Form von Adenomen oder auch nach Art der Basedowschilddrüse. Vielfach finden sich aber auch derartige Adenome, mitunter als akzessorische Organe, ohne daß diese Tatsache in einer geänderten hormonalen Funktion ihren Niederschlag findet. Auch vorübergehende Hypertrophien und Hyperplasien hormonaler Organe kommen vor und können mit vorübergehenden Funktionssteigerungen einhergehen. Ich denke hier vor allem an die Verhältnisse der Fetalzeit. Während der Schwangerschaft wird der Hormonbedarf des Kindes zunächst von der Mutter gedeckt. Geht die hierdurch gesteigerte Beanspruchung über die zufällige Leistungsfähigkeit des mütterlichen Hormonorgans hinaus, so kann nunmehr eine hormonale Unterfunktion klinisch manifest werden. Mit der Ausbildung der fetalen Hormonorgane besteht aber auch umgekehrt die Möglichkeit, daß das Kind für die Mutter eintritt und dabei sogar einen etwaigen hormonalen Unterfunktionszustand seiner Mutter mehr oder weniger ausgleicht. Solche Ereignisse sind beim Diabetes und bei der Addison'schen Krankheit in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft beschrieben worden. Dabei kann es zu einer erheblichen Hypertrophie und effektiven Mehrleistung des betreffenden kindlichen Hormonorgans kommen, so daß nach der Geburt und mit Wegfall der Versorgung der Mutter eine unerwünschte, ja gefährliche Überschwemmung des Neugeborenen mit einem Hormon eintreten kann. Das bekannteste Beispiel dieser Art wäre das Kind einer diabetischen Mutter, welches bald nach der Geburt im echten endogenen Insulinshock zugrunde gehen kann, da sein während der Gravidität hypertrophisch gewordenes und auf eine hohe Insulinproduktion eingestelltes Pankreas sich nicht so rasch auf den wesentlich kleineren Insulinbedarf des kindlichen Körpers umzuschalten vermag.

### 1. Schilddrüse.

Eine Überproduktion des Schilddrüsenhormons liegt bei der **Basedowschen Krankheit** vor. Wenn man auch keinen absoluten Parallelismus zwischen anatomischem Befund und gesteigerter Funktion erwarten kann, so ist doch prinzipiell daran festzuhalten, daß der **BASEDOWSchen Krankheit** auch grundsätzlich ein anatomisch veränderter Organbefund entspricht, der sich bei einer Vergrößerung des Organs in einer Vascularisierung sowie Vermehrung und Wucherung der spezifischen Schilddrüsenepithelien äußert und dadurch der **BASEDOW-Struma** ihr charakteristisches Gepräge gibt. Die klinischen Erscheinungen der **BASEDOWSchen Krankheit** kommen durch die entsprechende Mehrbildung des spezifischen Wirkstoffes der Schilddrüse, des **Thyroxins**, zustande. Das Thyroxin ist ein Jodeiweißkörper, eine ätherartige Verbindung von Dijodtyrosin mit Dijodhydrochinon. Nur ein Drittel des Jodgehaltes der Schilddrüse ist als Thyroxin vorhanden. Unter den übrigen aus der Schilddrüse gewinnbaren jodhaltigen Körpern gewinnt das Dijodtyrosin besondere Bedeutung, da es dem Thyroxin als Antagonist gegenübersteht. Diese Verhältnisse sind in mehrfacher Beziehung bemerkenswert. Thyroxin und Dijodtyrosin stehen sich chemisch außerordentlich nahe, so daß ein Übergang ineinander leicht möglich sein müßte. Weiterhin taucht die Frage auf, ob nicht hier Hormon und Antihormon im gleichen Organ gebildet werden, so daß in dem Übergang ineinander ihr Kräfteverhältnis wechseln und damit eine Regulierung der effektiven spezifischen Schilddrüsenwirkung gegeben sein könnte.



Die beobachtete günstige Wirkung von Dijodtyrosin bei Hyperthyreosen würde zu der genannten Vorstellung passen. Jedoch sind wesentliche Einwände gemacht worden. Das Dijodtyrosin, eine im Pflanzenreich verbreitete Substanz, wird mit der Nahrung aufgenommen und auf diese Weise der Schilddrüse zur Bereitung des Thyroxins zur Verfügung gestellt. Bei bestimmten Extraktionsverfahren kann auch Dijodtyrosin aus der Schilddrüse gewonnen werden. Ob diese Substanz auch in der Schilddrüse gebildet werden kann, sei es aus dem Thyroxin, sei es auf andere Weise, wird verschieden beantwortet. Dementsprechend herrscht noch keine Einigkeit darüber, ob man im Dijodtyrosin eine arteigene Substanz sehen darf, welche für die Schilddrüsenfunktion von grundlegender Bedeutung ist. Eine eindeutige Klärung der Verhältnisse liegt jedoch noch nicht vor. Man könnte sich aber beispielsweise gut vorstellen, daß die Zufuhr von Dijodtyrosin mit der Nahrung für die Aufrechterhaltung der Schilddrüsenfunktion genau so unerläßlich ist wie die Zufuhr von Aminosäuren bestimmter chemischer Grundstruktur für die Erhaltung des Körperbestandes und seiner biologischen Funktionen. Rein klinisch gesehen, kann an der günstigen Beeinflussungsmöglichkeit thyreotoxischer Krankheitserscheinungen nicht gezweifelt werden, und zwar handelt es sich zunächst wohl sicher um eine spezifische Wirkung des Dijodtyrosins und nicht lediglich um eine Jodwirkung. Bei längerer Verabreichung von Dijodtyrosin ändert sich aber häufig das Bild, so daß man nun den Eindruck gewinnt, daß an Stelle der bisherigen günstigen Wirkung eine ungünstige und unerwünschte Einwirkung tritt. Die Anwendung des Dijodtyroxins ist mithin beim Basedow nur mit Vorsicht und Kritik möglich, wobei sich außerdem in der Reaktion auf das Mittel große individuelle Unterschiede ergeben. Der Jodgehalt des Kolloids wechselt mit der Tätigkeit der Schilddrüse, nach neuen Untersuchungen gilt das Kolloid als Depotorgan für die wirksame Substanz. Bei Bedarf kann Hormonabgabe in das Blut erfolgen. So gibt die

Jodbestimmung in der Gesamtschilddrüse keinen brauchbaren Hinweis für die Arbeit der Schilddrüse, sondern lediglich einen Gradmesser für die augenblicklich gestapelten Substanzen. Er kann auch anzeigen, in welchem Umfang ein Stapeln jodhaltiger Substanz im Kolloid möglich ist. Wenn wir von der bestimmten Jodmenge aus die Schilddrüsenarbeit beurteilen wollen, so kann lediglich der Blutjodgehalt herangezogen werden, er ist beim Basedow erhöht. Eine Ausnahme hiervon macht nur der bestrahlte Basedow. Absinken des Blutjodspiegels während einer Basedowbehandlung bedeutet demnach noch keine gleichzeitige und parallele Besserung der thyreotoxischen Erscheinungen. An der Tatsache, daß es sich bei der BASEDOWSchen Krankheit um eine dauernde, vermehrte Produktion und Abgabe des normalen Schilddrüseninkretes handelt, kann um so weniger gezweifelt werden, als die klinischen Erscheinungen der Krankheit durch reichliche Thyroxinverabreichung reproduzierbar sind. Was die Wirkungsgröße des Thyroxins anbetrifft, so ist daran festzuhalten, daß der normale spezifische Wirkstoff der Schilddrüse das Thyreoglobulin, eine Thyroxin-Eiweißverbindung ist. Die Wirkung dieses Stoffes ist mit der des Thyroxins prinzipiell identisch, jedoch ist das Thyreoglobulin wesentlich wirksamer als das reine Thyroxin. Steht somit die Arbeit der Schilddrüse absolut im Kernpunkt des BASEDOW-Problems, so ergibt sich doch die wichtige Frage, was den Anlaß zu dieser anatomischen Veränderung und Mehrleistung der Schilddrüse gibt. Wir müssen bekennen, daß sich nur bei einer verschwindend kleinen Zahl der Kranken mit Sicherheit Aussagen in dieser Richtung machen lassen. Tätigkeitssteigerung bei entzündlichen Veränderungen, bei Schilddrüsentumoren und basedowizierten Kröpfen sind in dieser Hinsicht bekannte Erscheinungen. Aber schon bei einem Versuch, den **Jodbasedow** zu deuten, wird die Situation schwierig. Wir wissen, daß einer großen Reihe von BASEDOW-Kranken Jodzufuhr schlecht bekommt, daß sie stärker thyreotoxisch werden. Wir wissen auch, daß eine Reihe von Kropfträgern auf Jod mit thyreotoxischen Erscheinungen reagiert, speziell Kolloidkröpfe — auf das Kropfproblem wird noch im Zusammenhang einzugehen sein — können durch Jod basedowiziert werden. Die Zahl der Menschen, bei denen kein Hinweis auf eine Schilddrüsenstörung bestand, und die auf Jod mit thyreotoxischen Zeichen reagieren, ist schon sehr gering. Bei einem schilddrüsenlosen Individuum wird man aber durch Jod niemals thyreotoxische Erscheinungen erzeugen können. Daraus ergibt sich, daß die Krankheitsbereitschaft zum Basedow in einer besonderen konstitutionellen Verfassung der Schilddrüse selbst gegeben sein muß. Bei bestehender Bereitschaft sind bezüglich des auslösenden Momentes mehr als Hinweise nicht möglich. Hier wäre das Jod zu nennen. Insbesondere ist auf die Beziehungen zum Nervensystem hinzuweisen, nicht nur in grob anatomischer Richtung (Mittelhirn), sondern auch vor allem zum vegetativen Nervensystem und zu psychischen Vorgängen. Der Ausbruch einer BASEDOWSchen Krankheit in unmittelbarem Zusammenhang mit einem schweren psychischen Trauma ist ein nicht selten beobachtetes Ereignis. Dabei ist es allerdings bei Erörterung von Beziehungen der Schilddrüsenfunktion zum vegetativen Nervensystem und psychischen Erscheinungen oft schwer zu sagen, was Ursache und was Wirkung ist. Zumindest hat man klinisch den Eindruck, daß hinsichtlich der genannten Beziehungen ein *Circulus vitiosus* besteht. Weiterhin werden Beziehungen zwischen Thymus und Schilddrüsenhormon angenommen. Nicht selten findet sich bei Thyreotoxikose ein großer bzw. persistierender Thymus. Das weibliche Geschlecht wird sehr viel häufiger von der Krankheit befallen als das männliche, dagegen verläuft die BASEDOWSche Krankheit beim Mann durchschnittlich wesentlich schwerer als bei der Frau. Ein hormonaler Einfluß

wird vom Hypophysenvorderlappen durch das thyreotrope Hormon direkt auf die Schilddrüse vermittelt und führt zu Basedowifizierung, wobei in diesem Falle offenbar lediglich das Vorhandensein von Schilddrüsengewebe ohne eine besondere Krankheitsbereitschaft Voraussetzung ist. Diese Tatsache wirft die Frage auf, ob es eine besondere Form eines **hypophysären Basedow** gibt. Prinzipiell scheint ein Basedow nur entstehen zu können, wenn ein funktions-tüchtiger Hypophysenvorderlappen existiert. Andererseits läßt sich durch laufende Zufuhr des thyreotropen Hormons nur eine vorübergehende Hyperthyreose erzeugen, trotz Beibehaltung der Hormonzufuhr klingen die Erscheinungen nach einiger Zeit wieder ab, da im Blut Antikörper gebildet werden. Die ausgleichende Wirkung dieser Substanzen läßt sich im Tierversuch durch Steigerung der Hormondosis durchbrechen. Auf diese Weise läßt sich durch thyreotropes Hormon auch ein schließlich tödlicher Basedow erzeugen. Man kann sich aber nicht gut vorstellen, daß dieses nur mit steigenden und schließlich enormen Hormondosen erzielbare Ergebnis als krankhafter Vorgang beim Menschen vorkommen kann. Unter diesen Umständen müßte es sehr fraglich erscheinen, ob es einen echten hypophysären Basedow als Dauerzustand gibt, wenn man nicht den Einwand machen will, daß es sich bei der genannten Versuchsanordnung um die Dauerbehandlung mit nicht körpereigenem Hormon handelt. Sicherlich ist ein hypophysärer Basedow, wenn er überhaupt vorkommt, ein sehr seltenes Ereignis. Sehen wir, wie es notwendig ist, in der funktionellen Beziehung zwischen Hypophyse und Zwischenhirngebiet eine biologische Einheit, so muß man in jenen Fällen von Thyreotoxikose, die sich im Rahmen einer Encephalitis entwickeln, den Ausdruck einer zentralvegetativ-hormonalen Betriebsstörung besonderer Art sehen. Über diesen Spezialfall hinaus macht die Definierung einer **thyreotischen Konstitution** und ihre Beziehung zum Basedow klinisch Schwierigkeiten. Eine große Reihe meist jüngerer Menschen kann neben einer allgemeinen Erregbarkeit und motorischen Lebendigkeit, speziell unter psychischen Einflüssen, Symptome zeigen, die an den echten Basedow erinnern. Diese Symptome treten im Rahmen allgemeiner Labilität des vegetativen Nervensystems auf, äußern sich in Glanz der Augen, Neigung zu Schweißen, motorischer Unruhe, Zittern, Hitzewallungen u. dgl. Das weibliche Geschlecht stellt vor allem diese Typen. In der Pubertät werden solche Vorfälle besonders häufig beobachtet. Auch erscheint die Schilddrüse dieser jungen Mädchen groß. Das gleiche gilt für die thyreotoxischen Erscheinungen während der Schwangerschaft. Man sieht diese Merkmale in Familien gehäuft auftreten, ja man gewinnt den Eindruck, daß eine solche thyreotoxische Konstitution als Rassenmerkmal Bedeutung hat. Die offenbar äußerst labile und zügellose Schilddrüsentätigkeit gibt diesen ganz allgemein vegetativ erregbaren Menschen ihre besondere Note. Die klinischen Symptome dieser Menschen gehen unmerklich steigend in die des Vollbasedow über, so daß der Symptomenkomplex als Vorstufe eines Basedow erscheinen könnte. Die klinische Erfahrung lehrt aber, daß dem nicht so ist. Ja es muß hervorgehoben werden, daß diese Menschen, die im Rahmen allgemeiner vegetativer Übererregbarkeit auch Zeichen labiler Schilddrüsentätigkeit zeigen, eine Kombination, die uns bei der nahen Beziehung von Nervensystem und Schilddrüse nicht wundern kann, fast nie einen echten Basedow bekommen, sondern mit einer allgemeinen Beruhigung im vegetativen Nervensystem und der Psyche verliert sich auch die Neigung zu thyreotoxischen Reaktionen. Besonders eindrucksvoll ist dies bei den vorübergehenden Überfunktionserscheinungen der Pubertät und der Schwangerschaft. In all diesen Fällen ist die hyperthyreotische Reaktion nur ein besonders augenfälliger Teil des Gesamtbildes, und die ganzen Erscheinungen stehen im Prinzip den verschiedenen Ausdrucksformen eines normalen Geschehens

wesentlich näher als einer echten Krankheit. Der Basedow, mag er in verschiedenen Schwere auftreten und auch hinsichtlich seiner klinischen Ausdrucksformen schwanken, ist eine wohlcharakterisierte Krankheit, bei der die Hyperthyreose nicht nur ein augenfälliges Symptom im Rahmen einer Dysharmonie im vegetativen Nervensystem ist, sondern das Wesen der Krankheit selbst. Die BASEDOWsche Krankheit führt zu vielfachen Störungen, darunter auch im Gebiet des Nervensystems und ist gebunden an das spezifisch veränderte anatomische Substrat der BASEDOW-Struma. Wir sehen auch immer wieder, daß die BASEDOWsche Krankheit recht plötzlich zum Ausdruck kommen kann bei Menschen, an denen man vorher keine thyreogene Konstitution hatte feststellen können. Der wesentliche Punkt beim echten Basedow liegt in dem Umbau der Schilddrüse zum überfunktionierenden Organ. In diesem Ereignis, das offenbar auf verschiedene Weise bei einer wohl konstitutionellen Krankheitsbereitschaft der Schilddrüse in Gang gebracht werden kann, liegt der Grund für die zwar schwankende, prinzipiell aber während der Krankheit als Dauerzustand vorhandene Überschwemmung des Körpers mit dem wirksamen Schilddrüsenstoff. Die Wirkung des Schilddrüsenhormons geht in vielfache Richtungen. Die Größenordnung der Ansprechbarkeit wird auch von dem jeweiligen Zustand des betroffenen Organs oder Organsystems abhängen, so daß es verständlich scheint, wenn nicht alle BASEDOW-Symptome in gleichem Grade ausgebildet sind, im einzelnen Fall das eine oder andere BASEDOW-Symptom auch einmal fehlen kann. Wie betont, handelt es sich bei den **Basedow-Symptomen** um Erscheinungen, wie sie auch beim gesunden Individuum durch Zufuhr wirksamer Schilddrüsenpräparate in prinzipiell gleicher Weise als vorübergehendes Ereignis erzeugt werden können. Das Schilddrüsenhormon übt auf die Stoffwechselgröße einen bestimmenden Einfluß aus, wobei wir den Angriffspunkt an der Zelle selbst sehen. Prinzipiell werden wir annehmen müssen, daß das Thyroxin seine verschiedenen Wirkungen teils durch unmittelbaren Angriff, teils aber auch auf dem Umwege über das zentrale und periphere vegetative Nervensystem ausübt oder ausüben kann. Hyperthyreose führt zur Erhöhung der Verbrennungsvorgänge, was in der Erhöhung des Grundumsatzes zahlenmäßig zum Ausdruck kommt. Hier haben wir einen zahlenmäßigen Anhaltspunkt für die Beurteilung der Thyreotoxikose und den Wechsel in der Intensität etwa unter dem Einfluß der eingeleiteten Therapie. Neben dem Grundumsatz steigert das Thyroxin die spezifisch dynamische Eiweißwirkung. Der Ruheumsatz des BASEDOW-Kranken hat demnach schon weitgehende Ähnlichkeit mit dem Arbeitsumsatz des Normalen. Dazu kommt, daß unter Bedingungen der Arbeit der Umsatz bei Hyperthyreose sehr viel stärker steigt als beim Gesunden. Beide Tatsachen bedingen eine Verstärkung und Verlängerung der Ermüdungs- und Restitutionserscheinungen beim BASEDOW-Kranken. Die Steigerung der Stoffwechselvorgänge wird für den Körperbestand nicht gleichgültig sein können. Die Deckung des erhöhten Calorienbedarfes durch die Nahrung wird auf größte Schwierigkeiten stoßen und von einem gewissen Punkte ab nicht mehr möglich sein. Außerdem kommt bei Verwendung von Eiweiß als Calorienspender ein Circulus vitiosus zustande, indem Eiweiß über seinen Calorienwert hinaus die Verbrennungsvorgänge steigert. Es kommt hinzu, daß unter dem Einfluß übermäßiger Schilddrüsenwirkung auch Verdauungs- und Resorptionsstörungen auftreten. Beschleunigte Passage des Speisebreies durch den Darm führt zu Durchfällen und mangelhafter Ausnutzung der Nahrung, Fettstühle weisen auf resorptive Störungen hin. So erklärt es sich, daß der Basedow häufig zur Magersucht und Kachexie führt. Der erhöhte Stickstoffumsatz des BASEDOW-Kranken wird zum Teil auf eine direkte Einwirkung auf den Eiweißstoffwechsel, zum Teil auf den vermehrten Umbau

von Eiweiß zu Kohlehydraten bezogen. Von speziellen Stoffwechselstörungen sind solche in Wasser- und Kohlehydratstoffwechsel zu nennen. Das Thyroxin ist ein Diuretikum, es verringert den Gewebswasserbestand. Darüber hinaus beschleunigt es die Ausfuhr zugeführten Wassers. Der Angriffspunkt des Thyroxins liegt im Gewebe bzw. an der Zelle selbst. Größtenteils verläßt das Wasser den Körper durch die Niere, aber auch die extrarenale Wasserabgabe (Schweiß) ist vermehrt. Haut und Gewebe des BASEDOW-Kranken sind wasserarm. Hinsichtlich des Kohlehydratstoffwechsels können beim Basedow labile Verhältnisse festgestellt werden, die sich in einer Neigung zur alimentären Hyperglykämie und Glykosurie äußern, während der Blutzuckernüchternwert in den meisten Fällen im Bereich des Normalen bleibt. Niemals sehen wir eine Parallele zwischen Thyreotoxikose und Veränderungen im Kohlehydratstoffwechsel. Einen echten thyreogenen Diabetes als Dauerzustand kennt die Klinik nicht. Daher erscheint es mehr als fraglich, ob man berechtigt ist, das wirksame Schilddrüsenhormon dem Insulin als Antagonisten gegenüberzustellen. Die glykogenarme Leber des BASEDOW-Kranken unterscheidet sich von der diabetischen dadurch, daß sie auch kein Fett enthält. Man sieht darin in erster Linie ein toxisches Zustandsbild und nicht eine Störung im Kohlehydratstoffwechsel schlechthin. Möglicherweise kommt die Labilität in der Regulation des Kohlehydratstoffwechsels beim Basedow über die Nebenniere zustande. Dieser Gedanke liegt um so näher, als wir sehen, daß Hyperthyreose zu ausgesprochenen Reizerscheinungen im vegetativen Nervensystem führt. Im Vordergrund stehen meist die Erscheinungen des sympathischen Nervensystems, aber auch das parasympathische Nervensystem wird in prinzipiell gleicher Weise in Mitleidenschaft gezogen. Ja, man muß eine Reizwirkung auf das gesamte Nervensystem einschließlich der psychischen Funktionen annehmen. Die typischen Augensymptome [Exophthalmus, Glanzauge, Zurückbleiben des Oberlides beim Blick nach unten (GRAEFE), die Weite der Lidspalten (DALRYMPLE-STELLWAG), die Konvergenzschwäche (MÖBIUS)], der feinschlägige Tremor, die Schwierigkeit, feinere koordinierte Bewegungen auszuführen, Neigung zu starken vasomotorischen Reaktionen, zu Hyperthermie, zu Schweiß, zu Anomalien in der Sekretion der Verdauungssäfte, zur Hyperperistaltik, schließlich auch zu psychischen Erregungszuständen, die sich bis zu schweren Psychosen steigern können, sind Ausdruck der erregenden Wirkung des Schilddrüsenhormons auf die verschiedenen Gebiete des Nervensystems. Besonders hervorzuheben ist die Rückwirkung der Hyperthyreose auf Herz und Kreislauf. Die Tachykardie bildet mit der Struma und dem Exophthalmus das klassische Merseburger Trias der BASEDOWschen Krankheit. Bei der Entstehung der Veränderungen an Herz und Kreislauf wirken offenbar verschiedene Faktoren zusammen. Zunächst sind Tachykardie und vermehrtes Herzminutenvolumen obligate Parallelerscheinungen zu den bereits in der Ruhe erhöhten Stoffwechselvorgängen: Der Ruhezustand des BASEDOW-Kranken entspricht dem Zustand der Arbeit beim Gesunden. Die durch den abnorm hohen Stoffumsatz gekennzeichnete und damit unökonomische Arbeit beim Basedow stellt eine weitere Mehranforderung an das Herz dar. Dazu kommt aber zweifellos noch eine verstärkte Einwirkung des Schilddrüsenhormons auf den Nervus accelerans und dadurch eine unökonomische, nicht durch die Bedürfnisse der Peripherie diktierte Arbeit des Herzens. Die Herztätigkeit mit dem schleudernden Spitzenstoß macht genau denselben erregten und fahrigten Eindruck wie die übrigen Bewegungen des Kranken auch. Schließlich ist noch eine direkte toxische Einwirkung auf die Herzmuskulatur und das im Herzen selbst gelegene autonome Nervensystem anzunehmen, was zu degenerativen Herzveränderungen, Störungen des Herzrhythmus in Form gehäufter Extrasystolen, Vorhofsflattern und -flimmern und echten Überleitungsstörungen



führt. In den letztgenannten Tatsachen liegt die Wurzel für eine Herzinsuffizienz, die in einer Reihe von BASEDOW-Fällen schließlich zum führenden und entscheidenden Krankheitssymptom wird. Die rein mechanischen Rückwirkungen der Struma auf die umliegenden Gebilde, etwa auf die Trachea mit den dadurch bedingten Ventilationsschwierigkeiten, spielen demgegenüber eine untergeordnete Rolle. Die Verhältnisse des Blutdrucks werden im wesentlichen durch den labilen peripheren Gefäßtonus bestimmt. Der Blutdruck ist ebenfalls labil, der diastolische Druck häufig sehr niedrig, so daß der Puls den Eindruck eines Pulsus celer erwecken kann. Alle genannten Erscheinungen gehen, soweit es sich nicht um irreparable Störungen handelt, mit Aufhören der Hyperthyreose zurück.

Auf die Frage, ob Schilddrüsenüberfunktion zu Wachstumssteigerung führt, muß noch kurz eingegangen werden, da sie im Rahmen der Hypothyreose von entscheidender Bedeutung ist. Das Tierexperiment bietet in dieser Hinsicht keine Handhabe. BASEDOW-Erkrankungen sind vor Abschluß der Wachstumsperiode selten, so daß sich die Wachstumswirkung in der Regel nicht mehr äußern kann. Andererseits sind Fälle beschrieben, bei denen Riesenwuchs mit Basedow kombiniert war. Nachdem der durch das thyreotrope Hormon des Hypophysenvorderlappens vermittelte Einfluß auf die Schilddrüse feststeht, ist zu überlegen, ob es sich in den zweifellos seltenen Fällen riesenwüchsiger BASEDOW-Kranker nicht um primär Hypophysenkrankheit handelt.

Wie beim BASEDOW-Kranken, so ist auch beim Hypothyreoten die Schilddrüse nie normal. Sie ist entweder primär aplastisch oder sie fehlt ganz bzw. ist sie im späteren Leben durch irgendeine Erkrankung soweit funktionell geschädigt, daß der normale Bedarf an wirksamem Schilddrüsenhormon nicht mehr gedeckt werden kann. So sehen wir ein **Myxödem** nach entzündlichen Schilddrüsenenerkrankungen, nach Operation von Schilddrüsentumoren und dergleichen auftreten. Durch sekundäre Komplikationen kann nach Schilddrüsenoperationen ein Basedow in ein Myxödem umschlagen. Der Name Myxödem charakterisiert das Krankheitsbild der Hypothyreose in seinem wesentlichsten Punkt. Die Haut ist dick und derb elastisch, gelblich blaß und enthält kein bewegliches Ödem. Kombination mit echtem Ödem zeigt eine gleichzeitige kardiale Insuffizienz an. Das Gewebe selbst, insbesondere das Bindegewebe, erscheint durch Einlagerung der Myxödems substanz gequollen. Nicht immer kann eine mucinartige Substanz in der verdickten Haut nachgewiesen werden. Die Stärke des Myxödems kann wechseln, zuweilen tritt es in Form einzelner Knoten auf. Die Oberfläche der Haut ist trocken, die Schweiß- und Talgdrüsen arbeiten nicht, die Anhangsgebilde der Haut zeigen trophische Störungen. Alle Gewebe des Hypo- bzw. Athyreoten sind abnorm wasserreich, die Zunge kann zu einem unförmigen Gebilde anschwellen, alle Schleimhäute können stark verdickt sein. Die Gewebe halten auch leicht Wasser zurück, im Diureseversuch ist die Ausscheidung verzögert und ungenügend. Darüber hinaus sind die Zellen in ihrer Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigt, was sich bei den Organleistungen des Myxödematösen deutlich äußert. Er ist in allen Erscheinungen das Gegenstück zum BASEDOW-Kranken. Der Grundumsatz ist stark erniedrigt, die spezifisch-dynamische Eiweißwirkung kann fehlen. Durch den niedrigen Calorienbedarf neigt der Myxödematöse zu Fettsucht. Die Kohlehydrattoleranz ist hoch, es besteht eine Tendenz zu niedrigen Blutzuckerwerten. Die Magendarmtätigkeit ist verlangsamt, häufig findet sich hochgradige Obstipation. Die Salzsäureproduktion des Magens hört auf. Langsame Bewegungen, geistige Stumpfheit, die sich bis zur Verblödung steigern kann, herabgesetzte Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems, niedrige Körpertemperatur, Bradykardie, daneben Neigung zu Arteriosklerose infolge der herabgesetzten Vitalität der Zellen sind weitere Zeichen dieser Krankheit. Die Herz-

kontraktion erfolgt träge, fast wurmförmig, die ebenfalls wasserreiche Herzmuskulatur ist wenig leistungsfähig, wodurch die Gefahr einer muskulären Herzinsuffizienz gegeben ist. Der Jodspiegel im Blut ist erniedrigt. Alle Störungen gehen bei Behandlung mit Schilddrüsensubstanz zurück, woraus hervorgeht, daß das gesamte, komplizierte Zustandsbild auf die gleiche Ursache, nämlich eine ungenügende Schilddrüsenfunktion zurückzuführen ist. Daß nur eine Dauerbehandlung die einmal erzielten Erfolge erhalten und garantieren kann, ist nach Lage der Dinge selbstverständlich. Deshalb können Transplantationen von Schilddrüsensubstanz auch einen definitiven Nutzen nicht bringen. Tritt die Störung im jugendlichen Alter auf, so kommen noch einige Erscheinungen hinzu, die das **kindliche Myxödem** charakterisieren. Die Bezeichnung sporadischer Kretinismus ist irreführend, denn das kindliche Myxödem ist etwas anderes als jenes Zustandsbild, welches wir als Kretinismus noch kennenlernen werden. Fällt die Schilddrüsenfunktion frühzeitig aus, so resultiert eine charakteristische Wachstums- hemmung. Sie betrifft im Prinzip den ganzen Körper. An der stehengebliebenen Knochen- und Zahnentwicklung kann man den Zeitpunkt ablesen, zu dem die Schilddrüse ihre Tätigkeit eingestellt hat. Der **Schilddrüsenzwerger** bleibt somatisch und funktionell ein Kind, er gehört der Gruppe der infantilistischen Zwergwuchs- formen an. Die Genitaleentwicklung bleibt auf der gleichen kindlichen Entwick- lungsstufe stehen. Die geistige Entwicklung ist in der Regel noch stärker gestört als das Knochenwachstum. Bei primärem Fehlen der Schilddrüse besteht in der Regel mehr oder weniger ausgesprochene Idiotie. Im übrigen entspricht das Zustandsbild völlig dem eines Myxödems beim Erwachsenen. Auch die schweren und eindrucksvollen Symptome des kindlichen Myxödems sind einer Kausalbehandlung und nur dieser zugänglich.

In die pathologische Physiologie der Schilddrüse wird in der Regel noch ein weiteres Krankheitsbild, der **echte Kretinismus**, einbezogen. Das hat darin seine Berechtigung, daß Schilddrüsenbefund und Schilddrüsenfunktion auch beim Kretin niemals normal gefunden werden, daß bei keinem Kretin die Zeichen einer Unterwertigkeit der Schilddrüsenfunktion vermißt werden. Alle Erscheinungen, die wir beim Myxödem, vor allem beim kindlichen Myxödem erwähnt haben, finden sich prinzipiell auch beim Kretin. Niemals finden sie sich jedoch in dem regelmäßigen Nebeneinander wie beim echten Athyreoten. Einzelne Symptome können fehlen, andere wieder besonders ausgesprochen vorhanden sein. Dadurch kommt beim Kretin eine Vielgestaltigkeit des Bildes zustande, im Gegensatz zu dem weitgehend gesetzmäßigen Verhalten des Athyreoten. Die Wachstumsstörung beim Kretin ist eine unregelmäßige, Kretins können zwerg- haft sein wie auch beachtliche Größen erreichen. Die einzelnen Knochen werden ungleichmäßig betroffen, dadurch kommt eine ausgesprochene Dysproportion zustande. Zu irgendeiner Zeit wird auch das Wachstum abgeschlossen. Der Erfolg einer Schilddrüsen-therapie ist ein sehr verschiedener, im Gegensatz zu dem regelmäßigen Verhalten des Myxödems. Besonders eindrucksvoll und mit- unter das neben der Schilddrüsenveränderung einzige stark ausgeprägte Symptom ist die schwere Alteration der Funktionen des Zentralnervensystems, so daß diese Menschen oft ihr ganzes Leben zu den primitivsten Funktionen nicht fähig werden. Die Schilddrüse ist, wie betont, immer verändert. Sie fehlt nicht wie beim Myxödem, sondern ist kropfig entartet, wobei die Kröpfe riesenhafte Dimensionen annehmen können. Trotzdem ist so wenig leistungsfähiges Schild- drüsen- gewebe in den Kröpfen enthalten, daß im Effekt eine Schilddrüsenunter- funktion resultiert. Das Gros der Kretinsymptome läßt sich unter einen Schild- drüsenmangel unterordnen. Die Unregelmäßigkeit und verschieden starke Aus- bildung der Symptome kann dadurch erklärt werden, daß die Schilddrüsen- tätigkeit schwankt und die Minderleistung nicht zu allen Zeiten gleich stark ist.

Ja man weiß, daß vorübergehend auch einmal basedowide Züge auftreten können. In der kropfigen Schilddrüse wirken offenbar zwei Vorgänge gegeneinander, einmal ein die spezifische Zellfunktion schädigendes, zu degenerativen Veränderungen führendes Moment, andererseits besteht die Tendenz, durch Zellproliferation einen Ausgleich zu schaffen. Die Kropfbildung wäre demnach Ausdruck einer kompensierenden Arbeitshypertrophie. Dabei ist es gleichgültig, ob die Schwierigkeit beim Kretin in der Bildung und Ausscheidung eines normalen Schilddrüsenhormons besteht, oder ob der Angriff am Erfolgsorgan erschwert ist und dadurch eine Hormonüberproduktion notwendig wird. Ein Unterschied gegenüber der gesunden Schilddrüse besteht auch insofern, als das kropfige Organ nicht die Fähigkeit zur Anreicherung und Konzentrierung wirksamer Schilddrüsenstoffe besitzt. Nicht für alle beim Kretin zur Beobachtung kommenden Symptome ist die ätiologische Beziehung zur Schilddrüsenunterfunktion zweifelsfrei vorhanden. Die starke Störung der geistigen Funktionen beim Kretin geht fast schon über das entsprechende Vorkommen beim Athyreoten hinaus. Vor allem aber ist die häufige Kombination mit Taubstummheit eine Erscheinung, die in dieser Form wohl nicht zum Myxödem gehört. Die Hörstörungen beim Athyreoten sind, wenn überhaupt vorhanden, viel weniger eindrucksvoll. Mag man sich auf den Standpunkt stellen, daß alle Erscheinungen des Kretins als Ausdruck einer Minderleistung der kropfigen Schilddrüse erklärt werden können, oder mag man etwa in der Taubstummheit ein weiteres, selbständiges Krankheitssymptom sehen, sicher ist, daß auch der Kropf Folge einer besonderen schädigenden Einwirkung sein muß. Das geht schon daraus hervor, daß der Kretinismus eine endemische Krankheit ist und in gleicher Weise Menschen und Tiere befällt, die in diesen Gegenden leben, auch dann, wenn sich Menschen nur für längere Zeit in solchen Gebirgsgegenden aufhalten. Gesunde Menschen können in Kropfgegenden Kropfkinder bekommen, ziehen sie dann aus der Gegend fort, so zeigen etwaige weitere Kinder ein normales Schilddrüsenverhalten. Das Kernproblem des endemischen Kretinismus ist daher die Frage nach der **Kropfnoxe**, die für die Kropfentstehung und letzten Endes für das gesamte Krankheitsbild verantwortlich zu machen ist. Trotz einer Reihe von interessanten Einzelbefunden ist das Rätsel der Kropfnoxe, die ein exogener, an irgendwelche speziellen Eigenschaften der Gegend gebundener Faktor sein muß, auch heute noch nicht gelöst. Es würde zu weit führen, auf die große Zahl der aufgestellten Kropftheorien einzugehen. Nur ein Problem soll seiner praktischen Bedeutung wegen herausgegriffen werden. Es ist die Frage des **Jods**, die nicht nur für das Problem des endemischen Kretinismus gesteigertes Interesse verdient, sondern mit der Frage der Schilddrüsenfunktion überhaupt untrennbar verbunden ist. Jod ist ein konstanter Körperbestandteil, der Jodbestand unterliegt jahreszeitlichen Schwankungen. Der Jodgehalt ist in einzelnen Organen ein sehr verschiedener, im Gehirn fällt ein besonderer Jodreichtum in bestimmten Regionen des Mittelhirns auf. Das jodreichste Organ ist die Schilddrüse, rund ein Drittel ihres Jods ist als Thyroxinjod zugegen. Die Schilddrüse muß in der Regulation des Jodstoffwechsels eine zentrale Stelle einnehmen. Der **BASEDOW** ist durch einen erhöhten, das Myxödem durch einen erniedrigten Blutjodspiegel ausgezeichnet. Der Kretin hat häufig einen ganz besonders niedrigen Jodspiegel. Ein Einfluß von Jodzufuhr auf die Tätigkeit der Schilddrüse ist zweifellos vorhanden. Wird dem **BASEDOW**-Kranken reichlich Jod zur Verfügung gestellt, so ist offensichtlich die Bereitung wirksamer Schilddrüsensubstanzen erleichtert, die thyreotoxischen Symptome werden stärker. Das ist der gewöhnliche klinische Eindruck. Auch bei Kropfträgern kann es unter übermäßiger Jodbehandlung zu hyperthyreotischen Zeichen kommen. Aber noch eine andere Wirkung hat das Jod auf die

Schilddrüse, die die Grundlage zu der gelegentlich einmal nützlichen Behandlung des Basedow mit kleinen Joddosen bildet und speziell für die günstige Wirkung von Jod beim Kretinismus entscheidend ist. Jod wirkt den proliferierenden Zellveränderungen in der Schilddrüse entgegen und stellt damit die arbeitende Schilddrüse in den Zustand des ruhenden Organs um. Wir haben in dem endemischen Kropf den Ausdruck einer Arbeitshypertrophie gesehen, weil ein zellschädigendes Moment der normalen Funktion der Schilddrüsenzelle entgegenwirkt. Wir kennen im **Jodmangel** mit Sicherheit einen Faktor, der für die Entstehung des Kropfes eine entscheidende Rolle spielt. Damit braucht nicht erwiesen sein, daß Jodmangel die einzige Ursache der Kropfbildung darstelle, man hat auch Kropfbildungen nicht durch jodarme Ernährung erzeugen können. Wir kennen gehäuft auftretende Kröpfe in Gegenden, in denen Jodmangel offenbar keine Rolle spielt (Danzig). Fassen wir aber den endemischen Kretinismus der Gebirgsgegenden in der Schweiz, in Tirol und der Steiermark ins Auge, so ist der entscheidende Einfluß des Jodmangels für die Entstehung der Kröpfe und damit des Kretinismus außer jedem Zweifel. Alle Naturprodukte, das Wasser, die Pflanzen u. dgl. sind in diesen Gegenden ausgesprochen jodarm. Den Grund hierfür wissen wir nicht. Die Ernährung der Menschen in diesen Gegenden ist daher ausgesprochen jodarm. Wird Jod der Nahrung zugesetzt, was in Form von Jodkalium dem Kochsalz in Kropfgegenden regelmäßig beigegeben ist, so ist der günstige Einfluß auf Verlauf und Auftreten der Kröpfe unverkennbar. Die Kröpfe verkleinern sich, Frauen, die während der Schwangerschaft reichlich Jod zu sich nehmen, bekommen kropffreie Kinder. Durch die Jodzufuhr wird also ganz allgemein eine Leistungssteigerung der Schilddrüse erreicht, die Arbeitshypertrophie der Schilddrüse wird bei ausreichend zur Verfügung stehendem Jod nicht oder nicht in dem Maße notwendig wie bei Jodmangel. Das sind einwandfreie klinische Feststellungen, die auch für **Prophylaxe** und Behandlung der Kropfträger entscheidend geworden sind. Wie wir uns aber die Jodwirkung ihrem Wesen nach im einzelnen vorzustellen haben, ist eine Frage, die heute noch nicht eindeutig beantwortet werden kann. Wir wissen über Einzelheiten des normalen Jodstoffwechsels noch zu wenig Bescheid, als daß die Möglichkeit bestünde, eine Pathologie des Jodstoffwechsels den normalen Verhältnissen gegenüberzustellen.

## 2. Epithelkörperchen.

Die an der Hinterfläche der Schilddrüse angelagerten oder auch innerhalb des Schilddrüsengewebes liegenden Epithelkörperchen sind völlig selbständige Organe und haben insbesondere mit der Schilddrüse funktionell nichts zu tun. Die nahen räumlichen Beziehungen der beiden Organe bringen es mit sich, daß ein und derselbe krankhafte Prozeß Schilddrüse und Epithelkörperchen gleichzeitig betreffen kann. In früheren Jahren, als die Existenz und Funktion der Epithelkörperchen noch unbekannt war, fielen diese Organe bei Kropfoperationen zum Opfer, und die nach solchen Operationen auftretenden tetanischen Erscheinungen wurden irrtümlich in den Symptomenkomplex des Schilddrüsenausfalls eingereiht. Die chemische Struktur des in den Epithelkörperchen gebildeten Hormons ist noch nicht bekannt. Aus Epithelkörperchen lassen sich jedoch hochwirksame, standardisierte Extrakte herstellen, die als **Colliphormon** oder **Parathormon** bezeichnet werden. Die Entstehung einer **parathyreoopriven Tetanie** durch Entfernung oder sonstige Schädigung des Organs, häufig sekundär im Anschluß an entsprechende Schilddrüsenveränderungen, ist ein klarer Vorgang. Schwieriger zu erklären ist die Entstehung der **idiopathischen Tetanie** der Erwachsenen und der auch als **Spasmophilie** bezeichneten Kindertetanie, die der parathyreoopriven Tetanie als wesensgleich an die Seite zu stellen sind. Die bei diesen Fällen

an den Epithelkörperchen feststellbaren organischen Veränderungen, die im wesentlichen auf kleine Blutungen und Nekrosen beschränkt sind, geben nur eine unbefriedigende Erklärung für die Minderleistung des Organs ab. Zudem wäre sofort die weitere Frage zu erheben, auf welche Weise die gefundenen Veränderungen zustande kommen. Für die Spasmophilie der Kinder hat man konstitutionelle Faktoren angeschuldigt, andererseits sind auch unzweckmäßige Ernährungsbedingungen als entscheidend angenommen worden. Aus den alimentären Faktoren läßt sich nur ein Moment herauschälen, welches für das Auftreten der klinischen Krankheitserscheinungen von Bedeutung ist. Kalkzufuhr bessert oder heilt den Zustand prompt. Die häufige Kombination zwischen Rachitis und kindlicher Tetanie hat zu der Vermutung geführt, daß auch innere Zusammenhänge bestehen müßten. Das Bindeglied soll in den bei beiden Erkrankungen vorhandenen Störungen im Kalkstoffwechsel gesehen werden. Wir werden bei Besprechung der Veränderungen im Kalk- und Phosphatstoffwechsel darauf hinzuweisen haben, daß das Wesen der mineralischen Störung bei der Rachitis grundsätzliche Unterschiede gegenüber dem Verhalten bei Tetanie zeigt. Somit ist ein innerer Zusammenhang zwischen Rachitis und Spasmophilie wie auch zwischen Osteomalacie und Tetanie des Erwachsenen zumindest nicht zu beweisen. Für die idiopathische Tetanie des Erwachsenen kommt noch ein rätselhaftes exogenes Moment hinzu. Man sieht eine sehr augenfällige Bevorzugung bestimmter Berufsgruppen, speziell der Schneider und Schuster. Man sieht ferner, daß die Tetanie in manchen Gegenden offenbar endemisch auftritt, etwa in der Gegend von Wien und Heidelberg. Man sieht schließlich, daß die Krankheit einen Höhepunkt in den Frühjahrsmonaten hat bzw. zu dieser Zeit überhaupt nur klinisch in Erscheinung tritt, mitunter durch Jahre immer im Frühjahr rezidiert. Das gilt nicht nur für die Erwachsenen tetanie, sondern auch für die der Kinder. So gibt es also eine ganze Reihe von Faktoren, die im Endeffekt zu den gleichen Krankheitserscheinungen führen, welche Ausdruck einer Minderleistung der Epithelkörperchen sind. Das Einheitliche bei den genannten Tetanieformen ist die Tendenz zur **Verarmung des Blutes an ionisiertem Calcium**. Sinkt der Calciumspiegel unter 7 mg-%, so wird die Tetanie klinisch manifest. Auf das Verhalten des Calciums ist der entscheidende Wert zu legen. Zufuhr von Colliphormon führt wie direkte Kalkverabreichung zur Erhöhung des Calciumspiegels und damit zur Beseitigung der Krankheitserscheinungen. In gleicher Richtung wirkt das **A. T. 10**, welches als wirksames Prinzip den Calcinosefaktor, ein Bestrahlungsprodukt des Ergosterins, enthält und zur Kalkmobilisation und Erhöhung des Blutkalkes führt. **A. T. 10** ist im übrigen kein harmloses Produkt und kann bei Überdosierung und starker Steigerung des Blutcalciums zu schweren Vergiftungserscheinungen führen. Innere Beziehungen zwischen dem Wirkstoff der Epithelkörperchen und dem **A. T. 10** bestehen zweifellos nicht. So beeinflußt **A. T. 10** auch nur die tetanischen Symptome, nicht jedoch die im Rahmen der parathyreopriven Tetanie auftretenden tropischen Störungen, also etwa den Star. Für die genannten Tetanieformen spielt keine Alkalose die entscheidende Rolle. Die Alkalose durch Überventilation oder Säureverlust (Magentetanie) ist eine ganz andere Erscheinung, die auch zur Tetanie führt, ohne daß dabei eine Hypocalcämie vorliegt. Man nimmt jedoch eine Rückwirkung der veränderten Blutreaktion auf den ionisierten Anteil des Calciums im Sinne einer Erniedrigung an, so daß sich im Rahmen des unveränderten Calciumspiegels die Verteilung der Formen, in denen das Calcium im Blute zugegen sein kann, verschieben würde. Ohne Beteiligung der Epithelkörperchen ist bei der Dimethylguanidvergiftung eine weitere Tetanieform bekannt, die über eine Hypocalcämie zustande kommt. Sie ist aber weder durch Kalkgaben noch durch Zufuhr von Colliphormon einflußbar oder zu verhindern. Von

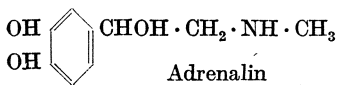
diesem Spezialfall abgesehen, fassen wir die mit Hypocalcämie einhergehenden Formen als etwas Einheitliches auf und stellen die gestörte Funktion der Epithelkörperchen in den Mittelpunkt des krankhaften Geschehens. Dabei sind diese Organe entweder direkt anatomisch greifbar geschädigt (parathyreoprive Tetanie) oder durch noch nicht im einzelnen genauer definierbare endogen-konstitutionelle oder exogene Momente (Spasmophilie der Kinder und idiopathische Tetanie der Erwachsenen) in ihrer Funktion so stark beeinträchtigt, daß es über die Abnahme des ionisierten Calciums im Blut zu der veränderten Erregbarkeit des Nervensystems und schließlich zu manifesten tetanischen Symptomen kommt. Das besonders häufige Manifestwerden einer Tetanie in der Schwangerschaft wird in Übereinstimmung mit tiereperimentellen Befunden bei partieller Parathyreoektomie darauf zurückgeführt, daß die Epithelkörperchen in dieser Zeit besonders stark beansprucht sind, und daher auch eine unterwertige Leistung besonders leicht zum Ausdruck kommen kann. Im Zustand der latenten Tetanie läßt sich die erhöhte **Erregbarkeit aller Nervengebiete** feststellen. Besonders eindrucksvoll ist die erhöhte mechanische Erregbarkeit des Facialis (CHVOSTEK), die zum Schnauzkrampf, und der Armnerven (Trousseau), die zur Pfötchenstellung der Hände führt. Prinzipiell reagiert das Nervensystem, und zwar im motorischen, sensiblen und sensorischen Anteil, auf jeglichen Reiz in verstärktem Maße. Auch die elektrische Erregbarkeit der Muskulatur ändert sich in charakteristischer Weise. Die Reizschwelle liegt niedriger, die Kathodenöffnungszuckung wird dadurch auslösbar. Im übrigen kommt bei galvanischer Reizung eine Anodenprävalenz zustande. Die Anodenschließungszuckung und mitunter sogar die Anodenöffnungszuckung kommen mit schwächeren Strömen zustande als die Kathodenschließungszuckung, die normalerweise bei Steigerung der Stromstärke als erste Zuckung auftritt (ERB). Im Stadium der manifesten Tetanie kommt es zu intermittierenden, schmerzhaften tonischen Krämpfen, verbunden mit Parästhesien. Bevorzugt ist das Facialisgebiet mit dem Schnauzkrampf und bestimmte Nervengebiete an Armen und Beinen, wobei es zur Pfötchen- oder Geburtshelferstellung der Hände und zu einer Plantarflexion und Supination der Füße bei aneinandergepreßten Beinen kommt. Prinzipiell können alle Muskeln beteiligt sein, beim Kinde ist der Laryngospasmus besonders gefürchtet. Auslösend für die tetanischen Krämpfe können eine Reihe von Gelegenheitsursachen werden, darunter auch die natürliche Beanspruchung einer Muskelgruppe (Intentionskrämpfe). Auch das vegetative Nervensystem kann in den Zustand erhöhter Erregbarkeit einbezogen sein und dadurch dem klinischen Bild besondere Merkmale hinzufügen. Neben diesen, durch die hormonal entstandene Hypocalcämie verursachten Störungen sind noch Rückwirkungen auf den Kalkstoffwechsel zu erwarten und auch vorhanden. Diese Dinge werden uns beim Kalkstoffwechsel noch genauer beschäftigen. Hier sei nur erwähnt, daß sich beim Tetaniker auf der Höhe der Krankheit auch charakteristische Kalkapositionstörungen speziell an den Zähnen zeigen. Daneben finden sich noch eine Reihe trophischer Störungen, worunter in erster Linie die Neigung zur Starbildung sowie Veränderungen an Nägeln und Haaren, die schließlich zum Ausfall dieser Gebilde führen, zu nennen sind.

Eine **Epithelkörperchenüberfunktion** kommt durch Adenombildung zustande. Die Erregbarkeit des Nervensystems ist herabgesetzt. Im Blute ist der Kalkspiegel stark erhöht, derselbe Effekt kann durch übermäßige Zufuhr wirksamer Epithelkörperchenextrakte erzielt werden. Die nachweisbaren Störungen betreffen den Knochen, der an Kalksalzen verarmt. Das entsprechende Krankheitsbild ist die **Ostitis fibrosa generalisata**. Auf Einzelheiten wird ebenfalls bei Besprechungen des Kalkstoffwechsels eingegangen.

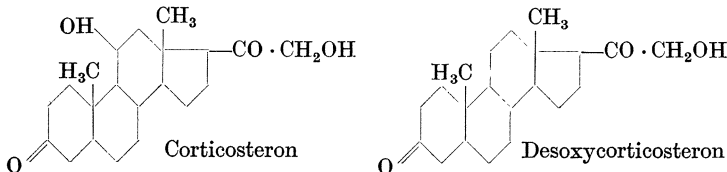
Interessant ist, daß vom Hypophysenvorderlappen ein stimulierender Einfluß auf die Epithelkörperchen ausgeht und daß man mit geeigneten Extrakten eine Vergrößerung der Epithelkörperchen, sowie eine Erhöhung des Blutkalkes erzielen kann. Auch liegen einzelne klinische Beobachtungen vor, bei denen es aus Anlaß einer übergeordneten, prähypophysären Erkrankung zur Überfunktion der Epithelkörperchen mit Symptomen einer Ostitis fibrosa generalisata gekommen war.

### 3. Nebenniere.

**Mark und Rinde.** In der Nebenniere sind zwei, auch entwicklungsgeschichtlich verschiedene Zellsysteme vereinigt, das chromaffine Mark, das einen wesentlichen Bestandteil des Adrenalsystems darstellt, und die Rinde, die auch als Interrenalsystem bezeichnet wird. In der Regel ist die Nebennierenrinde der einzige Repräsentant des Interrenalsystems, es kommen jedoch versprengte Rindenkeime an anderen Körperstellen vor. Beide Systeme fungieren zweifellos als Hormonorgane. Eine innere Beziehung der Funktionen von Mark und Rinde wurde vor allem mit Rücksicht auf die entwicklungsgeschichtliche Verschiedenheit beider Gewebssysteme von den meisten Autoren abgelehnt. Neuerdings ist jedoch auf Grund feingeweblicher Untersuchungen das Problem erneut zur Diskussion gestellt. Danach sollen Rinde und Mark eine histotopographische Einheit (Epinephron) bilden. Das Markhormon ist das **Adrenalin**, ein Brenzcatechinderivat, dessen Muttersubstanzen in den aromatischen Eiweißspaltstücken zu suchen sind. Das Adrenalin ist das typische Sympathicushormon, es wirkt erregend auf alle vom Sympathicus innervierten Gewebe. Eine weitere



Wirkung erstreckt sich auf die Leberzelle, deren Glykogen es mobilisiert. In dieser Funktion ist das Adrenalin Gegenspieler des Insulins. Auch aus der Rinde konnten inzwischen Wirkstoffe isoliert werden, die chemisch untereinander nahe verwandt sind und zur Gruppe der Stereoiden gehören. Damit ergibt sich die sehr wichtige nahe Verwandtschaft zu den Sexualhormonen. Als besonders bedeutungsvoll haben das **Corticosteron** und das **Desoxycorticosteron** zu gelten.



Während die erstgenannte Substanz nur aus Nebennierenrinde gewonnen werden kann, ist das Desoxycorticosteron auch synthetisch darstellbar. Bei gleicher Wirkungsrichtung ist das Desoxycorticosteron dem Corticosteron quantitativ überlegen und wird wegen seiner universellen Wirkung und der Fähigkeit eines vollständigen Ausgleichs der Nebenniereninsuffizienzerscheinungen von einigen Autoren als das Rindenhormon angesehen. Damit ist es möglich geworden, die vielseitigen, mit Rindenextrakten gewonnenen Ergebnisse mit der reinen und exakt dosierbaren Substanz nachzuprüfen und auf diese Weise ein Urteil über die spezifische Funktion der Rinde zu gewinnen. Durch die umfassenden Untersuchungen und gewonnenen Erkenntnisse der letzten Jahre scheint sich jetzt auch die Möglichkeit zu ergeben, die vielseitigen Symptome des **Rinden-****ausfalls** zu ordnen und unter einheitlichen und relativ einfachen Gesichtspunkten zu betrachten. Mit einer solchen Möglichkeit gelingt es aber auch, auf die Annahme mehrerer verschiedener Wirksubstanzen der Nebennierenrinde zur

Erklärung des komplizierten krankhaften Geschehens zu verzichten und ein einziges Hormon in den Brennpunkt des Problems zu stellen. Ein Punkt muß vor allem hervorgehoben werden, weil er geeignet ist, die Vielheit stofflicher Befunde bei Nebenniereninsuffizienz auf einen gemeinsamen oder einfacheren Nenner zu bringen. Es ist der Nachweis, daß das Rindenhormon einen weitverbreiteten chemischen Vorgang zu beherrschen scheint, nämlich die Phosphorylierungsprozesse. Diese sind unerläßlich für eine ganze Reihe intermediärer Stoffwechselvorgänge, aus denen wir nur einen herausgreifen wollen: Die Synthese des Laktoflavin zur Laktoflavinphosphorsäure als dem spezifischen Anteil des gelben Atmungsfermentes. Vitamin, Ferment und Hormon vereinigen sich hier zur lebenswichtigen Funktion, hier dürfte der Schlüssel zum Rätsel der Lebenswichtigkeit der Nebennierenrinde liegen. Nebennierenlose Tiere bleiben dann am Leben, wenn man ihnen an Stelle von Laktoflavin Laktoflavinphosphorsäure zuführt.

Die Funktionstüchtigkeit der Nebenniere ist mit dem Erhaltensein des Nebennierengewebes nicht ohne weiteres garantiert. Für die Adrenalinbildung und -ausschüttung ist bekannt, daß sie nur bei Erhaltung der Verbindungen mit dem sympathischen Nervensystem in normaler Weise vor sich geht. Für die Rindenfunktion ist mit ähnlichen Verhältnissen zu rechnen. Schließlich muß noch darauf hingewiesen werden, daß Störungen anderer Organe die Nebennierenfunktion in Mitleidenschaft ziehen. Hier ist in erster Linie die Hypophyse, und zwar der Vorderlappen zu nennen. Wir werden noch darauf zurückkommen, daß die hypophysäre Kachexie eine Reihe von Symptomen zeigt, die denen einer Nebenniereninsuffizienz weitgehend entsprechen und auch als durch eine sekundäre Nebenniereninsuffizienz verursacht angesehen werden. Umgekehrt finden wir auch bei der Akromegalie sekundäre Überfunktionserscheinungen der Nebenniere. Schließlich ist noch auf die weitgehende Symptomgleichheit beim basophilen Hypophysenadenom und beim Nebennierenrindentumor hinzuweisen.

Eine reine Nebenniereninsuffizienz liegt bei der **Addison'schen Krankheit** vor. Anatomisch handelt es sich in der Regel um eine Tuberkulose beider Nebennieren, die zur Zerstörung von Mark und Rinde führt. Die Tatsache, daß der tödliche Ausgang einer ADDISON'schen Krankheit auch durch große Adrenalindosen nicht verhindert werden kann, führt zu der Auffassung, daß mit der Nebennierenrinde ein lebenswichtiges Hormon ausfällt. Unbeschadet von dieser grundsätzlichen Feststellung muß allerdings betont werden, daß die Frage der Lebenswichtigkeit des Adrenalsystems sich aus der Pathologie der Nebenniere allein nicht beantworten läßt. Das Nebennierenmark ist nur ein Teil des Adrenalsystems, bei Nebennierenausfall geht das Interrenalsystem vollständig zu Verlust, während die zum Adrenalsystem gehörigen, vor allem im Bauch, aber auch an anderen Körperstellen vorhandenen sympathischen Ganglienzellen erhalten bleiben. Bei der ADDISON'schen Krankheit liegt also eine absolute adrenale Insuffizienz nicht vor. Dennoch kombinieren sich bei der ADDISON'schen Krankheit interrenale mit adrenalen Ausfallserscheinungen. Die eindrucksvollen und wichtigen Symptome allgemeiner Kraftlosigkeit (**Adynamie**), zunehmender Hinfälligkeit und Kachexie sind sicher durch den Rindenausfall bedingt. Ursache der Adynamie ist eine Störung des Muskelchemismus, die Restitutionsvorgänge im Muskel sind nicht normal durchführbar. Wie schon im Darm eine selektive Zuckeraufnahme nicht erfolgen kann, ist auch eine selektive Zuckeraufnahme in die Gewebszellen bei Nebenniereninsuffizienz nicht mehr möglich, da der hierbei notwendige Phosphorylierungsprozeß nicht mehr funktioniert, die Störung also bei der Bildung der Hexosephosphorsäure liegt. Wie wir sehen, nimmt diese Form der Störung im Kohlehydratstoffwechsel bei der Nebenniereninsuffizienz eine zentrale Stellung in krankhaften Gefäßen ein und erweist sich als mit



zahlreichen anderen Erscheinungen eng gekoppelt. Diskutiert wurde die Frage, ob in der Messung der erhöhten Muskelermüdbarkeit und verminderten Arbeitsleistung der Thymus eingeschaltet sein könnte und damit eine Brücke zur Myasthenie geschlagen wäre, doch kommt diese Vorstellung über das Gebiet einer Hypothese noch nicht heraus. Die Störungen der Wärmeregulation, die sich in einer Tendenz zur **Hypothermie** und in Schwierigkeiten einer Auseinandersetzung mit Schwankungen in der Außentemperatur äußern, werden auf den Rindenausfall geschoben. Die **Addissonkrise**, die den Ausdruck schwerster Nebenniereninsuffizienz darstellt und unbehandelt tödlich endigt, bietet aber noch eine ganze Reihe weiterer Symptome. Auf Grund der Tatsache, daß sich auch diese Erscheinungen durch Zufuhr von Rindenextrakt und nur auf diese Weise beheben lassen, sind sie als Folgen des Rindenmangels angesprochen worden, ohne daß es möglich wäre, in jedem Falle die sich hierbei abspielenden Vorgänge im einzelnen zu übersehen. Sicherlich ist nicht das ganze vielseitige Bild, welches sich insbesondere im agonalen Zustand bietet, unmittelbare Folge des Nebennierenmangels. Vielmehr werden sich eine ganze Reihe von Erscheinungen erst sekundär entwickeln, sei es infolge der gegebenen Wechselbeziehungen der Nebenniere zu anderen Organen, insbesondere hormonaler Natur, sei es im Zuge des schweren Zusammenbruches körperlicher Funktionen überhaupt. Ich nenne in dieser Richtung die ausgesprochenen cerebralen, deliranten wie komatösen Erscheinungen, die dem Nebennierentod vorausgehen können. Ich denke weiter an die in der Krise häufigen und eigentümlichen gastrointestinalen Erscheinungen, die das Bild einer Peritonitis und eines Ileus vortäuschen können und sehr schwer zu deuten sind. Besonders eindrucksvoll sind solche Erscheinungen bei der **Nebennierenapoplexie**, wie sie etwa beim kleinen Kind auf septischer Grundlage im Rahmen des **Marchand-Waterhouse-Friderichsenschen Syndroms** zustande kommt. Sehr eindrucksvoll und nie fehlend sind die **Kreislauferscheinungen** bei der Nebenniereninsuffizienz. Der Blutdruck sinkt, die Arbeitsleistung des Herzens nimmt ab, gelegentlich sind auch elektrokardiographische Veränderungen im Sinne eines Myokardschadens gesehen worden. Daneben finden sich Störungen des Gefäßtonus und solche der Blutverteilung. Sicherlich spielt auch die Rindeninsuffizienz bei der Entstehung dieser Erscheinungen eine wesentliche Rolle. So dürfte die Ursache der Leistungsminderung der Herzmuskulatur in der gleichen Richtung zu suchen sein wie die Adynamie der sonstigen Körpermuskulatur. Es erscheint jedoch einseitig und daher nicht zulässig, die Hypotonie und die Störungen der Blutverteilung von der bei Nebenniereninsuffizienz ebenfalls schwer gestörten Funktion des Adrenalsystems ursächlich völlig zu trennen. Das gleiche gilt für eine Reihe eindrucksvoller Symptome im Bereich des **Kohlehydratstoffwechsels**. Die Bedeutung der Nebennierenrinde für den Kohlehydratstoffwechsel wurde bereits hervorgehoben und dabei betont, daß bei Rindenausfall Abweichungen im Kohlehydrathaushalt durch resorptive und intermediäre Störungen auftreten können. Aber auch die adrenale Insuffizienz ist sicher bedeutungsvoll, vor allem für die Tendenz zur Hypoglykämie bei erhöhter Insulinempfindlichkeit und, sofern bei dem Kranken noch mobilisierbare Glykogendepots vorhanden sind, auch erhöhte Adrenalinempfindlichkeit. Drückt man beispielsweise die Adrenalinbildung in der Nebenniere durch pharmakologische oder mechanische Ausschaltung der sympathischen Nervenverbindung auf ein Minimum herab, so erzeugt man dadurch in vieler Richtung die gleichen Störungen im Kohlehydratstoffwechsel, wie sie der **ADDISON-Kranke** bietet. Bei solchen Eingriffen sind beim Erwachsenen gleichzeitige Rindenfunktionsstörungen bis jetzt noch nicht beobachtet, so daß man zur Erklärung der Stoffwechselveränderungen das Schwergewicht auf die adrenale Insuffizienz legen muß.

Als ein reines Zeichen adrener Insuffizienz wird die für den ADDISON-Kranken charakteristische **Pigmentierung** angesehen. Man sieht, daß die Pigmentierung an den normalerweise pigmentreichen Körperstellen, etwa an den Mamillen, sehr stark zunimmt. Darüber hinaus treten an vielen anderen Körperstellen, speziell auch an den Schleimhäuten, dunkelbraune bis blauschwarze Pigmentierungen auf. Charakteristisch sind ferner die Pigmentierungen in den Linien der Hohlhand und der Fußsohlen. Das Pigment entspricht dem normalen Hautpigment, ist also eisenfrei und entstammt den gleichen Eiweißbausteinen, die auch die Muttersubstanz des Adrenalins darstellen. Bei der Besprechung der Pigmente werden wir noch darauf zurückkommen, wie man sich den Vorgang im einzelnen vorstellt. Den wesentlichen Grund, weshalb beim ADDISON-Kranken die Pigmentbildung stattfindet, sieht man in der Tatsache, daß in dem zerstörten Nebennierenmark kein Adrenalin mehr gebildet werden kann, so daß die für die Adrenalinbildung vorgesehenen aromatischen Eiweißbausteine nun auch als Muttersubstanzen des Pigments Verwendung finden und demgemäß zu dem vermehrten Auftreten von Pigmentierungen Veranlassung geben. Ob die Situation ganz so einfach ist, erscheint fraglich. Man rechnet mit der Möglichkeit, daß in der Rinde reichlich vorhandene, möglicherweise dem Vitamin C zuzusprechende Substanzen, Beziehungen zum Auftreten dieser Pigmente haben. Tatsache ist ferner, daß ein Teil der ADDISON-Kranken bei erfolgreicher Behandlung mit Rindenpräparaten deutlich abblaßt. Ob man aus derartigen Beobachtungen allerdings den Schluß ziehen darf, daß dem Rindenhormon ein unmittelbarer Einfluß auf den Pigmentstoffwechsel zukommt, erscheint fraglich, zumal konkrete Vorstellungen über derartige Beziehungen noch fehlen.

Schließlich müssen noch eine Reihe **mineralischer Veränderungen** hervorgehoben werden, die zunächst nur rein empirisch festgestellt sind, in der Therapie der Nebenniereninsuffizienz jedoch eine entscheidende Bedeutung erlangt haben. Inzwischen ist auch ein gewisser Einblick in die inneren Zusammenhänge dieser Veränderungen möglich geworden. Bei Nebenniereninsuffizienz kommt es durch vermehrte Natriumausscheidung zu einem Absinken des Blutnatriums, gleichzeitig steigen Reststickstoff und Kalium an, und zwar stärker, als der gleichzeitigen Bluteindickung entspricht. Die Bluteindickung ist Folge des Flüssigkeitsabstroms in die Gewebe. Natriumarme Ernährung, vor allem aber Zulagen kleiner Kaliummengen verschlechtern das klinische Bild außerordentlich und können unmittelbar zur ADDISON-Krise führen. Dies gilt für das Tierexperiment, aber auch für die menschliche Erkrankung. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer natriumreichen und kaliumarmen Ernährung bei Nebenniereninsuffizienz, wodurch das Auftreten kritischer Zustände verhindert und die Rindenhormonzufuhr wesentlich verringert werden kann. Das antagonistische Verhalten von Na und K drängt den Gedanken innerer Koppelung unmittelbar auf. Der Natriumeinstrom in die Gewebe, der dem Flüssigkeitsstrom folgt und einer vermehrten Natriumausscheidung vorangeht, könnte ein zwangsläufiger sein und osmoregulatorischen Zwecken dienen, damit lebenswichtige Blutkonstanten trotz der Bluteindickung erhalten bleiben. Vielleicht ist der Kaliumanstieg im Blut das Primäre. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Feststellung, daß die Störungen des Kaliumstoffwechsels eng mit denen des Kohlehydratstoffwechsels in der Muskulatur gekoppelt sind. Bei der Assimilation von Glucose zu Glykogen wird Kalium gebunden, und zwar höchstwahrscheinlich an die Hexosephosphorsäure. Bei Glykogenzerfall, also auch bei der Muskelkontraktion, wird Kalium frei. Der Kaliumanstieg im Blut bei Nebenniereninsuffizienz beruht also auf der Unmöglichkeit der Bildung von hexosephosphorsaurem Kalium. Es ergibt sich also hier die Möglichkeit, Störungen

im Kohlhydratstoffwechsel und solche des Mineralstoffwechsels unter einheitlichen Gesichtspunkten zu betrachten. Sicher bleiben noch eine ganze Reihe von Fragen auf diesem schwierigen Gebiet, aber es zeigt sich doch ein Weg, der eine Synthese der vielseitigen, bei Nebenniereninsuffizienz auftretenden und durch Zufuhr von Rindenhormonen ausgleichbaren Erscheinungen möglich zu machen scheint.

**Überfunktion des Marks. Hypernephrom.** Überfunktionen des Adrenalsystems können bei tumorartiger Vermehrung des Markgewebes zustande kommen. So hat man auch gelegentlich bei Hypernephromen, die ja an sich von der Rinde ausgehen, bei denen aber auch eine Überfunktion des Marks zustande kommen kann, Hyperglykämien und Hypertonien beobachtet und in diesen Erscheinungen den Ausdruck eines Hyperadrenalismus gesehen. Wichtig ist, daß in diesen Fällen Blutdruck- und Blutzuckersteigerungen nicht selten paroxysmal auftreten.

**Überfunktion der Rinde. Pubertas praecox.** Gutartige oder bösartige Tumoren der Nebennierenrinde führen zu einem eigenartigen Symptomenkomplex, der sich beim Kind in einer enorm beschleunigten Entwicklung und geschlechtlichen Frühreife äußert (Pubertas praecox). Beim erwachsenen Menschen kommt es durch Rindentumoren auch zu einer erheblichen Beeinflussung der Geschlechtsdrüsen, speziell der sekundären Geschlechtscharaktere, vor allem zu einer Umstellung nach dem anderen Geschlecht bzw. zu Erscheinungen von Hermaphroditismus. Ähnliche Symptome kommen auch bei Tumoren der Sexualdrüsen vor. Die nahe chemische Verwandtschaft der Sexualhormone mit den Rindenhormonen wirft dabei unmittelbar das Problem stofflicher Beziehungen der in diesen Fällen ablaufenden maßgebenden Vorgänge auf. Mitunter ist aber das Symptomenbild beim Nebennierenrindentumor noch wesentlich bunter. Neben den Veränderungen im Sexualgebiet kommt es zur Fettsucht, die vorwiegend am Stamm lokalisiert ist. Ferner sind Hypertonie, Glykosurie und Polycythämie beim Interrenalismus beobachtet. Alle diese Erscheinungen charakterisieren auch den Morbus CUSHING, welchem ein basophiles Hypophysenadenom zugrunde liegt. Lediglich die Osteoporose scheint nur bei der CUSHINGschen Krankheit vorzukommen. Bei den engen korrelativen Beziehungen zwischen Hypophysenvorderlappen und Nebenniere (Rinde und Mark) wird man sich die Frage vorlegen müssen, ob durch einen Nebennierenrindentumor die Arbeit der Hypophyse in Mitleidenschaft gezogen werden und es damit zu hypophysären Symptomen kommen kann, wie andererseits beim Morbus CUSHING mit der Möglichkeit eines sekundären Interrenalismus zu rechnen ist.

Wenn wir auf Grund dieser Feststellungen nochmals auf die Symptomatik der Nebenniereninsuffizienz zurückkommen, so haben wir hierbei auf die gegenteiligen Symptome, d. h. die exzessive Rückwirkung der Nebenniereninsuffizienz auf Wachstum und Genitalentwicklung nicht hingewiesen. Tatsächlich fehlen in dieser Hinsicht ausreichende Erfahrungen, besonders wohl deshalb, weil eine ADDISONsche Krankheit in der Regel erst nach Abschluß der Wachstumsperiode auftritt. Gehen wir aber von seltenen Einzelbeobachtungen aus, so hat es den Anschein, als ob bei frühzeitigem Rindenausfall tatsächlich **Wachstumsstörungen** und Störungen in der Genitalfunktion zustande kommen. Durch neuere tierexperimentelle Ergebnisse erhält die Annahme, daß funktionelle Minderleistung der Nebenniere vermutlich über die **gestörte Rindenfunktion** zu einer Wachstumsstörung führt, eine wesentliche Stütze. Es resultiert ein Zustandsbild eines Zwergwuchses, das mit den Erscheinungen des Hypophysenzwerges völlig übereinstimmt.

#### 4. Epiphyse.

Bezüglich der Epiphyse können wir uns kurz fassen, zumal die Vorgänge, bei denen eine Überfunktion dieses Organes im Mittelpunkt des Zustandsbildes

zu stehen scheint, noch recht dunkel sind. Auch sind wir noch nicht in der Lage, durch Zufuhr von Epiphysenextrakten das nachzuahmen, was man klinisch bei Epiphysentumoren des Kindesalters zu sehen bekommt. Es handelt sich neben den Erscheinungen eines Hirntumors um das Auftreten einer **Entwicklungsbeschleunigung mit sexueller Frühreife**, also um genau die gleichen Erscheinungen, wie wir sie bei Tumoren der Nebennierenrinde beschrieben haben. Ob dabei Wechselwirkungen zwischen Epiphyse und Nebennierenrinde vorliegen, ist nicht bekannt. Tritt ein Epiphysentumor beim Erwachsenen auf, so sind mitunter nur Tumorsymptome nachzuweisen, in anderen Fällen kann eine Neigung zu Fettsucht (primär oder sekundär?) vorhanden sein. Die in Betracht zu ziehende, unmittelbare Tumorwirkung auf das Zwischenhirngebiet mahnt zur Vorsicht, in den klinischen Erscheinungen eine spezifische Hormonanomalie zu sehen. Abschließendes läßt sich über die inneren Zusammenhänge nicht sagen, es handelt sich um sehr seltene Ereignisse.

### 5. Hypophyse und Hypophyse-Zwischenhirnsystem.

In der Hypophyse begegnen wir einem Organ, dessen funktionelle Bedeutung für normales wie krankhaftes Geschehen heute nur zum Teil übersehen werden kann. An der überragenden Bedeutung dieses Organs für zahlreiche Funktionen ist jedoch nicht zu zweifeln. Die Verhältnisse liegen deshalb so außerordentlich kompliziert, weil sich durch die Zusammenordnung verschiedenster Bauelemente in diesem kleinen Organ eine große Reihe funktioneller Beziehungen zu den verschiedensten Lebensvorgängen ergeben. Durch Klinik und Experiment haben wir eine Reihe solcher Beziehungen kennengelernt und stellen uns vor, daß diesen biologischen Vorgängen normale oder krankhaft veränderte, spezifische Hormonwirkungen der Hypophyse zugrunde liegen. Keines der Hypophysenhormone ist in seinem chemischen Aufbau bisher bekannt. Wir verfügen lediglich über mehr oder weniger gereinigte Extrakte, die bestimmte, mitunter noch mehrere biologische Wirkungen entfalten. Gegenüber den anderen Inkretdrüsen, von denen wir annehmen, daß sie ihre Hormone direkt in das Blut abgeben, nimmt die Hypophyse dadurch eine Sonderstellung ein, daß ihre enge räumliche Beziehung zum Zentralnervensystem auch den direkten Übertritt von wirksamen Substanzen in den Liquor cerebrospinalis ermöglicht, eine Tatsache, die für eine Reihe von wirksamen Faktoren auch nachgewiesen ist. Dadurch tritt die Hypophyse in enge, korrelative Beziehungen zu Gehirnzentren, in erster Linie zu den vegetativen Zentren des Zwischenhirngebietes. Dabei ist die Feststellung wichtig, daß es sich für gewisse Funktionen um wechselseitige Beziehungen handelt, so daß für bestimmte Lebensvorgänge das Gebiet Hypophyse-Zwischenhirn als biologische Einheit imponiert. Der Hypophysenvorderlappen nimmt ferner unter den Drüsen mit innerer Sekretion insofern eine Sonderstellung ein, als die Arbeit zahlreicher, wenn nicht überhaupt aller übrigen Drüsen mit innerer Sekretion vom Vorderlappen aus hormonal gesteuert und weitgehend bestimmt wird. Eine solche korrelative Bindung erweist sich meist als eine gegenseitige, eine Tatsache, die die gedankliche Durchdringung der Verhältnisse nicht leichter macht.

Die Klinik verdankt den in mühsamen Experimenten zusammengetragenen Einzeltatsachen die Aufklärung einer großen Reihe von Krankheitsbildern, wobei sich, was unter Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse leicht verständlich ist, verschiedenste Symptome und Symptomkomplexe im Einzelfall miteinander kombinieren können. Bei der Feststellung von Symptomen einer **BASEDOWschen Krankheit** wird in Betracht zu ziehen sein, ob der Fehler nicht primär im Hypophysenvorderlappen zu suchen ist. Dieses Organ liefert ein **thyreotropes Hormon**, welches in hohen Dosen verabreicht auf direktem Wege die Schilddrüse zu einer **BASEDOW-Schilddrüse** umbaut und damit klinisch

einen Vollbasedow erzeugt, der allerdings trotz laufender Hormonzufuhr nach einiger Zeit wieder verschwindet. Damit ist es fraglich, ob es echte **hypophysäre Basedow-Fälle** gibt, wenn man nicht den Einwand gelten lassen will, daß es sich bei den entsprechenden Tierexperimenten um die Zufuhr artfremden thyreotropen Hormons handelt. Bei der Besprechung der Schilddrüse sind wir auf diese Frage bereits eingegangen.

Wesentlich klarer liegen die Verhältnisse bei der Beziehung der Hypophyse zum Wachstumsvorgang und der sich hieraus ergebenden Störungen. Bildungsstätte des **Wachstumshormons** sind die eosinophilen Zellen im Vorderlappen. Verminderung oder Fehlen dieser Zellen führt zur mangelhaften Hormonbildung, Vermehrung, meist in Form eosinophiler Adenome oder maligner Tumoren ähnlichen Zellaufbaus, bedingt eine Überproduktion des Wachstumshormons. Auf welchem Wege dieses Hormon seine Wirkung entfaltet und wo es angreift, ist unbekannt. Mit der Möglichkeit einer Einschaltung zentralvegetativer Gebiete muß auch hierbei gerechnet werden. Steht das Hormon nicht in ausreichender Menge zur Verfügung, so werden Wachstum und Entwicklung stark verlangsamt und in schweren Fällen überhaupt nicht zu Ende geführt, sofern die Störung in den Entwicklungsjahren einsetzt. Der **Hypophysenzwerg** ist und bleibt somatisch ein Kind, dessen Entwicklungsalter an dem Stand der Knochenentwicklung, d. h. an dem fehlenden Schluß bestimmter Epiphysenfugen, dem Nichtauftreten von Knochenkernen oder dem Stand der Zahnentwicklung u. dgl. abgelesen werden kann. Im reinen Zustandsbild entspricht auch die Genitalentwicklung dem Stand der übrigen Wachstumstörung, und man kann beobachten, daß derartige Individuen geschlechtstüchtig werden können, wenn es gelingt, durch Organtherapie die Gesamtentwicklung bis zum Stande der Pubertät zu fördern. Im Gegensatz zu der allgemeinen Entwicklungsstörung, die die Kranken zu einem besonderen Typus des infantilistischen Zwergwuchses stempelt, steht die völlig normale geistige Entwicklung dieser Individuen, die dem tatsächlichen Alter entspricht. Wenn sich der Psychiater und Pädagoge mit einer nicht kleinen Zahl dieser Menschen beschäftigen muß, so liegt es daran, daß das Schicksal diese Menschen, die wegen körperlicher Unzulänglichkeit trotz normaler geistiger Funktionen hinter Altersgenossen und Mitmenschen an Leistungsfähigkeit dauernd zurückstehen, zu einer asozialen Einstellung und asozialen Handlungen verleitet. Die psychischen Anomalien stehen also auf einem ganz anderen Blatt.

Gleichzeitige Fettsucht und Genitaldystrophie gehen schon über die reine Unterproduktion des Wachstumshormons hinaus und weisen auf ein komplizierteres krankhaftes Geschehen im Hypophyse-Zwischenhirngebiet hin. Das Fett zeigt in den reinen Fällen von Wachstumstörung die Anordnung, die wir beim Kinde zu sehen gewohnt sind. Dagegen findet man so gut wie regelmäßig eigenartige Störungen im Kohlehydratstoffwechsel in Form einer Tendenz zur Blutzuckererniedrigung, einer auffallend hohen Kohlehydrattoleranz durch Hochrücken der Nierenschwelle, einer verstärkten Adrenalinblutzuckerreaktion, sofern ein ausreichendes Glykogendepot in der Leber vorhanden ist, und einer erhöhten Empfindlichkeit gegen Insulin. Wie wir bereits früher feststellten, geht auch vom Hypophysenvorderlappen durch das **kontrainsuläre Hormon** ein maßgebender Einfluß auf den Kohlehydratstoffwechsel aus, der durch Angriff des Hormons am Zuckerzentrum über Sympathicus und Nebenniere vermittelt wird. Möglicherweise sind Wachstumshormon und kontrainsuläres Hormon identische Körper, jedenfalls kann man eine Reihe von Argumenten zugunsten dieser Anschauung anführen. Auch gibt es Hinweise, daß auch das Wachstumshormon über Nervensystem und Nebenniere wirkt, oder wirken kann, ebenfalls ist sicher, daß zentralnervöse Wachstums- und Entwicklungsstörungen vorkommen. Sicher ist ferner, daß bei absoluter Vorderlappeninsuffizienz auch

Rückbildungserscheinungen an der Nebenniere und Erscheinungen von Nebennierenunterfunktion auftreten. Sie finden sich besonders bei dem als **hypophysäre Kachexie** (SIMMONDS) bezeichneten Krankheitsbild. Im jugendlichen Alter kommt diese Erkrankung selten vor und kombiniert sich dann mit dem geschilderten Zustandsbild hypophysärer Wachstumsstörung. Beim Erwachsenen kommt es, besonders im fieberhaften Wochenbett oder bei schweren Infektionskrankheiten, meist auf embolischer Basis, zu einer isolierten Zerstörung des Hypophysenvorderlappens und entsprechenden Insuffizienzerscheinungen. Wachstumsstörungen können beim erwachsenen Menschen nicht mehr auftreten. Dagegen kommt es zu einer fortschreitenden Vergreisung und extremen Kachexie mit Rückbildungserscheinungen an allen Organen, trophischen Störungen an der Haut, Zahnausfall, Sistieren der Sexualfunktion u. dgl. Bei starken Rückbildungserscheinungen an den Abdominalorganen kann man von einer Splanchnomikrie sprechen. Blutdrucksenkung ist häufig, wofür man ebenfalls die Vorderlappeninsuffizienz, direkt oder indirekt, verantwortlich gemacht hat. In vieler Hinsicht kann dieser Zustand dem extremen Stadium der ADDISONschen Krankheit so weitgehend gleichen, daß manche Autoren sich auf den Standpunkt stellen, die hypophysäre Kachexie bekomme durch die korrelativ entstehende Nebenniereninsuffizienz sekundär ihren entscheidenden Akzent. Die Störungen im Kohlehydratstoffwechsel entsprechen denen des Zwergwuchses, sind entsprechend der hochgradigeren Vorderlappeninsuffizienz meist noch deutlicher ausgesprochen, wobei der Blutzucker so tief liegen kann, daß es zu spontanen, durch die Überwertigkeit des endogenen Insulins bedingten, hypoglykämischen Krisen kommen kann. Der vollständige Hormonausfall des Vorderlappens beeinflußt auch den Gesamtstoffwechsel insofern, als der Grundumsatz stark heruntergeht und die spezifisch dynamische Eiweißwirkung fehlt, Erscheinungen, die bei der in der Regel leichteren Insuffizienz des Zwerges nicht obligat oder nur in bescheidenem Ausmaß nachweisbar sind, doch handelt es sich bei der starken Grundumsatzsenkung der hypophysären Kachexie wohl nicht um eine spezifische Wirkung auf den Stoffwechsel, sondern um einen allgemeinen Schutzmechanismus des Körpers gegen ein zu rapides Fortschreiten der Kachexie. Daß bei anatomischer Zerstörung des Hypophysenvorderlappens auch der der Genitalsphäre übergeordnete wirksame Faktor ausgeschaltet wird und sich entsprechende Funktionsausfälle in dem Zustandsbild der hypophysären Kachexie finden werden, ist sicher anzunehmen.

Der Einfluß des Hypophysenvorderlappens auf die Genitalfunktion wird durch das **gonadotrope oder Sexualhormon** vermittelt. Seine überragende Bedeutung für die normale Genitalfunktion, insbesondere für die Schwangerschaft, bei der auch der Hypophysenvorderlappen selbst eine charakteristische Änderung seines Zellbildes (Schwangerschaftshypophyse) erfährt, ist aus der Physiologie bekannt. Die im Rahmen der Gravidität zur Ausscheidung kommenden **Harnprolane** bilden den Ausgangspunkt für die fast absolut sichere **Aeschheim-Zondeksche Schwangerschaftsreaktion**. Man kann sicher annehmen, daß auch Anomalien in der Genitalfunktion, insbesondere beim Zyklus der Frau, auf Unter- oder Überproduktion des gonadotropen Hormons zurückzuführen sein werden. Bisher fehlen uns noch die genügenden konkreten Vorstellungen, die eine Zuordnung bestimmter Krankheitsbilder zu einer pathologischen Bildung des gonadotropen Vorderlappenhormons gesichert erscheinen ließen. Für die Therapie von Störungen der weiblichen Genitalfunktion kommt in erster Linie dem Follikel- und Corpus luteum-Hormon praktische Bedeutung zu.

Was die Überfunktion des Hypophysenvorderlappens anbetrifft, so liegen die Verhältnisse lediglich einwandfrei bei der Überproduktion des Wachstumshormons. In der Jugend als seltenes, zu universellem **hypophysärem Riesenwuchs**

führendes Ereignis beobachtet, äußert sich die Störung beim erwachsenen Menschen als klassische **Akromegalie**. Die durch den so gut wie immer zugrunde liegenden Tumor des Vorderlappens bedingten lokalen Störungen haben mit der Hormonüberproduktion nichts zu tun. Diese führt zu einer eigenartigen Form der Wachstumsstörung, die durch den Namen der Krankheit in ihren wesentlichen Punkten gekennzeichnet ist. Die gipfelnden Teile, und zwar Knochen und Weichteile werden größer und zeigen unförmige Verdickungen, so daß der Akromegale ein ganz charakteristisches, auf den ersten Blick deutbares Aussehen bekommt. Füße, Hände, die Supraorbitalgegend, Nase und Ohren sind in erster Linie beteiligt. Durch das Wachsen des Unterkiefers passen die Zahnreihen nicht mehr aufeinander. Die monströse Zunge ist besonders auffallend, sie hat im Munde keinen Platz mehr. Das pathologische Wachstum kann auch innere Organe betreffen, man spricht dann von Splanchnomegalie. Im Prinzip kann sich ein pathologisches Wachstum an allen Organen und Geweben einstellen. Dadurch können sekundär eine Reihe verschiedenster Symptome zur Beobachtung kommen, besonders wenn andere Inkretdrüsen zu vermehrtem Wachstum angeregt worden sind, so daß sich auch Überfunktionssymptome dieser Organe hinzugesellen. Hinsichtlich des Kohlehydratstoffwechsels finden wir bei der Akromegalie die bereits bei der Besprechung des Kohlehydratstoffwechsels erwähnten Störungen in Form einer Neigung zur **Hyperglykämie**, **Glykosurie** und einer besonderen **diabetischen Stoffwechsellaage** mit herabgesetzter Blutzuckerreaktion auf Adrenalin und Insulin und damit ein absolut entgegengesetztes Verhalten zu den geschilderten Verhältnissen bei Insuffizienz des Hypophysenvorderlappens. Hierbei spielt das kontrainsuläre Hormon die entscheidende Rolle, welches auch im Liquor des Akromegalen vermehrt nachgewiesen werden kann. Grundumsatz und spezifisch dynamische Eiweißwirkung können bei der Akromegalie erhöht sein, erwogen wird die Möglichkeit, ob die häufig zu beobachtende Tendenz zur Blutdrucksteigerung durch Mehrleistung des Hypophysenvorderlappens bedingt ist.

Ein weiteres, nicht gar häufiges Krankheitsbild stellt die **Cushingsche Krankheit** dar, bei welcher ein basophiles Vorderlappenadenom gefunden und mit dem Symptomenkomplex in ursächliche Beziehung gebracht wird. Die Erkrankung ist charakterisiert durch eine zunehmende Adipositas des Stammes, Genitaldystrophie mit heterosexuellen Zügen, Hypertrichose, purpurrote Striae, schmerzhafteste Osteoporose mit Bildung einer hochsitzenden Kyphose und Neigung zu Spontanfrakturen, daneben Hypertonie, Glykosurie und Polycythämie. Bei der Vielseitigkeit der Symptome ist es schwierig, eine gemeinsame Hormonanomalie zu finden. Erschwerend wirkt weiter die Tatsache, daß alle genannten Symptome mit Ausnahme der osteoporotischen Knochenveränderungen auch beim Nebennierenrindentumor vorkommen und unter Berücksichtigung der zweifellos vorhandenen innigen Beziehungen zwischen Hypophysenvorderlappen und Nebenniere beim Morbus CUSHING als Ausdruck eines sekundären Interrenalismus gedeutet werden könnten. Tatsache ist, daß es beim CUSHINGschen Syndrom auf der Basis eines basophilen Vorderlappenadenoms zu einer Hypertrophie der Nebennierenrinde mit vermehrter Bildung des Rindenhormons kommt. Die gleiche Wirkung auf die Rinde läßt sich mit **corticotropem Vorderlappenhormon** erzeugen, welches aus Vorderlappen gewonnen und von den meisten anderen Vorderlappenwirkstoffen getrennt werden kann. So bliebe beim Morbus CUSHING als einziges, unmittelbares hypophysäres Symptom, welches die Differentialdiagnose ermöglicht, die Osteoporose übrig. Die Anschauung, daß die Knochenveränderungen über die korrelativ beeinflussten Epithelkörperchen zustande kommen möchten, ist nicht allgemein anerkannt worden. Immerhin ist zuzugeben, daß eine korrelative Beeinflussung der Epithel-

körperchen durch den Hypophysenvorderlappen möglich ist, ob durch ein weiteres und selbständiges Vorderlappenhormon, wäre noch zu klären. Auch liegen einzelne Beobachtungen vor, bei denen klinisch das Zustandsbild einer Ostitis fibrosa generalisata mit Hyperplasie der Epithelkörperchen und ein Hypophysentumor gefunden wurden. Es ist gut vorstellbar, daß es sich dabei um eine primär hypophysäre Krankheit gehandelt hat.

Damit ist das Kapitel der Vorderlappenhormone an sich noch keineswegs abgeschlossen. Viele der gewonnenen Erkenntnisse sind aber noch nicht reif, um in den Rahmen klinischer Krankheitszustände eingeordnet werden zu können. Besonders auf dem Gebiet zahlreicher Stoffwechselfvorgänge sind noch wichtige Erkenntnisse zu erwarten. Nur das **Lactationshormon** soll noch Erwähnung finden, da es möglicherweise zur Behandlung ungenügender Milchsekretion verwendet werden kann.

Besonders schwierig liegt die Frage nach Beziehungen der Hypophyse zur Fettsucht. Diese gehört, wie betont, zur CUSHINGSchen Krankheit, kommt auch beim Nebennierenrindentumor vor, wenn auch offenbar nicht so regelmäßig und ausgesprochen. Will man sich auf den Standpunkt stellen, daß die Fettsucht Ausdruck einer vermehrten Hormonarbeit der Hypophyse sei, so könnte die extreme Kachexie bei der SIMMONDSSchen Krankheit als Gegenstück erscheinen. Es erweist sich in der Tat, daß man mit einer derartigen Auffassung dem wahren Sachverhalt wahrscheinlich gerecht wird. Gegen die Richtigkeit einer solchen Auffassung könnte ein anderes, sehr charakteristisches Krankheitsbild, die *Dystrophia adiposogenitalis*, sprechen. Man hat bei dieser Krankheit gelegentlich eine Vorderlappeninsuffizienz gefunden, und die Frage diskutiert, ob die Fettsucht Ausdruck einer Vorderlappenunterfunktion sei, oder ob über eine unzureichende Produktion des gonadotropen Hormons eine Genitaldystrophie und eine genitale Fettsucht zustande kommen. Man hat aber weiterhin erkannt, daß bei der Erkrankung die Hypophyse völlig intakt gefunden werden kann. Diese Tatsache führt zu der Auffassung, daß die *Dystrophia adiposogenitalis* (FRÖHLICH) nicht in das Gebiet reiner Vorderlappeninsuffizienz gehört. Sie kann durchaus mit Vorderlappenstörungen, speziell mit Wachstumsstörungen kombiniert sein, aber wir werden sie ursächlich in das Gebiet des Hypophysenstiels und des Zwischenhirns verlegen müssen. Da wir wissen, daß durch Zwischenhirnschädigungen die Hypophyse, speziell der Vorderlappen zur Atrophie und damit zur sekundären Unterfunktion gebracht werden kann, begegnen wir bei der *Dystrophia adiposogenitalis* einem Krankheitsbild, bei dem für das Krankheitsgeschehen das **Hypophysen-Zwischenhirngebiet** als biologische Einheit imponiert. Das Wesen der Krankheit kennen wir im einzelnen nicht. Es hat nicht an Versuchen gefehlt, die stofflichen Grundlagen zu erfassen, speziell die Wirkung von Hypophysenextrakten auf den Fetthaushalt zu erforschen. Jedoch fehlt uns zunächst noch eine klare Vorstellung, auf welche Weise die Kardinalsymptome der Krankheit, die Genitaldystrophie mit Fehlen der sekundären Geschlechtscharaktere und die eigenartige Form der Fettanhäufung als Halskragen, an Hüften, Nates, Mons veneris, den unteren Bauchpartien und an den Mammae zustande kommen. Auch sind bisher die Versuche einer hormonalen Beeinflussung der *Dystrophia adiposogenitalis* im Gegensatz zu den günstigen Ergebnissen beim Zwerg und bei der hypophysären Kachexie gescheitert.

In das gleiche große Gebiet verlegen wir auch eine andere Störung, für die sich auch Beziehungen zur Hypophyse ergeben, den **Diabetes insipidus**. Das krankhafte Geschehen beim Diabetes insipidus ist so kompliziert und berührt in erster Linie Probleme des Wasser- und Mineralstoffwechsels, so daß eine eingehende Abhandlung zweckmäßiger im Rahmen dieser Gebiete erfolgt. Beziehungen zur Hypophyse als solcher ergeben sich insofern, als Zerstörung des



Hinterlappens oder Hypophysenstiels zu Diabetes insipidus führen kann und daß dieser Tatsache ein Hormonausfall zugrunde liegt. Die dabei ausfallende Substanz, die offenbar im Zwischenlappengebiet und Tuber cinereum gebildet und über die Neurohypophyse, aus der sie extrahierbar ist, zu den vegetativen Zentren im Zwischenhirn auf dem Liquorwege transportiert wird, ist für die Wasserausscheidung und Konzentrationsarbeit der Niere von entscheidender Bedeutung, worauf auch der Erfolg einer Substitutionsbehandlung mit geeigneten Hinterlappenextrakten hinweist. Sicherlich stellt aber eine entsprechende Hormonanomalie der Hypophyse nur eine Ursache für das krankhafte Geschehen bei Diabetes insipidus dar und reicht zum vollständigen Verständnis der Krankheit nicht aus. Wir kommen auf diese Dinge nochmals zurück.

Sehr schwierig zu beantworten ist die Frage, ob es auch ein Gegenstück zum Diabetes insipidus gibt. Klinisch müßte eine solche Krankheit durch eine abnorm kleine Harnmenge bei obligat hohem spezifischem Gewicht des Harns charakterisiert sein. Solche Krankheitsbilder sind sicher sehr selten, aber sie kommen vor und werden meist in die Gruppe der primären **Oligurien** untergeordnet. Ich habe einmal einen Kranken mit den Zeichen eines CUSHINGSchen Syndroms gesehen, der auch bei starker Flüssigkeitsbelastung nicht über eine Stundenausscheidung von 100 ccm hinauskam, wobei das spezifische Gewicht des Harns zwischen 1018 und 1020 fixiert war. Dies wäre also ein dem Diabetes insipidus entgegengesetztes Verhalten. Daß die Störung ursächlich in das Hypophysenzwischenhirngebiet gehörte, ging daraus hervor, daß sich autoptisch ein Hauptzellenadenom der Hypophyse fand. Die Beweisführung, daß auch eine Überproduktion des antidiuretischen Hinterlappenprinzips vorlag, ist in diesem Fall nicht möglich, zumal zu Lebzeiten damit nicht gerechnet war. Derartige Beobachtungen legen jedoch den Gedanken nahe, daß auch hormonale Betriebsstörungen des Hinterlappens im Sinne einer Überfunktion vorkommen können.

Weitere, mit dem auf Diurese und Konzentrationsarbeit der Niere eingestellten Hormon wohl nicht identische, aus dem Hinterlappen extrahierbare Faktoren, die auf den Uterus (**Orasthin**) und auf den Blutdruck sowie die glatte Darmmuskulatur (**Tonephin**) wirken, haben in der Therapie Anwendung gefunden. Das Tonephin hat auch eine blutzuckersteigernde Wirkung, die jedoch von der Wirkung des kontrainsulären Vorderlappenhormons zu trennen ist. Die Hinterlappenwirkung auf den Blutzucker erfolgt ohne Einschaltung nervöser Elemente durch unmittelbaren Angriff des Wirkstoffes am Glykogenbestand der Leber, nicht jedoch der Muskulatur. Wir kennen aber noch keine Krankheitsbilder, bei denen als Ursache eine krankhaft veränderte Produktion dieser Hormone als erwiesen gelten könnte. Lediglich der Hinterlappentheorie der Schwangerschaftsnier- und Eklampsie mit der Annahme eines vermehrten Wirksamwerdens des blutdrucksteigernden und des diuresewirksamen Hinterlappenprinzips kann eine gewisse Grundlage nicht abgesprochen werden. Wir sind aber noch weit entfernt, die Verhältnisse eindeutig übersehen zu können. So ist der Abschluß der pathologischen Physiologie der Hypophyse mit der gegebenen Schilderung einschlägiger Krankheitsbilder nur ein vorläufiger, und wir erwarten aus dem Fortschreiten der im Fluß befindlichen Untersuchungen noch weitere wesentliche Bereicherungen für das Verständnis krankhaften Geschehens.

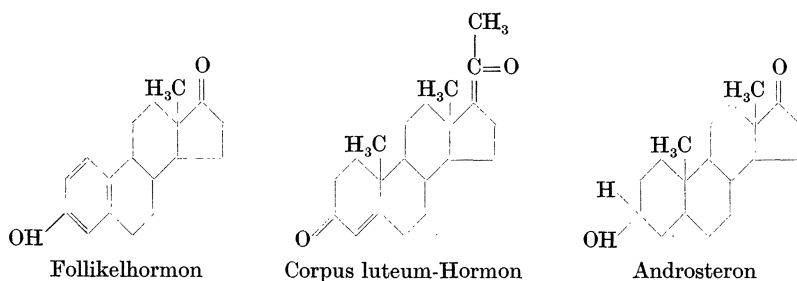
## 6. Pankreas.

Das innere Sekret der LANGERHANSschen Inseln im Pankreas ist das **Insulin**. Was über die Störungen der Insulinproduktion und deren Folgen zu sagen ist, haben wir bei Besprechung des Kohlehydratstoffwechsels hervorgehoben, so daß eine nochmalige Schilderung dieser Verhältnisse nur eine Wiederholung darstellen

würde. Die praktische Wichtigkeit des Insulins liegt darin, daß in der Insulinzufuhr die Möglichkeit einer Kausalbehandlung der echten Zuckerkrankheit gegeben ist. Die genaue chemische Konstitution des Insulins ist noch nicht bekannt. Wir wissen nur, daß es ein schwefelhaltiger Eiweißkörper ist und demnach von den eiweißspaltenden Fermenten des Magendarmkanals zerstört wird. Aus dieser Tatsache ergibt sich, daß Insulin nur unter Umgehung des Verdauungskanal in streng dosierter Form beigebracht werden kann. Durch bestimmte Zusätze (Protaminzink, Hypophysin u. a.) erreicht man eine Verzögerung der Resorption, weshalb durch derartige **Depotinsuline** eine Verminderung der tatsächlichen Spritzenzahl in geeigneten Fällen erzielbar ist. Bei peroraler Applikation können gelegentlich kleine Insulinmengen resorbiert werden, bevor sie der Zerstörung anheimgefallen sind. Ob und in welchen Mengen aber dabei eine Resorption von Insulin stattfindet, ist völlig unübersehbar, weshalb, speziell mit Rücksicht auf die Gefahren, die eine Insulinüberdosierung mit sich bringt, die perorale Verabreichung des Mittels als ungeeignet gelten muß. Auf die Symptome der Insulinüberdosierung ist ebenfalls an anderer Stelle bereits eingegangen, worauf wir verweisen. Ungünstige Nebenwirkungen des Insulins sind selten. Lokaler **Fettgewebsschwund** an der Injektionsstelle wird gelegentlich beobachtet und ist in seiner Entstehung unklar. **Allergische Erscheinungen**, wie sie früher immer einmal wieder beobachtet wurden, waren in der Regel durch andersartige Beimengungen in den Extrakten bedingt. Eine echte Insulinallergie kommt vor, ist aber sicher eine ganz große Seltenheit.

### 7. Geschlechtsdrüsen.

Auch die Geschlechtsdrüsen produzieren neben den der Fortpflanzung dienenden Produkten Hormone. Das **Follikelhormon** der Frau ist chemisch als



Oxyketon und Derivat des Phenanthrens dargestellt, das zweite weibliche Keimdrüsenhormon, das **Corpus luteum-Hormon** (Progesteron), ist als chemisch nahe verwandt anzusehen, doch handelt es sich im Gegensatz zum Follikelhormon um ein Diketon. Ebenfalls sehr nahe verwandt mit dem Follikelhormon ist das chemisch gleichfalls als Oxyketon dargestellte **männliche Sexualhormon**, das Androsteron. Man kann das Follikelhormon direkt in einen Stoff mit männlicher Wirkung überführen. Besonders bemerkenswert ist jedoch die Feststellung, daß es Stoffe gleicher Grundstruktur gibt, die also den natürlicherweise vorkommenden Sexualhormonen außerordentlich nahestehen, denen bisexuelle Prägungseigenschaften zukommen. Sie vermögen also beim kastrierten Individuum eine Entwicklung sowohl der männlichen als auch der weiblichen Sexualorgane auszulösen. Wieweit eine derartige Feststellung für die Physiologie und Pathologie der Sexualfunktion von Bedeutung sein wird, läßt sich heute noch nicht übersehen. Das komplizierte Bild dessen, was als charakteristische sekundäre Geschlechtscharaktere im weitesten Sinne körperlich und geistig den

Mann von der Frau unterscheidet, erscheint an die hormonale Funktion der Keimdrüsen gebunden. Die zu erwartenden Störungen des Kastraten ergeben sich aus dieser Tatsache von selbst. Der **Frühkastrat** entwickelt sich zu einem indifferenten Mitteltyp, so daß das männliche Individuum verweiblicht, das weibliche vermännlicht erscheint. Darüber hinaus beeinflußt das frühzeitige Ausfallen der männlichen und weiblichen Keimdrüsenfunktion das Knochenwachstum gleichmäßig in besonderer Weise, wobei sich diese Störungen zu einer Zeit einstellen, in der die Pubertät auftreten sollte. Abnormes Extremitätenwachstum, verbunden mit einer verlängerten Wachstumsperiode durch verspäteten Schluß der Epiphysenfugen, stempeln den Eunuchen zu einer besonderen Form des Riesen mit der charakteristischen Abweichung der Proportionierung zugunsten der Gliedmaßen. Das Wachstum der Zeugungsorgane bleibt gegenüber dem sonstigen Wachstum definitiv zurück. Beim **Spätkastraten** mit abgeschlossenem Wachstum kann sich natürlich das Knochenwachstum und die Proportionierung des Körpers nicht mehr ändern. Dagegen findet sich grundsätzlich eine Rückbildung sekundärer Geschlechtscharaktere, wie Ausfall von Bart- und Schamhaaren sowie Rückbildungserscheinungen an den Geschlechtsorganen, also Verkleinerung von Penis, Uterus und Brustdrüsen. Allen Stadien des Kastraten ist gemeinsam eine Tendenz zu Fettansatz und **Fettsucht** mit eigenartiger Fettverteilung, die den Verhältnissen bei der *Dystrophia adiposogenitalis* vollständig entspricht, also Bevorzugung von Mammae, Nates, Mons veneris und unterer Bauchpartie für die Fettablagerung. Bei der Frau sind es Erscheinungen, wie sie auch im physiologischen Klimakterium in ähnlicher Weise zur Beobachtung kommen. Diese Tatsache hat auch zu der Vermutung geführt, daß die Fettsucht bei der *Dystrophia adiposogenitalis* sekundär über die Genitaldystrophie ausgelöst sei. Im konkreten Fall kann es beim vollständig ausgebildeten Krankheitsbild ohne genaue Kenntnis der Anamnese unmöglich sein, eine durch Zwischenhirnstörung verursachte *Dystrophia adiposogenitalis* von einer primär genitalen, zur Genitalrückbildung führenden Adipositas zu unterscheiden. Auch muß hervorgehoben werden, daß Fettsucht kein obligates Begleitsymptom genitaler Unterfunktion ist. Speziell der Frühkastrat wird selten fett, bleibt oft sogar ausgesprochen mager.

Zwittrige Geschlechtsanlagen (**Hermaphroditismus**) werden je nach der hormonalen Funktionstüchtigkeit der vorhandenen männlichen und weiblichen Keimdrüsen zu den verschiedensten somatischen Bildern Veranlassung geben, die auch für die psychische Einstellung der Menschen, speziell in der Richtung der Sexualsphäre, maßgebenden Einfluß gewinnen.

**Hormonale Überfunktionszustände** der Keimdrüsen scheinen bei tumorartigem Keimdrüsenwachstum im Kindesalter als seltene Ereignisse vorzukommen und sollen ganz allgemein zu beschleunigtem Wachstum mit Frühreife und vorzeitigem Epiphysenschluß und zu raschem Ablauf der einzelnen Lebensperioden führen. Dieses wäre also im gewissen Sinne ein gegensätzliches Verhalten zum Frühkastraten. Diese Krankheitsbilder können denen beim Nebennierenrindentumor des Kindes außerordentlich ähnlich sehen. Ob die chemische Verwandtschaft der Sexualhormone mit dem Kortikosteron hierbei von Bedeutung ist, wissen wir nicht.

Nicht immer sind die genitalen Hormonstörungen so ausgesprochen, daß die genannten besonderen Krankheitstypen entstehen. Speziell bei der Frau kommen häufiger hormonale Störungen in Form von Zyklus-anomalien u. dgl. vor, wodurch sich auch entsprechende Hinweise für eine erfolgreiche Kausaltherapie ergeben.

Mit der Einführung der Sexualhormone in die Therapie und der Notwendigkeit einer Verwendung sehr großer Hormondosen hat sich eine neue Frage ergeben, nämlich die nach der Möglichkeit einer schädigenden Wirkung dieser

Stoffe. Diese Frage darf absolut verneint werden, sie muß vor allem verneint werden in der Richtung, daß die Gefahr einer Tumorbildung durch Sexualhormone nicht besteht. Zwar ist eine gewisse Verwandtschaft zwischen **kanzerogenen Substanzen und Sexualhormonen** vorhanden, aber es bestehen gleichzeitig ganz entscheidende Unterschiede hinsichtlich der Löslichkeit und Oxydierbarkeit, welche ein ungünstiges Wirksamwerden auch großer Dosen von Sexualhormonen nicht befürchten lassen.

### 8. Thymus.

Ob der Thymus überhaupt unter die Drüsen mit innerer Sekretion gerechnet werden darf, ist schwer zu entscheiden. Ein Thymushormon ist nicht isoliert. Jedenfalls kommt, wenn überhaupt, eine hormonale Bedeutung des Thymus nur in frühester Kindheit in Betracht. Es bestehen gewisse Hinweise darauf, daß der Thymus für das Wachstum bedeutungsvoll ist, so daß bei vorzeitiger Thymusaplasie Wachstumsstörungen zu erwarten wären.

Der Status thymolymphaticus und seine Beziehungen zum Thymus stellen noch ein völlig ungeklärtes Ereignis dar, wie auch die klinische Erkenntnis, daß der Thymus bei Basedow häufig groß ist und daß seine Entfernung oder Bestrahlung günstige Heilungsaussichten für den Basedow schafft, ihrem Wesen nach nicht eindeutig erklärt werden kann.

### 9. Pluriglanduläre Erkrankungen.

Neben isolierten Funktionsstörungen einzelner Blutdrüsen kennen wir noch Erkrankungen, bei denen gleichzeitig mehrere Drüsen beteiligt sind. Die Abtrennung gegenüber jenen Zustandsbildern, bei denen die Funktionsänderung einer Inkretdrüse korrelativ zu Funktionsstörungen anderer Drüsen führt — am deutlichsten kommt dies bei Erkrankungen des Hypophysenvorderlappens zum Ausdruck —, ist nicht immer leicht. Gleichwohl sollte im Interesse der Einleitung einer Kausaltherapie nach Möglichkeit die hormonale Störung ermittelt werden, mit der das Krankheitsbild begonnen hat. Eine solche Forderung schließt natürlich nicht aus, daß eine Kausalbehandlung sekundärer hormonaler Insuffizienzerscheinungen durchaus von großem Nutzen sein kann. Besonders eindrucksvoll ist beispielsweise die günstige Wirkung von Nebennierenrindextrakten bei hypophysärer Kachexie, bei welcher es bekanntlich regelmäßig zu einer Nebennierenatrophie und damit auch zu Erscheinungen einer Nebenniereninsuffizienz kommt. Zweifellos gibt es aber auch seltene Zustandsbilder, bei denen mehrere Inkretdrüsen gleichzeitig erkranken. Ein solches Ereignis liegt bei der **multiplen Blutdrüsensklerose** vor, bei der es zu einer sklerotischen Atrophie mehrerer Drüsen kommt. Das klinische Bild setzt sich aus den Ausfallserscheinungen der befallenen Organe zusammen.

Als Gegenstück werden gewisse **universelle Riesenwuchsformen** angesehen. In diesen Fällen ist die Abgrenzung gegen die primär hypophysären Störungen besonders schwierig, da sich im Rahmen einer Akromegalie auch die übrigen Hormondrüsen an der Wachstumssteigerung beteiligen und damit funktionell überwertig werden können. Im klinischen Bild sieht man dann Kombinationen der bekannten hormonalen Überfunktionszustände.

## IV. Gesamtstoffwechsel, Kraftstoffwechsel, Fettsucht und Magersucht.

**Gesamtstoffwechsel.** Bei der Besprechung des Eiweißstoffwechsels ergab sich zum ersten Male die Notwendigkeit, über das spezielle Stoffwechselproblem hinauszugehen und die Beziehungen zum Organismus als Ganzes zu betrachten. Die Garantierung des Zellbestandes in stofflicher Hinsicht hing von der aus-

reichenden Eiweißzufuhr ab, aber nicht nur diese, sondern auch die Bildung lebenswichtiger Zellprodukte, etwa der Hormone. Über alle Fragen spezieller stofflicher Umsätze und der möglichen Störungen hinaus wird damit das fundamentale Problem der Lebensäußerung schlechthin in den Vordergrund gestellt, die Frage, wie es möglich ist, daß die Zelle mehr ist als eine Zusammenordnung komplizierter chemischer Verbindungen, daß sie vielmehr lebt, daß sie nie als gegebene Tatsache sich in Ruhe befindet wie ein kompliziertes chemisches Laboratoriumsprodukt, sondern daß sich in der Zelle dauernd Bewegungsvorgänge als Ausdruck lebendigen Geschehens abspielen. Die letzte Frage, die das Problem des Lebens selbst ist, werden wir nicht ergründen. Aber wir wissen, daß das Leben gebunden ist an die Fähigkeit der Zelle, potentielle Energie umzuwandeln in lebendige Kraft. Die celluläre Reaktion, Energie freizumachen, ist als fundamentale Äußerung des Lebendigen für den Organismus wichtiger, als die spezielle Eigenart des energispendenden Stoffes. So ordnen sich alle Stoffe, die als Energiespender in Betracht kommen, im Gesamtstoffwechsel zur Einheit, und die einheitliche Funktion offenbart sich in dem, was wir Kraftwechsel nennen, dem Umsatz der Stoffe mit Freiwerden der Energie, die in erster Linie als Wärme und Arbeit Verwendung findet. Die Größe der energieliefernden Verbrennungsvorgänge ist gebunden an die Zufuhr von Sauerstoff durch die Atmung. So gibt uns die Ermittlung des Sauerstoffverbrauches einen Maßstab für den Gesamtstoffwechsel, d. h. den augenblicklichen Umsatz aller energieliefernden Stoffe. Im **Grundumsatz** erhalten wir eine Vorstellung über die Stoffwechselgröße des nüchternen, ruhenden Menschen. Wir wissen aus statistischen Erhebungen, daß dieser Grundumsatz für den gesunden Menschen unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Größe und Körperoberfläche bei gleichen Außenbedingungen eine Konstante darstellt. Für klinische Bedürfnisse ergibt sich aus dieser Feststellung die Frage, ob diese Konstanz in der Größe der Verbrennungsvorgänge unter krankhaften Bedingungen Änderungen erfährt und damit selbst in den Mittelpunkt krankhaften Geschehens treten kann. Da die Nahrung entsprechend ihrem Calorienwert die natürliche und notwendige Quelle des Gesamtstoffwechsels darstellt, ist für ärztliche Belange in erster Linie die Frage wichtig, ob Änderungen in der Nahrungszufuhr die Stoffwechselgröße als solche beeinflussen. Bei **Unterernährung** und im **Hunger** greift der Körper erst seine Reserven, dann auch seine Zellsubstanz an, um den Kraftwechsel zu speisen. Die besondere Bedeutung der dabei auftretenden zwangsläufigen Beschränkung des endogenen Eiweißstoffwechsels für die Organleistungsfähigkeit erwähnten wir früher und werden auch bei Besprechung von Entwicklung und Wachstum nochmals darauf zurückkommen müssen. Darüber hinaus versucht aber der Unterernährte durch Senkung seiner Stoffwechselgröße sich den ungünstigen Ernährungsbedingungen anzupassen und sich, so gut es geht, in ein Stoffwechselgleichgewicht zu bringen. Vielleicht kommt diese, den Ausgleich anstrebende Senkung der Stoffwechselgröße über die Schilddrüse zustande, deren entscheidender Einfluß auf die Verbrennungsvorgänge gleich noch zu besprechen sein wird. Jedenfalls kann im Hungerzustand eine ganz auffallende Atrophie der Schilddrüse beobachtet werden. Umgekehrt wird die Frage zu stellen sein, ob sich der Überernährte durch Steigerung seiner Verbrennungsvorgänge mit der vermehrten Calorienzufuhr ins Gleichgewicht setzt, ob also durch **Überernährung** das zustande kommt, was man als **Luxuskonsumption** bezeichnet hat. Im Grundumsatz kommt das nicht zum Ausdruck; wohl aber bei der übermäßigen Zufuhr bestimmter energispendender Stoffe. Wir sehen, daß Fett kaum nachweisbar, Kohlehydrat in sehr bescheidenem Maße, ausgesprochen aber Eiweiß die Stoffwechselgröße heraufsetzt. Wir sprechen von **spezifisch-dynamischer Wirkung**. Die Größe der spezifisch-dynamischen Wirkung steht in umgekehrtem Verhältnis zu

dem Umfang, in welchem der Körper diese Stoffe als Reservematerial stapeln kann. Durch die spezifisch-dynamische Nahrungswirkung kommt mit der Steigerung der Verbrennungsvorgänge zweifellos eine Art Luxuskonsumption zustande, die dem pathologischen Stoffansatz bei Überernährung entgegenarbeitet.

Zu einer **Abänderung der Stoffwechselgröße** werden unabhängig von der Nahrungszufuhr alle Vorgänge im Organismus führen, die mit einem verminderten oder vermehrten Energieverbrauch einhergehen. Krankhafte Tätigkeitssteigerungen in Organen werden in einem erhöhten Grundumsatz zum Ausdruck kommen können, herabgesetzte Lebensäußerungen können zur Senkung des Ruhenüchternwertes Veranlassung geben. Wechselnde Anforderungen können durch Abweichungen der Körpertemperatur und Störungen der Wärmeregulation an den Gesamtstoffwechsel gestellt werden. Im Fieber ist der Grundumsatz hoch, bei Hypothermie wird er niedriger. Im übrigen sind auf diesem Gebiet, speziell beim Fieber noch eine Reihe anderer stofflicher Einzelvorgänge, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden soll, zu berücksichtigen, die auch von entscheidendem Einfluß auf die Stoffwechselgröße sein können.

Schließlich kennen wir noch in wirksamen Substanzen endogener Hormonbildung Faktoren, die das Niveau des Grundumsatzes mitbestimmen und es bei veränderter Hormonausschüttung verschieben. Das Schilddrüsenhormon steigert vermutlich durch direkten Angriff an der Zelle die Verbrennungsvorgänge und die spezifisch-dynamische Eiweißwirkung, so daß hoher Grundumsatz mit verstärkter spezifisch-dynamischer Eiweißwirkung zum Bilde der Basedowschen Krankheit, niedriger Grundumsatz mit herabgesetzter spezifisch-dynamischer Eiweißwirkung zum Symptomenkomplex des Myxödem gehören. Möglicherweise kommt auch der Geschlechtsdrüse und dem Nebennierenmark eine gewisse derartige Wirkung zu, in Betracht zu ziehen ist sie bei der Hypophyse. Wenn man bei der hypophysären Kachexie den Grundumsatz sinken sieht, so muß man erwägen, ob es sich nicht um ein Symptom handelt, welches diese Erkrankung auch mit anderen Formen der Kachexie gemeinsam hat, und welches als Versuch einer Anpassung gedeutet werden kann. Jedenfalls finden sich bei Überfunktionszuständen des Hypophysenvorderlappens Stoffwechselsteigerungen weder regelmäßig, noch fallen sie zahlenmäßig ernstlich ins Gewicht. Zudem ist bei Hypophysenerkrankungen mit korrelativer Beeinträchtigung anderer Inkretdrüsen, etwa der Keimdrüsen oder der Schilddrüse, zu rechnen, wie auch für die Genitalorgane Wechselbeziehungen zur Schilddrüse in Betracht zu ziehen sind.

**Stoffansatz und Stoffabbau.** Die absolute Größenordnung der Verbrennungsvorgänge, mag sie normal oder krankhaft sein, verlangt ein nach seinem Calorienwert dem Bedarf entsprechendes Heizmaterial, welches dem Organismus zugeführt werden muß. Ein Mißverhältnis zwischen potentieller Nahrungsenergie und tatsächlichem Energieumsatz im Körper wird für den Körperbestand entscheidende Veränderungen bedeuten. Stoffansatz oder Stoffabbau werden die unmittelbare Folge sein. So ergeben sich aus den energetischen Betrachtungen zwangsläufige Beziehungen zu Änderungen im stofflichen Körperbestand, die sich in Fettsucht und Magersucht als Gegensätze gegenüberstehen. Versuchen wir aber, das krankhafte Geschehen bei Fettsucht und Magersucht zu verstehen, so erkennen wir, daß die Betrachtung dieser Vorkommnisse vom rein energetischen Standpunkt viel zu einseitig ist, daß es sich vielmehr um sehr verschiedene und kompliziert liegende Dinge handelt.

**Fettsucht.** Es kann kein Zweifel sein, daß es bei dauernder Überernährung zu Fettsucht kommt. Bei der Fettleibigkeit bestimmter Berufe spielt zweifellos die gewohnheitsmäßige, übergroße Calorienzufuhr eine entscheidende Rolle, und gibt die Berechtigung, diese Formen der Fettsucht, bei denen das Fett

vornehmlich am Stamm, besonders in der Nackengegend und am Bauch abgelagert ist, während beim Manne Gesäß und Extremitäten relativ unbeteiligt bleiben, als besonderen Typus der **Mastfettsucht** zu bezeichnen. Auch finden wir diese Form bei Menschen, die aus irgendeinem Grunde ihre gewohnte körperliche Tätigkeit, nicht aber ihre Essensgewohnheiten einstellen und dadurch fett werden. In einer Reihe von Fällen kann man nachweisen, daß die spezifisch-dynamische Eiweißwirkung nur unvollkommen erfolgt, und daß dadurch dem Fettansatz bei Überernährung Vorschub geleistet wird. Trotzdem lehrt die Erfahrung, daß die Fähigkeit, fett zu werden, bei den Menschen in sehr verschiedener Form ausgesprochen ist, und daß in diese Dinge Konstitution und Vererbung mit hineinspielen, also endogene Momente. Man gewinnt den Eindruck, daß dem Körper als konstitutionelles Merkmal ein bestimmtes Fettdepot gehören kann, welches ihm eigen ist und unabhängig vom Stoffumsatz und der Nahrungszufuhr zäh festgehalten wird. Die Tendenz, ein Fettdepot anzulegen, welches dann außerhalb der Stoffwechselbilanz steht, könnte der Grund sein für eine vermehrte Nahrungszufuhr beim Fettsüchtigen. Nur ein Teil der Nahrung bleibt ihm zur Aufrechterhaltung seiner Lebensvorgänge, der Rest, oder vielleicht in erster Linie ein bestimmter Anteil dient zur Anlage von Fettdepots und fehlt demnach als energispendende Substanz. Hier ergeben sich gewisse Parallelen zu den lokalisierten Fettanhäufungen, die gar keine Beziehungen zum Stoffumsatz haben. Greifen wir als Extrem das **Lipom** heraus, so zeigt schon der unter Umständen krasse Gegensatz zwischen einem schlechten allgemeinen Ernährungszustand und einer großen, lokalisierten, lipomartigen Fettanhäufung, daß diese Fettanhäufung etwas Selbständiges ist. Die Gründe, weshalb auch ein stärkeres Fettdepot Eigentümlichkeit eines sonst offenbar gesunden und nicht chronisch überernährten Menschen wird, und es bei einem zweiten Menschen unter den gleichen äußeren Bedingungen nicht dazu kommt, vermögen wir nicht zu übersehen. Wir wissen aber, daß über solche konstitutionelle Eigentümlichkeiten hinaus und ohne vermehrte Calorienzufuhr **Fettsucht endogen** auftreten kann. Hier spielen in erster Linie die Drüsen mit innerer Sekretion eine Rolle. Unterfunktion der Schilddrüse führt, wie wir bereits hervorhoben, zu einer Senkung des Grundumsatzes. Auf dieser Basis wird eine für den Gesunden normale Calorienzufuhr für den Hypothyreoten zur Überernährung, wodurch eine besondere Form von **thyreogener Fettsucht** zustande kommt, die universell und entsprechend dem Grundleiden mit den Zügen eines echten Myxödems kombiniert ist. Bei Unterfunktion der Genitalorgane kommt es ebenfalls zur Fettanhäufung. Wir kennen diese Erscheinung physiologischerweise im Klimakterium der Frau und konnten bei Besprechung der genitalen Hormonanomalien darauf hinweisen, daß bei Unterfunktion dieser Organe grundsätzlich die Tendenz zur Fettsucht mit Bevorzugung von Hüften, Nates, der unteren Bauchpartie, der Gegend der Mammae und des Halses besteht. Eine Ausnahme machen die hochwüchsigen Frühkastraten, die vielfach, besonders in jüngeren Jahren, mager bleiben. Einzelheiten des Weges, der vom funktionell ausfallenden Organ bis zum ausgebildeten Zustand der charakteristischen **genitalen Fettsucht** führt, kennen wir nicht. Man zieht in Erwägung, daß die Schilddrüse, korrelativ an die Tätigkeit der Geschlechtsdrüsen gebunden, in den Weg eingeschaltet ist. Gewisse Beziehungen zum Gesamtstoffwechsel können bei der Kastratenfettsucht nachweisbar sein. Die spezifisch-dynamische Nahrungsmittelwirkung, die bei Überernährung dem Auftreten von Fettsucht entgegenarbeitet, wird beim Kastraten häufig sehr klein gefunden. Für die Verhältnisse des Tieres ist diese Tatsache längst bekannt. Das kastrierte Tier ist ein besserer Futterverwerter und daher für eine Mästung besonders geeignet. Bei der **Dystrophia adiposogenitalis** kann vermutet werden, daß die Fettsucht, die in ihrer Anordnung mit der genitalen

Fettsucht weitgehend übereinstimmt, über die Genitaldystrophie zustande kommt. Trotzdem liegt die letzte Ursache an ganz anderer Stelle, nämlich im Hypophysen-Zwischenhirngebiet. Wie wir bereits an anderer Stelle ausführten, handelt es sich bei dieser auch als **hypophysäre Fettsucht** bezeichneten Anomalie nicht um eine rein hypophysäre Erkrankung, wenn sie auch mit reinen Hypophysenstörungen, speziell mit Wachstumsstörungen kombiniert sein kann, sondern um eine Störung in einem Komplex, in welchem Hypophysenstiel, Tuber cinereum und Zwischenhirnzentren auf Grund gegebener Wechselbeziehungen zu einer biologischen Einheit geworden sind. Die Bedeutung zentraler Vorgänge für das Fettsuchtproblem zeigt das Auftreten einer universellen **cerebralen Fettsucht**, auch ohne Rückwirkungen auf das Genitale, im Rahmen von entzündlichen Gehirnaffektionen, etwa bei oder nach einer Encephalitis. Handelt es sich bei diesen Formen cerebraler Fettsucht um Ereignisse, bei denen es unabhängig von der Stoffwechselbilanz auf Grund einer zentralnervösen Störung zu einem Fettansatz in der Peripherie kommt, so scheinen daneben auch Fettsuchtsformen bei Hirnkranken vorzukommen, bei denen die Krankheit in einer zentral bedingten **Polyphagie** ihren Ausdruck findet und damit zwangsläufig zur Mastfettsucht führen muß. Hier wäre eine ähnliche Störung wie bei den bekannten primären Polydipsien gegeben, wie sie bei Hirnkranken ebenfalls beobachtet sind.

In dem Fragenkomplex der Fettsucht ist die Klinik zweifellos der pathologischen Physiologie dieser Störungen einen erheblichen Schritt voraus. Das Wesen der Krankheitsvorgänge ist uns nur teilweise bekannt. Wir wissen nur, daß intermediäre Störungen des Fettstoffwechsels mit dem Problem der Fettsucht nichts zu tun haben, und daß der Gesamtstoffwechsel zweifellos wesentliche Beziehungen zum Fettsuchtproblem besitzt, daß es aber darüber hinaus noch eine ganze Reihe von Faktoren gibt, die für das Auftreten der Fettsucht in ihren verschiedenen Typen von entscheidendem Einfluß sind. Nur für einen Teil der Fettsuchtfälle stimmt die Stoffwechselbilanz. Dies wären die echte Mastfettsucht und das durch Fettsucht komplizierte Myxödem. Bei allen anderen Formen gibt die Stoffwechselbilanz keine oder nur eine ungenügende Erklärung. Wir sehen eigenartige Vorgänge sich in der Peripherie abspielen, die außerhalb des Stoffwechsels liegen und in dem Auftreten der bekannten Fettdepots ihren Ausdruck finden, ohne daß wir über die peripheren stofflichen Vorgänge, die Beziehungen zum Kohlehydrat-, Wasser- und Mineralstoffwechsel, die sicherlich bedeutsame Rolle des zentralen und peripheren vegetativen Nervensystems, sowie die Tatsache, daß die Fettanhäufungen in ganz bestimmten Regionen auftreten, klare Vorstellungen hätten.

Die **Bedeutung der Fettsucht**, gleichgültig, auf welche Weise sie zustande gekommen ist, liegt darin, daß die vorhandenen reichlichen Fettablagerungen die Funktion anderer Organe in Mitleidenschaft ziehen, daß also die Fettsucht für den Kliniker ganz wesentlich durch ihre Folgen zur Krankheit wird. Fettsucht bedeutet in erster Linie dauerndes Herumtragen einer schweren Last, also dauernde Mehrarbeit für Kreislauf und Herz und damit die Gefahr einer Herzinsuffizienz, wobei rein mechanische Behinderung des Kreislaufs und der Herzfähigkeit durch die abgelagerten Fettmassen, z. B. im Herzbeutel oder Hochdrängung und Querlagerung des Herzens durch Zwerchfellhochstand ein weiteres erschwerendes Moment bedeuten. Die Kombination von Fettsucht mit Ödem ist meist ein Zeichen kardialer Insuffizienz. In dem häufigen gleichzeitigen Auftreten von Abnutzungserscheinungen am Gefäßsystem in Form von Arteriosklerose kann man ebenfalls den Ausdruck der dauernden Überbeanspruchung sehen. Zwerchfellhochdrängung durch reichliche Fettablagerung im Bauch bedeutet Beeinträchtigung der Atmung. Ist schon die Lungenlüftung als solche ungenügend, so kommt noch die Unmöglichkeit einer ausreichenden Reinigung



der Luftwege von eingedrungenen schädlichen Bestandteilen, insbesondere Krankheitserregern, hinzu. So erklärt sich die Neigung der Fettleibigen zu entzündlichen Affektionen der Luftwege, die wegen unvollkommener Entfernung des entstehenden entzündlichen Sekretes besonders schwer und hartnäckig sind und leicht in chronische Erkrankungen übergehen. Bei Verdauungsstörungen und Obstipation werden mechanische Momente eine entscheidende Rolle spielen, zudem kann die Fettdurchwachsung der für die Verdauung entscheidenden Organe auch zu entsprechenden Funktionsstörungen führen. Die Häufigkeit einer Fettgewebsnekrose des Pankreas im Rahmen allgemeiner Adipositas ist hierfür ein Hinweis. Schwer zu erklären ist die nicht seltene Kombination von Fettsucht mit Gallensteinleiden. Man denkt in erster Linie an mechanische Wirkungen auf den Galleabfluß. Die außerordentliche Druckwirkung massiver Fettablagerungen im Bauch kommt darin zum Ausdruck, daß die Bauchwand nachgibt und verschiedene Formen der Brüche entstehen können. Schließlich führt die schlechte Wärmeleitung des Fettes zu Störungen der Wärmeregulation. Der Fettsüchtige ist gegen Temperaturschwankungen außerordentlich empfindlich. Dem Bedürfnis stärkerer Wärmeabgabe versucht er durch stark vermehrte Schweißbildung nachzukommen. Die dauernde, vermehrte Feuchtigkeit der Haut schafft den Boden für Dermatosen, zu denen der Fettsüchtige ausgesprochen neigt. So ergeben sich für den Fettsüchtigen zwangsläufig gesetzmäßige Beziehungen zu den verschiedensten Funktionen und führen zu Störungen, die weit ab von dem ursprünglichen krankhaften Geschehen liegen und doch letzten Endes an die primäre Störung gebunden sind.

Das Gegenstück zur Fettsucht bildet die **Magersucht**. Geringe Unterschreitung des als normal angesehenen Körpergewichts braucht noch nicht Magersucht in krankhaftem Sinne zu sein. Auch hier spielen konstitutionelle Momente eine Rolle. Wie es konstitutionell dicke Menschen gibt, so gibt es auch magere, ohne daß eine Krankheit vorliegt. Mit solchen Tatsachen muß man rechnen und sie berücksichtigen, wenn man ärztlich an das Problem der Magersucht herangeht. Magerkeit ist Krankheit, wenn Abmagerung zur Verminderung der Körpersubstanz, zur Magersucht, führt. Chronische Unterernährung führt zum Abbau von Körpersubstanz, die im Kraftwechsel Verwendung findet. Der Krieg und die ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnisse der Nachkriegszeit haben in erschreckendem Maße zum Auftreten dieser **exogenen Magersucht** geführt. Durch die meist gleichzeitige Unterschreitung des Eiweißminimums bekommen diese Kranken ihre besondere Note. Appetitstörungen sowie Verdauungsstörungen, die eine sachgemäße Aufspaltung und Resorption der Nahrungsmittel verhindern, stellen nur eine andere Form der Unterernährung dar. Aber auch aus anderen Gründen kann es unabhängig von der Calorienzufuhr zur Magersucht durch Einschmelzung von Körpersubstanz kommen. Gesteigerter Stoffwechsel im Fieber, toxischer Zerfall von Körpersubstanz, in erster Linie von Körpereweiß bei chronischen Infektionskrankheiten und bei malignen Tumoren, Schädigung der Lebensfähigkeit der Zellen, etwa durch Darben der Gewebe bei schwerer Herzinsuffizienz oder Anämie, Verlust unausgenutzter Calorien durch große Zuckerausscheidungen beim Diabetes und dergleichen, schaffen leicht verständliche Vorbedingungen für das Auftreten von Magersucht. **Endogene Magersucht** im engeren Sinne kann auch bei hormonalen Störungen auftreten. Die **thyreogene Magersucht** des BASEDOW-Kranken hat ihren Grund in der maximalen Steigerung der Verbrennungsvorgänge und der spezifisch-dynamischen Eiweißwirkung, so daß der Bedarf des Stoffwechsels auch durch reichliche Calorienzufuhr schließlich nicht gedeckt werden kann. Die **hypophysäre Kachexie** bei Insuffizienz des Hypophysenvorderlappens ist nicht durch Stoffwechselabweichungen bedingt. Man denkt im Zusammenhang mit den sonstigen trophischen Störungen in

erster Linie an allgemeine Schädigung der Lebenskraft des Protoplasmas, wie sie möglicherweise durch korrelative Schädigung der Nebennierenrinde verursacht wird. Wichtig ist, daß es sich bei der SIMMONDSSchen Krankheit nicht nur um eine Magersucht, sondern um ein wesentlich vielseitigeres Krankheitsbild handelt, wie wir an anderer Stelle ausführten. Ein eindeutiges Gegenstück zur Kastratenfettsucht kennen wir nicht. Dagegen können bei **Gehirnkranken** auch erhebliche Kachexiegrade zur Beobachtung kommen. Hier ist die Entscheidung oft sehr schwierig, wieweit es sich dabei um die Folge lang anhaltender, ungenügender Nahrungsaufnahme oder ein echtes, cerebrales Krankheits-symptom handelt.

Rein lokale, ihrem Wesen nach unbekannt und sicher nicht zum Gebiet der Magersucht gehörende Störungen dürften bei eigenartigen Krankheitsbildern vorliegen, wie sie als **Lipodystrophie** und **Lipatrophia circumscripta** beschrieben worden sind.

Die schädigende **Wirkung der Magersucht** und damit ihre **Bedeutung** ist eine universelle und äußert sich im Prinzip in einer Leistungsminderung aller Organe und Organsysteme. Bei der Einschmelzung von Körpersubstanz vermag der Körper eine gewisse Auswahl nach der Lebenswichtigkeit der Organe zu treffen. So bleibt der Herzmuskel auch bei starker Kachexie weitgehend verschont. Besonders empfindlich gegen Unterernährung sind Drüsen mit innerer Sekretion. Das zeigt sich vor allem bei Entwicklung und Wachstum unter krankhaften Bedingungen, wie wir noch sehen werden. Als besondere Erscheinung bei Abmagerung soll noch das Auftreten von kachektischen oder **Hungerödemen** hervorgehoben werden, wobei die Ursache in einer lokalen Gewebsschädigung gesehen wird.

#### Anhang: Entwicklung und Wachstum.

Besondere Bedeutung werden geordnete Stoffwechselverhältnisse für Entwicklung und Wachstum haben. Denn hier handelt es sich nicht nur um eine Erhaltung, sondern um die Weiterentwicklung und Vermehrung von Körpersubstanz bis zum Zustand der Reife, jenem Zeitpunkt, bei dem das Wachstum zum Stillstand und die Weiterentwicklung der Organe und Organfunktionen zum Abschluß gekommen sind. So zeigt auch der unterernährte Jugendliche über seine Magersucht hinaus ausgesprochene Wachstums- und Entwicklungsstörungen. Dieser Typus eines **Kümmerwuchses** ist charakterisiert durch seinen kindlichen Habitus. Diese Menschen wirken viel jünger als sie sind. Auch funktionell behalten sie weitgehend ein kindliches Verhalten, was speziell in der verspätet auftretenden Pubertät zum Ausdruck kommt. Auch bezüglich des Knochenwachstums können sie zurückbleiben. Besonders empfindlich gegen die Unterernährung scheinen die Drüsen mit innerer Sekretion, vor allem die Keimdrüsen zu sein. So zeigen die Kümmerwuchsformen trotz ihres sonstigen allgemeinen Infantilismus nur selten noch die kindliche Proportionierung mit kleiner Extremitätenlänge, sondern es kommt in dem Alter, in welchem die Pubertät einzusetzen hätte, über die genitale Unterfunktion zu einem isoliert gesteigerten Extremitätenwachstum und typischer eunuchoider Proportionierung mit Überwiegen der Unterlänge über die Oberlänge. Speziell dann, wenn das Knochenwachstum nur wenig verlangsamt war, resultiert bei Hinzutreten gesteigerten Extremitätenwachstums als Zeichen genitaler Unterfunktion ein Bild, welches man als kümmernden, infantilistischen Hochwuchs bezeichnet hat, jene hoch aufgeschossenen und doch unterentwickelten Menschentypen, die uns aus den Zeiten der Unterernährung unseres Volkes nur allzu gut in Erinnerung sind. Es ergibt sich von selbst, daß ähnliche Kümmerwuchsformen auch bei ausreichender Ernährung dann zur Beobachtung kommen können, wenn die Lebensfähigkeit der Zellen

durch andere Ursachen geschädigt wird. Hierher gehören die Entwicklungsstörungen bei chronischen Infektionskrankheiten, etwa Lues, Malaria und Tuberkulose, ferner bei angeborenen oder früh erworbenen Herzvitien und dergleichen.

Über diese allgemeineren Formen von Entwicklungsstörung beim Kümmerwuchs hinaus kennen wir aber noch eine Reihe von **Wachstumsstörungen**, bei denen in erster Linie die Körpergröße weitgehende Abweichungen gegen die Norm zeigt, und damit vor allem die krankhafte Knochenentwicklung zum führenden Krankheitssymptom wird. Diese Störungen fassen wir unter dem Begriff des **Zwerg- bzw. Riesenvuchses** zusammen. Wir erkennen, daß diesen Formen ganz bestimmte Störungen zugrunde liegen, die im Gegensatz zu den Verhältnissen beim Kümmerwuchs mit einer allgemeinen Funktionsstörung des Gesamtzellbestandes nichts zu tun haben. Eine Abgrenzung dieser Fälle durch das Zentimetermaß kann dem Problem nicht gerecht werden und die erschöpfende Erkennung vorhandener Störungen nur verhindern. Ist doch der Normalbegriff als solcher eine je nach Volksstamm und Rasse ungemein schwankende Größe. Wir kennen Zwergvölker und Riesenvölker. Einen krankhaften Zwergwuchs, eine Nanosomie, können wir dann vermuten, wenn ein Individuum in seiner Körpergröße erheblich hinter dem Größendurchschnitt seiner Rasse zurückbleibt und auch außerhalb der natürlichen Streuung um den empirisch ermittelten Durchschnittswert fällt. Gleichwohl wissen wir, daß in Einzelfällen auch einmal ein Mensch besonders klein ist und wegen seiner außergewöhnlichen Kleinheit als Zwerg bezeichnet werden muß. Aber über die Kleinheit hinaus bietet er nichts Krankhaftes, er ist normal proportioniert und entwickelt sich auch im übrigen normal. Solche **Primordialzwerg**e kommen sporadisch unter durchschnittlich größeren Rassegenossen vor, stammen meist von relativ kleinen Eltern, sind Miniaturmenschen und im übrigen völlig gesund, würden, wenn sie aus einer Zwergrasse hervorgegangen wären, in keiner Weise etwas Auffallendes darstellen. Sie sind für Vererbungsforscher interessant, aber kein eigentliches ärztliches Problem und keiner Behandlung zugänglich.

Demgegenüber beruhen andere proportionierte Zwergwuchsformen auf echter Krankheit, und zwar auf einer Inkretstörung. Der **hypophysäre Zwergwuchs** kommt durch eine ungenügende Produktion des Wachstumshormons aus dem Hypophysenvorderlappen zustande. Die gesamte Entwicklung macht halt, die Epiphysenfugen können definitiv offen bleiben. Diese Menschen bleiben somatisch und funktionell Kinder, lediglich die geistigen Funktionen entsprechen dem tatsächlichen Alter. Beim **Schilddrüsenzweig** finden sich körperlich dieselben Erscheinungen, auch er ist ein proportionierter, infantilistischer Zwerg. Jedoch ist hier auch die geistige Entwicklung schwer gestört, und im übrigen kommen noch alle Zeichen eines Myxödems hinzu. Ob es auch einen **Thymuszwerg** gibt, steht noch nicht eindeutig fest. Dagegen führt frühzeitige Unterfunktion der **Nebennieren** im Tierexperiment zu einer Wachstums- und Entwicklungshemmung, die absolut den Verhältnissen des Hypophysenzwerges entspricht. Auch bei cerebralen (Zwischenhirn) Affektionen sind ähnliche Wachstumsstörungen gesehen worden. Der **endemische Kretin** leitet über zu den unproportionierten Zwergen, auch er kann sehr klein bleiben. Die Wachstumsstörung ist aber an den einzelnen Teilen des Skelets in sehr verschiedenem Grade ausgebildet, so daß auch grobe Knochenverunstaltungen auftreten. Auch kommt im Gegensatz zum Hypophysen- und reinen Schilddrüsenzweig ein Epiphysenschluß, wenn auch verspätet, zustande, der echte Kretin hat auch selbst dann, wenn er zwerghaft bleibt, keine ausgesprochenen Kinderzüge. Schließlich können auch noch andere Skeleterkrankungen zu unproportioniertem Zwergwuchs führen, meist dadurch, daß die Gliedmaßen abnorm klein bleiben

(Mikromelie). Hierher gehört in erster Linie die ihrem Wesen nach noch völlig unklare **Chondrodystrophie** und auch eine schwere **Rachitis** kann dazu führen.

Auch **Riesenwuchs** kann Ausdruck einer Krankheit sein. Der **Frühkastrat** wird durch Verlängerung seiner Wachstumsperiode und durch abnormes Extremitätenwachstum zum Riesen mit eunuchoider Proportionierung. Daß dabei die übrigen Symptome der genitalen Unterfunktion zur Beobachtung kommen, ergibt sich von selbst. Auch frühzeitige Überfunktion der **Schilddrüse** soll neben dem Bilde der Thyreotoxikose zum Riesenwuchs führen können. Der **hypophysäre Riese** zeigt ganz allgemein ein vermehrtes, proportioniertes Wachstum. Besteht die Störung nach Abschluß des Knochenwachstums fort, so treten auch die typischen Symptome der **Akromegalie** auf. Auch beim Riesenwuchs ist zu berücksichtigen, daß eine Rasse auch einmal einen abnorm großen Menschen hervorbringen kann, besonders wenn die Eltern relativ groß sind, ohne daß dabei eine Krankheit vorliegt.

## V. Mineral- und Wasserstoffwechsel.

**Konstanz der Körperflüssigkeiten.** Die anorganischen Stoffe stehen in ihrer Bedeutung für den geordneten Ablauf der Lebensvorgänge der organischen Substanz nicht nach. Normale Zellarbeit ist an konstante Bedingungen des umgebenden Milieus, also der Körperflüssigkeiten gebunden. In dieser Hinsicht spielen Wasser und Mineralien ein ganz entscheidende Rolle. Die molare Konzentration der Körperflüssigkeiten, die den osmotischen Druck bestimmt, muß konstant gehalten sein (**Isotonie**). Für diese Funktion spielt das Kochsalz die entscheidende Rolle. Aber auch das Mischungsverhältnis der Ionen, die **Isoionie**, ist von vitaler Bedeutung. Am lebenswichtigsten ist aber die Erhaltung des Gleichgewichtes zwischen sauren und basischen Valenzen, die **Isohydrie**. So sehen wir auch, daß diese Funktion am feinsten einreguliert ist. Das weitgehende Zusammengehen zwischen Wasser und Mineralien ergibt sich schon daraus, daß Wasser den Mineralien als Lösungsmittel dient. So werden Mineralverschiebungen auf Wasserbestand und Wasserstoffwechsel Rückwirkungen ausüben müssen und umgekehrt. Im Wasser zerfallen die Mineralien in ihre elektrisch geladenen Ionen je nach ihrem gegebenen Dissoziationsgrad. Die Mineralien sind ganz vorwiegend in dissoziierter Form zugegen. Auch das Wasser ist in ganz geringem Grade in  $\overset{+}{\text{H}}$ - und  $\overline{\text{OH}}$ -Ionen dissoziiert. Die überragende Bedeutung der Dissoziation des Wassers besteht aber darin, daß die freien  $\overset{+}{\text{H}}$ - und  $\overline{\text{OH}}$ -Ionen die **Blutreaktion** bestimmen. Im Wasser ist die Konzentration der  $\overset{+}{\text{H}}$  und  $\overline{\text{OH}}$  Ionen gleich. Ihre molare Konzentration pro Liter ( $C_{\text{H}}$  bzw.  $C_{\text{OH}}$ ) beträgt  $10^{-7}$ . Die Lösung ist neutral. Nach dem Massenwirkungsgesetz ist das Produkt der Konzentration der beiden Ionen geteilt durch die Konzentration der undissoziierten Substanz eine Konstante. Für das Wasser ergäbe sich demnach  $\frac{[\overset{+}{\text{H}}] \times [\overline{\text{OH}}]}{\text{H}_2\text{O}} = 10^{-14}$ . Folglich muß sich bei Änderung der  $\overset{+}{\text{H}}$ -Ionenkonzentration diejenige der  $\overline{\text{OH}}$ -Ionen zwangsweise ändern, da das Produkt immer konstant bleibt. Kennt man die  $\overset{+}{\text{H}}$ -Ionenkonzentration, so ist daraus die  $\overline{\text{OH}}$ -Ionenkonzentration leicht zu errechnen. So ist die aktuelle Reaktion durch die Kenntnis einer Ionenkonzentration schon klar definiert. Überwiegen die  $\overset{+}{\text{H}}$ -Ionen, so wird die Reaktion sauer sein, nehmen sie ab, bedingt das Überwiegen der  $\overline{\text{OH}}$ -Ionen ein alkalisches Milieu. Zur Vereinfachung wird die aktuelle Reaktion durch die Wasserstoffzahl  $p_{\text{H}}$  angegeben, die den negativen Logarithmus der tatsächlichen  $\overset{+}{\text{H}}$ -Ionenkonzentration, der  $C_{\text{H}}$  angibt. Dementsprechend bezeichnet ein  $p_{\text{H}}$  von 7 das

Ionengleichgewicht und damit die Neutralreaktion, niedrigere Wasserstoffzahl weist auf eine Zunahme des Wasserstoffions hin, entspricht also einer sauren Reaktion, während  $p_{\text{H}}$ -Werte von 7—14 eine alkalische Reaktion angeben, da entsprechend der Abnahme der  $\text{H}^+$ -Ionenkonzentration die freien  $\text{OH}^-$ -Ionen zunehmen müssen. Die normale Blutreaktion liegt nahe am Neutralpunkte im schwach alkalischen Gebiet bei  $p_{\text{H}}$  7,28—7,40, sie wird definiert durch das Verhältnis der freien zu der an Alkali gebundenen Kohlensäure. Der Gehalt des Blutes an gelöster freier Kohlensäure entspricht dem Teildruck dieses Gases in der Alveolarluft. Gebunden ist die Kohlensäure als Natriumbicarbonat, also als Salz alkalischer Reaktion. Die Menge der gebundenen Kohlensäure hängt bei gegebenem Kohlensäureteildruck von der Menge des nicht durch andere Säuren neutralisierten Alkalis, der Alkalireserve, ab. Zur Vermeidung von Störungen des Säurebasengleichgewichtes sind mannigfache Regulationsmechanismen in Tätigkeit bzw. können herangezogen werden. Die gesunde Niere vermag je nach Bedarf einen sauren oder alkalischen Harn zu produzieren. Zur Neutralisation von Säuren kann Ammoniak der Harnstoffsynthese entzogen werden. Starker Basenbedarf kann aus dem Muskelphosphat, wirkungsvoller aus den stark alkalischen Salzen der Knochenasche gedeckt werden. Bei Basenüberschuß wird die Phosphorsäure als stark basisches Tripelphosphat durch den Darm ausgeschieden. Den Feinregulator des Säurebasengleichgewichtes stellt die Atmung dar. Da der adäquate Reiz für das Atemzentrum die aktuelle Reaktion des Blutes ist, wird durch Änderung der Ventilationsgröße die Kohlensäurespannung in der Alveolarluft und damit auch Kohlensäurespannung und -gehalt des Blutes auf einen Wert einreguliert, der der jeweiligen Alkalireserve entspricht und eine Verschiebung der Blutreaktion verhindert. Die Leistungsfähigkeit der Regulationsmechanismen und Regulationsorgane ist unter normalen Bedingungen so groß, daß die Isohydrie gewahrt bleibt. Insbesondere ist es nicht möglich, durch gewaltsame, einseitige Säure- oder Alkalizufuhr die aktuelle Reaktion maßgebend zu verschieben, also etwa eine allgemeine Säuerung oder Alkalisierung des Körpers und seiner Säfte alimentär zu erreichen. **Störungen des Säurebasengleichgewichtes** werden auftreten sowohl bei Änderung des Gehaltes an freier Kohlensäure als auch bei veränderter Größe der Alkalireserve. Bei Änderung des einen der genannten Faktoren braucht es nicht zu einer Verschiebung der Blutreaktionen nach der sauren oder alkalischen Seite zu kommen, solange der andere Faktor sich proportional ändert (**kompensierte Azidose oder Alkalose**). Eine dekompenzierte echte Kohlensäureazidose liegt im Schlaf vor, erreicht aber nie die kritische Grenze. Wichtiger sind jedoch die Azidosen durch Verminderung der Alkalireserve, ein Zustand, der als Hypokapnie bezeichnet wird, wobei intermediär auftretende fixe Säuren die Kohlensäure aus dem Natriumbicarbonat verdrängen und seinen Alkalianteil zur eigenen Neutralisation mit Beschlag belegen. Das Freiwerden von Phosphorsäure und Milchsäure bei Muskelarbeit führt zu einer solchen Azidose durch Alkalidefizit, wobei außerdem noch Kohlensäure in vermehrter Menge als Endprodukt der gesteigerten Verbrennungsvorgänge gebildet wird. Kritische Grade nimmt die Azidose an, wenn Säurekörper in großen Mengen auftreten. Bei der diabetischen Azidose sind es die Ketsäuren, die zu extremer Verminderung der Alkalireserve führen. Lange Zeit vermag die Atmung durch Überventilation kompensierend einzugreifen. Die Überventilation, die sich schließlich zur großen, KUSSMAULSchen Atmung steigert, ist das eindeutige klinische Zeichen der bevorstehenden, echten dekompenzierten Azidose. Ähnlich können die Verhältnisse auch bei Nierenkranken liegen. In erster Linie ist die regulatorische Fähigkeit der Niere gestört. Die kranke Niere ist nicht mehr in der Lage, je nach Bedarf einen alkalischen oder sauren Harn zu produzieren. Der Körper tritt dadurch im Gegensatz zum normalen in Ab-

hängigkeit von dem Säure- und Basengehalt der Nahrung, was je nach dem Überwiegen der basischen oder sauren Valenzen sowohl zur Vermehrung als auch zur Verminderung der Alkalireserve und damit zu einer alkalotischen oder azidotischen Stoffwechsellage führen kann. Das letztgenannte Ereignis ist das häufigere. Daneben ist aber auch durch Analysen der Blutzusammensetzung festgestellt, daß bei Niereninsuffizienz auch noch unbekannt pathologische Säuren auftreten können, die vermutlich dem intermediären Eiweißstoffwechsel entstammen, eine Störung, die der diabetischen Azidose wesensgleich ist. Die reaktive Umstellung der Atmung entspricht ebenfalls den Verhältnissen beim Zuckerkranken. Das Ende steht bei dekompensierter urämischer Azidose unter dem Zeichen des Coma uraemicum. Bei Verschiebung der Blutreaktion bis zum Neutralpunkt kommt es zum **Koma** als typische Säurevergiftung. Wir sehen, wie gering die Spanne ist, die zwischen der normalen Blutreaktion mit einer Wasserstoffzahl von 7,3 und einem Wert von rund 7,0 liegt, welcher bereits tödliches Koma bedeutet.

Aber auch eine Verschiebung der Blutreaktion nach der alkalischen Seite ist nur in bescheidenem Umfang mit dem Fortbestand des Lebens vereinbar. Eine Wasserstoffzahl von nur 7,8 bedeutet Tod unter den Zeichen einer **Tetanie**. **Alkalosen** können durch Vermehrung der Alkalireserve (Hyperkapnie) oder durch übermäßiges Abrauchen freier Kohlensäure zustande kommen. Die Möglichkeit, einen Basenüberschuß im Blut durch Umstellung der Atmung mit dem Ziele einer Steigerung der Kohlensäurespannung zu kompensieren, ist im Gegensatz zu der weitgehenden Kompensationsfähigkeit einer azidotischen Stoffwechsellage nicht in nennenswertem Ausmaße gegeben. So bedeutet Hyperkapnie praktisch auch dekompensierte Alkalose, also echte Verschiebung der Blutreaktion nach der alkalischen Seite. Eine maßgebende Alkalose kann beim gesunden Menschen alimentär ebensowenig erzeugt werden wie eine namhafte Azidose. Dagegen kann bei Niereninsuffizienz durch einseitig alkalische Ernährung eine alkalotische Stoffwechsellage ebenso erzeugt werden wie eine azidotische durch Säureüberschuß in der Nahrung. Im übrigen führt Säureverlust zur Alkalose. So treten bei reichlichem Erbrechen sauren Mageninhaltes, wie es speziell bei anatomischer und funktioneller Pylorusstenose beobachtet wird, Alkalose und Tetanie auf. Man hat diese Form auch als Magentetanie bezeichnet. Der Typus einer Alkalose durch dekompensiertes Kohlensäuredefizit ist bei der Überventilationstetanie gegeben. Solche Überventilationen, die zur Tetanie führen, können bei Neurotikern bewußt oder unbewußt zur Gewohnheit werden. Man kann sie aber auch bei lokalen Störungen im Gebiet des Atemzentrums, etwa bei Cerebralsklerotikern und Hypertonikern oder bei den tiefen Atemzügen periodischen Atmens beobachten. Die bei Alkalose auftretenden tetanischen Zeichen sind mit denen der parathyreopriven Tetanie völlig identisch, wenn auch die Ursache der Tetanie in beiden Fällen eine verschiedene ist.

**Mineralbestand.** Neben der Isohydrie nannten wir als weitere biologisch wichtige Konstanten der Körperflüssigkeiten die Isotonie und Isoionie. Diese Konstanten stehen und fallen mit der Konstanz des Mineralbestandes. Die Gesamtsumme der gelösten Mineralien bestimmt den osmotischen Druck und wird damit Vorbedingung für wichtige Austauschvorgänge an der Zellgrenze. Die Isoionie, die konstante prozentuale Verteilung der einzelnen Ione im Rahmen des normal großen Gesamtbestandes ist ebenfalls von entscheidender Bedeutung, speziell ergeben sich außerordentlich wichtige Beziehungen zu den Kolloiden. Wenn wir versuchen wollen, die Bedeutung der Mineralien im krankhaften Geschehen zu erfassen, bekennen wir offen, daß unsere positiven Kenntnisse vielfach über Einzelbefunde noch nicht hinausgehen. Das liegt vor allem daran, daß auch unsere Vorstellungen über die Physiologie noch unvollkommen und einseitig sind, wir ahnen mehr die große Bedeutung eines Stoffwechsels anorga-

nischer Substanzen, als daß wir sie im einzelnen übersehen könnten. Mineralien dienen zum Aufbau von Körpersubstanz. In allen Geweben, besonders reichlich in den Stützgeweben (Knochen und Zähne) sind Mineralien vorhanden. Analysen geben wechselnde Bilder, je mehr Mineralien man sucht, desto mehr findet man. Wir wissen noch nicht annähernd von allen Substanzen, ob sie physiologische oder pathologische Bedeutung haben. Die sehr verschiedene mineralische Zusammensetzung der Gewebe gibt neue Rätsel auf, der Mineralgehalt der Nahrung kann die Zusammensetzung durch Deponierung gewisser Mineralien ändern. Infolge wechselnden Mineralgehaltes gleicher Gewebe wird der Normalwert nicht eindeutig definierbar. Wir wissen in der Regel nicht, wie wir diese Dinge beurteilen sollen. Gegenüber diesem unübersehbaren und regellosen Verhalten der Mineralien im Gewebe ist die Konstanz im Blutplasma besonders hervorzuheben. Hier dienen die Mineralien, wie bereits betont, der Erhaltung biologisch wichtiger Konstanten. Diese Konstanz der Mineralverhältnisse im Blut erlaubt es auch, Normales von Krankhaftem zu scheiden. So ist auch das, was wir von Physiologie und Pathologie des Mineralstoffwechsels wissen, im wesentlichen auf normale oder krankhafte Verhältnisse im Mineralbestand des Blutes aufgebaut. Wir können bei einer ganzen Reihe von Störungen pathologische **Transmineralisationen** nachweisen. Bei Betrachtung der einzelnen Ionen ergibt sich, daß enge Beziehungen zwischen einzelnen Anionen und Kationen vorhanden sind. So gehen die Alkalien mit dem Chlorid wie die Erdalkalien mit dem Phosphat in vieler Hinsicht gemeinsame Wege, so daß neben einer Beobachtung des einzelnen Ions auch eine gemeinsame Betrachtung notwendig ist. Bevor wir jedoch auf die speziellen Fragen zu sprechen kommen, ist noch auf die Mineralzufuhr einzugehen. Unsere Durchschnittskost enthält alle Mineralien im Überfluß, ist lediglich kochsalzarm, so daß gewohnheitsmäßig Kochsalz zugesetzt wird. Mineralverluste, die bei Zubereitung des Essens vorkommen können, spielen praktisch keine Rolle. **Mineralmangel** kann nur bei abnorm langem Gebrauch einseitiger Kost zustande kommen. Auch strenge Diäten, die für kurze Zeit notwendig und nützlich sind, können bei kritiklos langer Verordnungsungünstige Folgen in dieser Richtung haben.

Mineralien können auch im Organismus gestapelt werden. Die Vorstellung jedoch, daß man durch Verabreichung bestimmter Salzgemische die mineralische Zusammensetzung von Zellen und körperlichen Flüssigkeiten umändern könne, entbehrt jeder sachlichen Grundlage. Anders liegt jedoch die Situation, wenn die regulierenden Ausscheidungsorgane der Mineralien, in erster Linie die Nieren funktionsuntüchtig werden. Dann kann Mineralzufuhr zu schweren Erschütterungen der intermediären Mineralverhältnisse führen, eine Tatsache, der bei Festsetzung geeigneter Ernährung solcher Kranker unbedingt Rechnung getragen werden muß.

Im Rahmen des Mineralbestandes stehen zahlenmäßig die **Alkalichloride** bei weitem an erster Stelle. Im wesentlichen handelt es sich um **Kochsalz**. Der nicht an Chlor gebundene Teil des Natriums ist vor allem als Natriumbicarbonat zugehen. Der Kochsalzbestand des Blutes liegt durchschnittlich bei 600 mg-% und macht damit rund zwei Drittel der Mineralien aus. Daraus ergibt sich schon die entscheidende Bedeutung des Kochsalzes für die Regulation der osmotischen Verhältnisse des Blutes und die Tatsache, daß zwangsläufige Beziehungen zwischen **Wasser- und Kochsalzverschiebungen** bestehen müssen. Pathologische Wasserzufuhr ohne entsprechende Salzbeimengung führt zu Kochsalzverarmung des Körpers, da auch maximal verdünnter Harn Mineralien, in erster Linie Kochsalz, enthält. Vermehrte Salzzufuhr kann ohne Schaden nur ertragen werden, wenn zur Ausscheidung entsprechende Flüssigkeitsmengen zur Verfügung stehen. So bedeutet Zufuhr von Seewasser keine Verminderung, sondern

eine Vermehrung des körperlichen Wasserbedarfes, weil gleichzeitig sehr große Salzmengen zugeführt werden. In gewissem Umfange können Gewebe Kochsalz auch ohne gleichzeitige Wasserretention stapeln, besonders die Haut ist zu einer erheblichen trockenen **Kochsalzretention** fähig. Zur Eliminierung wird dem Blut und Gewebe Wasser entzogen, wodurch die molare Konzentration der vitalen Flüssigkeiten über das retinierte Kochsalz hinaus weiter gesteigert wird. Andererseits ist auch die Kochsalzstapelung in Form einer trockenen Kochsalzretention beschränkt, so daß schließlich auch Ödembildung auftritt. Bei geschädigter Niere können schon relativ geringe Kochsalzzufuhren zu solchen Erscheinungen führen. Auf die Bedeutung extrarenaler Momente für das Problem des Nierenödems wird bei Besprechung des Wasserstoffwechsels nochmals zurückzukommen sein. Die nahe Beziehung des Kochsalzes zum Wasser wird im wesentlichen durch das Natriumion hergestellt. Das erkennt man daraus, daß auch ein anderes Natriumsalz, das Natriumbicarbonat, hydropigene Wirkungen hat. Auch die Störungen der Wärmeregulation bei übermäßiger Kochsalzzufuhr (**Salzfieber**) werden auf den Einfluß des Natriums zurückgeführt. Verarmung des Blutes an Kochsalz, wie sie etwa bei lang dauernder, flüssigkeitsreicher, salzarter Kost zustande kommt, führt zur Einstellung wichtiger biologischer Funktionen. Die Produktion von Salzsäure im Magensaft hört auf. Im Extrem kommt es bei Kochsalzverarmung zu einem schweren Vergiftungsbild mit cerebralen Symptomen.

Große Chlorverluste, wie sie durch reichliches Erbrechen saurer Massen bedingt werden, gefährden in erster Linie die Blutreaktion. Wir haben diese Verhältnisse bei den Alkalosen besprochen. Das unter diesen Umständen zu beobachtende Auftreten von Ketonkörpern (acetonämisches Erbrechen der Kinder) ist unter diesen Umständen nicht Zeichen einer beginnenden Azidose, hat vielmehr den Zweck, zur Entlastung des Körpers möglichst viel Basenbestandteile durch die Niere ausscheidungsfähig zu machen. Symptomatische Kochsalzverschiebungen sind bei einer Reihe von Krankheiten beobachtet, ohne daß diese Erscheinungen schon erschöpfend geklärt wären. Im Fieber, besonders ausgesprochen bei der Pneumonie, kommt es zu einer Kochsalzretention mit Stapelung in den Geweben und Senkung des Blutspiegels. Bei Nierenkranken kann nach anfänglicher Kochsalzretention im Blut mit Zunahme der Niereninsuffizienz auch eine Hypochlorämie gefunden werden. Umgekehrt kann übrigens auch eine primäre Hypochlorämie zum Ansteigen der stickstoffhaltigen Bestandteile des Blutes führen.

Was über die Bedeutung der Alkalichloride für krankhaftes Geschehen gesagt werden kann, ist mit der Schilderung der Verhältnisse des Kochsalzes im wesentlichen abgeschlossen. Die funktionellen Unterschiede zwischen **Kalium** und **Natrium** sind noch nicht ausreichend übersehbar. Die besonderen Verhältnisse bei der Nebenniereninsuffizienz wurden bereits früher besprochen. Auf die Beziehungen des Natriums zum Wasser und zur Wärmeregulation wurde oben hingewiesen. Soweit das Natrium im Blut nicht als Chlorid vorhanden ist, findet es sich im wesentlichen als Natriumbicarbonat, dessen Bedeutung für die Regulation des Säurebasengleichgewichtes bereits besprochen wurde.

Die zweite Gruppe von Mineralien, die zueinander Beziehungen haben, wird von den **Erdalkalien** und dem **Phosphat** gebildet. **Magnesium** tritt schon mengenmäßig stark hinter dem Calcium zurück, über seine spezielle stoffliche Bedeutung ist nichts bekannt. Um so bedeutungsvoller sind die Stoffwechselstörungen, bei denen **Calcium** und **Phosphat** im Mittelpunkt stehen. Die Bedeutung dieser Mineralien geht schon aus der Tatsache hervor, daß der Knochen zum überwiegenden Teil aus tertiärem Calciumphosphat besteht. Das Calciumcarbonat als zweitwichtigster Bestandteil tritt dagegen mengenmäßig schon stark zurück. Entsprechend der gleichgerichteten Funktion von Ca und Phosphat ist eine



definitive Stapelung von Calcium nur in weitgehender Abhängigkeit von einer gleichzeitigen Stapelungsfähigkeit für Phosphat zu erzielen und umgekehrt. Vorbedingung für die Erhaltung der Mineralverhältnisse im Knochen ist ferner ein optimales, konstantes Verhältnis von **Ca zum Phosphat** im Blut. Durch selektive Resorption von Phosphat und Calcium der Nahrung wird die Erhaltung des Blutgleichgewichtes erleichtert und durch Regulation der Ausscheidung garantiert. Sofern nicht künstlich zum Zwecke des Experimentes oder unter ganz besonderen äußeren Bedingungen eine mineralisch einseitige Kost über lange Zeit gereicht wird, ist mit einer zur Krankheit führenden alimentären Beeinflussung des Kalk- und Phosphatstoffwechsels nicht zu rechnen. **Verkalkungsstörungen** liegt in der Regel ein ganz anderes krankhaftes Geschehen zugrunde. Bei der **Rachitis** haben wir eine solche schwere Verkalkungsstörung mit Auftreten kalkarmen Osteoidgewebes kennengelernt. Der gesamte Mineralgehalt des Knochens ist herabgesetzt, während das Verhältnis  $\text{Ca}:\text{PO}_4:\text{CO}_3$  gewahrt bleibt. Die intermediäre Störung wird durch das Fehlen von Vitamin D verursacht. Sie besteht darin, daß die Retentionsfähigkeit für Calcium und Phosphat stark gestört ist und diese Substanzen in großen Mengen durch den Darm zur Ausscheidung kommen. Stärker betroffen ist das Phosphat, so daß es im Blute bei niedrig normalem Calciumspiegel zur Hypophosphatämie kommt. Dadurch wird der Quotient  $\text{Ca}:\text{PO}_4$  im Blut größer als 2 (normaler Ca-Wert beim Kind 9—11 mg-%, Phosphat 5 mg-%). Durch Vitaminszufuhr wird die Retention der beiden Substanzen wieder möglich gemacht und der Blutbefund als Vorbedingung für einen normalen Verkalkungsprozeß einreguliert. Hypocalcämie bei Rachitis deutet auf eine Kombination mit Tetanie hin. Der ungünstige Einfluß auf Kalk- und Phosphatstoffwechsel wird bei dieser Tetanieform durch eine Unterfunktion der Epithelkörperchen verursacht. Führendes Symptom der Tetanie ist die Erniedrigung des Calciumspiegels im Blut, wahrscheinlich auf Kosten des ionisierten Kalks, während der Phosphatspiegel normal oder gar etwas erhöht gefunden wird. Dadurch wird der Quotient  $\text{Ca}:\text{PO}_4$ , der normalerweise 2 beträgt, kleiner. Die Hypocalcämie führt zur gesteigerten Erregbarkeit des gesamten Nervensystems. Die Ausdrucksformen dieser Übererregbarkeit haben wir bei der pathologischen Physiologie der Epithelkörperchen bereits eingehend besprochen. Sinkt der Ca-Spiegel auf 7 mg-%, so tritt die Tetanie klinisch in Erscheinung. Das Wesen der Störung im Kalk- und Phosphatstoffwechsel ist nicht wie bei der Rachitis in einer Ausscheidungsstörung zu sehen, eine allgemeine Kalkverarmung durch Entkalkung liegt nicht vor, bilanzmäßig ist sogar eher eine Kalkretention anzunehmen. Die Hypocalcämie und relative oder absolute Hyperphosphatämie sind also als Ausdruck einer Störung der Kalk- und Phosphatverteilung anzusehen. Durch die Störung des zur normalen Verkalkung notwendigen optimalen Gleichgewichtes zwischen Ca und  $\text{PO}_4$  im Blut leidet auch die Ossifikation am wachsenden Knochen. Dies wird deutlich bei der Callusbildung bestehender Frakturen. Verläuft die Störung in Schüben, so können kalkarme Zonen an den Zähnen in Form von Jahresringen angeordnet sein.

Umgekehrt läßt auch eine Überfunktion der Epithelkörperchen eine normale Verkalkung und einen normalen Mineralbestand des Knochens nicht zu. Sie führt im Gegenteil zu einer zunehmenden Entkalkung. Im Blut ist der Calciumspiegel erhöht, gleichzeitig erfolgt eine vermehrte Ausscheidung von Calcium und Phosphat, und es kommt zu einer herdförmigen Demineralisation des Knochens. Dieser Zustand ist auch in ähnlicher Weise durch eine übermäßige Zufuhr wirksamer Epithelkörperchenextrakte (COLLIP-Hormon) erzielbar. Die Klinik kennt als Analogon die **Ostitis fibrosa generalisata** bei Epithelkörperchenadenom.

Allgemeine Mineralstörungen im Knochen liegen noch bei der **Osteomalacie** und den osteoporotischen Zuständen vor. Die Osteomalacie zeigt bezüglich der Verhältnisse im Kalkstoffwechsel weitgehende Übereinstimmung mit der Rachitis, so daß sie auch als Rachitis der Erwachsenen bezeichnet worden ist. Die Kalk-, vor allem die Phosphatausscheidung sind vermehrt, der Knochen verarmt unter Wahrung des Verhältnisses  $\text{Ca}:\text{PO}_4:\text{CO}_3$  an Kalksalzen, im Blut sinkt der Phosphat Spiegel, gleichzeitige Hypocalcämie bedeutet Komplikation durch Tetanie. Gegen die Annahme einer Identität von Rachitis und Osteomalacie in ätiologischer Beziehung bestehen vom klinischen Standpunkt erhebliche Bedenken. Die Tatsache, daß die Osteomalacie eine Erkrankung des weiblichen Geschlechtes in der Schwangerschafts- und Stillperiode ist, muß auch für die Deutung der Störung in ursächlicher Beziehung in erster Linie in Betracht gezogen werden. Allerdings fehlen uns bisher ausreichende Unterlagen, aus denen ein gesetzmäßiger Einfluß der Geschlechtsdrüsenfunktion auf den Kalkstoffwechsel hervorgeht. Zu überlegen ist auch die Frage, ob für die Aufbauvorgänge des Fetus und für die Ernährung des Säuglings mit Muttermilch nicht eine abnorme Beanspruchung und daher Verminderung der mütterlichen Mineralbestände bedingt ist.

**Osteopathie und Osteoporose.** Knochenbilder, die denen der Rachitis oder Osteomalacie ähnlich sehen können, können bei länger dauernder Mineralunterernährung zustande kommen. Solche **Hungerosteopathien** zeichnen sich dadurch aus, daß der Mineralbestand des Knochens nicht gleichmäßig abnimmt, und daß im Gegensatz zur Rachitis durch Mineralzufuhr eine Normalisierung erreicht wird. Die Ursache der physiologischen Osteoporose durch Demineralisation in den ersten Lebensmonaten sind uns ebensowenig bekannt wie die der osteoporotischen Vorgänge im Greisenalter. Wir wissen nur, daß sie offenbar weder mit Rachitis noch mit Osteomalacie etwas zu tun haben. Zu erwähnen wäre noch die Demineralisation der Knochen beim schweren Diabetiker. Diese Erscheinung ist bedingt dadurch, daß der Körper zur Kompensation der Azidose seinen Alkalibedarf auch aus der Knochenasche deckt und damit auch den Mineralbestand seiner Knochen erheblich vermindert. Zu einer Demineralisation des Knochens kommt es auch bei Nebennierenrindeninsuffizienz, wobei sich noch nichts Abschließendes darüber sagen läßt, ob und in welcher Form das Rindenhormon einen spezifischen Einfluß auf den Stoffwechsel des Calciums oder Phosphats ausübt. In ähnlicher Weise werden kalkarme Knochen bei Insuffizienz des Hypophysenvorderlappens beobachtet.

Neben den geschilderten Zustandsbildern, bei denen aus verschiedenem Grunde Kalkverminderungen in den Stützgeweben vorlagen, gibt es auch solche, die durch **gesteigerte Verkalkungsprozesse** charakterisiert sind. Das Wesen dieser pathologischen Verkalkungsvorgänge ist ebenso unvollkommen übersehbar wie der natürliche Verkalkungsvorgang in den Knochen selbst. Wir können nur sagen, daß neben exogenen Faktoren auch Eigenschaften des verkalkenden Gewebes selbst von entscheidender Bedeutung sind. Die Verkalkung von verkästen, tuberkulösen Lymphdrüsen, Pleuraschwarten, Empyemen u. dgl. weist darauf hin, daß Zurückgehen der Gewebsvitalität eine solche Vorbedingung ist, und daß hierbei keine Stoffwechselstörung vorliegt. Auch bei der ätiologisch unklaren generalisierten Bindegewebsverkalkung der **Kalkgicht** sind Störungen im Kalkstoffwechsel nicht nachzuweisen. Offenbar spielt auch bei den pathologischen Verkalkungen der **Vigantolvergiftung**, die speziell an den Gefäßen in Form von Arteriosklerose, aber auch an der Injektionsstelle einer konzentrischen Vigantollösung, auftritt, der Gewebefaktor eine Rolle, wenn auch gleichzeitig Verschiebungen im Kalk- und Phosphatstoffwechsel, die denen der Rachitis im wesentlichen entgegengerichtet sind, von Bedeutung sein dürften. Große

praktische Bedeutung hat die Vigantolvergiftung nicht, da die heilende und toxische Vitamin-D-Dosis sehr weit auseinander liegen und eine Überdosierung bei Verwendung von Vigantol somit kaum eintreten kann. Immerhin ist das Vigantol ein Mittel, welches dosiert sein will. Auch ein anderes Bestrahlungsprodukt das Ergosterin, das **A. T. 10**, greift in den Calciumhaushalt ein und führt zu einer Erhöhung des Calciumspiegels im Blut. Es hat sich zum Ausgleich der parathyreopischen Hypocalcämie und damit zur Beseitigung der tetanischen Krankheitssymptome als nützlich erwiesen. Steigt im Rahmen einer Überdosierung das Blutcalcium auf übernormale Werte, so kommt es zu einem schweren Vergiftungsbild.

Unter **Phosphaturie** verstehen wir eine kongenitale Anomalie reichlicher Calciumphosphatausscheidung in einem alkalischen Harn. Durch Ausfall des Phosphats bekommt der Harn ein milchig-trübes Aussehen. Es handelt sich nicht um eine intermediäre Störung, sondern um die Unfähigkeit der Niere, einen sauren Harn zu bilden, wobei außerdem eine Kolloidanomalie für das Ausfallen des Phosphats verantwortlich sein muß. Eine physiologische Phosphaturie kommt bei Gemüsekost zustande. Die Bedeutung der Phosphaturie liegt in der Gefahr der Phosphatsteinbildung.

Ein weiteres Mineral, auf welches einzugehen ist, ist das **Eisen**. Neben dem größten Teil des Eisens, der im Hämoglobin vorhanden ist, bildet Eisen in minimalen Mengen einen biologisch hochwertigen Zellbestandteil, der für die Zellatmung von grundlegender Bedeutung ist. Ein Zustand von Eisenarmut kommt deshalb kaum in Frage, weil der Körper Eisen, welches im Moment nicht gebraucht wird, stapeln kann, und die natürliche Ernährung darüber hinaus reichlich Eisen enthält. Eine Ausnahme macht lediglich die Milch. Das Neugeborene bringt aber ein ausreichendes Eisendepot mit auf die Welt, von dem es für die Periode der Eisenunterernährung zehren kann. Im Experiment kann chronische Eisenunterernährung zu Wachstumsstörungen führen. Ob es intermediäre Eisenstoffwechselstörungen gibt, ist eine Frage, die sich noch nicht klar beantworten läßt. Am nächsten liegt der Gedanke, daß gewisse **Anämien** Ausdruck einer intermediären Eisenstoffwechselstörung sein könnten. In erster Linie wird bei der Chlorose, die auf eine Eisenbehandlung besonders günstig reagiert, an eine innere Beziehung zum Eisenstoffwechsel zu denken sein. Sicher ist, daß bei einer Reihe von Anämien der Eisenspiegel des Blutserums erniedrigt ist, wobei es sich grundsätzlich um Anämien von sekundärem Typus handelt. Das gilt für die chronische Blutungsanämie, aber auch für die Anämien bei chronischen Infektionen und Tumoren, wobei in den letztgenannten Fällen ein vermehrter Eisenverbrauch angenommen wird. Schließlich wird die weitere Möglichkeit einer Eisenmangelanämie infolge Resorptionsstörung von Nahrungseisen angenommen. Sicher ist ferner, daß man durch Eisengaben die Auffüllung des Hämoglobinbestandes auf seinen Normalwert erleichtern und beschleunigen kann. Dabei ist für den Erfolg entscheidend, in welcher Form und auf welchem Wege die Eisenzufuhr stattfindet. So ist bei peroraler Zufuhr nur eine Resorption und damit eine Wirkung von ionisiertem Ferroeisen zu erwarten. An der Tatsache, daß es Eisenmangelanämie gibt, ist heute nicht mehr zu zweifeln. Sehr viel schwieriger ist jedoch die Frage zu beantworten, weshalb dieser Eisenmangel entstand. Wir kommen auf diese Dinge noch zurück.

Die Bedeutung des **Jods** ist so eng mit der Schilddrüsentätigkeit verbunden, daß wir die Jodfrage in diesem Zusammenhang berührt haben.

**Andere Mineralien.** Damit wäre das Gebiet der intermediären Mineralstoffwechselstörungen, soweit es bisher übersehbar ist, abgeschlossen. Die Bedeutung anderer anorganischer Substanzen, wie etwa des Bleis und Quecksilbers, der Kieselsäure usw. liegt auf ganz anderem Gebiet. Sie können, übermäßig

zugeführt, Vergiftungszustände und besondere Krankheitsbilder zur Folge haben. Wir wissen aber nichts darüber, daß sie als Bestandteile der Zellen und Körpersäfte für das normale Geschehen von Bedeutung wären und durch intermediäre Stoffwechselstörungen Beziehungen zu Krankheitssymptomen bekommen können. Auch die Rolle des **Kupfers** ist noch reichlich problematisch. Daß manche Anämien auf Behandlung mit Kupferpräparaten gut reagieren, ist sicher. Ein klares Indikationsgebiet für diese Behandlungsart hat sich jedoch noch nicht herausarbeiten lassen. Damit fehlt aber auch die Basis, um in eine aussichtsreiche Diskussion über die Bedeutung des Kupfers für das Anämieproblem einzutreten.

Untrennbar verbunden mit dem Mineralstoffwechsel ist der **Wasserstoffwechsel**. Die Mineralien in den vitalen Flüssigkeiten sind in Wasser gelöst. Nur dadurch sind überhaupt Mineralverschiebungen möglich, nur dadurch gibt es überhaupt einen Mineralstoffwechsel. Die Flüssigkeitsbewegung im Körper stellt die Verbindung zwischen Organen und Zellen her und schafft die Basis für Austauschvorgänge nicht nur der Mineralien, sondern aller Stoffe. Wasser ist aber nicht nur Lösungs- und Transportmittel für den Kreislauf der Stoffe in den gebahnten Wegen, sondern auch Bestandteil der Zelle selbst. Fast zu zwei Dritteln besteht der erwachsene Mensch aus Wasser, jugendliche Gewebe sind noch wasserreicher und besitzen auch eine verstärkte Tendenz zur Wasseraufnahme. Stoffansatz bedeutet gleichzeitigen Wasseransatz, Stoffabbau Wasserverlust. Als Stoffwechselendprodukt entsteht auch Wasser. Durch den Wassergehalt der Gewebe werden wichtige physikalische und physikalisch-chemische Zelleigenschaften bestimmt. Wasser schafft auch die Vorbedingung für die Ausscheidungsfähigkeit von Körperschlacken, Wasser ist ein maßgebender Faktor für die Erhaltung der Temperaturkonstanz im Körper. So gibt es kaum einen Lebensvorgang, bei dem nicht der Wasserstoffwechsel in irgendeiner Form berührt wird. Niemals wird aber Wasser allein bewegt, sondern immer sind gelöste Mineralien beteiligt. Die Gesetze der Isohydrie, Isotonie und Isoionie bleiben in den vitalen Flüssigkeiten gewahrt. Für die Wasserbilanz steht auf der Zufuhrseite der Wassergehalt der Nahrung, auf der Ausfuhrseite der Wassergehalt des Urins, des Kotes, der Atemluft und die Wassermenge, die durch die Haut den Körper verläßt. Die intermediäre Flüssigkeitsbewegung führt über die Gewebe. Einwandfrei zahlenmäßig zu erfassen und der Flüssigkeitszufuhr gegenüberzustellen ist nur die Flüssigkeitsausscheidung im Urin. Wenn wir die **extrarenale Wasserabgabe** mit rund 500 ccm angeben, so kann es sich nur um eine rohe Schätzung für mittlere Außentemperaturen bei einem gesunden Menschen mit normalem Wasserbestand handeln. Die tatsächliche Größenordnung der extrarenalen Wasserabgabe hängt neben dem Wassergehalt der Gewebe selbst von einer Reihe äußerer Faktoren ab, sie kann ganz erheblich schwanken. Für die Wasserabgabe durch **Haut und Atmung** sind neben dem Wassergehalt der Luft in erster Linie Faktoren maßgebend, die der Temperaturregulation dienen. Beim Fettsüchtigen haben wir auf die Schwierigkeiten der Temperaturregulation als Folge der schlechten Wärmeleitungsfähigkeit der Haut hingewiesen und verstehen gelernt, weshalb die vergrößerte Wasserabgabe durch die Haut unter diesen Bedingungen notwendig wird. Die vermehrte Wasserabgabe durch die Haut bei hoher Außentemperatur ist ebenfalls ein klarer Vorgang. Das gleiche gilt für die Wasserabgabe im Fieber. Unter diesen Umständen wird die Harnmenge entsprechend kleiner werden. In der Regel wird durch das Durstgefühl die Flüssigkeitszufuhr so einreguliert, daß auch bei stark vermehrter Wasserabgabe durch Atmung und Haut noch genug Wasser zur Harnbereitung übrigbleibt. Auf die dabei bestehenden zwangsläufigen Beziehungen zur Mineralausscheidung, vor allem des

Kochsalzes, wurde bereits hingewiesen. Die Gefahr einer Wasserverarmung des Körpers ist bei vermehrter Wasserabgabe durch Haut und Atmung solange nicht gegeben, als die Möglichkeit zum Stillen des Durstes vorhanden ist. Im Rahmen der extrarenalen Wasserabgabe kann in dieser Hinsicht der Wasserverlust durch den Darm eine Ausnahme machen. Bei Durchfallskrankheiten kann der Wasserverlust durch den Darm ein sehr großer werden und mehrere Liter betragen, so daß es zu Wasserverlusten des Körpers, zu einer Austrocknung im wahrsten Sinne des Wortes kommen kann. Besonders bei der Cholera ist die hohe Mortalität durch die dabei auftretende extreme Wasserverarmung des Organismus hervorgerufen. Aber auch bei einheimischen Durchfallskrankheiten, speziell bei der Ruhr, ist mit sehr großen Wasserverlusten zu rechnen, worauf bei der Behandlung solcher Zustände in erster Linie zu achten ist. Aus der Größe der Flüssigkeitszufuhr und der normalen oder pathologischen extrarenalen Wasserabgabe, die durch die geschilderten verschiedenen Faktoren bestimmt wird, und die nur in sehr bescheidenem Umfang von der Flüssigkeitszufuhr beeinflußt wird, ergibt sich die überragende Bedeutung der Niere als Regulationsorgan für den Wasserstoffwechsel. Dabei hat die Niere gleichzeitig als regulierendes Organ für den stofflichen Bestand des Organismus, in erster Linie des Blutes, zu fungieren und vermag dies durch die Fähigkeiten, die harnpflichtigen Substanzen in sehr verschiedenen Konzentrationen in dem zur Verfügung stehenden Wasser zu lösen. Daß hierdurch unter besonderen Bedingungen auch die Ausscheidungsgröße des Wassers mitbestimmt werden kann, haben wir bei der Besprechung des Mineralstoffwechsels betont. Beim Diabetes wiesen wir darauf hin, daß die Harnmenge durch die ausgeschiedenen Zuckermengen weitgehend bestimmt würde. Im übrigen hat aber die gesunde Niere die Fähigkeit, durch weitgehende Variation der Urinmenge die Konstanz des körperlichen Wasserbestandes zu garantieren. Bei Nierenerkrankungen geht zunächst die Fähigkeit, Spitzenleistungen hervorzubringen, wie sie bei plötzlicher Überbelastung des Körpers notwendig und bei gesunder Niere auch ohne weiteres möglich sind, verloren, bis schließlich auch die Gesamtausscheidung in 24 Stunden limitiert ist und bei größerer Zufuhr absolut unterwertig wird. Die hierdurch unvermeidbare Wasserretention im Körper soll uns bei Besprechung der Ödempathogenese im Zusammenhang beschäftigen. Von **endogenen Faktoren**, die für den Wasserhaushalt bestimmend sind, muß auf die Schilddrüse und Hypophyse, bzw. auf das Hypophyse-Zwischenhirnsystem hingewiesen werden. Die Hormonarbeit der **Schilddrüse** ist offenbar für den Wassergehalt der Gewebe von Bedeutung. Das Gewebe der Myxödematösen ist über die Myxödems substanz hinaus wasserreich, das des BASEDOW-Kranken wasserarm. Da der Strom der zugeführten Flüssigkeit über die Gewebe geht, ist die Ausscheidung zugeführter Flüssigkeit beim Myxödem verzögert und unvollständig, unter der Wirkung von Thyroxin beschleunigt und vermehrt. Thyroxin ist demnach ein Gewebsdiureticum. Die Gewichtsabnahme Fettsüchtiger ist zum großen Teil durch Wasserentziehung verursacht.

Besonders eindrucksvolle Störungen im Wasserstoffwechsel liegen beim **Diabetes insipidus** vor. Sie berühren die Funktionsstörungen der Hypophyse insofern, als die anatomische Grundlage einer Schädigung des Hinterlappens nachgewiesen werden kann. Man weiß aber, daß Störungen im Gebiet des Tubercinereum und des Zwischenhirns bei intaktem Hypophysenhinterlappen zu den gleichen Ausfallerscheinungen führen können. Für normale Verhältnisse im Wasserstoffwechsel ist also das Hypophyse-Zwischenhirnsystem verantwortlich, wobei wir mit der Notwendigkeit dauernder wechselseitiger Beeinflussung seiner einzelnen Teile untereinander zu rechnen haben. Bei Störungen an einer Stelle dieses Gebietes tritt als führendes Symptom des Diabetes insipidus eine Zwangs-

polyurie auf. Der Durst und die dementsprechend reichliche Flüssigkeitszufuhr sind sekundäre Symptome. Dabei besteht gleichzeitig eine Konzentrationschwäche für Kochsalz als funktionelle Nierenanomalie, wobei die Kochsalzkonzentration im Harn wesentlich geringer ist als diejenige im Blut. Daß es sich hierbei nicht um eine grundsätzlich gegebene Störung handelt, zeigt die wesentlich verbesserte Kochsalzkonzentration und das Zurückgehen der Diurese während interkurrenter fieberhafter Erkrankungen und unter der Wirkung von Hypophysenhinterlappenextrakten. Im Gegensatz zum Chlorid ist die Konzentrationsfähigkeit für andere Stoffe, speziell für die stickstoffhaltigen Stoffwechselprodukte, bei der Erkrankung nicht gestört. Dagegen kann oft eine gleichzeitige Konzentrationsschwäche für das Bicarbonat und die Basenäquivalente des Harns, insbesondere die Phosphate, nachgewiesen werden. Die Verhältnisse des Kochsalzes im Blut sind nicht einheitlich, man findet einen erhöhten, normalen oder auch erniedrigten Kochsalzspiegel. Bei den hyperchlorämischen Formen hat man über die funktionelle Nierenanomalie hinaus Störungen der Austauschvorgänge zwischen Gewebe und Blut angenommen. Daß es sich, nach der Erhöhung oder Erniedrigung des Kochsalzspiegels im Blut beurteilt, nicht um grundsätzlich verschiedene Dinge handeln kann, ergibt sich aus der Tatsache, daß beim gleichen Kranken zu verschiedenen Zeiten erhöhte und erniedrigte Blutkochsalzspiegel gefunden werden können. Im biologischen Verhalten bestehen insofern Unterschiede, als der Kochsalzgehalt der Nahrung mit der Größe der Diurese nur bei hyperchlorämischem Zustand parallel geht und als Hypophysenhinterlappenextrakte nur unter den gleichen Bedingungen diuresehemmend wirken und die Konzentrationsfähigkeit für Kochsalz im Harn erhöhen. Auf die Wasserentziehung reagieren in erster Linie die hyperchlorämischen Fälle mit schweren Allgemeinsymptomen, die durch die Austrocknung des Körpers verursacht sind, was sich speziell auch an der Eindickung des Blutes nachweisen läßt. Hypo- oder normochlorämische Kranke können Wasserentziehung mehr oder weniger symptomlos vertragen. Neben dem Diabetes insipidus gibt es auch zweifellos echte, zentral bedingte Zwangspolyurien ohne Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit für Kochsalz. Die organische Bedingtheit solcher Störungen zeigt sich in der gelegentlichen Kombination mit anderen Zentralstörungen, vor allem solchen des Wärmehaushaltes. Man hat als gleichzeitige Symptome sowohl Hypo- als auch Hyperthermie beobachtet.

Im übrigen können Polyurien noch auf sehr verschiedene Weise zustande kommen. Reichliche Flüssigkeitsausscheidung kann bei normalen Regulationsvorgängen im Wasserstoffwechsel lediglich Folge reichlicher Flüssigkeitsaufnahme sein. Dabei ist in keiner Weise die vermehrte Flüssigkeitsaufnahme durch den Genußwert der zugeführten Getränke bedingt, sondern wir werden speziell bei Geisteskrankheiten mit der Möglichkeit rechnen müssen, daß eine primäre Störung des Durstgefühls die Ursache für überreichliche Flüssigkeitsaufnahme ist. Störungen in der Konzentrationsfähigkeit der Niere bestehen nicht. Andererseits kann, je nach dem Mineralgehalt der zugeführten Flüssigkeit, der Mineralbestand des Körpers in Mitleidenschaft gezogen werden. Wir erwähnten diese Dinge beim Kochsalzstoffwechsel. Im konkreten Fall kann die Abgrenzung solcher Zustandsbilder gegen den echten Diabetes insipidus recht schwer sein. Auch gewohnheitsmäßig kann eine vermehrte Flüssigkeitszufuhr bestehen bleiben, wenn eine solche durch eine Polyurie eine Zeitlang in Gang gebracht war. Das kennen wir z. B. vom Diabetiker, wenn durch Einregulierung der Stoffwechselverhältnisse die Vorbedingungen zur Zwangspolyurie, die an sich mit steigender Glykosurie zustande kommt, nicht mehr gegeben sind. Die Zwangspolyurie der Nierenkranken, die sich vor allem auch in einer Nykturie äußert, hat

ihren Grund darin, daß infolge der Konzentrationsschwäche der kranken Niere die Entlastung des Organismus durch Vermehrung der Harnmenge angestrebt wird, und auf diese Weise trotz niedriger Konzentration der Nierenbestandteile eine Retention harnpflichtiger Substanzen im Organismus vermieden werden kann.

**Vorübergehende Polyurien** können auf nervösem Wege ausgelöst sein, wobei in der Regel ein sehr dünner Harn ausgeschieden wird. Im Rahmen allgemeiner, vegetativer Übererregbarkeit kann es zu derartigen Anfällen einer **Urinaspastica** kommen, auch bei speziellen Krankheitsbildern, etwa bei der Migräne und der Epilepsie, kommt es zu dem genannten Ereignis. Bei Erkrankungen der ableitenden Harnwege, etwa bei Pyelitis und bei der Steinkrankheit, kann es zu vorübergehenden, reflektorisch ausgelösten Polyurien kommen.

Wenn wir den genannten Zustandsbildern der Polyurie die **Oligurie** gegenüberstellen, so interessiert uns dabei weniger die abnorm kleine Harnmenge als zwangsläufige Folge geringer Flüssigkeitszufuhr oder die Verschiebung der Wasserausscheidung zugunsten der extrarenalen Wasserabgabe, als vielmehr die Oligurie als Zeichen eines Mißverhältnisses zwischen Wasseraufnahme und -abgabe und damit als Symptom einer Wasserretention im Körper, wie sie uns vor allem in Form der beweglichen Wasserretention des **Ödems** augenfällig wird. Ödem ist die am leichtesten feststellbare Form einer Wasserretention, denn die Flüssigkeit sammelt sich in beweglicher Form im Gewebe in den Zellücken und in den präformierten Körperhöhlen (Hydrops) an. Niemals handelt es sich um reines Wasser, sondern in dem Ödem sind eine Reihe verschiedener Bestandteile gelöst. Der Eiweißgehalt des Ödems ist niedriger als der des Blutes, relativ hoch bei den entzündlichen Nierenerkrankungen, am niedrigsten bei den Nephrosen. Dagegen liegt der Kochsalzspiegel hoch, besonders bei den akuten entzündlichen Nierenerkrankungen. Auch reagiert das Ödem alkalischer als das Blut. Dem Ödem geht in der Regel ein **Präödem** voraus, wobei der Wassergehalt der Gewebelemente selbst vermehrt ist. Schließlich ist auch noch eine Wasserretention innerhalb des Gefäßsystems in bescheidenem Umfang möglich, jedoch lehrt die Erfahrung, daß ein solches **Blutödem** niemals als Dauerzustand besteht und wohl auch wegen der Gefährdung biologisch wichtiger Konstanten im Blut nicht längere Zeit bestehen kann. So zeigt ein solches vorübergehendes Blutödem im wesentlichen nur an, daß zur Zeit größere Verschiebungen im Wasserbestand vor sich gehen, die selbstverständlich in der Blutzusammensetzung zum Ausdruck kommen müssen.

Wasserretentionen in Form von Ödem können auf sehr verschiedene Weise zustande kommen. Die Größenordnung der Wasserretention wird mit der Wasserzufuhr und dem Mißverhältnis zwischen Flüssigkeitszufuhr und Harnmenge eng zusammenhängen. Eine ungenügende Harnmenge kann Zeichen einer Leistungsminderung der Niere sein, andererseits muß auch damit gerechnet werden, daß das retinierte Wasser überhaupt niemals bis zur Niere gelangt ist, und daß die Oligurie dann nicht Zeichen einer renalen Insuffizienz, sondern Folge einer extrarenalen Wasserretention ist. Für die **Ödeme der Nierenkranken** spielen zweifellos extrarenale Faktoren eine ganz entscheidende Rolle. Grundsätzliche Unterschiede müssen zwischen hypertonischen Nierenerkrankungen und reinen Nephrosen bestehen. Druckschwankungen im Arteriolen- und Capillargebiet können Vorbedingungen für einen vermehrten Flüssigkeitsübertritt nach dem Gewebe werden. Reichen diese mechanisch-kardiovaskulären Komponenten zur Erklärung von Entstehung und Erhaltung des nephritischen Ödems an sich schon nicht aus, so kommen sie beim nephrotischen Ödem überhaupt nicht in Betracht. Es müssen vielmehr zur Erklärung des Nierenödems neben einer Durchlässigkeitsänderung der Capillarwand noch besondere Verhältnisse im Gewebe und Blut angenommen werden. Änderungen der dem

Capillardruck entgegenwirkenden Gewebsspannung, veränderte Quellbarkeit der Gewebe, Änderungen des osmotischen Druckes der Flüssigkeiten diessseits und jenseits der Capillarwand, Änderungen in der Ultrafiltrierbarkeit des Plasma u. dgl. können zur Ursache von Wasserverteilungsstörungen werden. Bei den Nephrosen wird in erster Linie der Hypalbuminose und der hierdurch bedingten Abnahme des kolloidosmotischen Druckes die entscheidende Bedeutung beigemessen. Für praktische Bedürfnisse ist die Frage besonders wichtig, ob angesichts der Bedeutung extrarenaler Vorgänge bei der Ödempathogenese der alte Begriff des „renalen Ödems“ gänzlich fallen zu lassen ist. Diese Frage wird für das nephrotische Ödem heute wohl allgemein bejaht. Hier ist die Oligurie Folge, nicht Ursache des Ödems. Bei den Nephritiden ist jedoch bei extrarenal gegebener Ödemereitschaft die renale Ausscheidungsinsuffizienz für das Manifestwerden, Wachsen und Verschwinden der Ödeme von wesentlicher Bedeutung. Dabei bestehen vielfach enge Beziehungen zwischen Wasser- und Salzausscheidung. Kochsalzbelastung kann neben Salzretention auch Wasserretention bedingen, Beschränkung von Kochsalz und Wasser die Ödemausschwemmung einleiten. Im Stadium der Ödemausschwemmung besteht auch häufig ein echtes Blutödem. Maßgebend für die Wasserretention ist in erster Linie das Natriumion. Nicht nur Kochsalz, sondern auch andere Natriumsalze, etwa Natriumbicarbonat, lassen Ödeme leicht manifest werden. Für die Therapie sind diese Dinge von großer Bedeutung.

Bei den **Ödemen der Kreislaufkranken** treten die renalen Momente an Bedeutung zurück, auch wenn eine Stauungsniere dem gesunden Organ an Leistungsfähigkeit nachsteht. Für die Entstehung der kardialen Ödeme sind in erster Linie mechanische Momente maßgebend, die durch die Stauung und Drucksteigerung im Venen- und Capillarsystem gegeben sind. Daneben spielen Störungen an den Capillarendothelien als Folge ungenügender Sauerstoffversorgung eine Rolle. Das Ödem des Herzkranken entspricht seiner Zusammensetzung nach einem Stauungstranssudat, es ist sehr eiweißarm und enthält nicht mehr Kochsalz als das Blut.

Die Wasserretentionen im **Fieber**, die selten so hochgradig sind, daß ein grob nachweisbares Ödem entsteht, kommen über die gleichzeitige Kochsalzretention zustande.

Die **Hungerödeme** und kachektischen Ödeme werden durch Ernährungsstörungen der Gewebszellen erklärt, wobei offenbar eine Reihe verschiedenster Faktoren das ungünstige Moment abgeben können. Mit Herz- oder Niereninsuffizienz haben diese Ödeme nichts zu tun. In erster Linie ist immer in Betracht zu ziehen, daß nicht die calorisch unterwertige Kost, sondern eine überreichliche Salzzufuhr die Veranlassung zur Ödembildung darstellt. Besonders eindrucksvoll sind in dieser Hinsicht die vor der Insulinära nicht seltenen Ödeme der Diabetiker. Zur Bekämpfung der drohenden Azidose erhielten diese Kranken mitunter große Mengen Natriumbicarbonat und setzten aus diesem Grunde (Na!) leicht Ödeme an. Seit wir im Insulin ein viel wirksameres Mittel zur Einregulierung aller gestörten Stoffwechselerhältnisse besitzen und auf eine laufende große Verabreichung von Natriumbicarbonat verzichten können, sind die diabetischen Ödeme viel seltener geworden. Neben einer Beziehung zu mineralischen Störungen ist an die Möglichkeit einer Avitaminose gedacht worden. In erster Linie wäre ein B<sub>1</sub>-Mangel in Betracht zu ziehen.

**Neurotische Ödeme.** Die flüchtigen Wasserretentionen beim **QUINCKESCHEN** Ödem beruhen offenbar nicht auf einer Störung des Wasserhaushaltes, auch nicht auf einer Zellschädigung, sondern auf einer durch das vegetative Nervensystem vermittelten Zustandsänderung der Capillaren (neurotisches Ödem). Hier ergeben sich also Beziehungen zu den Angioneurosen.



**Lokalisierte Ödeme** sind etwas grundsätzlich anderes. Daß Verlegung von Blut- und auch von Lymphwegen zur Stauung und zum Flüssigkeitsaustritt in dem verlegten Stromgebiet führen muß, ist selbstverständlich. Diese Zustandsbilder haben mit dem Begriff des Ödems als einer krankhaften Wasserretention natürlich nichts zu tun.

**Primäre Oligurie** als wahrscheinliches Gegenstück zum Diabetes insipidus mit Neigung zu vermehrtem Wassergehalt der Gewebe und zu Ödem, mit oder ohne gleichzeitige Störungen im Mineralstoffwechsel, speziell von Verschiebungen des Kochsalzes, ist als seltenes Ereignis beobachtet. Das wechselvolle Verhalten dieser Kranken läßt eine abschließende Deutung und Zuordnung zu einem bestimmten krankhaften Geschehen noch nicht zu, jedoch wird man in erster Linie an Beziehungen zum Hypophyse-Zwischenhirnsystem denken müssen. Häufiger als jene grob greifbaren Störungen mit einer nur wenige 100 ccm betragenden täglichen Harnmenge scheinen Zustandsbilder zu sein, bei denen Funktionsprüfungen eine absolute Starre der Harnmenge mit relativ niedrigem Stundenwert und Fixierung des spezifischen Gewichtes auf 1018—1020 ergeben. Da die 24-Stundenleistung im ganzen gesehen gar nicht auffällig zu sein braucht, dürften derartige Störungen leicht übersehen werden, brauchen auch funktionell nicht in Erscheinung zu treten. Vergleicht man aber das Ergebnis eines Wasser- und Konzentrationsversuches von einem derartigen Kranken, bei welchem im übrigen noch andere hypophysär-diencephale Zeichen vorhanden zu sein pflegen, mit dem entsprechenden Ergebnis eines Diabetes insipidus, so hat man ein recht typisch gegensätzliches Verhalten vor sich.

## VI. Sediment- und Steinbildungen.

**Sedimentbildung.** In den vitalen Flüssigkeiten finden sich die anorganischen und organischen Substanzen teils in kolloidaler Form, teils in echter Lösung. Dabei geht die Konzentration vieler Stoffe, speziell in Harn und Galle, weit über ihre Wasserlöslichkeit hinaus. Daß die Substanzen aus der übersättigten Lösung nicht ausfallen, beruht neben der Bedeutung der aktuellen Reaktion des umgebenden Milieus in erster Linie auf der Wirkung der Kolloide, die die Lösung in übersättigter Form zu erhalten vermögen. Änderungen im Verhalten des umgebenden Milieus, speziell hinsichtlich des Vorhandenseins von Schutzkolloiden, können zum Ausfallen verschiedenster Substanzen in amorpher und kristallinischer Form führen. Unter den anorganischen Substanzen haben wir die Phosphate zu nennen, die bei der bereits an anderer Stelle erwähnten Phosphaturie zum Ausfallen kommen. In dieser Richtung ist weiter das Auftreten von oxalsauren Salzen in kristallinischer Form zu erwähnen, ebenso die Harnsäure und ihre Salze. Dieses Ausfallen von Stoffen im Harn hat insofern Bedeutung, als hierdurch klinische Erscheinungen einer Steinkrankheit hervorgerufen werden können. Ausfallen von Substanzen aus übersättigter Lösung bedeutet aber noch nicht Steinbildung. Für die **Steinbildung** ist Vorbedingung, daß für eine Apposition von Kristallen geeignete adsorbierende Flächen zur Verfügung stehen. Große praktische Bedeutung hat die Steinbildung im Harn und in der Galle. Fremdkörper, abgestoßene Epithelien, Bakterienhaufen, Bilirubinkalkniederschläge, Parasiten u. dgl. können die fremde Oberfläche abgeben und als Steinkerne fungieren. Die Entzündung ist nicht die einzige Ursache für die Steinbildung. Sie spielt nur deshalb eine hervorragende Rolle speziell für die Entstehung von Gallensteinen, weil sie einerseits das Material für Steinkerne liefert, andererseits durch die Entzündungsprodukte das chemisch-physikalische Milieu der Galle verändert und auf diese Weise zum Ausfallen der gelösten Bestandteile führen kann. Eine irgendwie pathologisch zusammengesetzte Galle kann zur

Störung der Stabilität der Lösung führen. Fremde Oberflächen, an die eine Adsorption der ausgefallenen Substanzen erfolgt, können durch Gerinnungsvorgänge oder Gelbildung der Galle entstehen. Für die Steinbildung im Harn können außer organischem Material (Fremdkörper, Zelltrümmer u. dgl.) die Kolloide selbst die fremde Oberfläche abgeben, indem sie nicht in feinst verteilter Form, sondern ausgeflockt und zu größeren Gebilden zusammengeballt vorhanden sind. Mit einer solchen Kolloidfällung ändert sich gleichzeitig das Löslichkeitsoptimum für die gelösten Substanzen, der Kolloidschutz wird geringer, die Krystalle fallen aus und können an die fremde Oberfläche adsorbiert werden. Als **Steinbildner** kommen nur solche Substanzen in Frage, die normalerweise in übersättigter Lösung gehalten sind, durch Änderung des physikalisch-chemischen Milieus ausfallen, wobei Voraussetzung für die Steinbildung das Vorhandensein aktiver fremder Oberflächen ist. Durch wiederholte Kolloidfällung und Einwanderung von krystallinischen Substanzen können Steine wachsen und bilden konzentrische Schichten oft verschiedenster Krystalle. Nicht jede Steinoberfläche ist aktiv, d. h. sie gibt die Möglichkeit zur weiteren Apposition von Steinbildnern. Steine können beim Zerfall durch das Freiwerden neuer Oberflächen wieder aktiv werden, und die Steintrümmer werden zu neuen Steinkernen. Im Harn sind es hauptsächlich Phosphate, Oxalate und Urate, als seltene Steinbildner sind Carbonate, Cystin und Xanthin zu nennen. Gallensteine bestehen aus Cholesterin, Bilirubin und Kalk. Auf die Bedeutung der Steinkrankheiten wird an anderer Stelle einzugehen sein.

## VII. Blutelemente und Blutfarbstoff.

Mit der Besprechung von krankhaftem Geschehen, in dessen Mittelpunkt Veränderungen des Blutzellbestandes stehen, greifen wir aus dem Blut nur einen bestimmten Bestandteil heraus. Es mag logisch erscheinen, in gleicher Weise Veränderungen des Blutwassers und deren Beziehungen zur Krankheit abzuhandeln. Wenn wir diesen Weg nicht gegangen sind und auch nicht gehen werden, so geschieht es deshalb, weil Veränderungen in der Blutflüssigkeit nicht Ausdruck eines primär krankhaften Geschehens im Blute, sondern Folgen einer andersartigen Störung sind. Somit spiegeln sich die verschiedensten Krankheitsvorgänge in der Zusammensetzung des Blutwassers wieder, wenn auch diese Abänderungen der chemischen und physikalisch-chemischen Blutzusammensetzung für Gesundheit oder Krankheit von fundamentaler und ausschlaggebender Bedeutung werden. So haben wir speziell bei den verschiedensten Stoffwechselstörungen die Folgeerscheinungen im Blut hervorheben müssen und auf ihre Bedeutung hingewiesen und werden auch weiterhin eine Reihe von Vorgängen kennenlernen, bei denen die chemisch-physikalische Blutzusammensetzung in Mitleidenschaft gezogen und hierdurch zum entscheidenden Krankheitsfaktor wird.

Die Veränderungen der **körperlichen Elemente im Blut** sind nur zu verstehen, wenn man ihre physiologischen Bildungsstätten in die Betrachtung einbezieht. Die Regeneration der Blutzellen, die zur Erhaltung des Bestandes notwendig ist, da auch bei dem Blutzellbestand mit einer dauernden, physiologischen Mauserung zu rechnen ist, erfolgt nicht im Blut selbst, sondern lediglich in den Blutbildungsstätten, die für Erythrocyten, Granulocyten und Blutplättchen im roten Knochenmark, für die Lymphocyten in dem Lymphgewebe zu suchen sind. Daraus ergibt sich, daß wir es bei Erkrankungen, die sich in einem abgeänderten Blutzellenbefund äußern, vielfach mit Störungen in den Blutbildungsstätten, also etwa im Knochenmark zu tun haben werden. Nachdem wir gelernt haben, Knochenmark durch Sternalpunktion zu gewinnen und damit einer unmittelbaren

Untersuchung zugänglich zu machen, haben sich unsere Kenntnisse auf den verschiedensten Gebieten der Hämatologie wesentlich erweitern lassen. Auch die Untersuchung von Drüsenpunktaten hat sich als nützliche ergänzende Untersuchungsmethode erwiesen.

Die physiologischen Schwankungen in der Zahl der weißen Blutkörperchen beziehen sich praktisch nur auf die Granulocyten. Der Begriff der **Leukocytose** bezeichnet die Vermehrung der Granulocyten, wobei die obere Normalgrenze von 10 000 Leukocyten im Kubikmillimeter bei den physiologischen Leukocytosen, etwa bei der Verdauungsleukocytose, meist nicht überschritten wird. Vielfach handelt es sich bei diesen Vorgängen um Änderungen in der Leukocytenverteilung. Im übrigen sieht man die Leukocytose im Sinne einer echten Vermehrung als Ausdruck einer Knochenmarksreizung an, und zwar in erster Linie bei infektiösen Prozessen, wobei die Gesamtzahl der Leukocyten 30 000 erreichen und in seltenen Fällen auch einmal überschreiten kann. Grundsätzlich handelt es sich um vorübergehende, sekundäre Ereignisse. Die dabei im Blute auftretenden Leukocytenformen sind diejenigen, wie sie auch normalerweise gefunden werden. Nur werden die jugendlicheren Stabkernigen zahlreicher gefunden (Linksverschiebung). Ausnahmsweise gelangt einmal ein Myelocyt, also eine unreife Zelle, dabei ins Blut. Diagnostisch wichtig, wenn auch dem Wesen nach ungeklärt, ist die isolierte Vermehrung der **eosinophilen Zellen** im Blut, wie sie bei parasitären Erkrankungen, bei Asthma bronchiale und Colica mucosa, Scharlach, verschiedenen Hautaffektionen u. a. m. beobachtet wird. Dabei ist interessant, daß im Asthmasputum und dem Schleim der Colica mucosa dieselben Elemente reichlich angetroffen werden. Während der Leberbehandlung der perniziösen Anämie tritt nicht selten eine beträchtliche Eosinophilie auf.

Nicht jede Infektion führt zu Leukocytose, wir kennen auch Infektionskrankheiten, etwa den Typhus abdominalis, Masern und schwere septische Zustandsbilder, bei denen das Knochenmark offenbar in der Weise geschädigt wird, daß die Bildung und Ausschüttung der Granulocyten gestört ist und demgemäß im Blut eine **Leukopenie** auf Kosten der Granulocyten vorliegt. Die Leukopenien der septischen Erkrankungen leiten über zu dem Extrem der **Agranulocytose** als dem Zustand, bei dem im strömenden Blut praktisch überhaupt keine Granulocyten mehr vorhanden sind. Gelegentlich kann man auch feststellen, daß nicht nur die Granulocyten, sondern auch alle anderen Blutzellen ungenügend gebildet werden, so daß man von einer **Panmyelophthise** gesprochen hat. Solche schweren Knochenmarksschädigungen kommen im Rahmen septischer Zustandsbilder, speziell bei septischer Angina vor, die man dann als **Angina agranulocytotica** bezeichnet hat. Man sieht in diesen Formen der Agranulocytose den Ausdruck einer extremen Giftwirkung auf das Knochenmark. Ob dabei ein besonderer Erreger in Betracht kommt, steht noch zur Diskussion. Sicher ist, daß bestimmte Gifte, etwa Benzol, ähnliche schwere Knochenmarkstörungen machen können. Röntgen- und Radiumstrahlen schädigen ebenfalls die Bildung der Granulocyten im Knochenmark und können zu Neutropenie und Agranulocytose Veranlassung geben. Längerer Gebrauch großer Dosen von **Aminopyrinen** führt ebenfalls zu Leukopenie und Agranulocytose, weshalb diese Mittel keinesfalls kritiklos über lange Zeiträume genommen werden dürfen. Neben diesen sekundären Agranulocytosen, bei denen die Schädigung auch die Bildung anderer Blutelemente mehr oder weniger in Mitleidenschaft ziehen kann, dürften auch primäre, reine Agranulocytosen durch eine auf unbekannter Basis entstandene primäre Knochenmarkserkrankung vorkommen, die afebril verlaufen oder erst sekundär durch septische Prozesse kompliziert werden. Das Auftreten solcher Nekrosen, die dem klinischen Bild ein sehr eindrucksvolles

volles Gepräge geben und nicht selten erst der Hinweis auf das Grundleiden werden, erklärt sich aus dem Mangel an cellulärer Abwehr mit der Bildung eines Leukocytenwalls um die sich nun ausbreitenden Schleimhautdefekte. Sie stellen demnach das Gegenstück dar zu den echten Leukämien. Hier handelt es sich um eine mächtige Wucherung von blutbildenden Gewebe an allen Körperstellen, an denen sich solches Gewebe entwickeln kann, wobei bei der lymphatischen Leukämie das gesamte lymphoide Gewebe des Organismus beteiligt ist und bei der myeloischen Leukämie die Grenze des Knochenmarks überschritten wird und sich überall, vornehmlich in Milz und Leber, auch myeloisches Gewebe finden kann. Dabei ist es von sekundärer Bedeutung, ob sich dieser Vorgang zunächst nur im Blutbildungsgewebe abspielt (aleukämische Leukämie), oder ob als Folge des krankhaften Geschehens eine starke Überschwemmung des Blutes mit unreifen Zellen stattfindet, wobei Leukocytenzahlen von mehreren 100 000 vorkommen. Ob es neben der Erkrankung des myeloischen und lymphatischen Systems, deren letzte Ursache nicht bekannt ist, noch eine dritte Form einer Monocytenleukämie gibt, oder ob es sich um Verwechslung mit Myeloblasten- oder Lymphoblastenleukämien (Stammzellenleukämien) handelt, ist noch nicht definitiv entschieden. So sehr sich klinisch auch die akuten Leukämien von den chronischen Formen unterscheiden, ist doch ein grundsätzlicher Unterschied zwischen diesen Erkrankungen nicht anzunehmen. Von den echten Leukämien trennen sie die leukämischen Reaktionen, wie sie bei gewissen Vergiftungen, bei schweren Infektionen u. a. m. gelegentlich beobachtet werden können. Besonders interessant, aber pathogenetisch völlig unklar, sind jene leukämischen Zustandsbilder, die sich aus einer anderen Blutkrankheit heraus, etwa aus einer Polycythämie entwickeln. Überhaupt sind wir, wie bereits betont, über das Wesen und die Ursache der Leukämien nur unzureichend orientiert. Eine infektiöse Ursache ist für die menschlichen Leukämien sicher abzulehnen, auch für die meist unter septischen Erscheinungen verlaufenden akuten Leukämieformen. Auch eine Einordnung der Leukämien in das Gebiet der malignen Tumoren erscheint nicht möglich, auch wenn man zugibt, daß in seltenen Fällen einmal tumorartiges und infiltratives Wachstum der leukämischen Gewebe beobachtet werden kann.

Die eindrucksvollste Stoffwechsellrückwirkung ist die leicht verständliche Vermehrung der Blutharnsäure und endogenen Harnsäurequote im Harn, die auch die Vorbedingung für das Ausfallen von Harnsäure in den Harnwegen speziell nach Röntgenbestrahlung leukämischer Milzen werden kann. Was man früher als **Pseudoleukämie** bezeichnete, hat mit dem Wesen der Leukämie nichts zu tun. Es handelt sich um andersartige Systemerkrankungen, die differentialdiagnostisch abzugrenzen sind. Hingegen dürften die **Chlorome** in das Gebiet der Leukämien gehören. In der Regel besteht das Bild einer akuten Myeloblastenleukämie, die Tumoren gehen mit Vorliebe vom Periost aus und zeigen malignes Wachstum mit Zerstörung der Knochen, der Name der Krankheit rührt von der grünen Farbe der Tumoren her. Die Ursache dieser eigentümlichen Krankheit ist unbekannt.

Änderungen im Zellbestande der roten Blutkörperchen können ebenfalls auf sehr verschiedene Weise zustande kommen. So stellen Anämie und Erythämie zunächst nur Sammelbegriffe dar. Eine **Anämie** liegt dann vor, wenn der Hämoglobingehalt des Blutes vermindert ist. Prinzipiell wird die Verminderung des Blutfarbstoffes auch von einer Verminderung der Erythrocyten begleitet sein. Beide Veränderungen können parallel gehen, so daß der Hämoglobinbestand des einzelnen roten Blutkörperchens normal bleibt, andererseits kann bei ungleichmäßigem Zurückgehen der Hämoglobingehalt der einzelnen Erythrocyten erhöht

(hyperchrome Anämie) oder erniedrigt (hypochrome Anämie) gefunden werden. Da wir die Analyse des Hämoglobins in einer kleinen Volumeinheit des Blutes vornehmen, setzen wir dabei die Blutmenge als konstante Größe voraus. Tatsächlich ist das nicht in jedem Falle richtig. Wasserverschiebungen im Blut können bei gleichbleibendem Hämoglobin- und Erythrocytenbestand eine Anämie, aber auch eine Erythrämie vortäuschen.

Die Einteilung der Anämien in sekundäre und primäre entspricht mehr praktischen Bedürfnissen speziell in der Richtung therapeutischer Konsequenzen, als daß sie auf eine absolute Richtigkeit in pathogenetischer Beziehung Anspruch macht. Eine Anämie wird auftreten bei mangelhafter Regeneration des roten Blutbildes, also Ausdruck einer Unterfunktion der Blutbildungsstätten sein, oder sie wird durch vermehrten Zerfall von roten Blutzellen zustande kommen, wobei dieser Blutzerfall niemals im Blute selbst stattfindet, sondern im reticuloendothelialen Gewebe als dem Orte des natürlichen Blutabbaues, in erster Linie in Milz und Leber. Praktisch zeigt sich, daß eine Einteilung der Anämien nach den beiden genannten Gesichtspunkten nicht durchführbar ist, da sich in den meisten Fällen beide Vorgänge, der des Blutkörperchenverlustes und der der ungenügenden Regeneration miteinander kombinieren. Klar liegen die Verhältnisse bei der Anämie durch Blutverlust. Da sofort nur der Flüssigkeitsverlust ersetzt wird, besteht unmittelbar nach einem größeren Blutverlust eine gleichmäßige Herabsetzung von Hämoglobin- und Erythrocytenzahl in der Blutvolumeinheit. Im Regenerationsstadium zeigt sich, daß der Ersatz der körperlichen Elemente rascher vor sich geht als der des Blutfarbstoffes, was in dem hypochromen Charakter dieser sekundären Anämien zum Ausdruck kommt. Das einzelne rote Blutkörperchen enthält zu wenig Hämoglobin. Es sind aber nicht nur diese Ungleichheit in dem Ersatz von Farbstoff und Zellen, sondern vor allem die Dauer und das Ausmaß der Wiederherstellung, die den zunächst so einfach erscheinenden Vorgang der Blutungsanämie zu einem recht schwierigen Problem machen. Der akute Blutverlust wird in der Regel rasch ausgeglichen. Die tatsächliche Größenanordnung eines solchen Blutverlustes wird sich in der Regel nicht genau ermitteln lassen, und damit wird es unmöglich, eine nach der Dauer der Wiederherstellung normaler Verhältnisse normale und pathologische Regenerationszeit zu unterscheiden und in eine Diskussion über die Ursache einer pathologisch veränderten Regeneration einzutreten. Noch schwieriger wird die Lage bei den chronischen Blutungsanämien. Der Blutverlust durch ein über lange Zeit okkult blutendes Magenulcus oder durch Hämorrhoiden ist quantitativ nicht abschätzbar. Daß bei derartigen Fällen ein Kranker hochgradig ausbluten kann, ist eine ebenso bekannte Tatsache wie die Feststellung, daß unter offenbar ähnlichen Verhältnissen nur ein Teil der Kranken schwer anämisch wird und dann nicht in der Lage ist, eine Normalisierung seiner Blutverhältnisse zu erreichen, selbst wenn die Blutung aufgehört hat. Ähnliche Situationen findet man gelegentlich bei Ereignissen, die kaum oder scheinbar gar nicht über physiologische Vorgänge hinausgehen, etwa nach dem Blutverlust einer Geburt oder bei etwas stärkeren Menses. Die Tatsache einer Anämie, die nicht weichen will, ist in diesen Fällen sicher im wesentlichen Ausdruck der Unmöglichkeit einer prompten und ausreichenden Regeneration. Diese Ungleichheit in der Regeneration von Blutkörperchen und Blutfarbstoff kommt auch bei den übrigen sekundären Anämien zum Ausdruck, wie sie ohne Blutverluste durch toxische Schädigungen der Blutbildungsstätten hervorgerufen werden. Alle schweren Krankheiten können zu schweren Blutregenerationsstörungen führen und damit zur Anämie. Infektionskrankheiten, maligne Tumoren und jede andere zur Kachexie führende Krankheit kommen als Entstehungsursache in erster Linie in Betracht. Bekannt

sind die schweren Knochenmarksschädigungen durch radioaktive Substanzen. Daß bei schwerer toxischer Knochenmarksschädigung auch die Regeneration von Granulocyten und Blutplättchen geschädigt sein und die Schädigung extreme Grade annehmen kann (Panmyelophthise), erwähnten wir bereits bei der Besprechung der Agranulocytose. Man hat diese Zustandsbilder, wenn die Erscheinungen des roten Blutbildes besonders eindrucksvoll sind, auch als **aplastische Anämien** bezeichnet. Auch bestimmte Gifte führen zur Anämie. Als typisches Beispiel nennen wir das Blei, wobei man die bei dieser Krankheit zu beobachtende basophile Tüpfelung der Erythropen als Zeichen pathologischer Regeneration gedeutet hat. Die Ziegenmilchanämie der Kinder wird dadurch erklärt, daß in dieser Milch ein toxischer Faktor enthalten sei, der die Blutbildung schädige. Liegt bei einem Teil der letztgenannten Anämieformen die schwere Knochenmarksschädigung als Ursache der Blutarmut klar auf der Hand, so ist in anderen Fällen die Annahme einer schweren Knochenmarksschädigung eine reichlich problematische Angelegenheit. Befriedigt diese Vorstellung bei manchen Anämien im Rahmen infektiöser Krankheiten schon nicht recht, so scheint sie bei einer ganzen Reihe von Anämien überhaupt nicht in Betracht kommen zu können. Hierzu gehören die bereits erwähnten chronischen Blutungsanämien, die Schwangerschaftsanämien, die Anämien der Neugeborenen und Säuglinge, die Anämien bei gastrointestinalen Störungen, bis zu einem gewissen Grade auch die Anämien nach ausgedehnten Operationen im Gebiet des Magen-Darmkanals. Auf der Suche nach der Ursache dieser Anämieformen müßte man sich in erster Linie nach stofflichen Grundlagen umsehen, und ein wichtiger Hinweis war in der klinisch lang bekannten Tatsache gegeben, daß im Eisen ein wirksames Mittel zur erfolgreichen Behandlung vieler sog. sekundärer Anämien vorliegt. In der Tat ließ sich in einer ganzen Reihe von Fällen nachweisen, daß der Eisenspiegel im Blut von Anämien erniedrigt war und mit Auffüllung der körperlichen Eisenbestände ein Ausgleich der Blutarmut erfolgte. Über die Ursache solcher Eisenmangelanämien sind in einer Reihe der Fälle plausible Vorstellungen möglich. Bei resorptiven Störungen etwa im Rahmen gastrointestinaler Erkrankungen könnte durch die ungenügende Aufnahme des Nahrungseisens ein Eisenmangel entstehen, ein Eisenmangel könnte klinisch manifest werden, wenn etwa bei einer chronischen Blutungsanämie im Knochenmark zur Bereitung von rotem Blutfarbstoff ein erhöhter Eisenbedarf aufträte, der nicht vom Körper gedeckt werden kann. Schwangerschaftsanämien könnten so gedeutet werden, daß die Eisenbestände der Mutter zwar für ihren eigenen Bedarf ausgereicht hatten, mit der Notwendigkeit der Abgabe eines Eisenvorrates an das Kind jedoch eine für die Mutter untragbare Dezimierung dieser Bestände eintrat. Der Säugling wird bei Muttermilchnahrung laufend nicht ausreichend mit Eisen versorgt, er muß für die Zeit der Stillperiode von dem Eisendepot zehren, welches ihm die Mutter mitgab. Dieses Depot könnte ungenügend sein, und damit der Grundstein für eine Anämie gelegt werden. Das sind nur einige Beispiele aus der Gruppe von Anämien, die man auf Grund eines nachgewiesenen Mangels an Serumeisen in die Gruppe der Eisenmangelanämien eingereiht hat. Es bleiben aber in dieser Gruppe noch viele Zustandsbilder, bei denen uns eine Erklärungsmöglichkeit der nachgewiesenen Verhältnisse fehlt. Wenn man von der reinen Muttermilchernährung absieht, ist mit einer Eisenmangelernährung nicht zu rechnen. Nur bei wenigen Kranken ist die Annahme resorptiver Störungen im Magen-Darmkanal mit dem Nachweis krankhafter gastrointestinaler Vorgänge zu belegen. Auf die Anämie nach ausgedehnten Magenresektionen wird an anderer Stelle noch zurückzukommen sein. Der reine Salzsäuremangel ist eine zu häufige Erscheinung und trifft zu selten mit Anämie zusammen, als daß in dieser Richtung die Ursache der Blutarmut gesucht werden könnte. Die

Aufklärung der Verhältnisse des Serumeisens in seiner Beziehung zur Anämie haben zweifellos das Anämieproblem seiner Lösung ein Stück näher gebracht, wenn auch noch viele offene Fragen geblieben sind. Gleichzeitig ist aber auch die Frage nach etwaigen anderen stofflichen Faktoren aufgetaucht, die für das Auftreten von Anämien bedeutungsvoll sein könnten. Hier stehen wir jedoch noch ganz im Gebiet der Hypothese. Lediglich die Vermutung, daß dem **Kupfer** eine größere Bedeutung zukommen könnte, erhält durch die klinische Beobachtung des günstigen Einflusses von Kupferpräparaten auf eine Anzahl von Anämien eine Stütze.

Unter den hypochromen Anämien finden sich aber auch eine Reihe von Anämien, bei denen der sekundäre Charakter zumindest nicht nachweisbar ist. So sind in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Anämien hypochromen Charakters aufgetreten, die mit Zungenatrophie und Achylie einhergehen können, ohne diese Symptome regelmäßig aufzuweisen. Auch Parästhesien kommen vor, nie jedoch eine klassische funikuläre Myelose. Familiäre Häufung ist vorhanden. Von der perniziösen Anämie unterscheiden sich diese Krankheitsbilder außer durch die Hypochromie des Blutes und das völlig andere Sternalmark durch die Tatsache, daß diese Anämien leberrefraktär sind, dagegen gut und prompt auf Eisen reagieren. Die sog. **essentiellen hypochromen Anämien** wären demnach auch der Gruppe der Eisenmangelanämien zuzurechnen, andererseits und im Gegensatz zu den sonstigen Eisenmangelanämien imponiert die Krankheit als eine durchaus selbständige, wäre also eine sog. primäre Anämie. Gänzlich unklar sind die seltenen Fälle von **Ledereranämie**, bei welcher neben einer Anämie hypochromen Charakters eine hohe Leukocytose, nicht selten sogar eine leukämische Reaktion besteht. Die Heilung kann weder durch Leber noch durch Eisen, jedoch schon oft durch eine einzige Bluttransfusion erreicht werden.

Eine besondere Form einer Anämie stellt die **Chlorose** dar. Daß gestörte Blutneubildung und nicht vermehrter Blutzerfall die Ursache ist, darf wohl als gesichert gelten. Das isolierte Befallensein des weiblichen Geschlechtes im Pubertätsalter scheint die Erkrankung zwingend in die Hormonstörungen der weiblichen Geschlechtsdrüsen einzuordnen. Ein entsprechender Beweis konnte jedoch nicht erbracht werden. Der Hämoglobingehalt des einzelnen roten Blutkörperchens liegt bei der Chlorose ganz besonders tief. Die Hämoglobinbildung ist also in weit höherem Maße gestört als die Bildung der Erythrocyten. Die fast spezifische Wirkung der Eisentherapie scheint die Erkrankung zwanglos in die Gruppe der Eisenmangelanämien einzuordnen. Tatsächlich liegt der Serum-eisenspiegel bei der Chlorose auch niedrig. Die Diskussion über die Frage, auf Grund welcher körperlichen Vorgänge dieser Eisenmangel auftreten könnte, wird aussichtslos, wenn wir uns die Tatsache vor Augen halten, daß die Krankheit früher häufig war und heute in allen Kulturländern praktisch verschwunden ist, und zwar in Europa erst im Westen, dann im Osten. So sah ich die letzte Chlorose bei einer jungen polnischen Schnitterin zu einer Zeit, als es in Deutschland schon keine Chlorosen mehr gab. Über die letzte Ursache der Chlorose vermögen wir also keine Auskunft zu geben, auch ist die Frage, ob es sich um eine primäre Anämie handelt oder nicht, zunächst noch eine offene.

Neben einer unzureichenden Blutneubildung kann, wie betont, auch vermehrter Blutzerfall zur Anämie führen. Dieser Faktor spielt zweifellos bei einer Reihe toxischer sekundärer Anämien auch eine Rolle. In dieser Hinsicht tragen eine ganze Reihe von Anämien, speziell die im Rahmen von infektiösen Erkrankungen und bei einer Reihe von Giften auftretenden, mehr oder weniger ausgesprochen den Charakter einer **hämolytischen Anämie**. Besonders eindrucksvoll ist dies bei der Infektion mit dem *Streptococcus viridans*, dessen hämolysierende Eigenschaft bekannt und gefürchtet ist. Man findet bei all diesen Fällen in den Organen,

speziell in der Leber und Milz als den physiologischen Stätten des Blutabbaus Ablagerungen von **Hämosiderin**, einer lockeren Verbindung zwischen abgelagertem Eisen und Eiweißkörpern. Bei der Viridansinfektion kann es auch zur Mehrbildung von **Bilirubin** kommen, besonders eindrucksvoll ist die reichliche Bilirubinbildung bei der Anämie des echten **hämolytischen Ikterus**. Das Bilirubin entsteht in der üblichen Weise durch Oxydation und Eisenabgabe aus dem durch die Hämolyse reichlich frei werdenden Blutfarbstoff. Im Gegensatz zu den Gallenstauungskrankheiten werden bei hämolytischem Ikterus keine Gallensäuren retiniert sein und auch kein gallehaltiger Harn auftreten. Die Ursache der Hämolyse beim hämolytischen Ikterus liegt nicht in einem äußeren toxischen Faktor begründet, sondern in der Beschaffenheit der roten Blutkörperchen selbst. Wir würden also die Anämie des hämolytischen Ikterus unter die **primären Anämieformen** einzuordnen haben. Die verminderte osmotische Resistenz der roten Blutkörperchen, die als konstitutionelles, dominant vererbbares Moment im Sinne einer durch Mutation entstandenen neuen Erbeigenschaft auftritt, charakterisiert als führendes Symptom die Erkrankung. Die Blutbildungsstätten können nur solche leicht zerstörbare Erythrocyten liefern. Die Zerstörung der Erythrocyten findet ganz vorwiegend in der stark vergrößerten Milz statt. Für die Annahme, daß daneben der Splenomegalie eine ursächliche Bedeutung für den vermehrten Erythrocytenuntergang zukomme, fehlen noch entsprechende Unterlagen.

Sehr ähnliche Blutverhältnisse wie beim hämolytischen Ikterus können sich bei der essentiellen **perniziösen Biermerschen Anämie** finden. Dennoch handelt es sich dem Wesen nach um etwas grundsätzlich anderes. Bei der perniziösen Anämie findet sicherlich ein vermehrter Untergang von Erythrocyten statt. Die Resistenz der roten Blutkörperchen ist aber niemals verändert. Die aus den Blutbildungsstätten ausgeschwemmten roten Blutkörperchen haben einen unfertigen, embryonalen Charakter. Man findet ausgesprochene Vitalgranulierung, daneben vor allem die unreifen Formen, die sonst nur im Knochenmark vorhanden sind, nämlich die Normalblasten und Megaloblasten. Auch der bei der perniziösen Anämie typischerweise vermehrte Hämoglobingehalt des einzelnen roten Blutkörperchens (hyperchrome Anämie) ist für die Verhältnisse des embryonalen Blutes charakteristisch. Dieser embryonale Charakter der Erythrocyten bedingt ihre mangelhafte Widerstandsfähigkeit und damit ihren vermehrten Zerfall. Die Störung liegt letzten Endes in der krankhaften Funktion der Blutbildungsstätten. Das Knochenmark der Perniciosakranken vermag nur diese kurzlebigen, jugendlichen Erythrocyten zu liefern, Milztumor, Eisenablagerung und vermehrte Bilirubinbildung sind unmittelbare Folgen der vermehrten Hämolyse. Nachdem die klinische Erfahrung gezeigt hatte, daß die durch einen Bandwurm, den **Bothriocephalus latus** hervorgerufene Anämie den Blutverhältnissen bei der perniziösen Anämie entspricht, hat man angenommen, daß die **perniziöse Anämie** grundsätzlich auf toxischem Wege entstehe. Die entsprechende Giftquelle ließ sich jedoch nicht nachweisen, und so mußte die perniziöse Anämie weiter als primäre, essentielle Anämie angesehen werden. Daß die atrophischen Schleimhautveränderungen im Verdauungskanal (Zunge, Magen) und die histaminrefraktäre Achylia gastrica zum Bild der perniziösen Anämie dazugehören und nicht Folge der Anämie sind, ist schon lange bekannt. Aber auch die degenerativen Rückenmarkerscheinungen treten unabhängig von dem Verlauf der Anämie auf und sind nicht Anämiefolge. Der Symptomenkomplex, den wir nach dem eindrucksvollsten Krankheitsereignis als perniziöse Anämie bezeichnen, ist mit den Blutveränderungen jedenfalls nicht erschöpft. Ob das Krankheitsbild kausal ein absolut einheitliches ist, wie man zunächst angenommen hat, ist zweifelhaft geworden. Durch den Erfolg der Lebertherapie und die ähnlichen



günstigen Resultate bei Verwendung von Magenpräparaten sind große neue Gesichtspunkte in das Problem hineingebracht worden. Wir haben im **Antiperniciosaprinzip** das Zusammenwirken von 2 Faktoren zu sehen. Die unwirksame Vorstufe (extrinsic factor) wird durch die Nahrung zugeführt. Die zunächst vermutete Identität des extrinsic factor mit dem Vitamin B<sub>1</sub> besteht nicht, dagegen scheint es sich um einen weiteren, selbständigen Faktor des B<sub>2</sub>-Komplexes zu handeln. Durch Einwirkung des in der Magenschleimhaut vorhandenen und mit dem Magensaft ausgeschiedenen endogenen Wirkstoffes (intrinsic factor) bildet sich das wirksame Antiperniciosaprinzip. In den Verdauungssäften der perniziösen Anämie fehlt dieser Faktor, er soll in Zeiten der spontanen Remissionen wieder auftreten. Die Wirksamkeit von Magenpräparaten beruht darauf, daß die Magenschleimhaut den einen und die Muskulatur den antianämischen B<sub>2</sub>-Faktor enthält, mithin das wirksame Prinzip in derartigen Präparaten entstehen kann. In der Leber wird das Antiperniciosaprinzip gestapelt, weshalb sich Leberpräparate als besonders wirksam erweisen. Ob der Stoff in der Leber darüber hinaus noch Veränderungen erfährt, läßt sich noch nicht übersehen. Der wirksame Leberstoff ist zoologisch nicht spezifisch und beeinflusst die Blutregeneration in derselben Weise wie das Präparat aus der Magenschleimhaut. Für praktische Gesichtspunkte ist seine Thermolabilität von besonderer Wichtigkeit. Die ungeheure Tragweite der bisherigen Erkenntnisse liegt auf der Hand. Die perniziöse Anämie, noch vor wenigen Jahren eine unheilbare Krankheit, hat ihre Schrecken weitgehend verloren. Die Anämie als solche ist heilbar geworden. Noch nicht befriedigend gelöst ist die Frage nach der Beeinflussung der übrigen bei perniziöser Anämie auftretender Erscheinungen, speziell der Rückenmarkssymptome.

Daß die Achylia gastrica zum Bilde der perniziösen Anämie dazugehört, wurde bereits erwähnt. Nicht selten geht diese Erscheinung den Blutveränderungen längere Zeit voraus. Auf Grund dieser Tatsache konnte sich die Vorstellung entwickeln, daß schwere Erkrankungen der Magenschleimhaut, die mit Säuremangel einhergehen, zur perniziösen Anämie führen können. Diese Vorstellung besteht aber sicher nicht zu Recht, und ein Magencarcinom kommt als Ursache einer perniziösen Anämie nicht in Betracht. Umgekehrt kann es nicht zweifelhaft sein, daß sich die Fälle von Magencarcinom bei perniziöser Anämie besonders bei den Kranken gehäuft haben, deren Anämie durch jahrelange Leberbehandlung ausgeglichen gehalten werden konnte. Gleichwohl kann man das Carcinom in diesen Fällen nicht schlechthin als Folgekrankheit der perniziösen Anämie bezeichnen. Vielmehr dürfte die schwer veränderte Magenschleimhaut den Boden für die Entwicklung des Magenkrebses abgeben.

In anderer Weise bestehen jedoch sicher noch Beziehungen zwischen Magen und schweren Anämien. Da der endogene Anteil des Antiperniciosaprinzips in der Magenschleimhaut gebildet wird, wird man damit rechnen müssen, daß bei Verlust der Magenschleimhaut Anämien entstehen, die der perniziösen Anämie ähnlich sind. In der Tat sind nach totalen Magenresektionen perniziöse Anämien gesehen worden, wenn auch oft viele Jahre nach dem Eingriff. Häufiger sind nach den verschiedensten Magenoperationen Anämien, die nicht das typische oder vollständige Bild einer perniziösen Anämie bieten oder auch, wenn auch selten, hypochromen Charakter tragen. Sieht man von den Fällen ab, bei denen sich im Anschluß an die Magenoperationen gastrointestinale Störungen und damit Eisenmangelanämien durch unzureichende Resorption des Nahrungsseisens entwickeln, so dürften die Magenresektionsanämien auf den Ausfall des in der Schleimhaut gebildeten endogenen Faktors des Antiperniciosaprinzips zu beziehen sein, auch wenn die Anämie nicht oder nicht sofort alle Charakteristica der perniziösen Anämie zeigt. Es scheinen im übrigen recht kleine Teile der Magenschleimhaut

zu genügen, um das Auftreten einer Anämie zu verhindern, sofern diese Magenschleimhautreste gesund und voll funktionstüchtig bleiben. Auffallend und auch nicht ganz klar ist die Tatsache, daß sich perniciosoähnliche Anämien meist erst viele Jahre nach einer großen Magenoperation ausbilden. Die Zugehörigkeit derartiger Anämien zum Perniciosasyndrom kann im übrigen auch aus der oft sehr guten Reaktion auf Lebertherapie geschlossen werden, andere reagieren gut auf eine kombinierte Leber-Eisentherapie, was im übrigen auch von einer Reihe echter Perniciosafälle bekannt ist.

Sehr viel seltener als die Anämien sind die Zustandsbilder, bei denen es zu einer Vermehrung der roten Blutkörperchen bei normalem Hämoglobingehalt des einzelnen Erythrocyten kommt (**Erythrämie, Polycythämie**). Selbstverständlich muß man sich überzeugen, daß die nachgewiesene Vermehrung der roten Blutkörperchen eine echte und nicht durch eine Bluteindickung vorgetäuscht ist. So kommen solche **Pseudopolycythämien** durch Bluteindickung bei schweren Durchfallserkrankungen mit starkem Wasserverlust des Körpers vor. Der gleiche Zustand kann beim fortgeschrittenen Diabetes im Koma gefunden werden. Bei bestehender Bluteindickung kann eine mit den üblichen Methoden festgestellte normale oder erhöhte Erythrocytenzahl normale Verhältnisse vortäuschen und dazu führen, daß eine tatsächliche Anämie übersehen wird.

Solche Vorkommnisse sind also differentialdiagnostisch von den wahren Polycythämien abzugrenzen, bei denen eine echte Vermehrung der roten Blutelemente vorliegt. Die Zahl der roten Blutkörperchen steht in inniger Beziehung zum Sauerstoffdruck der Atemluft, so daß bei Änderungen dieses Faktors sich auch zwangsweise Änderungen im Erythrocytenbestand des strömenden Blutes ergeben. Beim raschen Übergang in größere Höhen werden zunächst aus dem Blutdepot der Milz reichlich Erythrocyten in die Blutbahn abgegeben, alsbald stellt sich das Knochenmark auf die Erhaltung der erhöhten, strömenden Erythrocytenmenge ein. Diese **symptomatischen Polycythämien** sind zur Garantierung einer ausreichenden Sauerstoffversorgung des Organismus notwendig. Reicht dieser Kompensationsmechanismus nicht aus, so kommt der Organismus sogar in die Lage, eine andere Hämoglobinform zu bilden, die auch bei sehr niedrigen Sauerstoffaußendruckten sich noch vollständig mit Sauerstoff sättigen kann. Völlig analog liegen die Verhältnisse bei angeborenen Bildungsfehlern des Herzens und beim dekompensierten Herzkranken. Auch bei diesen Kranken kann eine symptomatische Polycythämie zustande kommen. Bei der Besprechung der Herzinsuffizienz wird auf diese Erscheinung nochmals zurückzukommen sein.

Etwas anderes sind die echten, **primären Polycythämien**, deren Ursache nicht bekannt ist, und bei denen die nachweisbaren Knochenmarksveränderungen den Hinweis geben, daß die Ursache der Polycythämie in der Mehrbildung und vermehrten Ausschwemmung roter Blutkörperchen zu suchen ist. Ein verminderter Blutzerfall, der auch zu einer Polycythämie führen könnte, scheint dabei keine entscheidende Rolle zu spielen. Die Vermehrung der Blutmenge beruht bei der reinen Polycythämie lediglich auf dem vermehrten Blutkörperchengehalt (Typus VAQUEZ). Daneben gibt es noch einen anderen Typus (GAISBÖCK), bei dem neben der Polycythämie auch eine Plasmavermehrung vorliegt. Bei den letztgenannten Fällen besteht auch ein erheblicher Hypertonus, der wohl durch die genannte Blutveränderung ausgelöst ist. Ob es sich bei den beiden genannten Typen um grundsätzlich verschiedene Dinge handelt, ob die Vermehrung der Plasmamenge als Folge der Polycythämie aufzufassen ist, oder ob es sich um nebeneinandergelagerte Symptome handelt, scheint noch nicht ausreichend geklärt. Interessant ist die Beobachtung, daß sich aus Polycythämien heraus gelegentlich myeloische Leukämien entwickeln.

**Hämoglobinämie und Hämoglobinurie. Hämolyse.** Bei all den genannten Störungen, in deren Mittelpunkt das veränderte Verhalten der roten Blutkörperchen stand, vollzog sich die Zerstörung der Erythrocyten, mochte sie in normalem oder krankhaftem Umfang erfolgen, an den Orten normaler Blutmauserung und niemals im Blute selbst. So konnten wir auch bei keinem der beschriebenen Zustandsbilder das Auftreten von freiem Blutfarbstoff im strömenden Blut feststellen. Immer nur fand sich der natürliche Abkömmling in Form des Bilirubins im Blut, sei es in normaler oder vermehrter Menge, mit oder ohne folgendem Ikterus. Der Austritt von Hämoglobin aus den roten Blutkörperchen im strömenden Blut stellt einen ganz besonderen Vorgang dar, der mit Störungen der Blutbildung und Blutmauserung an sich nichts zu tun hat und weitgehend die Vorbedingung zur unveränderten Hämoglobinausscheidung, der Hämoglobinurie darstellt. Das im Blut gelöste Hämoglobin kann nicht mehr als Sauerstoffträger fungieren, weshalb ein reichlicher Farbstoffaustritt aus den strömenden roten Blutkörperchen zu einer Störung der Sauerstoffversorgung des Organismus führen muß. Tritt Hämoglobin aus den Erythrocyten des strömenden Blutes aus, so wird vor allem in der Leber der Versuch gemacht, auch dieses Hämoglobin in Bilirubin umzuwandeln. Dabei wird der Bilirubingehalt der Galle ansteigen. Es kann auch zu Ikterus und, wenn die Leber dem Ansturm nicht gewachsen ist, zur Ausscheidung von Urobilin und Urobilinogen im Harn kommen. Die Leber kann dabei vergrößert gefunden werden, manchmal auch die Milz. Mit steigender Hämolyse im Blut kann die Leber das freigewordene Hämoglobin nicht verarbeiten, es kommt zur unveränderten Ausscheidung von Hämoglobin im Harn. Fälle, bei denen es sich primär um eine Hämaturie handelt und das Hämoglobin erst im Harn aus den Blutkörperchen austritt, sind etwas grundsätzlich anderes und differentialdiagnostisch abzugrenzen. Das durch die Niere durchtretende Hämoglobin erweist sich für die Niere nicht als gleichgültig. Es kann zur Schädigung und Abstoßung von Nierenepithelien kommen, so daß sich im Harn neben freiem Hämoglobin auch die Zeichen eines Nierenschadens nachweisen lassen. Die Hämoglobinämie und Hämoglobinurie treten als vorübergehendes Symptom nach großen Bluttransfusionen und bei Vergiftungen (Arsenwasserstoff, Schwefelwasserstoff, Phenylhydrazin) auf, eine gleichzeitige Umwandlung des Oxyhämoglobins in Methämoglobin (Kaliumchlorat, Antifebrin) spielt für die klinische Beurteilung eine besonders entscheidende Rolle. Wichtig ist die Hämoglobinurie bei Pilzvergiftungen (Morcheln), sie wird auch bei schweren Infektionskrankheiten, z. B. Botulismus, Pocken, Scharlach, Typhus und Sepsis beobachtet. In anderen Fällen beherrscht die anfallsweise auftretende Hämoglobinurie weitgehend das Krankheitsbild (**paroxysmale Hämoglobinurie**) und tritt aus Anlaß ganz bestimmter Einwirkungen auf. So nimmt die paroxysmal auftretende Hämoglobinurie, die besonders bei der tropischen Malaria vorkommt und als Schwarzwasserfieber bezeichnet wird, eine gewisse Mittelstellung zwischen den genannten, vorübergehenden toxischen und infektiösen Hämoglobinurien und der eigentlichen paroxysmalen Hämoglobinurie ein. Ein besonderer hämolytischer Faktor ist im Blut der Malariakranken nicht vorhanden. Auch handelt es sich nicht um eine Chininvergiftung schlechthin. Vielmehr sind diese Kranken auf verschiedene Medikamente, darunter auf Chinin, zeitweise und in wechselnder Form überempfindlich und reagieren mit schwerer, nicht selten lebensbedrohlicher Hämoglobinurie. Der oder die auslösenden Faktoren sind nicht näher bekannt. Bei der **Kältehämoglobinurie** ist nachgewiesen, daß das Blut dieser Kranken ein Autohämolysin enthält, welches einen thermostabilen und thermolabilen Anteil besitzt. Der thermolabile, im Plasma vorhandene Amboceptor wird in der Kälte an Erythrocyten gebunden. Durch die Einwirkung des Komplements tritt dann bei gebundenem Ambo-

ceptor im strömenden Blut die Hämolyse auf, gleichzeitig kommt es zu Schüttelfrost und Fieber. Fast alle Fälle von Kältehämoglobinurien geben eine positive WASSERMANNsche Reaktion. Trotzdem ist der Serumkörper, der die WASSERMANNsche Reaktion gibt, mit dem Hämolysin nicht identisch. Dagegen ist er gelegentlich bei der Paralyse gefunden worden. Irgendwelche inneren Beziehungen der luischen Infektion zu den Serumverhältnissen der Kältehämoglobinurie müssen also bestehen. Da die Kältehämoglobinurie schon bei Außentemperaturen auftritt, wie sie normalerweise weder zu Kältereaktionen noch zu Kälteschäden Veranlassung geben, muß die nur bei einzelnen Menschen auftretende Kältehämoglobinurie in die Krankheitsgruppe der Kälteüberempfindlichkeit eingeordnet werden. Es sind auch Fälle bekannt, bei denen eine Kältehämoglobinurie mit andersartigen Kälteüberempfindlichkeitsreaktionen kombiniert war.

Die paroxysmale **Marschhämoglobinurie** ist ein sehr viel weniger schweres Krankheitsbild als die Kältehämoglobinurie, sie führt auch weder zur Anämie noch zum ausgesprochenen Ikterus, wenn auch das Serumbilirubin gelegentlich erhöht sein kann. Die Serumverhältnisse sind im übrigen normal. Beziehungen zur Lues bestehen nicht. Somit handelt es sich um etwas anderes als bei der Kältehämoglobinurie. Bei der Marschhämoglobinurie spielen vasomotorische Störungen offenbar eine Rolle. Auch die Körperhaltung wurde als bedeutsam festgestellt; durch lordotische Haltung konnte ein Anfall ausgelöst werden.

Als seltenes Ereignis sind Hämoglobinurien im Verlaufe schwerer degenerativer Muskelerkrankungen beobachtet worden (**Myoglobinurie**). Auch bei der eben genannten Marschhämoglobinurie ist die Frage aufgetaucht, ob es sich bei dem im Harn ausgeschiedenen roten Farbstoff nicht um Myoglobin handeln könne.

Wie bereits betont, findet die Hämolyse, auch wenn sie in vermehrtem Umfange auftritt, in den physiologischen Blutabbauorganen statt. Auch bei den geschilderten Formen einer Hämolyse im strömenden Blut gelangt das Hämoglobin zum größten Teil in die Leber und wird dort wie das der natürlichen Blutmauserung entstammende Hämoglobin zu **Bilirubin** verarbeitet. Die alte Streitfrage, ob Bilirubin auch extrahepatisch aus Hämoglobin entstehen kann, ist dahin zu beantworten, daß dies möglich ist. Im wesentlichen ist aber die Bilirubinbildung an die Leber (Leberzellen und **KUPPERSche Sternzellen**) gebunden. Die Ausscheidung des gebildeten Gallenfarbstoffes mit der Galle kann bei vermehrtem Blutzerfall wie bei Leberparenchymerkrankungen nicht vollständig erfolgen, so daß es zu einer Zunahme des Bilirubins im Blut und Ablagerung in den Geweben, also zu einem **Ikterus** kommen kann. Das Problem des Ikterus wird uns noch in anderem Zusammenhang beschäftigen. Im Rahmen der Pathologie der roten Blutkörperchen interessiert zunächst nur der Ikterus als Folge vermehrten Blutzerfalls. So erklärt es sich, daß Ikterus bei allen Vorgängen, die zu einem vermehrtem Blutzerfall führen, auftreten kann, gleichgültig an welcher Stelle der Blutzerfall erfolgt. Ist der Gallenabfluß nicht behindert, so ist nur der Bilirubingehalt der Galle erhöht, und es tritt kein Bilirubin in den Harn über. Am ausgesprochensten finden wir diese Verhältnisse beim hämolytischen Ikterus.

Die Umwandlung des Hämoglobin in Bilirubin durch Oxydation und Eisenabgabe stellt die normale intermediäre Umwandlung des Blutfarbstoffes dar. Im Reagensglas führt eine entsprechende Behandlung von Hämoglobin jedoch niemals zu Bilirubin, sondern zu **Hämatoporphyrin**. Bei ähnlicher Bruttoformel von Bilirubin und Hämatoporphyrin sind diese Körper doch wohl nicht so nahe verwandt, wie es scheinen möchte, insbesondere unterscheiden sie sich maßgebend durch ihre chemischen Eigenschaften. Bei den Porphyrinausscheidungen des Menschen handelt es sich nicht um das im Reagensglas aus Hämoglobin entstehende Hämatoporphyrin, sondern um zwei andere Porphyrine, das

Uro- und Koproporphyrin. So kann auch nicht angenommen werden, daß unter der Wirkung von Giften (Sulfonal, Trional, Blei) oder als kongenitale Krankheit (Porphyrinuria congenita) eine Umwandlung des Blutfarbstoffes in der aus dem Reagensglasbefunde bekannten Form erfolgt. Die Herkunft der unter besonderen Umständen beim Menschen auftretenden Porphyrine ist noch nicht abschließend geklärt, man denkt daran, daß das Myoglobin die Muttersubstanz sein könnte. Ob die bei den akuten und toxischen Porphyrinen auftretenden ileusartigen Erscheinungen und die neuritischen Symptome direkt auf einer Porphyrinwirkung beruhen, hat noch nicht mit Sicherheit festgestellt werden können. Die Bedeutung der **chronischen Porphyrinurie** liegt in der Photosensibilisierung durch Porphyrin, eine Erscheinung, die bei den akuten, vorübergehenden Porphyrinen nicht beobachtet wird. Sind solche Menschen einer Lichtwirkung ausgesetzt, so kommt es zu Verbrennungserscheinungen mit sekundärer Infektion und schweren Verstümmelungen an den der Belichtung ausgesetzten Körperteilen. Wie diese kongenitalen, chronischen Porphyrinurien zustande kommen, ist unklar.

Die letzte Gruppe von körperlichen Blutelementen, die in Beziehung zu krankhaftem Geschehen treten kann, sind die **Blutplättchen**. Die Bedeutung der Thrombocyten liegt bekanntlich darin, daß sie einen Stoff liefern, der das Thrombogen zu Thrombin umwandelt und damit die Vorbedingung für die Blutgerinnung, die Umwandlung von Fibrinogen in Fibrin schafft. In dem alten Begriff der Thrombokinese sind zwei wirksame Faktoren enthalten, nämlich das genannte in den Plättchen vorhandene Cytozym, welches für die Gerinnung unerlässlich ist, und ein in den Gewebszellen vorhandener Faktor, der gerinnungsbeschleunigend wirkt und für das Stehen einer Wundblutung von Bedeutung ist. Hieraus geht hervor, daß Änderungen im Blutplättchenbestand zu Blutgerinnungsstörungen führen müssen, und daß sich damit Beziehungen zur **hämorrhagischen Diathese** als einer Neigung zu Blutaustritten ergeben. Ist der Sitz der Blutungen die Haut, so spricht man von Purpura. Diese Bezeichnung trifft den Kern der Störung nicht, sondern die Blutungsneigung ist prinzipiell eine allgemeine. Wenn wir sehen werden, daß bei Veränderungen im Blut eine Neigung zu massenhaften Spontanblutungen, die an jeder beliebigen Stelle auftreten können, besteht, so werden wir das Auftreten dieser Blutungen nur verstehen können, wenn wir gleichzeitig eine Schädigung der Gefäßwand als gegeben annehmen. Zunächst muß einmal Blut aus dem Gefäßgebiet austreten, ehe die Blutung eine krankhafte Größenordnung haben kann. Wir müssen zugeben, daß wir über diesen letzten Punkt in vielen Fällen nicht genügend orientiert sind, daß wir im einzelnen nicht wissen, weshalb bei Blutveränderungen die Durchlässigkeit der Capillaren zweifellos auch zugenommen haben muß, wenn es überhaupt zu Blutungen kommen soll. Wenn wir zunächst vom Standpunkt des Gefäßinhaltes das Problem der hämorrhagischen Diathese aufrollen, so wollen wir damit nur das führende Krankheitssymptom in den Vordergrund stellen und sind uns bewußt, daß bei einer vollständigen Erklärung der Verhältnisse die Gefäßwand nicht vergessen werden darf. **Thrombopenie** als ursächlich bedeutungsvolles Symptom einer hämorrhagischen Diathese kann als selbständige Erscheinung auftreten (**Morbus maculosus Werlhoff**). Die essentielle Thrombopenie ist Folge einer Störung der Mutterzellen, der Megakaryocyten des Knochenmarks. Das Wesen der Thrombopenie äußert sich in einer enormen Zunahme jeglichen, auch des kleinsten Blutaustrittes aus der Gefäßbahn. Leichteste mechanische Alterationen, die beim Normalen nicht zu einem nachweisbaren Blutaustritt führen, geben zu großen Blutungen Veranlassung. Die Blutungszeit ist stark verlängert, die Gefahr einer sekundären Anämie und einer Verblutung ohne weiteres gegeben. Bei der **Thrombasthenie**, einer seltenen, vererbaren

Form hämorrhagischer Diathese, ist die Zahl der Thrombocyten normal, sie erweisen sich aber als funktionell minderwertig, indem sie nur stark verlangsamt einen Thrombus zu bilden vermögen. Bei der **Hämophilie**, die eine ausgesprochene Erbkrankheit ist, sind nur die männlichen Glieder Bluter, geben die Erbanlage aber nicht weiter. Die klinisch immer gesunden weiblichen Individuen dagegen sind Träger der Krankheitsanlage und vererben sie weiter. Bei dieser Krankheit liegt die Blutungsneigung nicht an einer Thrombopenie, sondern in einer enorm verzögerten Thrombinbildung, wahrscheinlich durch verlangsamte Aktivierung der Plasmakomponente des Thrombins. Daneben ist auch eine verlangsamte Bildung des Gerinnungsfaktors der in normaler Zahl vorhandenen Thrombocyten als Ursache der Hämophilie in Erwägung gezogen worden. Bei der Bluterkrankheit sind die Blutungen so ausgedehnt und schwer, daß die Erkrankten in der Regel sehr früh daran zugrunde gehen.

Eine weitere Möglichkeit zur hämorrhagischen Diathese ist bei Fehlen der Fibrinvorstufe gegeben. Auch solche Fälle sind als seltene Vorkommnisse beschrieben.

**Sekundäre hämorrhagische Diathesen.** Neben diesen endogenen Formen hämorrhagischer Diathesen kann die Störung im Blut auch sekundär hervorgerufen worden sein. Bei schweren Infektionen und Giftwirkungen können ähnliche Bilder entstehen. Dabei wird die normale Bildung der Blutplättchen durch toxische Einwirkung verhindert, wie andererseits auch anatomische Veränderungen im Knochenmark (Tumoren) die Bildung der Blutplättchen stören können. Niemals sind die Blutplättchen in diesen Fällen allein betroffen, sondern die Erythrocyten und Granuloeyten ebenfalls. Je nach dem führenden Symptom spricht man dann von aplastischer Anämie, Aleukie, Agranulocytose, Panmyelophthise, zwischen denen sich bei schweren septischen Zuständen alle Übergänge finden. Das Verhalten der Plättchen ist offenbar für das gleichzeitige Auftreten einer hämorrhagischen Diathese im Rahmen einer aplastischen Anämie oder einer Agranulocytose entscheidend. Im übrigen kann man auch bei normalen Plättchenzahlen funktionelle Minderwertigkeit als Ursache einer hämorrhagischen Diathese in Betracht ziehen. Die Blutungsneigung bei Leberkranken kann gewisse Beziehungen zu den Verhältnissen bei der Hämophilie zeigen, indem hierbei eine Verlängerung der Gerinnungszeit beobachtet werden kann. Die letzten Jahre haben jedoch eine sehr interessante Aufklärung dieser Blutungsneigung gebracht, wobei sich zeigte, daß die Verhältnisse doch anders liegen als bei der Hämophilie. Die Blutungsneigung beim Verschlußikterus beruht auf einem Prothrombinmangel, dieser ist wieder Folge eines Vitamin K-Mangels. Dieses fettlösliche Vitamin kann bei Störung der Fettverdauung im Darm, wie sie bei Fehlen der Gallensäuren im Darm obligat auftritt, nicht resorbiert werden. Vitamin K ist jedoch zur Prothrombinbildung in der Leber unerläßlich. Fehlt das Vitamin im Körper, so entsteht Prothrombinmangel und damit eine hämorrhagische Diathese. Bei sehr schweren Leberparenchymerkrankungen kann übrigens auch ohne Vitaminmangel die Fähigkeit der Leberzellen zur Prothrombinbildung geschädigt sein und damit ebenfalls eine Blutungsneigung zustande kommen. Das letztgenannte Ereignis ist jedoch selten und setzt eine so hochgradige und universelle Leberzellschädigung voraus, wie sie auch aus anderen Gründen mit einem längeren Fortbestand des Lebens nicht mehr vereinbar ist. Bei der im Rahmen schwerer Infektionskrankheiten und toxischer Zustandsbilder auftretenden Neigung zu multiplen Blutungen muß die gleichzeitige Capillarschädigung unbedingt mit in Betracht gezogen werden, da sie an sich schon ohne Veränderungen im Blute selbst zur hämorrhagischen Diathese führen kann. Der Begriff der Capillartoxikose ist natürlich ein sehr weiter, und wir betonen bereits, daß bei allen hämorrhagischen Diathesen der Zustand der

Capillarwand für das Manifestwerden entscheidend sein wird. Auf dem Boden einer Capillartoxikose scheinen auch die Blutungen bei **Morbus Schoenleihenoch** und der **Purpura Majocchii** zu entstehen, wenn auch das Gift nicht näher bekannt ist. Bei der familiär auftretenden **Oslerschen Krankheit** finden sich ausgedehnte pathologische Gefäßveränderungen in Gestalt von Teleangiectasien. Wieder anders liegen die Verhältnisse bei den **skorbutischen Blutungen**, bei denen die Ursache in einer durch die Avitaminose bedingten Schädigung der Endothelien bzw. der Zellkittsubstanzen gesehen wird. Die Verfolgung des Problems krankhafter Blutungsneigung führt, wie wir sehen, weit über das eigentliche Blutgebiet hinaus.

#### Anhang: Milz.

Eine erschöpfende Darstellung der pathologischen Physiologie der Milz zu geben, stößt deshalb auf Schwierigkeiten, weil sich über die normale Funktion der Milz nur in großen Zügen etwas sagen läßt. Verlust der Milz wird ohne nachweisbare gröbere Störungen vertragen. Die ausfallende Milzfunktion muß also von anderen Geweben übernommen werden können. Insbesondere kann die Leber vielfach für die Milz eintreten, Reticuloendothel der Milz und **KUPFFERSche Sternzellen** der Leber bilden weitgehend eine funktionelle Einheit. Die Milz dient dazu, Stoffe, die für den Körper unbrauchbar oder schädlich sind, abzufangen und zu verarbeiten. Ausdruck dieser Funktion ist der Milztumor bei vielen Infektionskrankheiten. Die Milz dient weiterhin als Blutspeicher. Sie kann z. B. beim raschen Übergang in große Höhen rote Blutkörperchen ins strömende Blut abgeben. Der Körper verfügt über verschiedene Blutspeicher, mit deren Hilfe er die Blutverteilung entsprechend dem augenblicklichen Bedarf einregulieren kann. Diese Möglichkeit scheint auch weiter gegeben zu sein, wenn die Milz und damit einer dieser Blutspeicher ausfällt. Dies gilt zumindest für den Menschen, bei welchem die Milz als Blutspeicher sicher nicht die vorherrschende Bedeutung hat wie etwa beim Hund. Die Milz hat enge Beziehungen zu den Blutkrankheiten. Bei Leukämien, bei Polycythämie, bei perniziöser und hämolytischer Anämie findet sich ein Milztumor, um nur die wichtigsten Typen herauszugreifen. Bei den Leukämien tritt das Muttergewebe der in vermehrter Menge auftretenden weißen Blutzellen in der Milz in reichlichem Maße auf, insbesondere auch myeloisches Gewebe. Als Blutbildungsstätte für Erythrocyten spielt die Milz auch unter pathologischen Bedingungen keine wesentliche Rolle. Um so wichtiger ist die Rolle der Milz als Zerstörungsorgan für die zelligen Blutelemente, insbesondere ist die Milz die Grabstätte der Erythrocyten. Dabei fragt es sich, ob die Rolle der Milz nur eine passive ist. Für die Auffassung der perniziösen und hämolytischen Anämie ist das wichtig. Wir stellten fest, daß die Blutkörperchen der perniziösen Anämie wegen ihres embryonalen Baues und beim hämolytischen Ikterus wegen ihrer verminderten osmotischen Resistenz der Zerstörung leichter anheimfallen. Der Milztumor wäre dann Ausdruck der vermehrten Milzarbeit, und der vermehrte Untergang äußert sich in der reichlichen Hämosiderinablagerung. Der besonders starke Eisengehalt der Milz hat zu der Vermutung geführt, daß der Milz als Depotorgan für den Eisenstoffwechsel Bedeutung zukommt. Was die Blutzerstörung in der Milz anbelangt, so ist die Frage aufgeworfen worden, ob nicht eine primäre Splenomegalie zu einer vermehrten Erythrocytenzerstörung führen kann, ohne daß diese Zellen leichter zerstörbar sind als unter normalen Bedingungen. In diesem Sinne könnte der Befund gedeutet werden, daß nach Milzexstirpation eine Polycythämie gesehen worden ist. Auch konnte mit Milzpräparaten eine Anämie erzeugt werden. Man hat hieraus die Vorstellung entwickelt, daß in der Milz ein

besonderer Stoff vorhanden sei, der für den Erythrocytenbestand des strömenden Blutes von Bedeutung ist, und der als Antagonist des antiperniziösen Faktors fungieren könnte. Wir weisen auf diese Dinge hin, weil sie praktische Bedeutung haben würden, wenn man sie als gesicherte Tatsache bezeichnen könnte. Zunächst befinden wir uns aber noch weitgehend im Gebiet der Hypothese. Unklar ist auch der günstige Einfluß der Milzexstirpation auf die Blutungsneigung der Thrombopenie, denn die Blutplättchen steigen danach nicht regelmäßig oder auch nur vorübergehend an. Trotzdem ist die Einwirkung einer Milzentfernung oder Milzbestrahlung auf den klinischen Verlauf solcher hämorrhagischer Diathesen, übrigens auch athrombopenischer Formen, erfahrungsgemäß ein günstiger.

Auf die vorwiegende Bedeutung der Milz bei den Lipoidspeicherungskrankheiten (Morbus GAUCHER, NIEMANN-PICKSche Krankheit) wurde an anderer Stelle hingewiesen. Im ganzen gesehen, ist die Bedeutung der Milz im Rahmen krankhaften Geschehens noch in vieler Hinsicht recht rätselhaft.

### VIII. Pigmente.

Bei den verschiedensten Gelegenheiten haben wir bereits darauf hingewiesen, daß im Rahmen krankhafter Prozesse eigenartige Pigmentbildungen auftreten. Deshalb scheint uns eine zusammenfassende Betrachtung im Hinblick auf die verschiedene Entstehungsgeschichte krankhafter Pigmentierung zweckmäßig. Im normalen Organismus kommt Pigment im wesentlichen in zwei Formen vor. Einmal sind es die **Melanine**, deren Muttersubstanzen zyklische Eiweißkörper sind, die kein Eisen enthalten und keine Beziehungen zu dem Blutfarbstoff haben. Hierzu gehört in erster Linie das **Hauptpigment**, welches je nach seiner Intensität und Anordnung zum wesentlichen Rassenkennzeichen wird. Auch die Pigmentierungen der Haare, der Augenhäute, der Warzenhöfe, bestimmter Gegenden des Gehirns u. dgl. gehören zu dieser Gruppe. In fließendem Übergang führen Sommersprossen (Epheliden) und Muttermaler (Naevi pigmentosi) in das Gebiet der Pathologie. Die in Melanosarkomen und Melanocarcinomen vorhandenen Pigmente gehören der gleichen Gruppe an, der primäre Tumor geht in der Regel von den Pigmentzellen der Augenhäute aus. Die reichlichen Metastasen enthalten ebenfalls die melanotischen Pigmente, im übrigen kann man aber auch bei diesen Erkrankungen außerhalb der eigentlichen Tumoren an Haut und Schleimhäuten, also ähnlich wie bei der gleich zu besprechenden **ADDISONschen Krankheit**, melanotische Pigmente auftreten sehen. Die Entstehung dieser Pigmente, also auch des Hauptpigmentes selbst, wird in die entsprechenden Epithelzellen verlegt und ist Ausdruck eines fermentativen Oxydationsvorganges. In den ektodermalen Zellen finden sich Pigmentvorstufen, die durch ein Ferment, die Dopaoxydase, in das melanotische Pigment übergeführt werden. Diese Pigmentvorstufen finden sich natürlicherweise nur in ektodermalen Zellen, können aber auch in den Tumorzellen melanotischer Geschwülste gebildet werden. Die Annahme, daß es sich um Brenzkatechinderivate handelt, konnte durch Isolierung solcher Produkte gestützt werden. Die Spaltprodukte des Eiweißes, aus denen durch Umwandlung die Pigmente entstehen, sind das Tyrosin und Phenylalanin. Der maßgebende Unterschied besteht in der Tatsache, daß zunächst in das Tyrosin eine weitere Hydroxylgruppe eintritt, wodurch Dioxyphenylalanin (Dopa) entsteht. Damit ist die erste, farblose Pigmentvorstufe gegeben, die weitere fermentative Oxydation führt zu den Melaninen. Pigmente und farblose Pigmentvorstufen können bei melanotischen Tumoren auch im Harn auftreten. Zu diesem Vorgang steht in enger Beziehung die schwarzbraune, an Haut und Schleimhäuten nachweisbare Pigmentierung der **Addisonschen** oder



**Bronzekrankheit**, eine Folge des Ausfalls der Nebennierenmarksfunktion. Die nahe chemische Verwandtschaft der eben beschriebenen Pigmentvorstufen mit dem Adrenalin ergibt sich sofort aus der Betrachtung der Konstitutionsformeln. Die Muttersubstanzen der Pigmentvorstufen und des Adrenalins sind also identisch, sowohl in der Cutiszelle als auch im Nebennierenmark kann Tyrosin in Brenzkatechinderivate umgewandelt werden. Adrenalin kann nach Tierversuchen auch selbst zu verstärkter Pigmentierung führen. Dennoch ist es wohl nicht möglich, im Nebennierenmark den einzigen Bildungsort der Pigmentvorstufen zu sehen, sondern auch in den Zellen der Haut geht die Bildung von Brenzkatechinderivaten vor sich. Bei dem ADDISON-Kranken ist die Adrenalinbildung schwer gestört. Die Frage, warum es bei der Zerstörung des Nebennierenmarkes zu der vermehrten Pigmentbildung kommt, ist noch nicht abschließend geklärt. Man hat an eine verstärkte Fermentwirkung der Dopaoxydase in der Haut gedacht, wobei als Voraussetzung angenommen werden müßte, daß Pigmentvorstufen in vermehrter Menge vorhanden wären. Wie der Vorgang sich auch im einzelnen abspielen mag, Tatsache ist, daß der Weg zur Adrenalinbildung bei der ADDISONschen Krankheit nicht gangbar ist. Daraus ergibt sich die Vorstellung, daß die Substanzen, die natürlicherweise für die Adrenalinbildung verwendet werden, nun auch in den Zellen der Haut zu Pigment werden und damit zu der vermehrten Pigmentierung Veranlassung geben. Man hat direkt von einem kompensierenden Eintreten der Haut für das ausgefallene Nebennierenmark gesprochen.

Das Pigment, welches bei Alkalizusatz zum Harn beim **Alkaptonuriker** entsteht und dem Pigment der alkaptonurischen **Ochronose** entspricht, leitet sich ebenfalls von Eiweißkörpern, dem Phenylalanin und Tyrosin ab. Jedoch bestehen bezüglich seiner Entstehung gegenüber den Melaninen maßgebende Unterschiede. Ursache ist eine intermediäre Eiweißabbaustörung, die Pigmentvorstufe ist die Homogentisinsäure, jener Körper, auf dem der Tyrosinabbau krankhafterweise stehen bleibt. Es tritt also im Gegensatz zu den Hautpigmenten keine neue Hydroxylgruppe in das Tyrosin ein. Die Muttersubstanz der ochronotischen Pigmente ist kein Brenzkatechinderivat, sondern bleibt ein Hydrochinon. Die ochronotischen Pigmentierungen bei Carbonsäurevergiftung sind exogenen Ursprungs, aber denen der Alkaptonurie wesensgleich. Die Carbonsäure steht chemisch der Homogentisinsäure nahe und kann selbst zur Vorstufe der genannten Pigmente werden.

Das **Abnutzungs- und Alterspigment**, welches besonders in den Herzmuskelzellen gefunden wird, steht den Melaninen nahe, hat aber offenbar keine pathogenetische Bedeutung.

Die zweite Pigmentgruppe, die im Organismus eine Rolle spielt, leitet sich vom **Blutfarbstoff** ab. Zerfallen reichlich Blutkörperchen, so findet man, vornehmlich in den physiologischen Blutabbaustätten, aber auch in anderen Organen und an Stellen größerer Blutungen bräunliche, eisenhaltige Pigmentierungen, die als **Hämosiderin** bezeichnet werden. Das Hämosiderin ist aber keine einheitliche chemische Substanz, sondern eine lockere Eiseneiweißverbindung. Die an Stellen stattgehabter Blutungen zu findenden, rötlichen, eisenfreien Hämatoidinkristalle konnten mit **Bilirubin** identifiziert werden. Die Entstehung des Bilirubins aus dem roten Blutfarbstoff stellt die natürliche Umwandlung des Hämoglobins in der Leber dar, prinzipiell kann, wenn auch in kleinen und praktisch nicht bedeutungsvollen Mengen, Bilirubin extrahepatisch entstehen. Bilirubin ist das eisenfreie Oxydationsprodukt des roten Blutfarbstoffes. Bei Behinderung des Galleabflusses, bei vermehrtem Blutzerfall und bei schweren Leberparenchym-schädigungen kommt es zum **Ikterus**, der Vermehrung von Bilirubin im Blut und Ablagerung von Gallefarbstoff in den Geweben. Bei länger bestehendem

Ikterus zeigt die gelbe Farbe Umwandlungen in grüne und schließlich in bräunlich-rote Töne, die für den chronisch Leberkranken charakteristisch sind. Es handelt sich im Gegensatz zum Bilirubin um chemisch nicht einheitliche Oxydationsprodukte dieses Farbstoffes, die auch als **Biliverdin** und **Bilifuscin** bezeichnet werden. Auch die Pigmentierung des **Bronzediabetes** (Hämachromatose), einer Kombination von Leber- und Pankreascirrhose, ist im Gegensatz zu derjenigen der ADDISONschen Krankheit, die auch den Namen Bronzekrankheit führt, durch Oxydationsprodukte des Bilirubins verursacht.

Eine dritte, praktisch viel weniger bedeutungsvolle Pigmentgruppe steht Pflanzenpigmenten nahe und wird unter dem Sammelbegriff der **Lipochrome** zusammengefaßt. Vielleicht sind diese beim Menschen auftretenden Pigmente grundsätzlich exogenen Ursprungs. Beim Kind kann nach reichlicher Zufuhr von Karotten ein Pseudoikterus durch das Karottenpigment auftreten. Die **Xanthosis diabetica** beruht auf einer Anhäufung von Lipochromen. Man sieht deutliche Abhängigkeit von der Fettdiät, speziell von Gemüse und Fett. Die Lipochrome treten gern als Begleitstoffe des Fettes auf, sie werden auch besonders im Fettgewebe, in Fettgeschwülsten, in der Fettleber des Diabetikers u. dgl. gefunden. Daß sie für den Ablauf einer Krankheit besondere Bedeutung hätten, scheint nicht festzustehen.

**Pigmente im Harn.** Pigmente können auch in Körperauscheidungen, vor allem im Harn auftreten. Dabei wollen wir die Ausscheidung künstlich zugeführter Pigmente unberücksichtigt lassen. Melanine können von Melanosarkomträgern ausgeschieden werden, teils direkt als schwarzer Farbstoff, teils als ungefärbte Vorstufe. Die Homogentisinsäure bildet bei Alkalizusatz einen braunen Farbstoff (Alkaptonurie). Die Störung wird gelegentlich daran bemerkt, daß die mit Harn benetzte Wäsche beim Waschen braune Flecken bekommt, da unter der Einwirkung der Waschseife die Umwandlung in den braunen Farbstoff vor sich geht. Freies Hämoglobin kann bei Hämolyse im strömenden Blut auch im Harn erscheinen, unter gleichen Umständen Methämoglobin. Bei Hämaturie kann der Farbstoff nachträglich im Harn aus den Blutkörperchen austreten und auch chemische Umwandlungen erfahren. Bilirubin tritt dann im Harn auf, wenn der Galleabfluß behindert ist, die Umwandlung in weitere grüne und rötlichbraune Oxydationsprodukte erfolgt in der Regel erst im Urin. Urobilinogen und Urobilin entstehen durch Reduktion des Bilirubins im Darm. Sie werden normalerweise zum Teil im Darm zurückresorbiert und in der Leber wieder in Bilirubin verwandelt. Bei Leberinsuffizienz leidet diese Leberfunktion, diese Substanzen erscheinen im Harn. Voraussetzung hierfür ist, daß ihre Bildung im Darm erfolgt, d. h. daß kein vollständiger Galleverschluss vorliegt. Durch Porphyrin kann der Harn eine tiefrote Farbe annehmen.

## IX. Atmung.

**Atemvorgang.** Die Atmung dient der Zuführung von Sauerstoff zu den Stellen seiner Verwertung und dem Abtransport sowie der Ausscheidung der beim cellulären Verbrennungsvorgang frei werdenden Kohlensäure. Der normale Ablauf des Atmungsvorgangs ist von einer geregelten Zusammenarbeit verschiedenster Mechanismen abhängig. Die für einen Gasaustausch unerläßliche Luftbewegung in Form der Einatmung und Ausatmung ist an die Exkursionsfähigkeit des Brustkorbes und die Tätigkeit der Atemmuskulatur gebunden. Die Beschaffenheit der oberen Luftwege ist für eine geordnete Luftbewegung von Wichtigkeit, daneben haben die oberen Luftwege noch die Aufgabe, die eingeatmete Luft vorzuwärmen und von schädlichen Beimengungen zu reinigen. Dabei findet auch die erste Berührung mit Organen des Kreislaufs statt und

damit beginnt bereits in den obersten Luftwegen die unerläßliche Zusammenarbeit zwischen Atmung und Kreislauf. Vorbedingung für eine ausreichende Sauerstoffversorgung des Organismus sowie eine entsprechende Ausscheidung der Kohlensäure ist ferner eine genügend große und zum geregelten Gasaustausch fähige respiratorische Fläche. Der Gastransport geht über das Blut. Hier ergeben sich also zwangsläufige Beziehungen der Atmung zu Problemen des Blutes und des Kreislaufs. Der gesamte Atemvorgang wird vom Atemzentrum unter bestimmten Reizen gesteuert. Pathologische Zusammensetzung der Atemluft kann zu Störungen der Atmung in vielfacher Hinsicht führen. Unter innerer Atmung verstehen wir den Gasaustausch zwischen Gewebe und Blut. Hier wird die Atmung also zu einem Stoffwechselfvorgang. Diese komplizierten, bei der Atmung sich abspielenden Vorgänge weisen darauf hin, daß Störungen der Atmung aus den verschiedensten Anlässen zu erwarten sein werden.

**Thoraxbewegung.** Die atmende Fläche wird beim Menschen lediglich durch die Alveolarepithelien der Lunge dargestellt. Bewegungen des Brustkorbes schaffen die Vorbedingung für die Luftbewegung. Die Einatmungsbewegung des Brustkorbes erfolgt aktiv durch die Muskelkraft der Atemmuskulatur, wobei die elastischen Rippenknorpel gedreht werden. Der Expirationsvorgang ist im wesentlichen ein passiver. Durch Rückdrehung der Rippenknorpel und die Tendenz der Lungen, sich zu retrahieren, kehrt der Thorax bei der Expiration in seine Ruhestellung ohne Zuhilfenahme wesentlicher Muskelkraft zurück. Das Hochtreten des Zwerchfells bei der Ausatmung ist ja auch ein passiver Vorgang, Hochstand des Zwerchfells entspricht der Ruhestellung dieses Muskels, wie uns die Zwerchfellähmung lehrt. Infolge dieser Tatsache, daß die Ausatmungsbewegung normalerweise ohne wesentliche aktive Muskelarbeit vor sich geht, verfügt der Körper über relativ wenige Muskeln, mit denen er im Bedarfsfall auch die Expiration aktiv gestalten könnte. Lediglich die Bauchpresse kann in Tätigkeit gesetzt werden. Für die Inspiration stehen dagegen eine ganze Reihe äußerst wirksamer Muskeln am Halse, Schultergürtel und Oberarm zur Verfügung, die als Hilfsmuskeln für die Inspiration in Dienst gestellt werden können. Die Exkursionsfähigkeit des Thorax ist ganz wesentlich von der Elastizität der Rippenknorpel abhängig. Verknöcherung der Rippenknorpel führt zur Verminderung der Dehnungsfähigkeit und schließlich zur Starre. In ähnlicher Weise können Erkrankungen der Gelenke zwischen Rippen und Wirbeln zu Exkursionsstörungen des Brustkorbes führen. Verknöcherung dieser Gelenke, etwa im Rahmen einer Spondylose, bedingt ebenfalls weitgehende Thoraxstarre. Durch Thoraxdeformitäten, wie wir sie besonders eindrucksvoll in der Folge von Kyphosen und Skoliosen der Wirbelsäule auftreten sehen, wird nicht nur die Exkursionsfähigkeit des Brustkorbes ganz erheblich beeinträchtigt, sondern durch Verkleinerung der Thoraxhöhle bleibt der Lunge kein genügender Raum zur Verfügung, so daß unter solchen Bedingungen ganz erhebliche Teile der Lunge überhaupt nicht beatmet werden können. Die ungünstigen Konsequenzen, die sich unter diesen Umständen für die Atmung ergeben, verstehen sich von selbst. Hand in Hand damit gehen entsprechende Störungen der Zirkulation mit Mehrbelastung und der Gefahr einer Insuffizienz des rechten Herzens. Räumliche Mißverhältnisse im Thorax werden aber nicht nur durch primäre Erkrankungen an den knöchernen Anteilen des Brustkorbes ausgelöst, sondern auch durch Störungen an der Brustkorbmuskulatur. Wir haben davon auszugehen, daß die normale Haltung der Wirbelsäule und des Brustkorbes auch in der Ruhe nur durch den Tonus der entsprechenden Muskulatur garantiert ist. Hört der Muskeltonus auf, so sackt der Brustkorb in sich zusammen. Ausgedehnte Muskellähmungen verhindern nicht nur die aktive Bewegung, sondern auch die Erhaltung einer normalen Thoraxform. Je nach der Anordnung solcher

Lähmungen und der Wirkung der leistungsfähig gebliebenen Muskulatur kommen die verschiedensten Formen von Brustkorbasymmetrie zustande, die für die Atemfunktion unmittelbar bedrohlich werden können. Bei ausgedehnten Muskellähmungen kann eine ausreichende Ventilation mitunter nur durch geeignete Stützapparate, die die ausfallende Muskulatur ersetzen sollen, garantiert bleiben. Besonders ungünstig wird sich die Lähmung des Zwerchfells auswirken, die, wenn sie doppelseitig ist, unmittelbar lebensgefährlich ist, während eine einseitige Lähmung keine wesentliche Schädigung der Atemfunktion bedeutet. In gleicher Weise wirkt ein Zwerchfellkrampf unmittelbar lebensbedrohend. In seltenen Fällen kann einmal eine progressive Muskeldystrophie sich in ähnlicher Weise wie eine Muskellähmung ungünstig auswirken. Auf die Thoraxdeformitäten, die im Anschluß an intrathorakale Erkrankungen auftreten können, wird an anderer Stelle nochmals zurückzukommen sein.

**Obere Luftwege.** Krankhafte Veränderungen in den oberen Luftwegen werden in erster Linie den Durchtritt der Atemluft behindern können. Als stenosierende Prozesse innerhalb der Atmungswege kommen neben eingedrungenen Fremdkörpern und Tumoren auch Entzündungen in Betracht. Stark vergrößerte Mandeln können ein Hindernis für die Atmung darstellen. Wichtiger sind die Veränderungen, die etwas tiefer sitzen. Besonders gefürchtet ist die Stenosierung durch eine in das Larynxgebiet herabsteigende Diphtherie. Seit wir in dem Diphtherieserum das wirksame Heilmittel in der Hand haben, können wir in der Regel ein derartiges Fortschreiten der Diphtherie verhindern. In früheren Zeiten war aber die Tracheotomie das einzige Mittel, um eine große Zahl dieser Kranken vor dem Erstickungstod zu bewahren. Was für die Larynxdiphtherie gilt, ist sinngemäß auf jedes starke Larynxödem beliebiger Ursache zu übertragen. Aber nicht nur durch ein Ödem oder einen Fremdkörper, sondern auch durch muskulären Verschluß der Stimmritze kann die Durchgängigkeit der oberen Luftwege unmöglich gemacht werden. So kann der besonders im Rahmen kindlicher Tetanie auftretende Laryngospasmus unmittelbar lebensbedrohend werden. Sind die oberen Luftwege im Gebiet der Nase verlegt, so erfolgt die Atmung nur durch den Mund. Diese Umstellung der Atmung gefährdet eine ausreichende Sauerstoffversorgung des Organismus an sich nicht. Gleichwohl ist der Mechanismus der Mundatmung kein günstiger, da hierbei die eingeatmete Luft nicht ausreichend vorgewärmt wird und auch die Reinigung von schädlichen körperlichen Beimengungen nicht genügend erfolgen kann. Direkt gefährdet wird die Sauerstoffversorgung, wenn das Atemhindernis im Bereich des Kehlkopfes oder der Luftröhre sitzt. Die Atmung wird angestrengt, schon unter Ruhebedingungen müssen bei der Inspiration Atemhilfsmuskeln in Dienst gestellt werden, an der verengten Stelle entsteht ein schlürfendes oder fauchendes Stenosengeräusch, wir sprechen von Stridor. Das Hindernis erschwert nicht nur die Inspiration, sondern auch die Expiration. Diese wird zu einem aktiven Vorgang unter Zuhilfenahme expiratorisch wirksamer Muskeln. Prozesse, die von außen auf die Luftröhre wirken, können das Hindurchtreten von Atemluft ebenso behindern wie raumbeengende Veränderungen in den oberen Luftwegen selbst. Im Bereich des Halses sind in erster Linie tumorartige Veränderungen der Schilddrüse zu nennen. Hochgradiger werden die Kompressionserscheinungen im Bereiche des Thorax selbst, da den Ausbreitungsmöglichkeiten eines raumbeengenden Prozesses durch den nicht nachgebenden Brustkorb eine Grenze gesetzt ist. Besondere Bedeutung unter den mediastinalen Gebilden kommt auch hier wieder dem retrosternalen Fortsatz der Schilddrüse zu. Im übrigen wird jeder andere raumbeanspruchende Prozeß, gleichgültig von wo er ausgeht und welcher Natur er ist, auf die umliegenden Gebilde und daher auch auf die Luftröhre ungünstige Rückwirkungen ausüben können. Dabei

ist es funktionell gleichgültig, ob es sich um eine Kompression oder um eine Passagebehinderung durch Abknickung handelt. Abknickungen können sowohl durch Druck- als auch durch Zugwirkung entstehen, beispielsweise kann bei cirrhotischer Lungentuberkulose oder bei schrumpfender Pleuraschwarte eine Verziehung des gesamten Mediastinums oder einzelner Teile in die entsprechende Brustkorbhälfte hinein erfolgen. Schließlich besteht noch die Möglichkeit, daß ein Tumor, etwa ein Oesophaguscarcinom in die Luftröhre hineinwächst und sie verschließen kann. Wirken derartige raumbeengende Prozesse erst unterhalb der Bifurkation, so wird die Ventilation einer Lunge oder nur eines bestimmten Lungenabschnitts aufgehoben oder behindert sein können.

Entzündliche Veränderungen in den oberen Luftwegen und größeren Bronchien werden, wenn wir von besonderen Vorkommnissen, etwa einer absteigenden Diphtherie absehen, relativ selten die Atmung durch Verlegung der Luftwege stören. Die Entstehungsursache derartiger Erkrankungen ist eine verschiedene. Temperatureinflüsse (Erkältung) wirken insofern unterstützend, als sie mit oder ohne gleichzeitige Durchblutungsstörungen die Widerstandsfähigkeit der Gewebe verschlechtern und damit die Ansiedelung von Krankheitserregern begünstigen. Dabei ist es nicht notwendig, daß der Abkühlungsreiz örtlich einwirkt. Es ist bekannt, daß Durchblutungsstörungen im Gebiet des Rachens und der oberen Luftwege auch reflektorisch von weit abgelegenen Körperstellen ausgelöst werden können. An sich sind die Luftwege nie ganz steril, aber die physiologische Reinigung verhindert eine beliebige Vermehrung der Krankheitserreger und damit auch ihre schädigenden Rückwirkungen auf die Luftwege. Besondere Bedeutung kommt dabei den Flimmerepithelien zu. Im Bedarfsfalle kann durch besondere Modifizierung der Ausatmungsbewegung eine Reinigung der Luftwege von eingedrungenen oder krankhafterweise in den Luftwegen entstandenen Produkten erfolgen. Derartige besondere Ausatmungsbewegungen liegen im Husten und Niesen vor, wobei der Inhalt der Bronchien bzw. der Nase stoßweise herausbefördert wird. Die Reinigung der Luftwege von eingedrungenen Krankheitserregern wird erschwert oder unmöglich sein, wenn die Ausatmungsbewegungen nicht beliebig kräftig gestaltet oder im Bedarfsfall in Hustenstöße modifiziert werden können. Deshalb neigt der Kyphoskoliotiker zu Infektionen der Luftwege, und der Chirurg fürchtet die postoperativen Lungenkomplikationen, die sich speziell an Aspirationen während der Narkose anschließen. **Infektionen der oberen Luftwege und Bronchien** werden dann zustande kommen, wenn massenhaft pathogene Mikroorganismen eindringen und nicht in ausreichendem Maße entfernt werden können. Manche Erreger zeigen eine bestimmte Affinität zu den oberen Luftwegen, wobei bei ihrem Eindringen charakteristische klinische Krankheitsbilder entstehen. Teilweise sind die Erreger bekannt, in anderen Fällen muß man auf Grund des charakteristischen übertragbaren Krankheitsbildes eine ganz bestimmte Infektion annehmen. Beispiele dieser Art wären etwa die Grippe, die Influenza und der Keuchhusten, auch bei Masern ist recht regelmäßig eine katarrhalische Infektion der Luftwege vorhanden. Im übrigen können fast alle pathogenen Keime eine infektiöse Erkrankung der oberen Luftwege hervorrufen. Vielfach handelt es sich um Mischinfektionen.

Die Bedeutung der **Bronchitis** liegt neben der Produktion eines entzündlichen bakterienreichen Sekretes in der Tatsache, daß die Zellen des Bronchialbaums geschädigt werden, wobei besonders die Flimmerbewegung Not leidet. Trotz dauernden Abhustens des mehr oder weniger reichlich in den Bronchien entstehenden Sekretes wird die Säuberung des Bronchialbaums unvollkommen, zudem können die Erreger die geschädigte Schleimhaut durchdringen und auf dem Lymphwege weiterbefördert werden. Dabei gelangen sie im wesentlichen den Bronchialbaum entlang zu den tieferen Lungenabschnitten, wie die Infektion

auch bronchogen zum Lungengewebe fortschreiten kann. Bevor wir uns aber den Erkrankungen der kleinsten Bronchien und des Lungengewebes selbst zuwenden, muß noch auf die Bronchialerkrankungen hingewiesen werden, bei denen das primär schädigende Moment nicht in einer Infektion zu suchen ist. Klinisch sind diese Dinge von der primär infektiösen Bronchitis oft nicht zu unterscheiden, weshalb sie auch unter den Sammelbegriff der Bronchitis untergeordnet werden. Die Berechtigung hierfür liegt darin, daß bei nicht primär entzündlichen, mit Epithelschädigung und Sekretion einhergehenden Prozessen häufig sekundär eine Infektion mit Krankheitserregern erfolgt. Wir nennen als Beispiel die mechanische Einwirkung von körperlichen Elementen, etwa Staub, die chemische Einwirkung von Gasen, die Bedeutung vegetativer Momente bei allergischen Erkrankungen, etwa beim Asthma, dem als ähnliche Erkrankung der Nasenschleimhaut der Heuschnupfen an die Seite zu stellen wäre. Diese besonderen Vorkommnisse werden uns noch in anderem Zusammenhang eingehend beschäftigen.

Im Rahmen der Erkrankungen des Bronchialbaums muß noch auf die besondere Bedeutung der **Bronchiektasen** hingewiesen werden. Darunter verstehen wir sack-, spindel- oder zylinderförmige Erweiterungen der kleineren Bronchien, wie sie entweder kongenital vorhanden sind oder auf Grund besonderer mechanischer Momente durch Nachgeben der Bronchialwand entstehen. Besonders häufig entstehen Bronchiektasen hinter ausgedehnten Pleuraschwarten. Vielfach ist eine Wandschädigung auch ohne besondere mechanische Einflüsse die Veranlassung. Charakteristisch für die Bronchiektasen ist, daß sie Sammelbecken für reichliches Sekret darstellen, welches z. B. bei Lagewechsel ausgeschüttet werden kann (maulvolle Expektoration). Die Bedeutung der Bronchiektasen liegt darin, daß sie infolge der Sekretstauung Brutstätten für Krankheitserreger sind, ihre Wand sehr leicht entzündlich erkrankt und die Gefahr chronischer, in die Umgebung fortschreitender Entzündungen gegeben ist. So werden nicht nur Bronchitiden durch Bronchiektasen unterhalten, sondern auch Bronchopneumonien mit oder ohne Einschmelzung von Lungengewebe gehen von infizierten Bronchiektasen aus. Gelegentlich kommt es auch zur Arrodierung von Gefäßen mit schweren Lungenblutungen und der Gefahr einer Verschleppung infektiösen Materials auf dem Blutwege. Aus der vielseitigen Flora des Bronchiektaseneiters sind besonders die oft sehr reichlich vorhandenen Spirochäten hervorzuheben. In dieser Tatsache findet die günstige Wirkung einer Salvarsanbehandlung ihre Erklärung.

Wenn wir gesehen haben, daß die Entzündung der oberen Luftwege und der Bronchien die Atmung als solche kaum behindert, ihre Bedeutung im wesentlichen in der Möglichkeit einer Fortentwicklung der Infektion liegt, so liegen die Dinge bei entzündlichen Veränderungen in den kleinsten Bronchien und im Lungengewebe selbst grundsätzlich anders. Bei der Entzündung der kleinsten Bronchien, der **Bronchiolitis**, genügt die entzündliche Schwellung der Epithelauskleidung und die entzündliche Exsudation vollkommen, um die kleinen Lumina dieser Gebilde zu verschließen und damit den Gasaustausch in den befahrenen Gebieten vollständig zu unterbinden. Hieraus erklärt sich auch die hochgradige Atemnot und Cyanose dieser Kranken. Der Effekt ist der gleiche, als wenn durch entzündliche Erkrankungen des Lungengewebes selbst oder deren Folgen die atmenden Alveolarepithelien anatomisch oder funktionell ausgeschaltet sind. Dabei werden wir zunächst nur solche Verhältnisse im Auge haben, bei denen ein gewisser Lungenbezirk für die Atmung ausfällt. In anderem Zusammenhang werden wir noch die Folgen eines nicht aufgehobenen, aber gestörten Gasaustausches betrachten müssen. Unter diesen Umständen wird nämlich die Schwierigkeit im Abrauchen von Kohlensäure bereits zu Störungen der Atmung führen.

Der wesentliche Punkt der Atemstörungen bei **entzündlichen Lungenerkrankungen** liegt zunächst in einer Verkleinerung der respiratorischen Fläche. Dabei ist es erstaunlich, mit wie wenig respiratorischer Fläche der Mensch auskommen kann, sofern der Sauerstoffbedarf auf ein Minimum beschränkt, also etwa jede körperliche Betätigung vermieden wird. Wenn wir sehen, daß die Atemnot nicht mit der Ausdehnung des Lungenprozesses parallel geht, so zeigt dies, daß die Sauerstoffversorgung des Organismus, oder besser gesagt die vollständige Sättigung des Blutes, nicht allein davon abhängen kann, wieviel respiratorisches Epithel noch erhalten ist. Hier ergeben sich zwangsläufige Beziehungen zur Durchblutungsgröße der einzelnen Lungenabschnitte. Das Blut, welches durch die nicht atemfähigen Lungenabschnitte fließt, wird seinen venösen Charakter beibehalten und sich dem arterialisierten Blut der gesunden Lungenpartien beimischen, so daß die Sauerstoffsättigung des Gesamtblutes unvollkommen sein wird. Ein teilweiser Ausgleich ist dadurch möglich, daß der Lungenkreislauf in gewissem Umfang zu den atmungstüchtigen Abschnitten umgeleitet werden kann, wobei außerdem der häufig erhöhte Widerstand im Gefäßgebiet des erkrankten Lungenteils an sich schon eine Verschiebung der Durchblutungsgröße zuungunsten des nicht beatmeten Lungenabschnitts mit sich bringt. Entzündliche Veränderungen des Lungengewebes können auf verschiedene Weise zustande kommen. Die **Bronchopneumonie** entsteht in der Regel descendierend im Anschluß an eine Bronchitis oder tritt nach Aspiration infektiösen Materials, selten einmal hämatogen auf. Bei der genuinen **Pneumonie** handelt es sich um eine typische Infektionskrankheit mit lobärer Anordnung der durch den Pneumococcus, seltener durch den Pneumobacillus hervorgerufenen entzündlichen Lungenerkrankung. In der Regel wird eine hämatogene Infektion angenommen, wenn auch zweifellos eine bronchogene Pneumokokkeninfektion des Lungengewebes möglich ist. Die Pneumonie stellt in der Eigenart ihres klinischen Verlaufes ein wohl charakterisiertes Krankheitsbild dar. Große praktische Bedeutung hat die **tuberkulöse Erkrankung** des Lungengewebes. Die Infektion mit dem Tuberkelbacillus erfolgt zunächst wohl immer durch die oberen Luftwege. Die Ausbreitung kann durch unmittelbares Weiterschreiten im Gewebe, durch Aspiration von infektiösem Sputum in ein anderes Lungengebiet, auf dem Lymphwege oder nach Eindringen von Krankheitserregern in die arrodiierte Blutbahn hämatogen erfolgen. Die Miliartuberkulose der Lungen stellt zum Beispiel eine solche hämatogene Aussaat dar. Auf Einzelheiten der besonderen Lokalisation und der Verlaufsformen einer Lungentuberkulose kann hier nicht eingegangen werden. Daß auch **nicht entzündliche Lungenerkrankungen**, etwa ein wachsender Tumor, Schädigungen durch mechanische (Staub) und chemische Einflüsse zur funktionellen Ausschaltung von Lungengewebe und damit zur Verkleinerung der respiratorischen Fläche führen können, ergibt sich von selbst.

Eine besondere Form der Atemstörung liegt beim Asthma bronchiale vor. Der Begriff „Asthma“ bezeichnet ganz allgemein eine anfallsweise auftretende Atemnot. Unter **Asthma bronchiale** verstehen wir ein ganz bestimmtes Krankheitsbild, bei dem die Atemnot durch eine allgemeine spastische Bronchostenose hervorgerufen wird. Da bei einer derartigen allgemeinen Verkleinerung des Bronchialquerschnittes das Durchstreichen des normalen Atemluftquantums erheblich erschwert ist, andererseits für die Inspiration viel wirkungsvollere Atemhilfsmuskeln zur Verfügung stehen als für die Expiration, macht die Ausatmung viel größere Schwierigkeiten als die Einatmung. So besteht auch im Asthmaanfall eine ausgesprochene expiratorische Dyspnoe bei maximaler Inspirationsstellung des Brustkorbes und akuter Überblähung der Lungen im Sinne eines echten Volumen pulmonum auctum. Weiterhin ist für das Bronchialasthma eine Sekretionsanomalie der Bronchien charakteristisch. Das typische,

zähe Asthmasputum ist reich an eosinophilen Zellen und kann außerdem CURSCHMANNsche Spiralen und CHARCOT-LEYDENsche Krystalle enthalten. Der Bronchospasmus, der zum asthmatischen Anfall führt, kommt auf dem Wege über einen veränderten Vagustonus zustande. Jedoch betrifft die Störung nicht den Vagus im ganzen, sondern nur soweit, als er motorischer und sekretorischer Lungenerv ist. Auch im anfallsfreien Intervall kann man im Stenoseatmungsversuch nachweisen, daß der Vagus beim Asthmatiker als steuernder Atmungsnerv nicht zuverlässig funktioniert. Zahl, Dauer und Schwere der Asthmaanfalle sind beim einzelnen Kranken sehr verschieden. Hält der Bronchospasmus Stunden und Tage an, so spricht man von Status asthmaticus. Die Sauerstoffversorgung des Organismus und der Abtransport von Kohlensäure sind hochgradig erschwert, die Atemnot ist gewaltig. Gleichwohl bleibt eine Ventilation noch soweit möglich, daß mit einem Ersticken praktisch nicht zu rechnen ist. Mit Abklingen des Anfalls gehen alle Symptome zurück, so daß man beim unkomplizierten Asthma im anfallsfreien Intervall an den Atmungsorganen nichts nachweisen kann. Allerdings lehrt die klinische Erfahrung, daß im Laufe eines Bronchialasthma alsbald Komplikationen und damit auch bleibende Störungen eintreten. Die hauptsächlichsten Sekundärscheinungen sind das bleibende Lungenemphysem und die chronische Bronchitis mit ihren speziellen ungünstigen Rückwirkungen auf den Organismus. Die Komplikationen des Asthma bronchiale, neben den pulmonalen Erscheinungen vor allem die Beeinträchtigung von Herz und Kreislauf, sind für den Verlauf des Leidens und das Schicksal des Kranken von entscheidender Bedeutung.

**Asthmaursache.** Die Ursache der Krankheit ist sicher keine absolut einheitliche. In seltenen Fällen kann eine direkte mechanische Wirkung auf den Vagus nachgewiesen werden. So sehen wir beispielsweise bei Verziehung der mediastinalen Gebilde in das Gebiet einer Lungenspitze, etwa bei einer cirrhotischen Lungentuberkulose, Asthmaanfalle auftreten. In einer Reihe von Asthmafällen läßt sich nachweisen, daß der Anfall im Sinne einer Überempfindlichkeitsreaktion durch ganz bestimmte Umweltprodukte ausgelöst wird. Hier wäre also das Bronchialasthma eine typische allergische Erkrankung. Das Allergieproblem wird noch an anderer Stelle im Zusammenhang zu behandeln sein. Hier sei nur darauf hingewiesen, daß als Allergene die verschiedensten tierischen und pflanzlichen Produkte in Betracht kommen können. Wenn wir den Begriff einer allergischen Reaktion auf diejenigen Vorkommnisse beschränken, bei denen diese Reaktion nur auf ein bestimmtes, als Allergen funktionierendes Produkt erfolgt, so stellt das allergische Asthma lediglich eine bestimmte Unterart des Asthma bronchiale dar. Voraussetzung für das Auftreten eines Asthma muß immer eine konstitutionelle Krankheitsbereitschaft sein, die auch vererbt werden kann. Wir kennen neben den Allergenen eine ganze Reihe von Ursachen, die zum Asthmaanfall führen können. Reflektorisch kann ein solcher Anfall durch Erkrankungen der oberen Luftwege ausgelöst werden. Weiterhin hat man an Beziehungen zu einem persistierenden Thymus gedacht. Während der Menstruation, der Gravidität und im Klimakterium kann ein Asthma exacerbieren. Ungünstige Witterung, speziell Nebel führt zu Häufung oder Auftreten der Anfalle, manche Kranke können eine Witterungsänderung direkt voraussagen. Vielleicht sind auch die jahreszeitlichen Schwankungen mit den Gipfeln im Frühjahr und Herbst auf den wechselnden Witterungscharakter dieser Jahreszeiten zurückzuführen. Die Erkennung der Faktoren, die im einzelnen Krankheitsfall für das Auftreten der Krankheitserscheinungen von hervorragender Bedeutung sind, ist für Behandlung und Verlauf von entscheidender Wichtigkeit. Es kann auch keinem Zweifel unterliegen, daß rein psychogene Momente einen Asthmaanfall auslösen können. Ein Beispiel: ein junger Mensch, der an seiner verstorbenen Mutter hing, kann sich nicht damit abfinden, daß sein Vater zum zweitenmal heiratet und eine



ihm innerlich fremde Frau an die Stelle seiner Mutter tritt. Er reagiert mit der Flucht in die Krankheit in Form klassischer asthmatischer Anfälle! Aber gerade bei der Deutung derartiger milieubedingter Formen von Asthma ist besondere Vorsicht am Platze, weil sich nicht selten echte allergische Asthmaformen dahinter verbergen. Bei näherem Zusehen wird beispielsweise klar, daß es sich nicht um den Ausdruck einer oppositionellen Reaktion gegen eine bestimmte Persönlichkeit, sondern um eine Allergie gegen die Seife oder das Parfüm dieses Menschen handelt. Nicht zu vergessen sind unter den Asthmaursachen die chronischen und die chronisch-rezidivierenden Infektionen der oberen Luftwege. Vielleicht sind es die Erreger dieser infektiösen Prozesse, deren Produkte zum Allergen werden.

Wie wir sahen, kommt es im Asthmaanfall zu einer akuten Lungenüberblähung, dem Volumen pulmonum auctum. Dieser Vorgang ist solange reparabel, als die elastischen Elemente nicht überdehnt werden und die Ausspannung der Lunge mit Abklingen der Bronchostenose wieder auf ihre normale Größenordnung zurückgehen kann. Man hat diese vorübergehende Lungenüberblähung auch als akutes Emphysem bezeichnet.

**Emphysem** im weitesten Sinne ist jede pathologische Luftansammlung. Unter interlobulärem oder interstitiellem Emphysem verstehen wir eine Luftansammlung außerhalb der Atmungswege. Hierbei handelt es sich um ein Ausreten von Luft durch die lädierten Luftwege. Bekannt ist in dieser Hinsicht das **Hautemphysem** nach Anspießen der Lunge durch gebrochene Rippen. Unter ähnlichen Bedingungen kann ein **Mediastinalemphysem** zustande kommen. Letzteres ist deshalb besonders gefährlich, weil es Kompressionserscheinungen macht, besonders den venösen Zufluß zum Herzen unterbrechen kann. Außer durch Traumen kann die Kommunikation zwischen den Luftwegen und ihrer Umgebung durch gewebstestruierende entzündliche oder tumoröse Prozesse herbeigeführt werden. Am häufigsten erfolgt unter den genannten Bedingungen eine Verbindung mit dem Pleuraraum. Die hierdurch entstehende Luftansammlung im Pleuraraum bezeichnen wir als Pneumothorax. Hierauf wird später noch genauer einzugehen sein.

**Vesiculäres Emphysem.** Was wir im allgemeinen als Emphysem bezeichnen, ist das echte, vesiculäre, substantielle Emphysem, der vermehrte Luftgehalt in der Lunge selbst. Dieses Emphysem kann einzelne Lungenabschnitte oder die gesamte Lunge betreffen. Für das Verständnis eines partiellen Lungenemphysems ist zunächst davon auszugehen, daß bei der normalen Lebensführung des Menschen nicht alle Alveolen entfaltet sind, weil ein Teil der respiratorischen Fläche vollständig zur Bestreitung des Gasaustausches ausreicht. Eine maximale Entfaltung der Lunge und damit ein Zurückgreifen auf die gesamte verfügbare respiratorische Fläche wird erst bei besonderen körperlichen Anstrengungen nötig. So sehen wir beispielsweise beim Sportler während des Trainings mitunter **akute Lungenblähungen** als Vorbedingung für eine volle Ausnutzung der respiratorischen Fläche auftreten. Werden größere Lungenabschnitte durch krankhafte Prozesse mehr oder weniger vollkommen für die Atemfunktion unbrauchbar, so müssen die funktionstüchtigen Teile die gesamte Atemfunktion übernehmen und auf ihre gesamte Respirationsfläche zurückgreifen. Dies wird aber nur durch volle Entfaltung möglich sein, wir sprechen vom **vikariierenden Emphysem**.

Noch ein weiterer Mechanismus kann zur emphysematösen Erweiterung einzelner Lungenabschnitte führen. Die Ausdehnung der Lunge ist durch den Thoraxraum gegeben. Die Lunge füllt diesen Raum, wenn nicht krankhafte Verhältnisse im Pleuraraum vorliegen, grundsätzlich aus. Ist nun aber die Ausdehnungsfähigkeit einzelner Lungenabschnitte krankhafterweise verringert, so werden die ausdehnungsfähigen Teile den frei werdenden Raum ausfüllen müssen (**Ausfüllungsemphysem**). Solche Verhältnisse treten beispielsweise bei

verschieden guter Durchlässigkeit einzelner Bronchien ein. Der Druck, unter dem die eingeatmete Luft einströmt, ist überall der gleiche, die Luftfüllung der einzelnen Lungenabschnitte wird in dem Maße verschieden sein müssen, als die Wegsamkeit der einzelnen Bronchien verschieden ist. Bei verstärkter Inspiration werden die Lungenpartien mit unbehinderter Luftzufuhr vermehrt mit Luft gefüllt werden. In diesen Fällen braucht also ein funktionell vikariierendes Eintreten der geblähten Lungenpartien überhaupt keine Rolle zu spielen.

Im Gegensatz zu den genannten Formen eines Teilemphysems, die im allgemeinen vorübergehende und voll rückbildungsfähige Erscheinungen darstellen, handelt es sich beim generalisierten Emphysem um dauernde Veränderungen der Lungen. Das **chronische, allgemeine Lungenemphysem** ist charakterisiert durch Schwund und Atrophie von Alveolarwänden, also durch Verkleinerung der respiratorischen Fläche. Die Funktionsuntüchtigkeit der elastischen Lungenelemente läßt ein Kollabieren der überblähten Lunge nicht mehr zu. Lunge und Thorax stehen dauernd in einer Inspirationsstellung (Tiefstand der Lungengrenzen, Überlagerung des Herzens). Der emphysematöse Thorax bekommt einen großen Tiefendurchmesser und eine Faßform. Die Faßform des Thorax ist besonders ausgesprochen, wenn der Zustand sich in relativ frühen Lebensperioden entwickelt. Beim Altersemphysem ist der Thorax meist nicht mehr so dehnungsfähig, daß er noch eine ausgesprochene Faßform annehmen könnte. Um so ausgesprochener ist in diesen Fällen der Zwerchfelltiefstand. Ist der Emphysematiker bereits durch Verkleinerung seiner respiratorischen Fläche gegenüber dem Gesunden im Nachteil, so liegt doch die wesentliche Bedeutung des Emphysems in der Tatsache, daß die Lungen grundsätzlich überbläht sind und die Ruhestellung des Thorax bereits eine Inspirationsstellung ist. Mithin kann eine vollständige Inspirationsbewegung überhaupt nicht ausgeführt werden, auch wenn der ganze Apparat der inspiratorischen Hilfsmuskeln aufgeboten wird. Der ungünstige Einfluß auf die Respiationsgröße kommt am besten in einer zahlenmäßigen Gegenüberstellung der einzelnen Luftquanten des Normalen und des Emphysematikers zum Ausdruck (s. Tabelle).

Normal (mittelgroßer Thorax)		Emphysem
1. Residualluft (Luftmenge, die nach maximaler Expiration noch in der Lunge und im schädlichen Raum verbleibt).	1000	Steigt bis 2500 und darüber auf Kosten der Komplementärluft, evtl. auch der Reserveluft.
2. Reserveluft (kann durch maximale Expiration noch ausgeatmet werden).	1500—1700	Unverändert oder mäßig verringert.
3. Respiationsluft (bei ruhiger Atmung bewegte Luftmenge).	500	Unverändert 500.
4. Komplementärluft (kann durch maximale Inspiration noch eingeatmet werden).	1500—1800	Bis auf ganz geringe Beträge entsprechend der Steigerung der Residualluft verringert.
2—4. Vitalkapazität (bei maximaler In- und Expiration bewegte Luftmenge).	3500—4000 <sup>1</sup>	Entsprechend dem Zurückgehen der Komplementärluft vermindert.
1—4. Totalkapazität.	4500—5000	Unverändert 4500—5000, gelegentlich sogar durch abnorm große Residualluftmenge vermehrt.

<sup>1</sup> Bei gut trainierten Sportlern kann die Vitalkapazität wesentlich höhere Werte, bis zu 61 und mehr erreichen. Auch Flieger bekommen häufig sehr hohe Vitalkapazitäten.

Diese Übersicht bringt klar zum Ausdruck, daß der Sauerstoffbedarf des Organismus beim ausgesprochenen Emphysem eigentlich nur noch unter Ruhebedingungen garantiert bleibt. Steigerung des Sauerstoffbedarfes könnte nur durch Vertiefung der Atmung, durch Zurückgreifen auf die Komplementärluft befriedigt werden. Eine zusätzliche Luftzufuhr kann aber beim Emphysem nicht mehr erfolgen, da durch das Wachsen der Residualluft die Lunge nicht mehr den notwendigen Raum zur Verfügung stellen kann. Die Komplementärluft und damit auch die Vitalkapazität müssen im gleichen Maßstabe sinken, als die Residualluft wächst. So erklärt sich die Atemnot des Emphysematikers, die eine typische Arbeitsdyspnoe ist und schon bei bescheidenen körperlichen Anstrengungen in Erscheinung tritt.

**Ursachen des Emphysems.** Legen wir uns die Frage vor, auf welche Weise ein Lungenemphysem zustande kommt, so können verschiedene Faktoren als auslösend in Betracht kommen. Häufige Überdehnung der elastischen Lungenelemente führt, wie wir sahen, schließlich zu verminderter Retraktionsfähigkeit. Dabei können verstärkte Inspirationen, denen nicht entsprechende Expirationen folgen, ebenso zur Überdehnung führen, wie verstärkte Expirationen, sofern sie gegen einen Widerstand ankämpfen, da unter diesen Umständen das Lungengewebe unter einem erhöhten Druck steht. Bei katarrhalischen Erkrankungen der Luftwege kann häufiges Husten ebenfalls zu einer Überbeanspruchung der elastischen Lungenelemente führen, da es auch beim Husten zu einer erheblichen Drucksteigerung im Bereich der tieferen Luftwege kommt. Das Einreißen der Alveolarwände könnte Folge pathologischer Drucksteigerung sein, besonders wenn sie durch entzündliche Veränderungen bereits geschädigt sind. In der geschilderten Weise wird man sich die Entstehung des Emphysems bei Asthma, bei gewissen Berufsgruppen, etwa bei Glasbläsern und Trompetenbläsern, bei chronischer Bronchitis und ähnlichen Erkrankungen, sofern sie eine Behinderung der Expiration oder Steigerung der Inspiration bedingen, vorstellen müssen. In gewissem Umfange ist das Emphysem eine physiologische Alterserscheinung, die gelegentlich dabei auftretende Bronchitis ist sekundär. Auf welche Weise beim Altersemphysem Alveolarwände zu Verlust gehen, ist schwer zu sagen. Man könnte darin einen normalen Abbauvorgang sehen, wobei diese Erscheinung auch durch primäre Durchblutungsstörungen eingeleitet werden könnte. Für die graduelle Ausbildung eines Emphysems spielen sicher auch konstitutionelle Momente eine Rolle. Das Altersemphysem ist eine nicht seltene, aber keineswegs gesetzmäßige Alterserkrankung. Hinzuweisen ist schließlich noch auf die Ausbildung eines Emphysems bei primären Thoraxerkrankungen. Bei asymmetrischen Brustkörben wird eine räumliche Einengung eines Lungenteiles zu kompensatorischem Emphysem der ausdehnungsfähigen Abschnitte führen. Wird eine ausreichende Thoraxbewegung durch Starre des Thorax verhindert, so ist ebenfalls eine maximale Entfaltung der Lunge zur Bestreitung der Atemfunktion notwendig, und es resultiert ein bleibendes, allgemeines Emphysem. Komplikationen drohen beim Emphysem in Form katarrhalischer Infektionen, wie auch vor allem in Form einer Insuffizienz des rechten Herzens, da die Mehrbelastung dieses Herzabschnittes beim Emphysem eine erhebliche ist. Wir kommen beim Kreislauf hierauf nochmals zurück.

Erkrankungen der **Pleura** können die Atmung in verschiedenster Weise ungünstig beeinflussen. Die Veränderung der Atmung bei der **trockenen Pleuritis** kommt reflektorisch zustande. Von der Pleura ist vor allem das parietale Blatt außerordentlich schmerzempfindlich. Werden entzündlich veränderte Pleurablätter bei der Atmung aneinander vorbeibewegt, so verursacht dieses heftigste Schmerzen. Deshalb stellen solche Patienten die erkrankte Seite bei der Atmung still, wobei dieser reflektorische Vorgang von der Pleura ausgelöst wird. **Pleura-**

**ergüsse** wirken vor allem dadurch, daß sie Raum beanspruchen und pathologische Druckwirkungen ausüben. Nicht nur wird die Lunge durch den Erguß in ihrer Ausdehnungsfähigkeit gehindert und schaltet dementsprechend für die Atmung aus, sondern größere Ergüsse komprimieren auch die retrahierte Lunge, die gesamten mediastinalen Gebilde können in die gesunde Seite herübergedrückt werden. Neben den damit verbundenen ungünstigen mechanischen Rückwirkungen auf die zuführenden Luftwege (Kompression und Abknickung der Trachea), Kreislauf und Herz (Einflußstauung durch Abknickung der großen Venen) wird auch die gesunde Brustkorbhälfte eingeengt, damit die Lunge dieser Seite komprimiert und in ihrer Atemfunktion stark beeinträchtigt. Auch der Brustkorb wird in seinen unteren Partien durch den Druck des Ergusses ausgeweitet, die Intercostalmuskulatur vorgebuckelt. So stellen große Pleuraergüsse eine ernste Gefahr dar, da ein mehr oder weniger großer Teil des Lungengewebes nicht nur der Exsudatseite, sondern auch der anderen Seite nicht mehr entfaltet und beatmet werden kann. Auch **Pleuraschwarten** können zu einem erheblichen Atemhindernis werden. Sie stellen den narbigen Ausheilungszustand entzündlicher Rippenfellprozesse dar, bedingen eine Verwachsung beider Pleurablätter und haben wie alle Narben die Tendenz zur Schrumpfung. Durch Zugwirkung führen sie zur Thoraxdeformierung mit Fixierung der betroffenen Brustkorbpartien, so daß in diesen Gebieten eine Thoraxbewegung bei der Atmung nicht mehr erfolgen kann. Die Lunge wird in den starr gewordenen Thoraxabschnitten durch Schwarten eingemauert und kann demgemäß nicht mehr ausreichend belüftet werden. Die Abschwächung des Atemgeräusches hinter Schwarten hat nicht ihren Grund in verschlechterten Schalleitungsbedingungen, wie etwa beim Exsudat, sondern in der Unmöglichkeit ausgiebiger Luftbewegungen in den eingemauerten Lungenabschnitten. Da die eingemauerten Lungenabschnitte den bei Inspiration und Expiration auftretenden thorakalen Druckschwankungen nicht folgen können, ist eine Vorbedingung für das Auftreten von Bronchiektasien gegeben. Die Neigung zum Haften von Bakterien und das Auftreten von chronischen Entzündungen erklärt sich aus der stark eingeschränkten oder aufgehobenen Ventilationsfähigkeit. Durch die Zugwirkung der schrumpfenden Schwarte werden die mediastinalen Gebilde in die erkrankte Thoraxhälfte hineingezogen, wodurch sich für die Funktion dieser Gebilde im Prinzip die gleichen Komplikationen ergeben, die wir bei der Verdrängung beschrieben haben. Die Funktion der Lunge in der gesunden Seite wird nur dann beeinträchtigt werden, wenn die zuführenden Luftwege durch Verziehung in die kranke Thoraxhälfte abgknickt werden und aus diesem Grunde eine ungehinderte Luftpassage nicht mehr zulassen.

Besonderer Besprechung bedürfen die Verhältnisse des **Pneumothorax**. Tritt Luft in den Pleuraraum ein, so retrahiert sich die Lunge. Ein Pleuraraum existiert normalerweise nicht. Die Pleurablätter weichen in dem Moment auseinander, in welchem ein krankhaftes Produkt, etwa Luft oder Flüssigkeit zwischen sie eindringt. Der **Pleuradruck** ist normalerweise negativ. Dadurch bleibt die Lunge trotz ihrer Tendenz, sich zu retrahieren, im Brustkorb gespannt. Je mehr Luft oder Flüssigkeit in der Pleura vorhanden ist, desto näher wird der Pleuradruck an den Atmosphärendruck herankommen. Die Retraktion der Lunge wird eine vollständige sein, wenn der Druck im Pneumothorax an den Luftdruck angeglichen ist. Nimmt jedoch die Luftmenge in der Pleura weiter zu, so wird der Druck positiv. Während ein Pneumothorax zunächst strenggenommen die Lunge nicht komprimiert, sondern ihre Retraktion ermöglicht, so übt er bei positivem Druck eine echte Kompression aus, die sich auch in Verdrängungserscheinungen äußern muß. Demnach sind die Druckverhältnisse in einem Pneumothorax für seine günstige Wirkung bei der Kollaps-

behandlung der Lungentuberkulose wie für seine ungünstigen Rückwirkungen, die er auf die Atmung ausüben kann, von entscheidender Bedeutung.

**Offener und geschlossener Pneumothorax.** Ein Pneumothorax entsteht, wenn krankhafterweise eine Verbindung zwischen Pleura und atmosphärischer Luft hergestellt ist. Ein Pneumothorax heißt offen, wenn die Verbindung bestehen bleibt, wobei es gleichgültig ist, ob die Verbindung durch eine Öffnung im Brustkorb hergestellt ist, oder ob infolge einer Lungenverletzung eine Kommunikation zwischen Bronchialbaum und Pleura besteht. Die letztgenannte Form entsteht am häufigsten infolge Durchbruchs eines tuberkulösen Herdes, meist einer Kaverne nach der Pleura. Auch der sog. Spontanpneumothorax entsteht meist in dieser Form, wobei die zugrunde liegenden tuberkulösen Lungenveränderungen oft von so geringer Ausdehnung sind, daß ihr Nachweis nicht sofort, in manchen Fällen vielleicht überhaupt nicht glückt. Schließt sich die Öffnung, so liegt ein geschlossener Pneumothorax vor. Er entspricht funktionell dem künstlichen Pneumothorax. Die Atmung wird in erster Linie durch den offenen Pneumothorax gefährdet werden, besonders, wenn es sich um einen **Ventilpneumothorax** handelt. Beim Ventilpneumothorax wird inspiratorisch der Pneumothorax aufgepumpt, während die Öffnung sich bei der Expiration mehr oder weniger vollständig schließt und die eingepumpte Luft nicht mehr entfernt werden kann. Die Gefährdung der Atmung wird beim Pneumothorax nicht durch die Ausschaltung der kollabierten Lunge herbeigeführt, sondern durch gleichzeitige Beeinträchtigung der Funktion der anderen Lunge. Dies wird verständlich, wenn man sich die durch den offenen Pneumothorax geschaffenen Verhältnisse klar macht. Am einfachsten liegen sie beim Ventilpneumothorax. Mit jeder Inspiration nimmt der Pneumothorax zu, da das entsprechende Luftquantum bei der Ausatmung nicht entfernt werden kann. Die Folge ist ein zunehmender Überdruck mit maximaler Verdrängung des Mediastinums und seiner Organe in die gesunde Seite und entsprechender Funktionsstörung dieser Gebilde, sowie hochgradiger Atemnot durch Behinderung der Exkursionsfähigkeit der gegenüberliegenden Lunge. Unter den mediastinalen Gebilden sind in erster Linie die großen Venen durch Druckwirkung gefährdet, da der Innendruck in den Venen annähernd 0 ist, bestenfalls wenige Millimeter Wasser beträgt. Dagegen läßt der in der Aorta herrschende, mindestens 120 mm Hg betragende Druck eine Kompression dieses Gefäßes nicht zu, da die positiven Drucke in einem stark überblähten Pneumothorax immer nur Bruchteile eines Aortendruckes betragen können. Aber auch beim **offenen Pneumothorax**, der ein beliebiges Einströmen und Ausströmen von Luft zuläßt, wird die Atemfunktion der anderen Lunge aufs schwerste beeinträchtigt. Hierbei ist von besonderer Bedeutung, in welchem Umfange das Mediastinum beweglich ist. Besteht ein ausgesprochenes Mediastinum mobile, so wird es bei jeder Einatmung über die Druckwirkung bei positivem Pneumothoraxdruck hinaus in die geschlossene Thoraxseite gezogen, bei der Expiration in die Pneumothoraxseite ausgebuchtet. Wir sprechen von **Mediastinalflattern**. Dieses führt zu einer Verkleinerung der gesunden Brustkorbhälfte in der Inspirationsphase, also dann, wenn die nicht kollabierende Lunge einen besonders großen Raum zu ihrer inspiratorischen Entfaltung benötigt. Eine weitere Komplikation ergibt sich beim Mediastinalflattern aber dadurch, daß bei der Expiration ein bestimmtes Luftquantum von der normalen Lunge in den gegenüberliegenden Lungenstumpf gedrückt wird, bei der Inspiration wieder in die funktionstüchtige Lunge gesogen wird (Pendelluft). Auf diese Weise wird ein alsbald sauerstoffreies Luftquantum dauernd hin und herbewegt und versperrt der sauerstoffreichen Atemluft den Zutritt zur respiratorischen Fläche. Die Folge ist die Unmöglichkeit einer ausreichenden Sauerstoffsättigung des Blutes.

**Atmung bei geschlossenem Pneumothorax.** Ein geschlossener Pneumothorax wird nur dann ernstliche Atemstörungen herbeiführen, wenn er unter erhöhtem Druck steht und infolgedessen Verdrängungserscheinungen macht. Ist sein Druck nicht positiv, so beeinträchtigt er in der Regel die Atmung gar nicht. Mediastinalflattern tritt nicht auf, bei länger bestehendem Pneumothorax wird im übrigen das Mediastinum starr. Die nicht kollabierte Lunge kann sich beliebig ausdehnen, mittels eines vikariierenden Emphysems bestreitet sie die Atemfunktion praktisch vollständig, so daß Pneumothoraxträger auch körperlich in der Regel recht leistungsfähig sind. Die Durchblutung wird auch weitgehend zugunsten der nicht kollabierten Lunge umgeleitet. Der Lungenstumpf der anderen Seite atmet im übrigen auch etwas mit, so daß eine vollständige Arterialisierung trotz erheblich verkleinerter Respirationsfläche erfolgt. Daß solche Lungenstumpfe noch merklich atmen können, ergibt sich daraus, daß auch **doppelseitige Pneumothoraces** glatt getragen werden können, allerdings nur, wenn in beiden noch ein gewisser negativer Druck herrscht. Vorbedingung für die Anlage und das Ausmaß eines doppelseitigen Pneumothorax ist das Verbleiben einer ausreichenden Vitalkapazität. Das Minimum, bei welchem ein Mensch unter äußersten Ruhebedingungen leben kann, wird mit 900 ccm angegeben. Da jedoch im gewöhnlichen Leben auch bei Vermeidung eigentlicher körperlicher Arbeit eine gewisse körperliche Betätigung, die schon im Sitzen, Gehen und Stehen gegeben ist, unvermeidbar bleibt, darf der Kollaps beim doppelseitigen Pneumothorax nur soweit getrieben werden, daß die verbleibende Vitalkapazität  $1\frac{1}{2}$  l nur wenig unterschreitet.

**Resorption des Pneumothorax.** Die im geschlossenen Pneumothorax vorhandene Luft wird alsbald resorbiert. Zuerst verschwindet der Sauerstoff, langsamer der Stickstoff, besonders rasch wird die Kohlensäure von der Pleura aufgesaugt. Das Tempo der Resorption richtet sich nach der Beschaffenheit der Pleura und kann zwischen wenigen Tagen und vielen Wochen schwanken. Völlig intakte Pleuren resorbieren viel schneller als schwartig veränderte.

Der künstliche geschlossene Pneumothorax hat als aktive Behandlungsmethode der Lungentuberkulose große Bedeutung bekommen. Akute Todesfälle beim Eingehen mit einer Hohlnadel in die Pleura ließen zunächst die Methode gefährlich erscheinen. Man nahm einen reflektorischen Atemstillstand an. Es ist sicher, daß die Atmung von der Pleura her reflektorisch beeinflußt werden kann, wir wiesen bei Besprechung der trockenen Pleuritis bereits darauf hin. Auch Husten wird häufig pleural ausgelöst. Es soll nicht in Abrede gestellt werden, daß von der Pleura aus reflektorisch ein Atemstillstand ausgelöst werden kann. Mit dieser Möglichkeit wird im wesentlichen bei Eröffnung der Pleura auf weite Strecken zu rechnen sein. Im ganzen dürfte die Gefahr beim Einstechen mit einer Nadel durch Reizung der Pleura einen tödlichen Atemstillstand hervorzurufen, außerordentlich gering sein. Man steht auch heute auf dem Standpunkt, daß die hauptsächlichsten Todesfälle bei **Pneumothoraxanlage auf Luftembolien** zurückzuführen waren. Aus diesem Grunde legt man jetzt auch grundsätzlich den Pneumothorax mit Kohlensäure an. Wird bei der Anlage tatsächlich eine Vene angestochen, so wird die etwa eindringende Kohlensäure im Blut gelöst und eine Gasembolie kann nicht auftreten. Unter Beachtung dieser Vorsichtsmaßregeln ist die Pneumothoraxbehandlung nicht nur praktisch gefahrlos, sondern sogar unentbehrlich geworden, da sie in Fällen einseitiger Tuberkulose die beste Behandlung darstellt, die wir kennen. Die günstige Wirkung der **Kollapsbehandlung** beruht auf der Drosselung der Sauerstoffzufuhr sowohl auf dem Luftwege als auch auf dem Blutwege, da die Durchblutung der kollabierten Lunge sehr gering ist. Auf diese Weise werden die Lebensbedingungen der Tuberkelbacillen erschwert und die Bindegewebsbildung im Lungengewebe

gefördert. Besonders wichtig ist die Kompression bestehender Kavernen. Ist ein Pneumothorax nach 2—3jährigem Bestehen eingegangen, so braucht er überhaupt keine Veränderungen an der Pleura zu hinterlassen. Meist wird es jedoch zu größeren oder kleineren Verwachsungen der Pleurablätter kommen, besonders natürlich, wenn ein komplizierendes Exsudat aufgetreten war. Nach einem Sero-, vor allem aber nach einem Pyopneumothorax geht es ohne erhebliche Verschwartungen kaum ab. Unter diesen Umständen kann wegen der Starrheit der Pleuraschwarten die Dekompression der kollabierten Lunge erhebliche Schwierigkeiten machen und mit Beschwerden verbunden sein. Durch die Schrumpfungstendenz der Pleuraschwarten kann eine Verziehung mediastinaler Gebilde in die Pneumothoraxseite hinein die weitere Folge sein. Dadurch kann es auch zu einer mechanischen Reizung des Vagus kommen, was zu Störungen des Herzrhythmus in Form von Bradykardie und Neigung zu Extrasystolie oder auch zu pulmonalen Erscheinungen in Form echter asthmatischer Anfälle Veranlassung geben kann. Solche Ereignisse als unmittelbare Folgen einer an sich abgeschlossenen Pneumothoraxbehandlung sind nicht gerade häufig, aber sie kommen vor und sind in ihrer Entstehungsweise leicht verständlich. Ein Pneumothorax hat allerdings nur dann Sinn, wenn durch ihn tatsächlich ein Kollaps der erkrankten Lunge erzielt wird. Nicht selten hindern Adhäsionen einen vollständigen Kollaps. Durch Strangdurchtrennung besteht dann die Möglichkeit, dem Pneumothorax zu seiner vollen Wirkung zu verhelfen. Werden bei einer derartigen Strangdurchtrennung Gefäße eröffnet, so besteht auch hier die Gefahr der Luftembolie. Dieser Gefahr wird dadurch begegnet, daß die Stränge durchtrennt werden, womit die Gefahr einer Blutung und einer Luftembolie praktisch ausgeschaltet ist. Sehr selten kommen Luftembolien vor, wenn ein unter der Pneumothoraxwirkung sich allmählich dehnender Strang schließlich reißt.

Das gleiche Ziel wie die Pneumothoraxbehandlung verfolgen andere Kollapsverfahren, die allerdings bleibende Veränderungen schaffen. Sie treten dann in ihr Recht, wenn eine Pneumothoraxbehandlung technisch unmöglich ist. Hier wären zu nennen die Phrenicoexhairese, die zum Zwerchfellhochstand führt, die Apikolyse und die verschiedenen Formen partieller und totaler Thoracoplastik. Auch diese Eingriffe brauchen die Atmung überhaupt nicht wesentlich zu beeinträchtigen, solange die andere Lunge leistungsfähig bleibt.

**Kreislaufstörungen und Atmung.** Nicht nur durch Prozesse, die das Lungengewebe und die Pleura betreffen, kann die respiratorische Funktion beeinträchtigt werden. Auch Veränderungen, die sich im Blutgefäßsystem der Lunge abspielen, können die Lunge schädigen und für die Atemfunktion untauglich machen. So können durch **embolische Prozesse** in den Lungenarterien Lungenteilungen außer Funktion gesetzt werden. Verlegen größere Embolien den Hauptast, so tritt unmittelbares Ersticken ein. Daneben kann der Tod bei einer größeren Lungenembolie auch durch Insuffizienz des rechten Herzens oder durch Shockwirkung erfolgen.

Die **Stauungslunge** des Herzkranken führt bei längerem Bestehen ebenfalls zu einer Schädigung des atmenden Lungengewebes. Die Störung äußert sich in erster Linie darin, daß die Alveolarepithelien den ungehinderten Gasaustausch zwischen Blut und Alveolarluft nicht mehr zulassen. Während beim normalen Lungengewebe der Gasaustausch der Kohlensäure in der Form erfolgt, daß hinsichtlich der Kohlensäurespannung im Blut und der Alveolarluft ein Spannungsgleichgewicht vorliegt, ist die Kohlensäureabgabe bei funktionell geschädigter Alveolarwand nur möglich, solange ein Gefälle vorhanden ist. Dieses besagt, daß die Kohlensäurespannung im Blut immer höher ist als in der Alveolarluft. In analoger Weise enthält das Blut unter diesen Umständen zu wenig Sauerstoff.

Diesen Zustand eines gestörten Gasaustausches durch Schädigung der Alveolarwand bezeichnen wir als **Pneumonose**. Sie spielt vor allem für die Atemnot dekompensierter Herzkranker eine Rolle, besonders bei Mitralfehlern, die ja in erster Linie zu einer chronischen Stauungslunge Veranlassung geben. Gleichfalls ist zur Erklärung der Atemnot bei Lungenentzündung erwogen worden, ob nicht Gasaustauschstörungen der genannten Art eine Rolle spielen könnten.

Unerläßlich für den **Sauerstofftransport** ist das Vorhandensein einer ausreichenden Menge funktionstüchtigen roten Blutfarbstoffes. Der **rote Blutfarbstoff** kann nur dann als Sauerstoffträger fungieren, wenn er in den Blutkörperchen vorhanden ist. Hämoglobin, welches aus irgendeinem Anlaß aus den Körperchen in das Serum ausgetreten ist, kommt für den Sauerstofftransport nicht mehr in Betracht. Mit der Abnahme des Hämoglobins oder mit seinem Auftreten in ungeeigneter Form wird die für die Erhaltung des Lebens notwendige Sauerstoffzufuhr zu den Zellen ungenügend. Hämoglobin wird für den Sauerstofftransport ungeeignet, wenn es bestimmte chemische Veränderungen erfahren hat, z. B. in Methämoglobin oder Kohlenoxydhämoglobin umgewandelt ist. Beim **Methämoglobin** handelt es sich bekanntlich um eine feste Verbindung des Hämoglobins mit Sauerstoff, wie sie unter der Wirkung bestimmter Gifte zustande kommt. **Kohlenoxydhämoglobin** bildet sich bei der Kohlenoxydvergiftung. Dieses Gas hat eine sehr viel größere Affinität zum Hämoglobin als der Sauerstoff, weshalb schon bei relativ geringen Kohlenoxydkonzentrationen eine weitgehende Beschlagnahme des Hämoglobins durch das Kohlenoxyd erfolgt. Solche Zustände entsprechen bezüglich der Funktion des Sauerstofftransportes vollständig den Verhältnissen einer **Anämie**. Recht große Verminderungen des Hämoglobins sind noch mit dem Leben vereinbar. Tritt eine Reduktion des Blutfarbstoffes langsam auf, so liegt die unterste Grenze, bei der noch ein Leben möglich ist, bei einem Hämoglobingehalt von etwa 10%. Derartig niedrige Hämoglobinwerte gestatten ein Leben natürlich nur unter geringster Beanspruchung einer Sauerstoffversorgung. Das kommt darin zum Ausdruck, daß der hochgradig Blutarme seine körperlichen Bewegungen auf ein Minimum einschränkt, da er zu diesen wegen der sofort auftretenden starken Atemnot überhaupt nicht fähig ist. Eine gewisse Kompensation wird durch die Beschleunigung der Blutströmungsgeschwindigkeit erreicht, so daß auf diese Weise der Sauerstofftransport in der Zeiteinheit gebessert werden kann. Daß es überhaupt möglich ist, bei erheblichen Anämien noch eine leidliche Sauerstoffversorgung der Gewebe aufrecht zu erhalten, liegt daran, daß die in der Lunge erfolgende vollständige Sauerstoffsättigung des Hämoglobins normalerweise nur zu etwa ein Drittel in den Geweben verbraucht wird, das venöse Blut demgemäß den Blutfarbstoff noch zu rund zwei Dritteln als Oxyhämoglobin enthält. Damit besteht für den Blutarmen die Möglichkeit, durch stärkere **Ausnutzung des Sauerstoffgehaltes** der einzelnen roten Blutkörperchen den zahlenmäßigen Mangel der im Blute vorhandenen Sauerstoffträger in gewissem Maße auszugleichen, zumal auch in den darbenenden Geweben dieser Kranken der Sauerstoffdruck niedriger ist als beim gesunden Menschen. Tatsächlich findet bei Anämie eine solche größere Ausnutzung des Sauerstoffgehaltes im Arterienblute statt. Aber auch diese Möglichkeit ist nicht in beliebigem Umfang, etwa bis zur Umwandlung des gesamten Oxyhämoglobins in Hämoglobin gegeben. Wir werden bei Besprechung der Herzinsuffizienz nochmals auf diese Fragestellung zurückkommen und die Begründung für dieses Verhalten geben müssen.

Den Sauerstofftransport des Blutes haben wir bisher nur unter dem Gesichtswinkel betrachtet, ob Hämoglobin, welches zum Sauerstofftransport geeignet ist, in genügender Menge zur Verfügung steht. Auch bei Anämie ist die Sauerstoffsättigung des einzelnen roten Blutkörperchens eine vollständige. Wir werden



nunmehr zu untersuchen haben, unter welchen Bedingungen diese vollständige Sauerstoffsättigung nicht mehr gewährleistet bleibt. Damit beziehen wir die Zusammensetzung der Atemluft und ihre Bedeutung für die Atmung in unsere Betrachtungen ein. Für die **Sättigung des Blutes mit Sauerstoff** ist nicht der absolute Sauerstoffgehalt der Luft, sondern der Teildruck dieses Gases in den Alveolen maßgebend. Vertiefung der Atmung tritt auch bei normalem Sauerstoffgehalt auf, wenn der Barometerdruck sinkt. Die Bindungsverhältnisse des Sauerstoffes bringen es mit sich, daß ein merkliches Sinken des Sauerstoffdruckes noch nicht zu einem wesentlichen Sinken der Sauerstoffsättigung führt. Bei einem Druck von 60 mm (Normaldruck in der Alveolarluft für unsere Höhen etwa 100 mm) ist das Arterienblut noch zu etwa 85—90% mit Sauerstoff gesättigt. Bei weiterem Sinken des Druckes nimmt allerdings die Sauerstoffsättigung sehr rasch ab. Bei 50 mm Druck, der einer Höhe von etwa 5000 m entspricht, liegt die Sättigung um 80%, in 6000 m unter 75%. Die mangelhafte Sauerstoffsättigung des Blutes hat praktische Bedeutung bei dem Übergang in große Höhen. Die Erscheinungen der **Bergkrankheit** sind als Folge des Sauerstoffmangels anzusehen. Bei allmählichem Übergang in Gebiete niedrigen Atmosphärendruckes sind die Erscheinungen gering oder fehlen ganz. Sie äußern sich mitunter nur in Müdigkeit und Leistungsunfähigkeit, zentrale Funktionen schlafen ein, ohne daß diese Erscheinungen dem Betroffenen wesentlich zum Bewußtsein zu kommen brauchen. Überhaupt ist die Reaktion des Menschen auf Sauerstoffmangel sehr verschieden. So gibt es Menschen, die schon auf relativ geringe Höhen mit Krankheitserscheinungen reagieren, während von anderen sehr viel niedrigere Barometerdrucke symptomlos ertragen werden. Das hängt neben dem Tempo, in welchem der Übergang in größere Höhen erfolgt, vor allem von der reaktiven Umstellung von Kreislauf und Blut auf die neuen Verhältnisse ab und ferner davon, ob bei dem Ortswechsel körperliche Ruhe besteht oder gleichzeitig eine Muskelarbeit geleistet wird. Sinkt der Sauerstoffdruck plötzlich sehr stark, so stellen sich neben Vertiefung der Atmung Herzklopfen, Erbrechen, Benommenheit, Verwirrungszustände, mitunter auch Krämpfe ein. Starker Sauerstoffmangel zeigt sich durch starke Cyanose an und führt zu erheblicher Atemnot. Unter Zugrundelegung der gegebenen physikalischen Bedingungen müßte es mit wachsender Höhe und entsprechend sinkendem Barometerdruck für jeden Menschen eine errechenbare Grenze geben, bei der eine ausreichende Sauerstoffsättigung des Blutes und damit ein Fortbestand des Lebens nicht mehr möglich wäre. Jedoch hat sich gezeigt, daß diese kritische Grenze vom Menschen unterschritten werden kann. Diese zunächst völlig rätselhafte Erscheinung hat eine überraschende Aufklärung gefunden. Der Organismus findet, wenn ihm die nötige Zeit hierzu zur Verfügung steht, die Möglichkeit einer Angleichung an die neuen Bedingungen, indem er eine andere Form von rotem Blutfarbstoff bereiten lernt, welcher auch bei sehr niedrigem Sauerstoffdruck noch eine Bindung mit Sauerstoff einzugehen vermag und dadurch den Fortbestand des Lebens ermöglicht.

Die Verhältnisse des Bergsteigens finden auf den Mann in der **fliegenden Maschine** sinngemäß Anwendung. Handelt es sich beim Bergsteiger, der allmählich große Höhen erreicht, um Ereignisse, die sich im Laufe eines langen Zeitraumes abwickeln, so stellt der rasche Aufstieg eines Flugzeuges gewissermaßen ein physiologisches Experiment kurzfristigen Charakters dar. Kommt hinzu, daß hierbei Höhen erreicht werden, die die in äußersten Fällen bei Bergbesteigungen bezwungenen noch wesentlich übersteigen. Durch die ausgiebige Verwendung der fliegenden Maschine in sehr großen Höhen ist das Höhenproblem zu einem Problem größter praktischer Bedeutung geworden. Unter den atmosphärischen Faktoren, die auf den Flieger in großen Höhen einwirken, steht

der Sauerstoffmangel als Folge des immer niedriger werdenden Sauerstoffdruckes an erster Stelle. Diese Verhältnisse sind in der Unterdruckkammer experimentell reproduzierbar, und so haben klinische Erkenntnis und Experiment uns neue und grundsätzlich bedeutungsvolle Kenntnisse über die Physiologie und Pathologie der **Höhenwirkung**, das Problem der **Höhenanpassung** und schließlich die Möglichkeit einer Prophylaxe gefährlicher Höhensymptome gebracht. Es ist notwendig, sich mit diesen Dingen noch etwas eingehender zu beschäftigen. Was sich beim raschen Aufsteigen im Flugzeug an Veränderungen in körperlichen Erscheinungen und Reaktionen vollzieht, trägt zunächst den Charakter physiologischer Reaktionen mit dem Ziel des Ausgleichs der durch den Sauerstoffmangel in Gang gebrachten Schwierigkeiten und Störungen. Aus solchen physiologischen Reaktionen entwickeln sich mit steigender Höhe die Erscheinungen echter Störungen im Sinne der Höhenkrankheit und schließlich des Höhentodes als Ausdruck der Versagens der in Gang gebrachten körperlichen Gegenmaßnahmen. Individuelle Unterschiede ergeben sich aus der verschiedenen Leistungsfähigkeit der genannten Reaktionen, aber schließlich erreicht die Leistungsfähigkeit der besten Regulationsmechanismen ihre natürliche Grenze, womit das Auftreten schwerer Störungen und schließlich des **Höhentodes** unvermeidbar wird. Dem akut einsetzenden **Sauerstoffmangel**, der zu einer verminderten Sättigung des arteriellen Blutes mit Sauerstoff führt, versucht der Körper durch Vermehrung des Blutfarbstoffes in der Volumeneinheit Blut zu begegnen. Der Sauerstoffmangel führt unmittelbar zu einer Ausschwemmung von Erythrocyten aus den Blutdepots, womit die Sauerstoffkapazität des Blutes eine Steigerung erfährt. Die auf diese Weise sofort erzielbare Erythrocytenvermehrung geht über 20% allerdings nicht hinaus, stärkere Vermehrungen durch Eingreifen des Knochenmarks sind ein Zeichen allmählicher Höhenanpassung und erst mit der Zeit zu erwarten. Eine sofortige Umstellung erfährt, wie zu erwarten, die Atmung. Schon bei 2000—3000 m Höhe ist eine Umstellung der Atmung im Sinne der Überventilation deutlich. Sie bedeutet eine Erhöhung der alveolaren Sauerstoffspannung und damit die Möglichkeit einer besseren Arterialisierung des Blutes. Da der alveolare Sauerstoffdruck mit zunehmender Höhe immer mehr abnimmt, reicht auch die durch Überventilation erzielbare Steigerung des Druckes zur Erzielung normaler Verhältnisse nicht aus, schon in mittleren Höhen wird das Sauerstoffdefizit durch Überventilation nicht mehr vollständig gedeckt. Mit der Überventilation parallel geht ein vermehrtes Abrauchen von Kohlensäure, was zu einer verminderten Erregbarkeit des Atemzentrums führt und im Auftreten CHEYNE-STOKESSchen Atmens seinen Ausdruck findet. Die Beeinflussung des Atemzentrums durch Sauerstoffmangel wird über Chemo-receptoren an der Carotis vermittelt, vielleicht spielen darüber hinaus auch atmungswirksame Substanzen eine Rolle, die unter Sauerstoffmangel im Muskel gebildet und frei werden. Die Azidosetheorie des Sauerstoffmangels kann die einsetzende Überventilation nicht erschöpfend erklären. Andererseits ist es sicher auch nicht berechtigt, die Rolle der Kohlensäure als atmungsregulierenden Faktor bei den Problemen der Höhenwirkung zu vernachlässigen oder gar zu negieren. Hand in Hand mit den Umstellungen der Atmung beim Sauerstoffmangel gehen solche des Kreislaufs. Auch sie werden durch den Sauerstoffmangel unmittelbar reflektorisch ausgelöst. Ohne Umstellungen des Kreislaufes wären die Änderungen der Atmung wirkungslos, mit der Fähigkeit des Kreislaufes, durch geeignete Umstellungen trotz des Sauerstoffmangels die Sauerstoffversorgung der Organe und Organsysteme aufrecht zu erhalten, steht oder fällt die ganze Situation. Die eindrucksvollste Umstellung des Kreislaufes findet in der Steigerung des Minutenvolumens seinen Ausdruck. Dabei kann das Schlagvolumen erhöht sein, die Pulsfrequenz nimmt mit steigender

Höhe laufend zu. Die Blutströmungsgeschwindigkeit nimmt zu, außerdem die zirkulierende Blutmenge durch Entspeicherung. Durch Eröffnung ruhender Capillargebiete wird die Austauschfläche vergrößert. Die Blutverteilung erfährt Umstellungen in der Form, daß lebenswichtige Organe bevorzugt mit einer vergrößerten Blutmenge beliefert werden. Die enormen Umstellungen im Kreislauf stellen an die nervöse Kreislaufregulation sehr hohe Anforderungen, denen nicht jede Gefäßregulation gewachsen ist. Es kann daher, besonders bei gefäßlabilen jüngeren Menschen, schon vor Wirksamwerden eines effektiven Sauerstoffmangels zum Fröhkollaps durch primäres Kreislaufversagen kommen. Hält der Kreislauf jedoch durch, so ist es der effektive Sauerstoffmangel in den Organen, der bei Aufbietung aller Regulations- und Ausgleichsmechanismen schließlich nicht mehr beseitigt werden kann. Die Leistungsfähigkeit der Muskulatur geht zurück. Die Entscheidung bringt jedoch die Beeinträchtigung lebenswichtiger zentralnervöser Funktionen. Die Sinneswahrnehmungen zeigen Störungen und Ausfälle, Bewußtseinsstörungen treten auf, im psychischen Verhalten treten eigentümliche Abweichungen auf, Aufmerksamkeit und Konzentration sind gestört, unzweckmäßige und unverständliche Handlungen werden begangen. Nach einer vorübergehenden Herabsetzung der Reflexe kommt es zu Reflexsteigerung, schließlich zu ausgedehnten Höhenkrämpfen, die dann unmittelbar in das Stadium der Lähmung und damit in den Höhentod überleiten. Der Mensch durchläuft also beim raschen Übergang in großen Höhen eine Entwicklung, die mit dem Einsetzen zweckmäßiger physiologischer Reaktionen beginnt und mit Erschöpfung kompensierender Möglichkeiten unmittelbar in das Bild gestörter Funktionen und des Höhentodes durch Sauerstoffmangel überleitet. In Höhenlagen von 2000—3000 m werden noch keine Änderungen an Organfunktionen beobachtet. Wir befinden uns in der indifferenten Höhenzone, in welcher auch die Leistungsfähigkeit des Fliegers eine vollwertige ist. Jetzt wird die Reaktionsschwelle überschritten, und die Höhenlagen bis 4000 m und darüber hinaus sind gekennzeichnet durch das Auftreten kompensatorischer Höhenreaktionen, vor allem der Atmung und des Kreislaufes. Es handelt sich also um durchaus zweckvolle körperliche Reaktionen, mit deren Hilfe dem einsetzenden Sauerstoffmangel wirksam begegnet wird. Durch diese Kompensationsmaßnahmen wird auch in diesen Höhenlagen die Leistungsfähigkeit des Fliegers erreicht und sichergestellt. Zwischen 4000 und 5000 m ändert sich jedoch die Situation, hier wird die Störungsschwelle überschritten und damit das Gebiet echter Störungen und der Gefahr erreicht. Zwar gehen die kompensatorischen Maßnahmen weiter, sie werden sogar verstärkt, aber sie reichen nicht mehr aus, um dem herrschenden Sauerstoffmangel zu begegnen. Aus dem Zustand des kompensierten Sauerstoffmangels wird ein solcher unvollständiger Kompensation mit echtem Sauerstoffmangel. Die ersten Funktionsstörungen treten auf, zuerst am Zentralnervensystem. Die Muskelkraft nimmt ab, an den Regulationen des Kreislaufes und der Atmung treten Störungen auf. Die Leistungsfähigkeit ist in dieser Zone auf jeden Fall vermindert. Mit weiter zunehmender Höhe werden die Ausfallerscheinungen und Störungen immer zahlreicher und ausgesprochener, zwischen 6000 und 8000 m wird schließlich die kritische Schwelle überschritten, die die unmittelbare Lebensgefahr anzeigt. Ist diese kritische Schwelle überschritten, so ist die Erreichung der letalen Schwelle nur noch eine Frage der Zeit, wobei der Höhentod unter den geschilderten Zeichen des Zusammenbruchs zentralnervöser Funktionen erfolgt. Dem Stadium der Höhenkrämpfe folgt dasjenige der Lähmung als Zeichen irreparabler, tödlicher Schädigung. Es ist wichtig zu wissen, daß nach Überschreiten der kritischen Schwelle nur einige Minuten vergehen, bis die letale Schwelle erreicht und überschritten wird. Es stehen also auch nur diese wenigen Minuten zur Verfügung, um die drohende

Gefahr zu beseitigen. Da es sich bei allen genannten Erscheinungen und Störungen um Folgen des Sauerstoffmangels handelt, ist es möglich, den Störungen und Gefahren durch Sauerstoffzufuhr zu begegnen. Dabei kommt es darauf an, durch die Sauerstoffzufuhr die alveolare Sauerstoffspannung auf normalen Werten zu halten. Die Sauerstoffatmung wird bei Überschreiten der Störungsschwelle, also jenseits von 4000 m notwendig. Zunächst genügt Sauerstoffzusatz zur Einatemungsluft, über 8000 m muß reiner Sauerstoff geatmet werden. Dabei sind Schädigungen durch die reine Sauerstoffatmung in der in Betracht kommenden beschränkten Zeitspanne nicht beobachtet. Der durch die Sauerstoffatmung erzielbare Höhengewinn beträgt rund 7000 m, oberhalb von 11000 m Höhe ist auch bei reiner Sauerstoffatmung die notwendige alveolare Sauerstoffatmung nicht mehr aufrechtzuerhalten. Nur Druckzusatz gestattet ein weiteres gefahrloses Steigen, mit Überdruckkabinen oder Überdruckanzügen kann ein weiterer, praktisch unbegrenzter Höhengewinn erreicht werden.

Wenn wir sehen, daß der Flieger heute mit dem Höhengerät bei erhaltener Leistungsfähigkeit gefahrlos sehr große Höhen bis zu etwa 11000 m erreichen und auch längere Zeit sich in derartigen Höhen halten kann, so ergibt sich hieraus eine weitere Frage grundsätzlicher und weittragender Bedeutung. Das Atmungsgerät kann aus irgendeinem Grund versagen, denn nur eine ununterbrochen gute Sauerstoffversorgung bannt die Gefahr. Der Flieger kann auch gezwungen sein, das Atmungsgerät abzunehmen oder mit dem Fallschirm abzuspringen. Im gleichen Moment ist er den schädigenden umgebenden atmosphärischen Bedingungen ausgesetzt. Damit würden alle jene Vorgänge abzurollen beginnen, die wir als Folge des Sauerstoffmangels kennengelernt haben und die schließlich im Höhentod ihren Abschluß erreichen. Die plötzliche Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr trifft auf einen Organismus, dessen Sauerstoffversorgung bisher durch das Atmungsgerät garantiert und normal erhalten worden war. Es wird sich daher ein ähnliches Bild entwickeln, wie es vom Aufsteigerversuch bekannt ist. Sämtliche Gefahren der Höhenwirkung werden durchlaufen werden, bis es durch echte Sauerstoffnot zur unvollständigen Kompensation und zum Höhentod kommt. Es ergibt sich also eine Toleranzzeit, die den Flieger große Höhen ertragen läßt, bis sich die ernststen Störungen manifestiert haben; wir sprechen von Zeitreserve und die Festlegung dieses Wertes ist von großer Bedeutung. Ergibt sich doch hieraus, in welchem Zeitraum die äußere Situation eine Änderung erfahren muß, wenn die sonst unvermeidliche Katastrophe verhindert werden soll. Abgesehen von den individuellen Faktoren wird die Zeitreserve in erster Linie durch die absolute Höhenlage bestimmt werden. Je geringer mit zunehmender Höhe der Sauerstoffdruck der umgebenden Atmosphäre ist, desto kleiner wird auch die Zeitreserve sein. Körperliche Arbeit bedeutet wegen des hierbei stattfindenden erhöhten Sauerstoffverbrauches eine weitere beträchtliche Verminderung der Zeitreserve. Beträgt die Zeitreserve in einer Höhe von 5000 m noch rund 5 Minuten, so sinkt sie in 8000 bis 9000 m auf Beträge, die sich je nach den Umständen in Dimensionen von Sekunden bewegen können. Da die drohende Gefahr nur durch Erreichen indifferenter Höhenlagen, also unterhalb der 4000 m-Grenze, beseitigt werden kann, muß der Pilot in der verfügbaren kurzen Zeit mit der Maschine oder mit dem Fallschirm die gefährlichen Zonen von oft mehreren tausend Metern hinter sich bringen, um den Höhenstörungen zu entgehen. Hier liegt also ein sehr wichtiges technisches Problem im Interesse der Erhaltung von Gesundheit und Leben des Fliegers in schwierigen, aber jederzeit möglichen Situationen.

Die Gefahren für den Flieger erschöpfen sich mit der reinen Höhenwirkung durch Sauerstoffmangel nicht. Hinzu kommen Einwirkungen der Strahlung, der Luftfeuchtigkeit, der Temperatur und dgl., auf die im einzelnen hier nicht

eingegangen werden soll, die aber durchaus eine zusätzliche Belastung für den Körper und damit eine weitere Gefährdung darstellen können. Wichtig ist ferner der rein mechanische Einfluß des mit zunehmender Höhe sinkenden Barometerdruckes, der zu einer Volumzunahme der in Körperorganen (Magen, Darm, Nasenrachenhöhlen, Paukenhöhle) vorhandenen Gase führt und damit zu leicht verständlichen Beschwerden und Störungen führen kann.

Von besonderer Bedeutung sind aber mit den immer schneller gewordenen Flugzeugen jene Erscheinungen geworden, die auf die **Wirkungen von Beschleunigung und Zentrifugalkraft** zurückzuführen sind. Sie betreffen das Gebiet „Atmung“ nicht in erster Linie, wenn auch Reaktionen der Atmung erfolgen. Sie sollen aber in Zusammenhang mit der Höhenkrankheit abgehandelt werden, da sie nur bei rasch fliegenden Maschinen vorkommen und sich häufig mit Erscheinungen von Höhenkrankheit kombinieren werden. Von besonderer Tragweite sind die Radialbeschleunigungen, wie sie beim Figurenfliegen, vor allem beim Abfangen von Maschinen aus dem Sturzflug wirksam werden. Dabei ist neben der Wirkzeit die Einwirkungsrichtung von Bedeutung. Die entscheidende Wirkung bezieht sich auf den Kreislauf. Unter dem Einfluß der Fliehkraft und des hierdurch bedingten Gewichtes und hydrostatischen Druckes des Blutes kommt es zu einer Ausweitung der peripheren Gefäße, während sich die zentral gelegenen infolge des sinkenden Druckes verengern. Die Folge ist eine Verlagerung der Blutmassen. Wirkt die Fliehkraft in der Richtung der großen Gefäße, so werden die Verlagerungen der Blutmassen leichter und ausgiebiger erfolgen können als bei Einwirkung senkrecht zu den großen Blutleitern. Es ergibt sich hieraus, daß bei Einwirkung senkrecht zu den großen Gefäßen sehr viel stärkere Fliehkräfte ohne Störung ertragen werden können als bei Einwirkung parallel zu den Gefäßen. Die Verlagerung der Blutmassen kann nur auf Kosten anderer Versorgungsgebiete vor sich gehen. In den meisten Fällen erfolgt die Fliehkraftwirkung in der Richtung Kopf → Fuß. Dadurch wird es alsbald zu einer Verschlechterung der Blutversorgung des Gehirns und der Augen kommen. Der Verdunkelung des Gesichtsfeldes bis zum vollständigen Schwarzsehen folgen sehr rasch Bewußtseinsstörungen. Im weiteren Verlauf kann es durch Entfernung der Blutmassen aus dem Thorax und Leerpumpen des Herzens mit Versacken des Blutes im Splanchnicusgebiet und in den Beinen zu schweren Kollapserscheinungen kommen. Die vermehrte Blutfüllung der unteren Extremitäten kann dem Piloten in Form unangenehmen Druck- und Spannungsgefühls zum Bewußtsein kommen. Können die Capillaren dem hohen Druck nicht standhalten, so kommt es zu Blutaustritten in Form von Petechien oder auch größeren Blutungen in die Haut und das subcutane Gewebe. Die Gefäßregulation sucht diesen Erscheinungen zu begegnen, wobei durch Vermittlung der Carotissinusreflexe auch ausgleichende Umstellungen im örtlichen Gefäßwandtonus möglich sind. Dabei muß jedoch berücksichtigt werden, daß das Wirksamwerden derartiger Reflexe eine gewisse Zeit braucht. Die Frage des Kreislaufversagens hängt entscheidend davon ab, ob bei der oft sehr rasch und intensiv einsetzenden Beschleunigungswirkung noch genügend Zeit bleibt für ein Eingreifen einer voll wirksamen Selbststeuerung des Kreislaufes, die Wirkzeit der Beschleunigung also nicht kleiner ist als die Reflexzeit für den Carotissinusreflex. Die Bedeutung dieser bis vor kurzem noch unbekanntten Störungen liegt auf der Hand, die Möglichkeiten ihrer Prophylaxe ergeben sich aus dem Vorgang von selbst.

Der Vollständigkeit halber sei schließlich noch erwähnt, daß im Flugzeug auch Störungen auftreten können, die denen der Seekrankheit entsprechen. Diese Kinetosen stellen bekanntlich die Folge einer krankhaften Vestibularisreizung durch die besonderen Formen passiver Bewegung dar. In anderem Zusammenhang wird hierauf nochmals zurückzukommen sein.

**Pathologische Zusammensetzung der Atemluft.** Gewisse Beimengungen der Luft können ebenfalls die Atmung auf verschiedenste Weise beeinträchtigen. Auf die Bindung des Kohlenoxyds an das Hämoglobin bei der Kohlenoxydvergiftung haben wir bereits hingewiesen. Andere **gasförmige Stoffe** bedingen lokale Schädigungen der Luftwege, verursachen mitunter ein akutes Lungenödem und damit den Erstickungstod. Hierher gehören die Dämpfe starker Mineralsäuren oder Substanzen, aus denen bei Wasserzutritt Säuren entstehen. Das bekannteste Gas dieser Art ist das Phosgen, welches bei Wasserzutritt in Kohlensäure und Salzsäure zerfällt. Auf diese Art wirkt das Grünkreuzkampfgas. Auch Nitrosegase haben eine lokal schädigende Wirkung, sind daneben aber Blutgifte. Das gleiche gilt von Schwefelwasserstoff, Schwefelkohlenstoff, Arsenverbindungen, Blausäure u. dgl. Auf Einzelheiten dieser Vergiftungsbilder, bei denen die Beeinträchtigung der Atmung oder der Atmungsorgane nur einen Teil des Zustandsbildes darstellt, kann nicht eingegangen werden. Die Inhalationsnarkotica werden in anderem Zusammenhang besprochen. Besonders hervorzuheben sind noch körperliche Bestandteile, die über die Atmungswege in den Körper gelangen. Es handelt sich hier um Krankheitsbilder, die durch Einatmen bestimmter **Staubarten** entstehen und eine gewerbliche Schädigung gewisser Berufsgruppen darstellen. Kohlenstaub und Kalk werden rasch resorbiert und machen bei entsprechenden Vorsichtsmaßregeln selten bleibende, schwere Lungenschädigungen. Bei der Anthrakose der Lunge sieht man die Kohlepartikelchen in den Lymphbahnen und Lymphknoten reichlich abgelagert. Der beim Mahlen der Thomasschlacke auftretende scharfkantige Staub kann die Luftwege lokal verletzen und dadurch das Auftreten entzündlicher Lungenkrankungen begünstigen. Dagegen führt Kieselsäure zu schweren Lungenschädigungen. Das typische Krankheitsbild wird als **Steinstaublunge (Silikose)** bezeichnet. Im Gegensatz zu der raschen Resorption von Kohle und Kalk werden die Quarzteilchen nur sehr langsam phagocytiert, veranlassen ein Zugrundegehen der Freßzelle, so daß die Lymphbahnen durch die toten Zellen verlegt werden. Die direkten chemischen Schädigungen der Zellen durch die abgelagerten Steinstaubteilchen führen zu bindegewebiger Umwandlung der Lunge und damit schließlich zur schweren Schädigung ihrer Funktion. Als Komplikationen treten entzündliche Erkrankungen der Lunge hinzu, wobei es auch zu Einschmelzungen und damit zur Bildung silikotischer Kavernen kommen kann. Die silikotische Lunge erleichtert auch erfahrungsgemäß das Angehen und die Ausbreitung einer Lungentuberkulose, weshalb im versicherungstechnischen Sinne eine Kombination von **Tuberkulose und Silikose** und eine reine Silikose gleich gewertet werden. Neben der Silikose, bei der die Kieselsäure das schädigende Moment darstellt, gibt es noch einzelne selteneren Staubarten tierischer, pflanzlicher und mineralischer Art, die auch zu Erkrankungen der Atmungsorgane führen können. Ein weiteres Beispiel dieser Art wäre die Asbestose der Lungen. Ein eigenartiges Ereignis stellt der **Schneeberger Lungenkrebs** dar, der zunächst nur bei den Arbeitern in den Schneeberger Kobaltgruben beobachtet war, in gleicher Form jedoch auch bei den Grubenarbeitern des Joachimsthaler Reviers vorkommt. Wir wissen heute, daß die Luft in den genannten beiden Gebieten sehr radiumhaltig ist und daß es sich bei diesen Lungenkrebsen um echte Radiumcarcinome handelt, die sich bei jahrelanger Einatmung radiumhaltiger Luft entwickeln.

Schließlich müssen wir noch auf einen an sich normalen Bestandteil der Luft zurückkommen, dessen Vermehrung in der Atemluft ebenfalls zur Behinderung der Atmung führen kann, die **Kohlensäure**. Auf eine Anreicherung von Kohlensäure in einem geschlossenen Raum antwortet der Körper mit Überventilation. Subjektiv wird diese Überventilation erst merklich, wenn der Kohlensäuregehalt der eingeatmeten Luft 3% überschreitet. Bei langsamer weiterer Zunahme der

Kohlensäure wird die Atemnot stärker, bei einem Kohlensäuregehalt von 6% kann die Atmung nicht über längere Zeit auf der notwendigen, gegen die Norm bereits auf das etwa 6fache gesteigerten Ventilationsgröße gehalten werden. Mit Erlahmen der Atemmuskulatur tritt unter cerebralen Lähmungs- und Reizerscheinungen der Erstickungstod ein. Diese Vorgänge, die sich bei steigendem Kohlensäuregehalt der Außenluft abspielen, müssen von der Frage aus betrachtet werden, wie sich die Kohlensäure im Blute unter diesen Bedingungen verhält. Dabei haben wir davon auszugehen, daß sich bei normaler Alveolarwand ein Spannungsgleichgewicht zwischen der Kohlensäure des Blutes und der Alveolarluft findet. Die Entfernung von Kohlensäure aus dem Blute ist durch Senkung der alveolaren Kohlensäurespannung, also durch Überventilation möglich. Umgekehrt wird bei ungenügendem Abrauchen von Kohlensäure aus den Alveolen eine Kohlensäurestauung im Blut stattfinden, wobei der Blutwert dem der Alveolarluft entspricht. Steigt der Kohlensäuregehalt der Außenluft, so kann durch Überventilation eine Kohlensäurestauung in Alveolarluft und Blut zunächst verhindert werden. Schließlich kann aber die Atmung nicht mehr dem vermehrten Kohlensäuregehalt der Außenluft entsprechend gesteigert werden, eine Kohlensäurestauung im Blut ist unvermeidlich. An dem Erstickungstod hat die Kohlensäurestauung den wesentlichen Anteil, daneben spielen noch der bei Erschöpfung der Atmung vorhandene Sauerstoffmangel und seine stofflichen Folgen eine Rolle.

Die Vorgänge, die wir bei steigendem Kohlensäuregehalt der Außenluft an der Atmung sich abspielen sehen, versetzen uns unmittelbar in das Problem der **physikalisch-chemischen Atmungsregulation** und ihrer Störungen hinein. Wie wir an anderer Stelle bereits eingehend besprochen haben, gefährden Verschiebungen der Kohlensäurespannung im Blut unmittelbar die Blutreaktion. Dabei wirkt die Kohlensäure durch ihre Säurenatur. Die bei steigender Kohlensäurespannung im Blut auftretende Überventilation und Dyspnoe ist durch die azidotische Reaktionslage im Blut verursacht. Der adäquate Reiz für das Atemzentrum ist die Blutreaktion, die wir aus dem Verhältnis der im Blute gelösten Kohlensäure zum Bicarbonat definiert haben. Verschiebungen dieses Verhältnisses nach der sauren Seite führen zu verstärkter Atemtätigkeit, im Extrem zur großen Atmung (KUSSMAUL). Dabei ist es für die Umstellung der Atmung gleichgültig, ob die azidotische Reaktionslage durch Stauung der im Körper selbst gebildeten Kohlensäure oder durch das Auftreten pathologischer Säuren (Ketosäuren, Milchsäure, Phosphorsäure) verursacht wird. Im letztgenannten Falle kann durch vermehrtes Abrauchen der Kohlensäure die Azidose lange Zeit kompensiert bleiben. Solange die Kohlensäurespannung im gleichen Maßstabe durch Überventilation gesenkt werden kann, wie die Alkalireserve durch das Auftreten pathologischer Säuren vermindert ist, bleibt die aktuelle Reaktion des Blutes gewahrt. So erfüllt die Atmung als Feinregulator der Blutreaktion eine lebenswichtige biologische Aufgabe. Wie groß die Möglichkeit eines regulierenden Eingreifens ist, ergibt sich zahlenmäßig aus der Tatsache, daß die alveolare Kohlensäurespannung durch Überventilation im Bedarfsfall auf etwa ein Viertel ihres Normalwertes, von einer Spannung von rund 40 mm auf eine solche von 10 mm gesenkt werden kann. Eine Umstellung der Atmung in dem Sinne, daß eine drohende Blutalkalose durch vermindertes Abrauchen von Kohlensäure kompensiert werden könnte, ist dagegen nur in sehr bescheidenem Maße möglich. Die verschiedenen Anlässe, durch die eine Verschiebung der Blutreaktion hervorgerufen werden kann, und die zu einer Umstellung der Atmung im Interesse der Blutreaktion führen, sind an anderer Stelle im einzelnen besprochen. Eine von der Blutreaktion abhängige Tätigkeit des Atemzentrums setzt eine normale Durchblutung des entsprechenden Medullagebietes voraus. So sehen wir auch,

daß unabhängig von der Blutreaktion **cerebrale Atemstörungen** bei zirkulatorischen Anomalien auftreten können. Verlangsamte Blutströmungsgeschwindigkeit bei Herzkranken führt zu einer lokalen Kohlensäureanhäufung durch verlangsamten Abtransport und damit zu einer durch lokale Säuerung bedingten Atemstörung. Ebenfalls auf Durchblutungsstörungen und deren lokale Folgen sind die Atemstörungen bei Cerebralsklerotikern und Hypertonikern zurückzuführen. In gleicher Weise wird der Anlaß zu verschiedenen Formen des periodischen Atmens in lokalen Störungen der Blutversorgung gesehen. Wir haben aber bei der Besprechung der Höhenkrankheit bereits gesehen, daß auch ohne Durchblutungsstörung lediglich durch Sauerstoffmangel periodisches Atmen ausgelöst werden kann. Die neuen Erkenntnisse, die beim Höhenflieger und experimentell in der Unterdruckkammer gewonnen werden konnten, haben uns überhaupt gezeigt, daß die bisherige Beurteilung von Störungen der Atmungsregulation, die lediglich von dem Verhalten der Blutreaktion und der Kohlensäure ausging, keine erschöpfende und zu einseitig ist. Diese Feststellung bedeutet nicht, daß damit die tatsächliche Bedeutung der Kohlensäure und der Blutreaktion einzuschränken wäre. Diese Verhältnisse stehen nach wie vor in ihrer Bedeutung an zentraler Stelle des gesamten Problems. Wir wissen jedoch, daß unter besonderen Umständen auch andere Faktoren ihre Wirkung auf das Atemzentrum entfalten und damit zu Atemstörungen Veranlassung geben können. Hier wäre der Sauerstoffmangel zu nennen, der auf dem Wege über die Chemoreceptoren an der Carotis auf das Atemzentrum wirkt. Vielleicht greifen aber noch andere Substanzen, die bei Sauerstoffmangel in der Muskulatur entstehen, störend in das Gefüge der Atmungsregulation ein.

Die Atemstörungen bei Narkosen sind Ausdruck direkter Einwirkung dieser Pharmaca auf die Nervenzelle des Atemzentrums. Auf die Beziehungen cerebraler Prozesse zur Atmung, speziell solcher, die mit Schwankungen des Hirndrucks einhergehen, wird an anderer Stelle noch einzugehen sein.

Die zweckmäßige und lebenswichtige Einstellung der Atmung ist aber mit der Intaktheit des Atemzentrums, seiner normalen Blutversorgung und der ihm auf dem Blutwege zufließenden adäquaten Reize nicht erschöpft. Es bedarf weiterhin eines **nervösen Steuerungsmechanismus**, für dessen regulären Ablauf eine Verbindung des Atemzentrums mit Großhirngebieten und die Intaktheit der Vagi, welche die zur Selbststeuerung der Atmung notwendigen Reflexe vermitteln, notwendig sind. Bei Unterbrechung der Vagi versagt die Einstellung der Atmung auf die den jeweiligen Verhältnissen günstigste Form. Auch bei Unterbrechung der Verbindung mit dem Großhirn ist eine zweckmäßige Einstellung der Atmung nicht mehr möglich. Atemstörungen kommen nicht mehr zum Bewußtsein und führen dadurch unmerklich zu einem Versagen der Atmung. Daraus ergibt sich, daß für die kompensatorische Umstellung der Atmung etwa im Sinne einer Verstärkung der Atemzüge das subjektive Gefühl einer Dyspnoe notwendig ist.

Jede angestrengte, vertiefte oder beschleunigte Atmung bezeichnen wir als **Dyspnoe**. Nicht immer kommt eine solche Dyspnoe in Form eines Lufthungers zum Bewußtsein. Nicht allzu hohe Grade von Dyspnoe sind nur objektiv nachweisbar. Andererseits ist auch das Gefühl der Dyspnoe kein Gradmesser für die objektive Dyspnoe. Jeder Atemstörung, die zu einer mangelhaften Sauerstoffversorgung oder zu einer ungenügenden Entfernung der Kohlensäure führt, muß eine Dyspnoe folgen. Dabei ist vor allem im Auge zu behalten, daß die Atmung der Feinregulator der Blutreaktion ist und demnach eine Verschiebung der Blutreaktion nach der sauren Seite zur objektiven Dyspnoe führen muß. Wir bezeichnen diese Form als **hämato gene oder azidotische Dyspnoe**. Die Atemstörungen bei Coma diabeticum und uraemicum sind derartige Beispiele. Die



Arbeitsdyspnoe ist im wesentlichen eine Säuredyspnoe. Bei der Muskelarbeit entstehen Milchsäure und Phosphorsäure, außerdem findet entsprechend der reichlich vor sich gehenden Oxydationen eine vermehrte Kohlensäurebildung statt. Die Resynthese der Milchsäure zu Glykogen und ihre vollständige Verbrennung ist infolge Sauerstoffmangels nicht schnell genug möglich, so daß die Milchsäure angehäuft wird und durch ihre Säurenatur wirkt. Sicherlich spielt hierbei aber auch der örtliche Sauerstoffmangel selbst eine Rolle. Vielleicht entstehen im Muskel unter Sauerstoffmangel noch besondere, atemwirksame Stoffe. Auch die Dyspnoe bei Sauerstoffmangel durch sinkenden Sauerstoffdruck in der Atmosphäre kann wegen der Bildung unvollständiger saurer Zwischenprodukte, vor allem der Milchsäure, in gewisser Weise als Säuredyspnoe gedeutet werden. Dabei ist mit der Möglichkeit zu rechnen, daß sich solche sauren Produkte nur in der Umgebung des Zentrums anhäufen. Wie aber bereits betont, reicht diese Auffassung zur Erklärung der Atemstörungen nicht aus, vielmehr kommt dem Sauerstoffmangel selbst die entscheidende Bedeutung zu. Eine **cerebrale Dyspnoe** liegt bei den Atemstörungen der Cerebralsklerotiker und Hypertoniker vor. Besondere Formen dieser Art sind das cerebrale Asthma des Hypertonikers und das periodische Atmen (CHEYNE-STOKES). Zweifellos kann auch die Atmung durch Störungen der nervösen Atmungsregulation alteriert werden, und Dyspnoe kann aus nervösen Anlässen unabhängig von Veränderungen der Blutreaktion entstehen. Aus rein psychischen Anlässen können Tachypnoe und Dyspnoe auftreten. Auf die reflektorische Beeinflußbarkeit der Atmung haben wir hingewiesen, im Asthmaanfall und der hierdurch bedingten anfallsweisen Dyspnoe haben wir eine motorische und sekretorische Vagusstörung kennengelernt. Organische Prozesse am Atemzentrum können ebenfalls zur Dyspnoe führen. Eine besondere Form der Dyspnoe, die wir als **pulmonale Dyspnoe** bezeichnen, liegt vor, wenn der Gasaustausch durch die Alveolarwand gestört ist (Pneumonose). Hier müssen, um den Gasaustausch zu ermöglichen, erhöhte Spannungsdifferenzen durch Umstellung der Atmung geschaffen werden. Um die Kohlensäure abzuräumen, muß die alveolare Kohlensäurespannung auf unternormale Werte gesenkt werden. Kompliziert liegen die Verhältnisse bei der **Dyspnoe des Herzkranken**. Hier spielen mangelhafte Lungenlüftung, Gasaustauschstörungen in der Lunge im Sinne der Pneumonose, Kohlensäureanhäufung durch die Verlangsamung der Zirkulation und Sauerstoffmangel eine entscheidende Rolle. Diese Verhältnisse und die sich dabei ergebenden Beziehungen zu besonderen Stoffwechselforgängen werden uns im Rahmen des Problems der Herzinsuffizienz nochmals beschäftigen müssen.

#### Anhang: Preßluftkrankheiten.

Man könnte vermuten, daß der Aufenthalt unter erhöhtem Luftdruck in seinen Folgen für den Körper zu Störungen führen könnte, die in gewisser Weise das Gegenstück zur Höhenkrankheit darstellen. Dies ist jedoch, wie wir sehen werden, nicht der Fall, zumindest nicht bei den Überdrucken, die praktisch in Betracht kommen. Auch besteht hinsichtlich der Folgen des erniedrigten und erhöhten Luftdruckes für den Körper ein grundsätzlicher Unterschied. Erniedrigter Luftdruck bedeutet entsprechendes Sinken des Sauerstoffdruckes und damit Störungen in der Sauerstoffsättigung des Blutes. Der damit eingeleitete Sauerstoffmangel des Körpers ist aber nunmehr nicht ein physikalisches Problem der Luftkräfte, sondern ein chemisches, bedingt durch die geringe Konzentration der lebenswichtigen Substanz Sauerstoff. Demgegenüber bleiben bei den Preßluftkrankheiten die rein physikalischen Luftkräfte allein bedeutungsvoll. Die Notwendigkeit der Arbeit unter erhöhtem Druck ergibt sich bei der Unterwasser-

arbeit. Taucher und Caissonarbeiter sind also die Berufsgruppen, die bei ihrer Arbeit der Wirkung von Preßluft ausgesetzt sind. Der Überdruck im Senkkasten oder Taucheranzug muß also so gewählt sein, daß er dem umgebenden Wasserdruk die Waage hält. Das bedeutet demnach auf je 10 m Wassertiefe einen Überdruck von 1 Atmosphäre. Caissonarbeit wird in der Regel in Tiefen von 20 bis 30 m verrichtet, Arbeit in Tiefen von mehr als 35 m ist wegen der Gefährlichkeit verboten. Der Taucher muß wesentlich größere Tiefen bis 50 m und mehr erreichen, wobei eine Arbeit in diesen Tiefen nur Minuten dauern kann. Die unmittelbare Folge des Aufenthaltes in Druckluft ist eine der Druckerhöhung entsprechende erhöhte Sättigung der körperlichen Gewebe und Flüssigkeiten mit Gas. Dabei kommt praktisch dem Stickstoff die entscheidende Bedeutung zu, da dieses Gas nicht chemisch, sondern rein physikalisch gebunden wird und demnach bei Wiederherstellung normaler äußerer Druckverhältnisse wieder frei wird. Die Aufnahmefähigkeit für Stickstoff ist in den einzelnen Geweben und Flüssigkeiten verschieden groß, besonders groß in fett- und lipoidreichen Geweben, die 5—7mal mehr Stickstoff aufnehmen können als Wasser. Die Sättigung der Gewebe mit Stickstoff dauert eine gewisse Zeit und ist erst nach einigen Stunden eine vollständige. Die zusätzliche Aufnahmefähigkeit von Stickstoff ist pro Atmosphäre auf 800—1000 ccm errechnet worden. Die Tatsache der vermehrten Gasaufnahme durch den Körper führt in dem in Betracht kommenden Umfang nicht zu Störungen. Die Kenntnis der Verhältnisse ist aber deshalb von grundsätzlicher Wichtigkeit, weil bei der Rückkehr zu normalen atmosphärischen Verhältnissen die Vorgänge nun mit umgekehrten Vorzeichen verlaufen und damit zu ernststen, ja lebensgefährlichen Störungen führen. Die **Caissonkrankheit**, die damit in Erscheinung tritt, trägt mithin den Charakter einer Dekompressionskrankheit. In dem Maße, als unter der Einwirkung des erhöhten Atmosphärendruckes Stickstoff in den Geweben und körperlichen Flüssigkeiten in Lösung ging, wird dieses Gas bei der Rückkehr zum normalen Atmosphärendruck wieder frei werden. Seine Ausscheidung erfolgt über die Lunge. Handelt es sich nur um geringe und allmählich freiwerdende Stickstoffmengen, wie dies bei vorherigen Überdrucken bis zu 1,3 Atm. der Fall ist, so wird das Gas abatmen können. War jedoch bei höheren Überdrucken entsprechend mehr Stickstoff in Lösung gegangen und wird dieser bei rascher Dekompression entsprechend rasch wieder frei, so kommt es zur Bildung von Gasblasen in den körperlichen Geweben und Flüssigkeiten. Eine Beziehung zur Zirkulation besteht insofern, als aus gut durchbluteten Körperregionen der Abtransport des Stickstoffs rascher und prompter erfolgen kann, so daß damit die Bildung und Ansammlung größerer Gasblasen verhindert oder in bescheidenem Umfang gehalten werden kann. In den schlecht durchbluteten Gebieten werden Gasblasen besonders leicht und in ausgedehntem Umfang entstehen. Bedeutungsvoll ist natürlich auch die Menge des in den einzelnen Gewebsarten gelöst gewesenen Stickstoffes. Fett- und lipoidreiche Zellen nehmen sehr viel mehr Stickstoff auf als andere. Nicht nur im Gewebe, sondern auch in den körperlichen Flüssigkeiten wird gasförmiger Stickstoff frei, so auch im Blut. Gasblasen können auch aus dem Gewebe durch die Capillarwand in das Gefäßsystem eindringen, kleinere Gasblasen können durch Zusammenschmelzen zu einer großen Gasblase werden. Die damit aufgetretene Gefahr ergibt sich klar aus den geschilderten Verhältnissen. Gasbildung im Gewebe kann nicht gleichgültig sein, eine örtliche Schädigung ist schon rein mechanisch zu erwarten. Die am häufigsten beobachteten Gelenk- und Gliederschmerzen („bends“) kommen durch solche Blasenbildungen in Muskeln, im subcutanen Zellgewebe, in den Gelenkhöhlen und im Knochenmark zustande. Besonders gefährdet und Sitz ausgedehnter Gasblasen ist weiter die weiße Substanz des Rückenmarkes, aber auch des Gehirns, da hier infolge des Lipoid-

reichtums der Zellen eine große Aufnahmefähigkeit für Stickstoff und eine relativ mäßige Zirkulation zusammentreffen. Zentralnervöse Ausfallserscheinungen verschiedenster Art, die auch einmal, wenn auch erfreulicherweise selten, bleibenden Charakter annehmen, sind die Folge. Eine zweite Störungsreihe ist durch das Auftreten von Gasblasen im Gefäßsystem hervorgerufen. Örtliche zirkulatorische Wirkungen können auf diese Weise zustande kommen, das gefürchtetste Ereignis sind die Gasembolien.

Die **Taucherkrankheit** unterscheidet sich nicht prinzipiell von der Caissonkrankheit, Erscheinungen und Gefahren sind grundsätzlich die gleichen. Der Unterschied zwischen dem Taucher und dem Arbeiter im Senkkasten liegt darin, daß der Taucher wesentlich größere Tiefen erreicht als der Caissonarbeiter. Damit wird die absolute Gasaufnahme durch die Gewebe entsprechend größer, damit wächst bei der Rückkehr zu normalen atmosphärischen Verhältnissen durch das Freiwerden der vergrößerten Gasmengen die Gefahr. Die Gasaufnahme durch die Gewebe kann und muß durch eine beträchtliche Verkürzung des Aufenthaltes in großen Tiefen beschränkt gehalten werden, da die maximale Sättigung der Gewebe erst in mehreren Stunden erreicht wird. Entsprechend der auf jeden Fall reichlichen Gasaufnahme durch die Gewebe muß zur Vermeidung unmittelbarer Gefahren dafür gesorgt werden, daß die spätere Wiederabgabe des Gases langsam durch Verdunstung und ohne Bildung größerer Gasblasen erfolgen kann. Dies ist durch langsame Dekompression zu erreichen, die um so langsamer und mit allmählichem Abbau des Überdruckes zu erfolgen hat, je tiefer der Taucher hatte herabsteigen müssen. Treten Störungen auf, so lassen sie sich dadurch beseitigen, daß man eine erneute Lösung der Gasblasen im Gewebe erzwingt, also durch sofortige Rekompensation. Bei entsprechenden Betrieben, bei denen mit dem Auftreten von Caissonkrankheit zu rechnen ist, stehen zu diesem Zwecke Rekompensationskammern zur Verfügung, in die die Kranken sofort eingeschleust werden. Nach Beseitigung der Störungen muß die Dekompression besonders langsam und sorgfältig erfolgen.

Die **Absturzerkrankung der Taucher** hat mit der Taucherkrankheit innerlich nichts zu tun, kann sich jedoch gelegentlich mit Dekompressionsstörungen kombinieren. Erreicht ein Taucher rascher große Tiefen als eine entsprechende Ergänzung der Luftfüllung beim Taucheranzug erfolgt, so sammelt sich die immer stärker komprimierte Luft in dem festen Taucherhelm an. Wird mit zunehmender Wassertiefe das Luftvolumen im Taucheranzug so weit vermindert, daß es nicht einmal mehr den Raum des Taucherhelms auszufüllen vermag, so kommt im Gebiete des Taucherhelms, also auf Kopf, Hals und Schulterpartien, eine Saugwirkung zustande, während auf die übrigen Körperabschnitte eine Kompressionswirkung durch die Wassersäule entsteht. Verschiebung der Blutmassen nach Kopf und Hals sind die unmittelbare Folge, während durch die Druckwirkung auf den Thorax die Atmung erschwert und schließlich unmöglich gemacht wird. Die Gefährlichkeit auch dieses Ereignisses liegt auf der Hand. Stürzt ein Taucher ab und kommt damit in den Gefahrenbereich der eben genannten Störungen, so bedeutet für ihn ein rasches Hochziehen aus großen Tiefen sofort die weitere Gefahr des zusätzlichen Auftretens von Dekompressionsstörungen.

## X. Der Kreislauf.

**Kreislauf als Ganzes.** Der Kreislauf des Blutes in den gebahnten Wegen schafft die Vorbedingung für eine geordnete Arbeit von Zellen, Organen und Organsystemen, indem das strömende Blut zum Transportorgan für die Stoffwechselprodukte wird, welche die Zelle zur Arbeit braucht, und welche sie als Endprodukt ihres Stoffwechsels abzugeben hat. Im Kreislauf werden Herz und

Gefäßsystem zur biologischen Einheit. Sie sind darüber hinaus, wie wir betonten, aufs engste mit den Vorgängen der Atmung verknüpft. Diese Arbeitsgemeinschaft ist für die Anpassung des Kreislaufs an die jeweiligen, einem dauernden Wechsel unterliegenden Bedürfnisse der Peripherie unerlässlich. Das Gefäßsystem muß sich den durch die Herzarbeit geschaffenen Verhältnissen anpassen, wobei es sich nicht nur um eine passive, sondern auch um eine aktive Gefäßfunktion handelt. Krankhafte Arbeit des Herzens führt zu ungünstigen Rückwirkungen im peripheren Kreislauf. Umgekehrt wird auch die Tätigkeit des Herzens durch Änderungen im peripheren Gefäßgebiet bestimmt. Vorgänge in der Peripherie können ebenso zu einer unzureichenden Leistungsfähigkeit des Herzens führen wie die Krankheiten des Herzens selbst. Wenn demnach Herz und Gefäßsystem letzten Endes als untrennbares Ganzes angesehen werden müssen, so ist doch im Hinblick auf die speziellen Funktionen eine gesonderte Betrachtung notwendig und zum leichteren Verständnis der vielgestaltigen Kreislaufstörungen zweckmäßig.

**Herz und Herzdynamik.** Das Herz gibt als Druckpumpe dem Blute seine Strömung und seine Strömungsrichtung. Das Gefäßsystem paßt sich der strömenden Blutmenge an, gleicht die periodenweise durch die Herzarbeit ausgelösten Füllungen der Gefäßbahn aus und ist für die örtliche Leitung des Blutstromes verantwortlich. Manche Organe, beispielsweise die Niere oder andere parenchymatöse Organe, benötigen dauernd einen relativ großen Blutzufuß, der lediglich in einem gewissen Mindestmaße vom Herzen garantiert sein muß. Andererseits wird die Durchblutung solcher Organe weitgehend örtlich geregelt, wobei Änderungen in der Durchblutung, wie sie durch die jeweilige Tätigkeit des Organs notwendig werden, nicht notwendigerweise zu einer Änderung der Herzarbeit führen. Die Tätigkeit dieser Organe erfolgt deshalb weitgehend unabhängig von der Arbeit des Herzens, weil die dem jeweiligen Bedarf entsprechende Umstellung der Durchblutung im lokalen Capillargebiet automatisch geregelt werden kann. Anders liegt die Situation beim arbeitenden Muskel. Wenn auch hier zu der lokalen, dem jeweiligen Bedarf angepaßten Blutversorgung Umstellungen im peripheren Kreislauf im Sinne der Erschließung neuer Gefäßgebiete notwendig sind, so ist die Garantierung einer genügenden peripheren Durchblutungsgröße der Muskulatur doch letzten Endes an die Arbeit des Herzens gebunden. Wenn wir uns einerseits das ungeheure Stromgebiet der Muskulatur etwa im Vergleich zu demjenigen der parenchymatösen Organe vorstellen, andererseits die von der Muskulatur im Bedarfsfalle geleistete, mechanische Arbeit uns vor Augen halten, so wird es klar, daß eine solche Leistung nur vollbracht werden kann, wenn die Durchblutungsgröße der arbeitenden Muskulatur, also eines mehr oder weniger gewaltigen Stromgebietes, enorm gesteigert werden kann. Das kann durch eine lokale Durchblutungsänderung nicht geleistet werden. Hier muß das Herz unmittelbar eingreifen. Was wir mit unserer Muskulatur leisten, leisten wir mit unserem Herzen. Störung der Herzleistung beeinträchtigt in jedem Falle die Fortbewegung des Blutes in der Peripherie. Mit der Erlahmung des Herzens steht die Muskelmaschine still. Das gesunde Herz ist in der Lage, sich an jede erhöhte Beanspruchung durch Änderung des Schlagvolumens, der Schlagzahl und damit der Auswurfmengen in der Zeiteinheit sowie der Blutströmungsgeschwindigkeit anzupassen, wobei ausgeworfene Blutmengen und Druckhöhen das Vielfache des Mittelwertes betragen können, ohne daß eine solche Leistungssteigerung überhaupt subjektiv zum Bewußtsein kommt. Wenn auch das vom Zentralnervensystem abgetrennte Herz gegenüber einem solchen mit erhaltener Nervenverbindung hinsichtlich der Funktionstüchtigkeit etwas zurücksteht, vor allem wohl deshalb, weil die Arbeitsgemeinschaft zwischen Herz und Gefäßsystem nicht mehr möglich ist, so ist doch der größte Teil der Herzleistungsfähigkeit im Bau des Organs begründet. Die Arbeitsleistung des Herzmuskels wird durch

seine Anfangsspannung bestimmt. Je größer die Füllung, desto größer die Spannung und damit auch die aufgebrauchte Arbeit bei der Kontraktion. Ohne Füllung ist eine Arbeitsleistung des Herzmuskels nicht denkbar. Demgemäß bedeutet Vergrößerung des Schlagvolumens bei gleichem Widerstand in der Peripherie erhöhte Arbeit des Herzens. Wachsender Widerstand im arteriellen Gefäßgebiet, also Auswerfen des Blutes gegen einen erhöhten Druck, bedeutet Vergrößerung des Restblutes mit vermehrter Füllung in der Diastole und vergrößerter Anfangsspannung, wodurch bei gleichbleibendem Schlagvolumen, aber erhöhtem Aortendruck ebenfalls eine vermehrte Arbeit des Herzens zustande kommt. In jedem Falle ist die Arbeit des Herzens definiert durch das Produkt aus Schlagvolumen und Druckhöhe, bei verstärkter Herzarbeit ist zumindest immer einer der beiden Faktoren erhöht. Die Möglichkeit, daß das Herz sich beliebigen Ansprüchen des Kreislaufs jederzeit anpassen kann, liegt in der Tatsache begründet, daß unter durchschnittlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen die maximale muskuläre Leistungsfähigkeit nicht beansprucht wird. Das Spannungs- und damit das Arbeitsmaximum ist nicht ausgenutzt, kann aber jederzeit herangezogen werden. Diese verfügbare **Reservekraft des Herzens** gibt ihm seine praktisch für alle Anforderungen ausreichende **Akkommodationsbreite**. So ist auch die körperliche Arbeit des Menschen Ausdruck der Leistung und Leistungsfähigkeit des Herzens. Spiegelt sich schon in der verschieden starken Ausbildung der Muskulatur in den einzelnen Herzabschnitten ihre verschieden große Arbeitsleistung für den Kreislauf wieder, so wird die Ausbildung der Herzmuskulatur beim einzelnen Individuum in Beziehung stehen müssen zu der körperlichen Arbeit, die das tägliche Leben von ihm verlangt. Den besten Beweis, daß die Arbeit der Muskulatur, die ja letzten Endes die Arbeit des Herzens ist, auch für die Entwicklung der Herzmuskulatur entscheidend ist, gibt uns ein Blick in die Verhältnisse der Tierwelt. Je stärker die Muskelleistung, desto größer die Muskelmasse des Herzens im Vergleich zur Masse der Skelettmuskulatur. Diese Hochentwicklung der Herzmuskulatur ist notwendig, wenn das Herz praktisch allen Anforderungen gerecht werden soll. Je höher die laufenden Anforderungen, desto stärker der Wachstumsreiz. Je näher das Herz dauernd an der oberen Grenze seiner augenblicklichen Akkommodationsfähigkeit arbeitet, desto ausgesprochener die **Weiterentwicklung der Herzmuskelmasse**, die **Hypertrophie**. So müssen wir auch die Hypertrophie, die über eine dauernd vermehrte Kontraktionsleistung zustande kommt, als einen natürlichen Anpassungsvorgang und nicht als krankhaftes Geschehen auffassen. Von der isolierten Hypertrophie einzelner Herzabschnitte werden wir bei der Besprechung der Klappenfehler noch eingehend zu reden haben. Zunächst haben wir die allgemeine muskuläre Hochentwicklung des Herzens im Auge, die Anpassung des Herzens an hohe körperliche Anforderungen des täglichen Lebens. Dürfen wir sagen, daß ein in dieser Weise hypertrophierendes Herz in jedem Falle ein günstiges Ereignis ist? Diese Frage hat eine ungemein große praktische Bedeutung. Sie ist zu bejahen, wenn wir die Massenzunahme gesunder Herzmuskulatur, das muskelkräftige Herz des körperlich arbeitenden Menschen im Auge haben. Ein solches Herz ist leistungsfähiger als ein muskelschwaches, dessen muskuläre Weiterentwicklung mangels entsprechender körperlicher Anforderungen ausblieb. Nicht nur, daß das muskelkräftige Herz des gewohnheitsmäßig körperlich tätigen Menschen laufend mehr arbeitet als das muskelschwache des Stubenhockers, das Leistungsmaximum ist auch beim muskulär hochentwickelten Herzen erhöht. Die Akkommodationsfähigkeit wächst mit Zunahme der Muskelmasse, mit der Arbeitshypertrophie, sofern diese eine kompensatorische Weiterentwicklung gesunder Herzmuskelfasern darstellt. Diese, im anatomischen Sinne vorhandene Herzmuskelhypertrophie deckt sich nicht ganz mit dem klinischen Hypertrophie-

begriff oder besser: uns fehlt die Möglichkeit, sie am Lebenden eindeutig zu erkennen. Die röntgenologisch nachweisbare Herzform mit dem abgerundeten linken Ventrikel darf als Hinweis auf eine Zunahme der Herzmuskulmasse gelten. Die Hypertrophie muß aber schon erhebliche Grade annehmen, wenn sie an der hebenden Aktion einwandfrei nachweisbar sein soll. Trotzdem stellt im anatomischen und funktionellen Sinne die klinisch nachweisbare, exzessive Hypertrophie des linken Ventrikels beim Blutdruckkranken oder die Hypertrophie bestimmter Herzabschnitte bei den einzelnen Klappenfehlern den gleichen, kompensatorischen Vorgang dar wie die Hochentwicklung und Massenzunahme der Herzmuskulatur beim gewohnheitsmäßig körperlich tätigen Menschen. Ja, wir sehen in diesen speziellen Beobachtungen die Bestätigung für unsere Auffassung, daß sich das muskelgesunde Herz hinsichtlich der anatomischen und damit auch funktionellen Ausbildung seiner Muskulatur den jeweiligen dynamischen Verhältnissen in bewundernswerter Weise anpaßt. Zu den kompensatorischen Vorgängen des Herzens gehört auch das Fassungsvermögen einer von der Peripherie bei der Arbeit benötigten vergrößerten Blutmenge; die Vergrößerung des Schlagvolumens ist ohne vorherige **Dilatation** nicht vorstellbar. Diese aktive, mit Spannungszuwachs einhergehende Dilatation wird als tonogene bezeichnet. Sie ist mit klinischen Methoden nicht eindeutig nachweisbar, betrifft bei leistungsfähigem Herzen sinngemäß nur die Diastole, während bei der Systole das gesamte Blutquantum in gehöriger Weise ausgeworfen wird. Bleibt ein vermehrter systolischer Rückstand, so resultiert eine klinisch nachweisbare, passive, myogene Dilatation als Zeichen einer Insuffizienz des Herzmuskels im Sinne einer verminderten Kontraktionskraft, die in ein Mißverhältnis tritt zu dem Widerstand, gegen den das Herz arbeiten muß. Auch diesen Herzen stehen im Prinzip die gleichen Kompensationsmechanismen zur Verfügung wie einem gesunden, sie arbeiten lediglich mit geringerer Akkommodationsbreite und verminderter Reservekraft. Hier handelt es sich also im Gegensatz zur kompensatorischen, tonogenen Dilatation um einen krankhaften Vorgang, wenn er auch den Anlaß zu kompensatorischen Vorgängen geben kann und unter bestimmten Bedingungen auch gibt. Wir kommen bei Besprechung der Herzinsuffizienz nochmals darauf zurück. Zunächst haben wir uns mit der Frage zu beschäftigen, ob wir unter den Bedingungen der Arbeit mit einer Überlastung des Herzens und damit mit der Gefahr der Abnahme der Kontraktionskraft, einer muskulären Herzinsuffizienz zu rechnen haben. Die Abnahme der Kontraktionskraft des Herzmuskels würde einen typischen Ermüdungsvorgang darstellen, der zu den Ermüdungserscheinungen der Skelettmuskulatur in Parallele zu setzen wäre. Der Grund, weshalb das Herz des Kreislaufgesunden nicht mit Ermüdungserscheinungen reagiert, liegt in der Tatsache, daß die Skelettmuskulatur ihren Dienst schon eingestellt hat, bevor für das Herz die kritische Grenze seiner Leistungsfähigkeit erreicht ist. Durch diese Tatsache ist das Herz vor einer **Überanstrengung seiner Muskulatur** geschützt. Wenn wir sehen, daß Menschen auf körperliche Anstrengungen mit Herzerscheinungen reagieren, so sind diese nicht als Zeichen einer Herzkrankheit aufzufassen, sondern sie sind Ausdruck allgemeiner körperlicher Erschöpfung, die sich in verschiedenster Weise, so auch in Sensationen von seiten des Herzens äußern und psychogen betont und fixiert werden können. Und doch sind diese Menschen ein wichtiges und dankbares ärztliches Problem. In der Regel handelt es sich um junge Menschen, die plötzlich gegenüber an sie gestellten erheblichen körperlichen Anforderungen in der genannten Form versagen. Dieses Versagen betrifft in erster Linie die Körpermuskulatur. Auch ihre Entwicklung wird durch die jeweils von ihr zu leistende Arbeit bestimmt, durch ihre Leistung wiederum die muskuläre Entwicklung des Herzens. So werden sich Ermüdungserscheinungen und Leistungsschwäche der Muskulatur immer

dann einstellen müssen, wenn ein Mißverhältnis zwischen Muskelmasse und geforderter Arbeit eintritt. Absolut genommen ist auch der Herzmuskel für die geforderte Arbeit zu schwach. Dennoch wird er nicht versagen, da für die Skelettmuskulatur auch in diesen Fällen die Leistungsgrenze früher erreicht ist, die geforderte Arbeit also überhaupt nicht geleistet wird. Mit einem definitiven Mißverhältnis zwischen muskulärer Leistungsfähigkeit eines gesunden Herzens und geforderter Arbeit ist nicht zu rechnen, andererseits ist es aber selbstverständlich, daß eine Hochentwicklung der Körpermuskulatur und damit derjenigen des Herzens nicht von heute auf morgen eintreten kann, sondern Zeit braucht. Das wird klar, wenn man sich einmal die dabei notwendigen anatomischen Veränderungen vor Augen hält. Sicher spielt für die muskuläre Entwicklung des Menschen der anlagemäßige Faktor auch eine Rolle, das soll nicht bestritten werden. Aber es wäre falsch, den Konstitutionstyp in der Weise zu überwerten, daß man bei sog. konstitutionell schwächlich gebauten Menschen eine unterdurchschnittliche körperliche Leistungsfähigkeit als schicksalsgegebene Tatsache hinnähme und diese Menschen mit einem solchen Stempel versehen dem Kampf ums Dasein überließe, ohne an die Folgen zu denken. Wenn wir das, was das Leben an körperlicher Leistung von uns verlangt, nach der Aufstellung von Rekorden messen, dann freilich würde es nur einem Teil der Menschen gelingen, ihren Mann zu stehen. Für das erzielbare Leistungsmaximum sind zweifellos Faktoren entscheidend, die in der Konstitution begründet liegen. Aber darum handelt es sich ja nicht. Nicht **Höchstentwicklung**, sondern **Hochentwicklung** ist das Ziel, welches dem Menschen die Gewähr gibt, den Anforderungen des Lebens zu genügen. Unter diesem Gesichtspunkt tritt beim sonst gesunden Menschen seine schicksalsmäßige körperliche Verfassung völlig an Bedeutung zurück gegenüber den Faktoren, die für die körperliche Leistungsfähigkeit entscheidend sind. Haben wir die üblichen Anforderungen des täglichen Lebens im Auge, dann müssen wir davon ausgehen, daß der Muskelkräftige ebenso wenig geboren wird als der Muskelschwache, organische Gesundheit immer vorausgesetzt. Oder anders ausgedrückt entsprechend der von uns aufgeworfenen Frage der Leistungsfähigkeit des Herzens: es gibt ebensowenig ein muskelgesundes Herz, welches zu muskulär ungenügender Leistungsfähigkeit verurteilt wäre, wie ein Herz, welches ohne weiteres die Garantie böte, zu jeder Zeit jeder Anforderung zu genügen. In jedem muskelgesunden Herz liegt die Fähigkeit, sich zu hoher Leistungsfähigkeit zu formen und zu entwickeln, aber es bedarf in jedem Falle der äußeren Faktoren, die den Anreiz zu einer muskulären Hochentwicklung geben. Verschieden ist nur das Tempo der Entwicklung, zweifellos abhängig von konstitutionellen Faktoren, vom Stand der allgemeinen Entwicklung, von Ernährungsbedingungen, vor allem aber von der bisherigen Lebensweise speziell hinsichtlich körperlicher Leistungen. Wenn wir sehen, daß bei einem Menschen, von dem eine wesentliche Umstellung seiner körperlichen Leistungen verlangt wird, etwa bei einem schulentlassenen Jungen, der einen ihm ungewohnten, körperlich schweren Beruf ergreift, oder bei einem Arbeiter, der nach jahrelanger Arbeitslosigkeit plötzlich wieder schwerste körperliche Arbeit leisten soll, oder bei einem Kopfarbeiter, der plötzlich schwere Handarbeit verrichten soll, alsbald Zeichen körperlicher Erschöpfung und Herzbeschwerden auftreten, dann ist das keine Krankheit, keine Gefahr eines Herzversagens, sondern ein natürlicher Vorgang. Er zeigt nur, daß Körpermuskulatur und Herz erst geformt werden müssen, daß sie angepaßt werden müssen an die neuen Anforderungen. Solange diese Anforderungen nicht bestanden, fehlte der natürliche Reiz zur Weiterentwicklung, ja es lag kein Grund vor für eine muskuläre Hochentwicklung des Herzens. Seine Muskelleistungsfähigkeit genügte für die körperlichen Anforderungen der bisherigen Lebensführung. Die Tatsache, daß ein Mensch auf

neue Anforderungen mit Erschöpfungssymptomen und Herzerscheinungen reagiert, zeigt die Notwendigkeit, durch langsames Training die Weiterentwicklung der Herzmuskulatur in Gang zu bringen und bis zur notwendigen Höhe zu fördern. Hier den geeigneten Weg zu finden, subjektive Erscheinungen richtig zu bewerten, aber einer Überbewertung seitens des Patienten sachlich und konsequent entgegenzutreten, Form wie Ausmaß des Trainings den Verhältnissen des einzelnen anzupassen, ist das Geheimnis, von dem die in jedem Falle erzielbare körperliche Ertüchtigung eines gesunden Menschen abhängt. Hier liegt ein praktisch außerordentlich wichtiges und dankbares Tätigkeitsfeld für die ärztliche Kunst im Dienste des einzelnen und des ganzen Volkes. Was mit einer sachlich und verantwortungsbewußt durchgeführten körperlichen Hochentwicklung durch allmähliche und konsequente Steigerung der Anforderungen aus einem gesunden Menschenmaterial, mag der einzelne zunächst kräftig oder schwächlich erschienen sein, gemacht werden kann, das hat die deutsche Armee mit ihrer bewundernswert hohen, durchschnittlichen körperlichen Leistungsfähigkeit der Welt bewiesen. Daß diese körperliche Erziehung, die auch aus schwachen Jünglingen kräftige Männer machte, den richtigen Weg ging, zeigt die Tatsache, daß in den schließlich hohen Anforderungen, die an jeden in gleicher Weise gestellt wurden, und denen jeder genügte, nichts Unbilliges lag; denn körperliche Schädigungen durch Überanstrengung oder, vom Standpunkt des für die körperliche Leistungsfähigkeit letzten Endes entscheidenden Organs aus betrachtet, versagende Herzen kamen nicht vor. Wenn es also keinem Zweifel unterliegt, daß eine allgemeine körperliche Ertüchtigung auch zu einem muskelkräftigen und daher allen Anforderungen des Lebens gewachsenen Herzen führt, so ergibt sich doch die Frage, bis zu welchem Grade eine solche muskuläre Weiterentwicklung getrieben werden soll. Das natürliche Ziel muß die muskuläre Entwicklung bis zu dem Grade bleiben, daß das Herz den Ansprüchen des täglichen Lebens genügt. Dagegen kann eine durch extremste sportliche Anforderungen erzielte maximale Hypertrophie des Herzmuskels, die im Gegensatz zum muskelkräftigen Herzen des Schwerarbeiters auch klinisch als solche imponiert, nicht mehr ohne weiteres als ein günstiger Zustand bezeichnet werden. Keinesfalls geben solche **Sport Herzen** eine besonders gute Sicherung für die spätere Herzleistung, auch bildet sich die Muskelmasse wieder zurück, wenn die entsprechenden Muskelleistungen, auf die sich der Herzmuskel eingestellt hatte, nicht mehr regelmäßig vollbracht werden. Kein Mensch wird in der Lage sein, sein ganzes Leben lang sportliche Rekorde aufzustellen. Andererseits hat man auch den Eindruck, daß sich in solchen übertrainierten Herzen frühzeitiger und in ausgedehnterem Maße Degenerationszeichen einstellen, und damit die Gefahr eines vorzeitigen muskulären Herzversagens gegeben ist. Dies ist der Grund, weshalb man einem übertriebenen Training und einer gewaltsamen muskulären Hochzüchtung des Herzens bis zum Extrem seiner Möglichkeiten vom ärztlichen Standpunkt aus nicht das Wort reden kann, da hierin keine Sicherung der Gesundheit, sondern im Gegenteil Gefahrenmomente gesehen werden müssen. Sportliche Rekorde aufzustellen, wird immer nur einzelnen, für den Spezialfall körperlich besonders günstig gearteten Menschen vorbehalten bleiben, für den Durchschnittsmenschen sollte das Ziel seiner körperlichen Ertüchtigung eine den Ansprüchen des täglichen Lebens möglichst vollkommen angepaßte Hochentwicklung seiner Herzmuskulatur sein, die eine hohe körperliche Leistungsfähigkeit garantiert.

Wir haben die dynamischen Verhältnisse des Herzens unter den Einflüssen des täglichen Lebens und die anatomische und funktionelle Gebundenheit des Herzens an die Bedürfnisse der Peripherie, in erster Linie des arbeitenden Muskels, so eingehend geschildert, weil diese Probleme den Arzt fast täglich beschäftigen,



wenn er den Zustand eines Herzens bewerten muß. Die genaue Kenntnis der Herzarbeit unter dem Wechsel äußerer Bedingungen gibt uns die Richtlinien für die Entscheidung der Frage, wo die Grenze zwischen gesunden und kranken Herzen liegt. Solange die Herzmuskulatur gesund ist und die Herzarbeit einzig und allein von der arbeitenden Muskulatur bestimmt wird, ist das Herz vor einem Versagen seiner Muskulatur gesichert. Mit dem Moment aber, wo der Herzmuskel erkrankt oder die Dynamik des Herzens bzw. einzelner Herzabschnitte durch andere Faktoren mitbestimmt wird, muß die Herzarbeit unter veränderten und in jedem Falle ungünstigeren Bedingungen erfolgen. Wichtigste Hinweise auf den effektiven Leistungszustand des Herzens gibt uns eine sorgfältige Anamnese. Sie ist oft aufschlußreicher als eine kurze Funktionsprüfung. Der Nachweis von Herzversagen unter den Belastungsbedingungen des täglichen Lebens hat als sicherer Hinweis auf das Vorliegen einer echten Störung zu gelten, wenn es auch mitunter erst bei Anwendung komplizierterer Untersuchungsmethoden (Elektrokardiogramm) gelingt, das Wesen der Erkrankung aufzuklären. Auch in diesen Fällen sehen wir, daß das Herz sich den neuen Bedingungen anzupassen sucht und in erstaunlicher Weise auch anpaßt, um den Bedürfnissen des Kreislaufes zu genügen. Mannigfaltig sind die Möglichkeiten, durch die die Arbeit des Herzens in Mitleidenschaft gezogen werden kann. Die Störungen liegen nur teilweise im Herzen selbst, oft handelt es sich um extrakardiale Momente, die das Herz vor besondere Aufgaben stellen und damit einen mehr oder weniger großen Teil der Reservekraft des Herzens dauernd in Anspruch nehmen. Wir werden die verschiedenen Störungen im einzelnen zu betrachten und uns zu fragen haben, was sie für die Funktion des Herzens und damit für die Erhaltung des Kreislaufes bedeuten.

Die **Herzklappenfehler** führen zu einer grundlegenden Umstellung der Herzdynamik bzw. der Dynamik einzelner Herzabschnitte. Ein Klappenfehler tritt in Erscheinung als Unfähigkeit vollständiger Schließung oder Öffnung der Klappen. Mitunter können Insuffizienz und Stenose an derselben Herzklappe gleichzeitig vorliegen, auch können eine oder mehrere Klappen gleichzeitig erkrankt und in ihrer Funktion geschädigt sein. Klappenfehler kommen angeboren vor. Sie sind im wesentlichen als Mißbildungen aufzufassen, kombinieren sich häufig mit verschiedenen anderen Bildungsfehlern des Herzens. Die weitaus größere Zahl der Klappenfehler wird erworben und betrifft ganz vorwiegend die Klappen des linken Herzens. Die hauptsächlichste Ursache der erworbenen Klappenfehler ist in einer **Endokarditis** und deren Folgen zu suchen. Als Ursache einer Endokarditis können im Prinzip alle bekannten Krankheitserreger bzw. ihre Toxine in Frage kommen. Vorwiegend tritt eine Endokarditis bei einem Gelenkrheumatismus und bei Anginen auf. Bei jeder septischen Erkrankung können die im Blute kreisenden Erreger auch am Endokard haften bleiben und eine Endokarditis verursachen. Im Rahmen der infektiösen Erkrankungen, die die Veranlassung zu organischen Klappenveränderungen mit nachfolgenden Klappenfehlern werden können, soll nur noch auf die Lues besonders hingewiesen werden, die im Tertiärstadium charakteristische Veränderungen der Aorta und ihrer Klappen macht und auf diese Weise die hauptsächlichste Ursache der Aorteninsuffizienz der mittleren Altersklassen wird. Neben Entzündungen können auch **sklerotische Klappenveränderungen** zu Ventildefekten führen. Speziell kann es auf sklerotischer Basis zu einer Stenosierung der Aortenklappe kommen. Dabei dürfte jedoch zu berücksichtigen sein, daß derartige sklerotische Veränderungen häufiger als bisher angenommen nicht primäre, sklerotische Klappenkrankungen, sondern sekundäre Verkalkungen alter endokarditischer Veränderungen darstellen. Erst durch Klappenschrumpfung und sekundäre Verkalkung wird die Stenosierung des Ostiums hochgradig, das Vitium erst jetzt

klinisch bedeutungsvoll. Sehr selten treten Klappenfehler nach Traumen als Folge von Klappenzerreißen auf. Organische Veränderungen an den Klappen sind aber nicht die grundsätzliche Vorbedingung für einen Ventildefekt. Erweitert sich der Klappenring etwa bei starker Dilatation des Herzens, so können sich auch die unverkürzten Klappensegel nicht fest aneinander legen. Diese Schlußunfähigkeit, die funktionell einer durch Klappenveränderung hervorgerufenen absoluten Insuffizienz gleichzuachten ist, wird als relative oder **muskuläre Klappeninsuffizienz** bezeichnet. Der Defekt ist mit Zurückgehen der Herzdilatation reversibel. Daß solche relativen Ventildefekte nur in Form einer Insuffizienz und nicht einer Stenose zum Ausdruck kommen können, ergibt sich von selbst.

Wir haben uns nun den einzelnen Klappenfehlern zuzuwenden, wobei, wie wir betonten, die erworbenen Klappenfehler des linken Herzens die bei weitem größte praktische Bedeutung haben. Die bei Klappenfehlern auftretenden Veränderungen sind zu trennen in solche, die als notwendige und zweckmäßige Kompensationsmechanismen auftreten und solche, die bereits als charakteristische Dekompensationserscheinungen aufzufassen sind. Die **Aortenstenose** ist deshalb ein seltener Klappenfehler, weil die Stenosierung schon eine sehr erhebliche sein muß, wenn sie sich funktionell als solche auswirken soll. Ja es ist auffallend, durch wie kleine Öffnungen ein unvermindertes Schlagvolumen noch hindurchgetrieben werden kann. Endokarditische Aortenstenosen jüngerer Menschen entgehen daher sicher oft der Diagnose. Erst die sekundären, im Laufe langer Jahre sich entwickelnden Veränderungen an den Klappen lassen die Stenosierung zunehmen und bedingen damit eine Verschlechterung der dynamischen Verhältnisse. Der Herzabschnitt, dem die gesamte Mehrarbeit zufällt, ist der linke Ventrikel. Da dieser muskelkräftigste Herzabschnitt auch die stärksten Grade einer Hypertrophie aufzubringen vermag, kann der Ventildefekt durch eine solche Hypertrophie in hohem Grade ausgeglichen werden. Der Widerstand an der Aortenklappe steigert die Arbeit der linken Kammer und führt damit zur kompensatorischen Hypertrophie dieses Herzabschnittes. Im Stadium der Kompensation ist diese Hypertrophie neben dem charakteristischen Auskultationsbefund eines in die Carotiden fortgepflanzten systolischen Aortengeräusches und einer Abschwächung bzw. einem Verschwinden des zweiten Aortentones die einzige durch den Ventildefekt verursachte Herzveränderung. Die Erscheinungen am Puls ergeben sich von selbst, wenn wir uns klar machen, daß der Blutstrom und der erhöhte Druck, unter dem er ausgeworfen wird, an der stenosierten Aortenklappe abgedrosselt werden. Die Pulswelle steigt langsamer an (Pulsus tardus), da die Kammer längere Zeit zur Austreibung braucht. Der systolische Blutdruck ist niedrig, der diastolische Druck etwas erhöht, die Amplitude bei normalem Mitteldruck demnach sehr klein. Solange die durch die Hypertrophie ermöglichte vermehrte Arbeit trotz des erhöhten Widerstandes, gegen den der linke Ventrikel anzuarbeiten hat, das Auswerfen normaler Schlagvolumina garantiert, kommt es weder zu einer Dilatation des linken Ventrikels, noch wird die Arbeit der übrigen Herzabschnitte in irgendeiner Form in Mitleidenschaft gezogen. Kommt es zu einer Dilatation des linken Ventrikels, so ist diese als Stauungsdilatation und Zeichen einer Dekompensation aufzufassen, der linke Ventrikel vermag sein Blut gegen den Widerstand nicht mehr vollständig auszuwerfen. Damit kommt es durch Vermehrung des Restblutes zur Stauungserweiterung, wobei sich die Stauung nun auch rückläufig auf den kleinen Kreislauf und die anderen Herzabschnitte überträgt. Praktisch ist mit der Dekompensation der linken Kammer das Schicksal entschieden. Reicht der muskelkräftige linke Ventrikel zur Kompensation nicht aus, so wird es den viel schwächeren anderen Herzabschnitten nicht gelingen, den Klappendefekt auszugleichen. Die dekompensierte Aorten-

stenose bietet das Bild der reinen und ausgesprochenen Linksinsuffizienz des Herzens. Die arterielle Blutversorgung ist gedrosselt, der Puls nicht fühlbar. Die Haut ist leichenblaß und kalt. Die Anoxämie macht sich am Herzen selbst in Form herzinginöser Zustände merklich, akut einsetzende derartige Zustände imponieren als Herzinfarkte (auch elektrokardiographisch!), sind aber lediglich durch die Drosselung der Herzdurchblutung hervorgerufen. Alles Blut staut sich vor dem linken Herzen, es kommt zu einem mehr oder weniger akut einsetzenden, hochgradigen Lungenödem, in welchem die Kranken förmlich ertrinken.

Wie bei der Aortenstenose, so lastet auch bei der Aorteninsuffizienz die gesamte Mehrarbeit auf dem linken Ventrikel, während die Arbeit der übrigen Herzabschnitte von dem Vitium im Stadium seiner Kompensation nicht berührt wird. Infolge des Blutrückflusses aus der Aorta (diastolisches Decrescendo-geräusch) wird der Ventrikel diastolisch von 2 Seiten gefüllt, die durch das Pendelblut vermehrte Füllung bei der Systole vollständig ausgetrieben. Um diese vermehrte Arbeit zu leisten, muß der linke Ventrikel hypertrophieren. Der Reiz zur Hypertrophie ist durch die Drucksteigerung und vermehrte Anfangsspannung im linken Ventrikel gegeben. Das Volumen der linken Kammer nimmt bei erhaltener Kompensation nur diastolisch etwas zu, eine klinisch nachweisbare Dilatation ist bereits ein Zeichen von Dekompensation. Durch die muskuläre Unfähigkeit des linken Ventrikels, seine um das Pendelblut vergrößerte Füllung in der zur Verfügung stehenden Zeit vollständig auszuwerfen, kommt es zur Vermehrung des Restblutes und damit zur Stauungs-dilatation. Eine solche Stauung wird sich dann auch rückläufig auf die dahinter gelegenen Herzabschnitte ausdehnen, in erster Linie wird die Entleerung des linken Vorhofes erschwert sein. Entsprechend der vergrößerten Auswurfmenge wird die Pulswelle rascher und steiler ansteigen, so daß sie bis in das Capillargebiet als Capillarpuls nachweisbar ist. Mit der Diastole jedoch wird sie durch das Abströmen des Blutes nach der Peripherie und rückläufig in die linke Kammer ebenso rasch und steil wieder abfallen. Dieses Verhalten gibt dem Puls sein charakteristisches Gepräge als Pulsus celer et altus. Der systolische Blutdruck ist erhöht, der diastolische erniedrigt, ja er kann auf 0 sinken. Dabei ist der Mitteldruck praktisch normal. Die Größe der Blutdruckamplitude vermittelt uns zahlenmäßige Anhaltspunkte für die Hochgradigkeit der Aorteninsuffizienz. Sehr ausgesprochene Celerität des Pulses kann in seltenen Fällen auch einmal zu einem pulsatorischen An- und Abschwellen parenchymatöser Organe (arterieller Leberpuls) führen. Die bei der Systole zentrifugale, bei der Diastole zentripetale Blutbewegung kann an den großen Gefäßen in Form eines Doppeltones (DUROZIEZ) nachgewiesen werden. Wenn wir klinisch immer wieder feststellen können, daß, nach der Blutdruckamplitude beurteilbar, auch hochgradige Aorteninsuffizienzen in funktioneller Hinsicht auffallend günstig verlaufen, so liegt dies daran, daß gerade die hochgradige Aorteninsuffizienz die Möglichkeit einer Kompensation in sich schließt. Je tiefer der diastolische Druck in der Aorta sinkt, desto eher wird der linke Vorhof in die Lage kommen, während seiner Systole sein Blut nicht nur in den linken Ventrikel, sondern weiter bis in die Aorta auswerfen zu können. Die Füllung der Peripherie, die bei der Aorteninsuffizienz wegen des Blutrückflusses nach dem Herzen in Frage gestellt werden könnte, beginnt beim hochgradigen Klappen-defekt schon mit der Systole des Vorhofes, der Blutrückfluß findet mit der Herz-pause und nicht erst kurz vor Einsetzen der Ventrikelsystole sein Ende.

Wesentlich komplizierter liegen die dynamischen Verhältnisse bei den Mitralfehlern, weil durch diese Klappenfehler nicht nur ein, sondern mehrere Herzabschnitte in Mitleidenschaft gezogen werden. Bei der reinen Mitralstenose ruht

die Mehrarbeit zunächst allein auf dem linken Vorhof, der seine Füllung durch das verengte Ostium zu treiben hat (präsysolisches Crescendogeräusch). Durch den erschwerten Abfluß steigt der Vorhofdruck, wodurch es zur kompensatorischen Hypertrophie des linken Vorhofes kommt. Die Kompensationsaussichten bei der Mitralstenose liegen deshalb besonders ungünstig, weil der muskelschwache linke Vorhof nur in sehr bescheidenem Maße zu einer kompensierenden Hypertrophie fähig ist. Demnach steigt sein Restblut an, und unter wachsendem Vorhofdruck tritt eine Stauungsdilatation ein, die sich nicht nur nach links, sondern nach hinten und rechts entwickelt, so daß der linke Vorhof auch auf der rechten Seite des Herzens randbildend wird und das Herz eine Kugelform annimmt. Damit kommt es aber zur Erschwerung der Vorhofs-füllung, zur Stauung und Druckerhöhung im kleinen Kreislauf (akzentuierter zweiter Pulmonalton) und zur Belastung und Mehrarbeit der rechten Kammer. Die hierdurch bedingte Hypertrophie der rechten Kammer gehört demnach, da die linke Vorkammer alsbald dilatiert, zu den typischen klinischen Zeichen einer Mitralstenose. Wächst der Widerstand im kleinen Kreislauf so, daß der rechte Ventrikel seine Füllungen nicht mehr vollständig auswerfen kann, so wird auch er dilatieren müssen. Einer Dilatation des rechten Ventrikels folgt alsbald eine solche des muskelschwächsten Herzabschnittes, des rechten Vorhofes. Eine gewisse Kompensationsmöglichkeit liegt bei der Mitralstenose noch in der Drucksteigerung des überdehnten, dilatierten linken Vorhofs. Je stärker das Druckgefälle zwischen diastolisch überfülltem Vorhof und dem in Diastole getretenen linken Ventrikel, desto mehr Blut kann bereits vor Einsetzen der Vorhofsystole in den Ventrikel überströmen. (Diastolisches Geräusch, dem das der Vorhofs-kontraktion entsprechende präsysolische folgt.) Die linke Kammer bleibt bei kompensierter Mitralstenose unbeeinflusst, mit zunehmender Insuffizienz des linken Vorhofs wird ihre Füllung immer ungenügender, damit ihre Beanspruchung immer geringer, so daß ihre Muskulatur sogar atrophieren kann. Eine vollständige Kompensation kommt bei der Mitralstenose strenggenommen nicht vor, da der linke Vorhof eine ausreichend kompensierende Hypertrophie nicht aufbringt. Jedoch kann der rechte Ventrikel hier weitgehend ausgleichen, so daß eine Stauung im großen Kreislauf vermieden wird und die Mitralstenose, übrigens auch die Mitralinsuffizienz, in dieser Hinsicht ausreichend kompensiert sein kann.

In gewisser Weise ähnlich, jedoch in manchen Punkten völlig anders liegen die Dinge bei der **Mitralinsuffizienz**. Entsprechend der Ausgiebigkeit des Defektes entleert sich bei der Ventrikelsystole Blut rückläufig in den linken Vorhof (systolisches Geräusch). Da der linke Vorhof gleichzeitig sein normales Blutquantum aus dem Lungenkreislauf bekommt, führt die vermehrte Füllung des Vorhofs zur Drucksteigerung. Das Austreiben der vermehrten Füllung in den Ventrikel ist nur mit erhöhter Kraft möglich, der linke Vorhof hypertrophiert. Würden nun die dynamischen Verhältnisse für den linken Ventrikel ebenso liegen wie bei der Aorteninsuffizienz, daß nämlich der linke Ventrikel lediglich eine um das Pendelblut vermehrte diastolische Füllung bekäme und eine diastolische Volumzunahme erführe, so käme es durch die vermehrte Anfangsspannung zur Hypertrophie der linken Kammermuskulatur, jedoch nicht zur systolischen Volumzunahme. Infolge der Mitralinsuffizienz sind aber die Druckverhältnisse ganz anders als bei der Aorteninsuffizienz. Bei der Anspannungszeit des Ventrikels wächst der Kammerdruck nicht, sondern er sinkt entsprechend dem Abströmen des Blutes durch die insuffiziente Klappe. Die dynamischen Verhältnisse liegen also im Prinzip so wie bei erhöhtem peripheren Widerstand. Soll der normale Aortenwiderstand überwunden werden, so müssen die Arbeitsbedingungen so geändert werden, daß der durch das Abfließen des Blutes verursachte Druckverlust kompensiert wird. Die Vorbedingung für eine Überwindung

des Aortendruckes ist eine in dem Maße erhöhte Anfangsspannung, als mit einem Druckabfall durch das Zurückströmen des Blutes zu rechnen ist. Eine solche hohe Anfangsspannung ist aber nur über einen vermehrten systolischen Rückstand zu erzielen. Vermehrte Füllung (Pendelblut) und vermehrter systolischer Rückstand machen nicht nur eine diastolische, sondern auch eine systolische Dilatation des linken Ventrikels notwendig. Die gleichzeitig stark erhöhte Anfangsspannung führt zur Hypertrophie der linken Kammer und ermöglicht durch vermehrte Arbeit trotz des Blutrückflusses in den Vorhof die Austreibung eines normalen Blutquantums in die Aorta. So gehören nicht nur die Hypertrophie, sondern auch eine gewisse echte, klinisch allerdings nur unsicher nachweisbare Dilatation des linken Ventrikels zum Bilde der Mitralinsuffizienz und sind Vorbedingungen für eine Kompensation dieses Ventildefektes. Bringt der linke Ventrikel die von ihm geforderte Mehrleistung nicht auf, so wird eine weitere Stauungsdilatation als Zeichen seiner Insuffizienz eintreten. Regelmäßig wird aber auch der rechte Ventrikel bei der Mitralinsuffizienz in Mitleidenschaft gezogen. Vermag der linke Vorhof die durch seine vergrößerte Füllung (Pendelblut) notwendig gewordene Mehrarbeit nicht zu leisten, so wird er dilatieren. Dies führt wie bei der Mitralstenose zu erschwerter Vorhofs-füllung, Lungenstauung (akzentuierter 2. Pulmonalton), Mehrbelastung, Mehrarbeit und kompensatorischer Hypertrophie der rechten Kammer. Diese Hypertrophie der rechten Kammer gehört also neben den geschilderten Veränderungen am linken Herzen zu den typischen Erscheinungen einer Mitralinsuffizienz. Dilatation der rechten Kammer ist ein Zeichen ihrer Insuffizienz, der alsbald auch eine Stauungsdilatation des rechten Vorhofs folgt.

Eine sehr viel geringere Bedeutung haben die Ventildefekte des rechten Herzens. Am häufigsten kommt noch, in der Regel in Verbindung mit anderen Ventildefekten des linken Herzens, eine erworbene **Tricuspidalinsuffizienz** vor, seltener als absolute endokarditische, häufiger als relative, muskuläre Insuffizienz infolge starker Dilatation des rechten Herzens. Dynamisch liegen bei der Tricuspidalinsuffizienz für das rechte Herz analoge Bedingungen vor, wie wir sie bei der Mitralinsuffizienz für das linke Herz beschrieben haben. Als Folge einer Tricuspidalinsuffizienz muß es demnach zu einer Dilatation und Hypertrophie der rechten Kammer und zu einer Dilatation des rechten Vorhofs kommen. Da der rechte Vorhof der muskelschwächste und damit im geringsten Maße hypertrophiefähige Herzabschnitt ist, kommt es praktisch immer auch zu einer Stauungsdilatation des Vorhofs. Eine weitere charakteristische Folge ist der systolische Venenpuls, der sich sinngemäß auch in die Lebervenen fortpflanzt und zu einem systolischen, dem Carotispuls synchronen, im Gegensatz zu dem seltenen arteriellen Leberpuls der Aorteninsuffizienz aber venösen Leberpuls führt. Dieser Vorgang wird verständlich, wenn wir uns vor Augen halten, daß der rechte Vorhof nicht gegen die großen Venen abgeschlossen ist. Deshalb kann sich bei der Ventrikelsystole die infolge der atrioventrikulären Klappeninsuffizienz rückläufige Pulswelle bis in das Körpervenengebiet fortpflanzen. Abgesehen von der geringeren Hypertrophiefähigkeit der rechten Herzabschnitte im Vergleich zu links sind die Kompensationsaussichten bei der Tricuspidalinsuffizienz auch deshalb schlechtere, weil bei eingetretener Stauung im großen Kreislauf der linke Ventrikel nicht kompensierend eingreifen kann. Dazu ist das zwischengelagerte Stromgebiet des großen Kreislaufs zu groß. Wie wir sehen, liegen bei der Mitralinsuffizienz die Verhältnisse günstiger, hier hat der rechte Ventrikel an der Kompensation einen wesentlichen Anteil, so daß durch seine, über eine Hypertrophie ermöglichte vermehrte Arbeit eine ungünstige Rückwirkung des Vitiums auf den großen Kreislauf im Sinne einer Stauung vermieden werden kann.

Die **Tricuspidalstenose** hat keine praktische Bedeutung. Die zu erwartende Hypertrophie des rechten Vorhofs bringt dieser Herzabschnitt nicht auf, so daß ein solcher Ventildefekt eigentlich nur in dekompensiertem Zustand vorstellbar ist. Die dynamischen Verhältnisse liegen so ungünstig, daß maßgebende Tricuspidalstenosen mit der Aufrechterhaltung eines nur annähernd genügenden Kreislaufes und damit mit einem Fortbestand des Lebens nicht vereinbar sind.

**Pulmonalfehler** sind ebenfalls sehr selten und kommen praktisch nur als angeborene Vitien vor. Die durch sie geschaffenen dynamischen Verhältnisse ergeben sich im wesentlichen aus unseren Betrachtungen über die Aortenfehler. Was bei den Aortenvitien für das linke Herz und für den großen Kreislauf gilt, gilt bei den Pulmonalfehlern für das rechte Herz und für den kleinen Kreislauf. Auch die Auskultationsphänomene sind sinngemäß zu übertragen. Beide Pulmonalvitien werden zu einer kompensatorischen Hypertrophie der rechten Kammer führen müssen. Dabei wird speziell bei eintretender Dekompensation die linke Kammer abgedrängt, und der hypertrophe rechte Ventrikel bildet die Herzspitze. Nachweisbare Dilatation der rechten Kammer ist bereits ein Zeichen von Dekompensation. Bei eingetretener, stärkerer Dilatation der rechten Kammer kommt es häufig alsbald zu einer relativen Tricuspidalinsuffizienz mit den entsprechenden Folgeerscheinungen. Eine Mehrbeanspruchung der Abschnitte des linken Herzens liegt bei den Pulmonalfehlern nicht vor, wie auch das arterielle Stromgebiet des großen Kreislaufs keine Beeinträchtigung erfährt. Die zur Pulmonalinsuffizienz gehörige Celerität des Lungenpulses entzieht sich dem klinischen Nachweis. Bei der dekompensierten Pulmonalstenose ist die Cyanose ganz besonders ausgesprochen, weil das venöse Blut sich vor dem rechten Herzen staut. Man spricht von *Morbus coeruleus*. Die Blaufärbung wird noch durch eine echte, kompensatorische Polycythämie verstärkt.

Auf die **Bildungsfehler des Herzens** im einzelnen einzugehen, würde zu weit führen. Sie sind auch speziell in der häufigen Kombination mehrerer Bildungsfehler beim gleichen Menschen so vielgestaltig, daß sich hinsichtlich der dynamischen Folgen typische Zustandsbilder kaum aufstellen lassen. Zudem sind Bildungsfehler des Herzens, die funktionell bedeutungsvoll, jedoch mit dem Leben vereinbar sind, große Seltenheiten. Andere wieder, etwa eine echte Dextrokardie, sind interessante Bildungsanomalien, aber funktionell gleichgültig und daher kein ärztliches Problem.

**Herzmuskelerkrankungen.** Wenn wir die Klappendefekte und Bildungsfehler des Herzens, so verschieden die dynamischen Folgen im einzelnen auch sein mögen, in funktioneller Hinsicht auf einen gemeinsamen Nenner bringen wollen, so handelt es sich darum, daß ein solches Herz in jedem Falle hinsichtlich seines Leistungsmaximums hinter einem gesunden zurücksteht, auch dann, wenn die Muskulatur als solche gesund und damit zu weitgehendster kompensatorischer Hypertrophie und Leistungssteigerung fähig ist. Andererseits wird aber die Leistungsfähigkeit des Herzens auch dann vermindert sein, wenn der Klappenapparat intakt, aber die Muskulatur geschädigt ist. Eine funktionelle Schädigung der Muskulatur kann zustande kommen einmal durch entzündliche oder degenerative Erkrankung der Muskulatur selbst, zum anderen durch Störungen ihrer Ernährung oder Durchblutung in qualitativer und quantitativer Hinsicht. Wie die Arbeit des Skelettmuskels mit seiner ausreichenden Blutversorgung steht und fällt, so ist auch der Herzmuskel auf eine laufende, der von ihm geforderten Arbeit entsprechende Durchblutung angewiesen. Schließlich ist auch die Möglichkeit einer toxischen Schädigung des Herzmuskels in Betracht zu ziehen.

Entzündliche Erkrankungen des Herzmuskels treten im Rahmen einer ganzen Reihe infektiöser und septischer Erkrankungen auf. Vielfach werden Endokard und Perikard gleichzeitig mit dem Myokard befallen (*Pankarditis*), in anderen

Fällen liegt eine reine Myokarditis vor. Für die Funktion des Herzmuskels sind die Ausdehnung und die Lokalisation der entzündlichen Veränderungen entscheidend. Hinsichtlich der Lokalisation sind besonders jene Vorkommnisse bedeutungsvoll, die das Reizleitungssystem betreffen. Hiervon wird bei den Rhythmusstörungen des Herzens noch eingehend zu sprechen sein. Zunächst haben wir nur die Schädigung der kontraktiven Substanz durch entzündliche Veränderungen der Muskulatur im Auge. Praktisch jede infektiöse Erkrankung kann zu einer spezifischen Mitbeteiligung des Myokards führen, doch lehrt die klinische Erfahrung, daß dies bei den verschiedenen akuten und chronischen infektiösen Erkrankungen in sehr verschieden großem Ausmaße erfolgt, manche Erreger sich nur ganz ausnahmsweise einmal im Myokard niederlassen und eine Myokarditis verursachen. Ohne auf klinische Einzelheiten eingehen zu wollen, sei nur darauf hingewiesen, daß von den akuten Infektionskrankheiten beispielsweise die Diphtherie relativ häufig, nicht ganz selten auch der Typhus abdominalis zu einer Myokarditis führen, von chronischen infektiösen Prozessen der Gelenkrheumatismus. Neben einer Schädigung der Kontraktionskraft des Herzens durch eine echte Herzmuskelentzündung ist bei schweren Infektionskrankheiten auch die Möglichkeit einer toxischen Herzmuskelschädigung in Betracht zu ziehen. Sicherlich sind die Kreislauferscheinungen bei Infektionskrankheiten, die mit schweren toxischen Erscheinungen einhergehen, etwa bei der Grippe oder der Ruhr, im wesentlichen Folge einer schweren Beeinträchtigung des Vasomotorenapparates, die ihrerseits auch für die Arbeit des Herzens nicht gleichgültig sein kann. Andererseits muß jedoch auch mit einer direkten toxischen Einwirkung auf den Herzmuskel und der dadurch bedingten Gefahr einer muskulären Herzinsuffizienz gerechnet werden. Solche Dinge spielen über die Möglichkeit einer spezifischen Myokarditis hinaus bei einer Reihe schwerer Infektionskrankheiten eine Rolle, neben der Grippe und der Ruhr sei auf Typhus, Pneumonie, Scharlach und septische Erkrankungen verschiedener Genese hingewiesen. Auch außerhalb infektiöser Erkrankungen kann der Herzmuskel toxisch geschädigt werden. So nehmen wir bei der Basedowschen Krankheit unter anderem eine solche toxische Myokardschädigung an. Abgelehnt wird heute eine direkte schädigende Alkoholwirkung auf die Herzmuskulatur bei den großen, in ihrer Leistungsfähigkeit aber häufig stark beeinträchtigten sog. Bierherzen. Für deren Entstehung und Verlauf werden vielmehr Gefäßkomplikationen im Sinne einer essentiellen oder renalen Hypertonie angeschuldigt. Leistungsinsuffizienz mit oder ohne degenerative Herzmuskelveränderungen kann als reine Verbraucherscheinung beim Altersherzen auftreten. Vielfach spielen dabei auch Durchblutungsstörungen auf der Basis arteriosklerotischer, seltener luischer Gefäßveränderungen eine Rolle. Auf das klassische Krankheitsbild der Angina pectoris und ihrer Folgen für die Herzleistungsfähigkeit wird bei den Gefäßstörungen noch eingegangen werden. Klar liegt die unzureichende Sauerstoffversorgung des Herzens und die damit verbundene Leistungsschwäche bei den Anämien. Die Ursache der muskulären Herzinsuffizienz bei der Beriberi wird auf die bei dieser Avitaminose auftretende, zur Degeneration führende wäßrige Durchtränkung und Quellung der Herzmuskelfasern zurückgeführt. In ähnlicher Weise wird man auch die verminderte Leistungsfähigkeit des Myxödemherzens deuten müssen, dessen Muskulatur abnorm wasserreich ist. Das Herz des Fettsüchtigen ist kein primär krankes Herz. Es arbeitet nur, wie wir bereits bei der Fettsucht besprochen, häufig unter mechanisch ungünstigen Verhältnissen und hat laufend eine der vergrößerten Strombahn entsprechende Mehrarbeit zu leisten. Die Neigung der Fettleibigen zu Hypertonie und Arteriosklerose stellt eine weitere Komplikation dar. Der Herzmuskel des Fettsüchtigen wird erst in dem Moment unmittelbar beeinträchtigt, wenn es zu einer Fettdurch-

wachung des Herzens kommt, ein relativ seltenes Ereignis, auf welches man die Bezeichnung Fettherz anwenden dürfte. Alle geschilderten endogenen oder exogenen Faktoren, die zu einer Schädigung des Herzmuskels führen, sind in gleicher Weise geeignet, die muskuläre Leistungsfähigkeit im Sinne einer Aufrechterhaltung des Kreislaufs in mehr oder weniger hohem Grade herabzusetzen.

Eine weitere Vorbedingung für eine geordnete Herzarbeit ist die Erhaltung eines normalen Herzrhythmus und einer geregelten Zusammenarbeit der einzelnen Herzabschnitte untereinander. Bei Störungen des Herzrhythmus wird eine laufende, dem jeweiligen Bedarf angepaßte Blutversorgung der Peripherie nicht garantiert bleiben können. Im Prinzip bestimmt das Herz bekanntlich seine Arbeit selbst. Die Fähigkeit rhythmischer Reizbildung ist im ausgesprochensten Maße im Sinusknoten vorhanden. Im Prinzip besitzt aber jede Stelle des Herzens die Fähigkeit selbständiger Reizbildung. Normalerweise ist der Sinusknoten der Schrittmacher des Herzens. Die in ihm gebildeten Reize werden auf die Vorhofmuskulatur, von dort auf den Atrioventrikularknoten übertragen und durch die Schenkel des Hischen Bündels auf die Kammermuskulatur weitergeleitet. Reizbildung im Sinusknoten und Reizleitung garantieren den normalen Ablauf der Herzrevolution, speziell auch hinsichtlich der zweckmäßigen Zusammenordnung der Tätigkeit der einzelnen Herzabschnitte. Bei Störungen in der Reizbildung wird der Ablauf der Herzrevolution ebenso gestört sein müssen wie bei veränderter Reizleitung. Diese im Herzen selbst gelegenen Störungen werden im einzelnen noch zu betrachten sein. Zunächst haben uns die extrakardialen Einflüsse auf den Herzrhythmus zu beschäftigen. Soll das Herz den jeweilig gestellten Anforderungen des Kreislaufs genügen, so muß auch der Rhythmus von außen her reguliert werden können. Dadurch wird das selbsttätige Herz erst in den Gesamtorganismus harmonisch eingefügt. Die Einflüsse, die für das Tempo der Reizbildung im Sinusknoten entscheidend sind, werden vom Vagus und Accelerans (Sympathicus) vermittelt. Der Vagus ist der Hemmungsnerv des Herzens. Erhöhter Vagustonus bedeutet in erster Linie Herabsetzung der Herzfrequenz (negativ chronotrop), bei Ausschaltung des Einflusses auf die Frequenz sinkt auch die Kontraktionsstärke (negativ inotrop), Reizleitung und der Dehnungswiderstand der Herzmuskulatur sind bei Vagusreizung vermindert (negativ dromotrop und tonotrop). Das Zusammenwirken der genannten Faktoren läßt ungünstige dynamische Folgen eines vermehrten Vagustonus nicht zu. Der Accelerans ist in allen Punkten der Antagonist, er wirkt positiv chronotrop, dromotrop, tonotrop und inotrop. Das physiologische Zusammenarbeiten dieser beiden vegetativen Nerven gewährleistet bei normalem Tonus die Konstanz der Herzfrequenz. Daß die Herzfrequenz unbeschadet der dynamischen Forderungen keine ein für allemal gegebene Größe ist, ist bekannt. So nimmt die normale Pulsfrequenz im Laufe des Lebens natürlicherweise ab. Abnorm langsame Reizbildung heißt Bradykardie, abnorm rasche Tachykardie. Die echte Bradykardie wäre ein Zustand, bei dem die einzelnen Herzabschnitte in normaler Zusammenordnung arbeiten, jedoch unter dem führenden Einfluß des Sinusknotens besonders wenige Herzrevolutionen in der Zeiteinheit erfolgen. Eine solche regelmäßige Bradykardie kann Folge eines erhöhten Vagustonus sein. Wir finden sie als Hirndrucksymptom bei einer ganzen Reihe cerebraler Prozesse, etwa bei Hirntumoren, Blutungen und Meningitis. Hier handelt es sich um Reizsymptome des Vagus in seinem Kerngebiet. Die Bradykardie bei Stauungsikterus wird auf die vaguserregende Wirkung der Gallensäuren zurückgeführt. Eine universelle Überwertigkeit des Vagus mit einer Dauerbradykardie kommt auch als konstitutionelle Anomalie vor. Wir bezeichnen solche Menschen als Vagotoniker. Bei ihnen ist die auffallend niedrige Pulsfrequenz nur ein Symptom,



welches sich neben anderen Erscheinungen eines verstärkten Vagustonus findet. Sehr vorsichtig muß man mit der Deutung einer Bradykardie als einer rein reflektorisch über den Vagus vermittelten Erscheinung bei organischen Herzerkrankungen, speziell bei Myokarditis sein. In diesen Fällen ist eher mit einer direkten organischen Schädigung der reizbildenden Gebiete zu rechnen. Ebenso dürfte die bei manchen Infektionskrankheiten auftretende, relative Bradykardie, wie wir sie in besonders ausgeprägter Form vom Typhus abdominalis kennen, Ausdruck einer direkten Einwirkung auf das Herz sein.

Die über einen erhöhten Vagustonus zustande kommende Bradykardie kann eine erhebliche sein. Jedoch ist praktisch wichtig, daß das normale Reizleitungssystem eine beliebig starke Vagusbradykardie nicht zuläßt. Pulsfrequenzen unter 40 weisen auf eine gleichzeitige, wenn nicht alleinige Störung im Reizleitungssystem selbst hin. Auch bei etwas höheren Frequenzen ist immer die Frage zu prüfen, ob es sich nicht um Störungen handelt, deren Ursache im Herzen selbst liegt. Dies gilt insbesondere, wenn es sich um einen langsamen, aber nicht regelmäßigen Rhythmus handelt. Wir werden darauf noch zu sprechen kommen. Zunächst muß kurz die Frage gestreift werden, ob es nicht durch kurzdauernde verstärkte Vaguswirkungen zu vorübergehenden Bradykardien und bei häufiger Wiederholung eines solchen Ereignisses zum Bilde einer unregelmäßigen Herzaktion kommt. Eine solche, in Perioden verlaufende Arrhythmie ist die **respi-ratorische Arrhythmie**, die als physiologisches Ereignis speziell bei jugendlichen Menschen in mehr oder weniger ausgesprochenem Grade beobachtet wird. Sie hängt mit dem den Atemphasen entsprechenden, veränderten Vagustonus zusammen. Bei der Inspiration ist die Herztätigkeit beschleunigt, bei der Expiration und bei der Atempause verlangsamt. Vorübergehende Vagusbradykardien, auch vorübergehender Herzstillstand, können reflektorisch von den Abdominalorganen ausgelöst sein (GOLTZscher Klopfversuch) oder künstlich durch Druck auf die Teilungsstelle der Carotis oder auf die Augenbulbi ausgelöst werden. Diese Vagus- und Bulbusdruckversuche fallen beim Vagotoniker besonders deutlich positiv aus. Die richtige Deutung der genannten Erscheinungen vorübergehender Vaguswirkung, durch die, wie wir sahen, der Puls auch einen unregelmäßigen Charakter bekommt, wird in der Regel keine Schwierigkeiten bereiten. Sehen wir von diesen Spezialfällen ab, so bedeutet eine Arrhythmie jedoch eine schwere Störung, die im Herzen selbst zu suchen ist.

Eine **Tachykardie** kann Ausdruck eines überwiegenden Sympathicustonus sein. Es gibt Menschen, bei denen konstitutionell ein verstärkter Sympathicustonus vorliegt, der sich neben anderen Reizerscheinungen auch in einer Neigung zu ausgesprochenen Tachykardien äußert, wobei geringe psychische oder körperliche Anlässe bei der abnormen Labilität des Sympathicus zur Auslösung solcher Zustände genügen. Bei der Tachykardie des BASEDOW-Kranken dürfte auch ein thyreotoxisch bedingter, verstärkter Acceleranstonus eine entscheidende Rolle spielen. Im übrigen ist bei der Annahme einer rein nervös bedingten Tachykardie größte Vorsicht geboten. Ist sie doch auch ein Zeichen unzureichender Leistungsfähigkeit bzw. einer ungenügenden Reservekraft des Herzens. Speziell bei einem offenbaren Mißverhältnis zwischen Ausmaß und Dauer einer Tachykardie einerseits und dem scheinbar auslösenden Moment andererseits ist der Verdacht dringend, daß die tiefere Ursache im Leistungszustand des Herzens selber liegt. In diesem Sinne sind auch die bei vielen Infektionskrankheiten auftretenden Tachykardien nicht auf einen veränderten Tonus vegetativer Nerven, sondern mehr oder weniger ausgesprochen auf gleichzeitige toxische Herzschädigungen zurückzuführen. Auch bei der BASEDOW-Tachykardie spielt neben dem verstärkten Acceleranstonus die toxische Wirkung auf das Herz selbst eine wesentliche Rolle. Ein — von bestimmten Ausnahmen abgesehen — weitgehend

konstanter Zusammenhang besteht zwischen der Höhe der Körpertemperatur und der Pulsfrequenz. Je stärker die Temperatur steigt, desto höher liegt auch die Pulsfrequenz, wobei es sich zweifellos um eine zentral ausgelöste Einwirkung auf die Herzfrequenz handelt.

Was die vom Acceleranstonus bestimmte Tachykardie anbetrifft, so gibt es auch hier eine obere Grenze, über die die Frequenz bei normalem Reizleitungssystem nicht hinübergeht. Sie liegt bei rund 160 Schlägen in der Minute. Bei höheren Frequenzen liegt mit Sicherheit eine intrakardiale Reizbildungsstörung vor.

Mit der Besprechung der **paroxysmalen Tachykardie** treten wir bereits in das Gebiet der intrakardial bedingten Rhythmusstörungen ein. Die Erkennung und Deutung der verschiedenen Formen intrakardial bedingter Rhythmusstörungen ist durch das Elektrokardiogramm möglich geworden. Durch graphische Registrierung der Aktionsströme, wie sie bei der Kontraktion der einzelnen Herzabschnitte entstehen, ist es möglich, Störungen der Reizbildung, der Reizleitung und der Zusammenarbeit einzelner Herzabschnitte zu erkennen. Auch kann die Form der Elektrokardiogramme Hinweise auf den Zustand der Muskulatur geben. Bei der Deutung von Formveränderungen sind große Vorsicht und Kritik notwendig. Es sei nur darauf hingewiesen, in wie hohem Maße die Form eines Elektrokardiogramms nach der Art der Ableitung wechselt, und wie verschieden im physikalischen Sinne die Ableitungsbedingungen im gleichen Ableitungstypus bei den verschiedenen Menschen sind, ganz abgesehen von den rein technisch bedingten Abweichungen, die am Registrierinstrument und seinen Störungen liegen. Immerhin haben die letzten Jahre in dieser Richtung bemerkenswerte Fortschritte gebracht. Herzmuskelschäden, Störungen der Coronardurchblutung, Coronarinfarkte u. a. m. lassen sich mit mehr oder weniger großer Sicherheit aus der Form des Elektrokardiogramms ablesen. Die Elektrokardiographie ist eine unentbehrliche Untersuchungsmethode geworden, weil sie unsere diagnostischen Möglichkeiten auf das Wertvollste ergänzt, sie tritt neben die anderen erprobten Verfahren, aber sie ersetzt diese nicht und macht sie nicht überflüssig. Vor allem muß mit besonderem Nachdruck darauf hingewiesen werden, daß uns das Elektrokardiogramm das Bild einer mehr oder weniger klar definierbaren Funktionsstörung und nicht eines bestimmten anatomischen Substrates im Bereich des Herzmuskels gibt. Auf diese Dinge im einzelnen einzugehen, ist hier nicht der Ort. Wir haben uns auf die Erörterung des krankhaften Geschehens bei den Rhythmusstörungen zu beschränken. Bei der paroxysmalen Tachykardie handelt es sich um anfallsweise auftretende Tachykardien hoher Frequenz, die Minuten oder Stunden, selten tagelang anhalten und ebenso plötzlich verschwinden, wie sie gekommen sind. Die Frequenz beträgt meist genau das Zwei- oder Dreifache der Grundfrequenz. Die Schwierigkeit der Deutung liegt in der Tatsache, daß eine anatomische Erklärung für das eigenartige Verhalten nicht gefunden werden kann. Wenn es auch gelegentlich möglich ist, vom Vagus aus reflektorisch einen Anfall zum Verschwinden zu bringen, so ist doch nicht anzunehmen, daß der Einfluß der extrakardialen Herznerven mit der Entstehung einer paroxysmalen Tachykardie etwas zu tun hat. Vielmehr gehört diese Erkrankung zu den Störungen, denen eine pathologische Reizbildung zugrunde liegt. Die Möglichkeit, daß die in stark vermehrter Zahl auftretenden Reize alle von der normalen Reizbildungsstelle im Sinusknoten ausgehen, erscheint nicht ganz ausgeschlossen. Nach dieser Anschauung wäre die paroxysmale Tachykardie eine nomotope. Wahrscheinlicher ist es jedoch, daß die Reizbildung wechselweise von verschiedenen Reizbildungszentren ausgeht. Das läßt sich in einer Reihe von Fällen auch direkt nachweisen. Man sieht auf dem Elektrokardiogramm,

daß zwei verschieden geformte Vorhof-Ventrikelkomplexe regelmäßig miteinander abwechseln. Für die Annahme, daß der paroxysmalen Tachykardie eine pathologische, heterotope Reizbildung zugrunde liegt, spricht auch die Tatsache, daß eine solche Störung sowohl vom Sinus- und Vorhofgebiet als auch, was wesentlich seltener ist, vom Ventrikel ausgehen kann. Hier ergibt sich also eine nahe Verwandtschaft zu den Extrasystolen, auf die wir gleich zu sprechen kommen. Andererseits kann auch ein Übergang in echtes Flattern und Flimmern beobachtet werden, wenn ein solches Vorkommen auch sehr selten ist. Ob es sich bei diesen Fällen, bei denen die Frage einer Wesensgleichheit mit der absoluten Arrhythmie durch Vorhofsflattern und -flimmern unmittelbar aufzuwerfen ist, tatsächlich um eine regelmäßige paroxysmale Tachykardie handelt, oder ob die hochgradige Tachykardie nicht bereits eine wegen der hohen Frequenz nur nicht klar erkennbare Tachyarrhythmie ist, ist ernstlich zu überlegen. Sie würde dann einen ganz anderen Vorgang darstellen als die auf einwandfrei heterotoper Reizbildung beruhende, der Extrasystolie nahestehende paroxysmale Tachykardie. Die Bedeutung und die Gefahr der paroxysmalen Tachykardie liegt in der Tatsache, daß die Herzfrequenz nunmehr in den Bereich der sog. kritischen Herzfrequenzen gelangt. Dadurch wird die Zeit für eine vollständige diastolische Füllung und für die einzelne Systole zu kurz, dementsprechend die Blutversorgung der Peripherie ungenügend. Auch ist das Herz einer derartigen, ihm aufgezwungenen enormen Arbeitsleistung auf die Dauer nicht gewachsen, es gerät in die unmittelbare Gefahr einer muskulären Herzinsuffizienz.

**Störungen in der Reizbildung** können im übrigen einen sehr verschiedenen Charakter haben und in den geordneten Herzrhythmus in mannigfacher Richtung eingreifen. Eine unregelmäßige Reizbildung im Sinusknoten kommt auch ohne Abhängigkeit von der Atmung vor. Ob eine solche **Sinusarrhythmie** gänzlich unabhängig von dem Einfluß des extrakardialen Nervensystems ist, ist im einzelnen Falle schwer zu entscheiden. Jedoch nehmen wir an, daß sie durch direkte Einflüsse auf das Sinusgebiet, etwa auf toxischer Basis bei Infektionskrankheiten zustande kommen kann. Sie hat, da sie sich funktionell nicht ungünstig auswirkt und im Effekt der physiologischen respiratorischen Arrhythmie gleichkommt, keine erheblich praktische Bedeutung. Eine andere Form der Arrhythmie kommt durch Extrasystolen zustande. Extrasystolen sind Herzkontraktionen, die die Antwort des Herzens auf einen von einer pathologischen Stelle vorzeitig ausgehenden Reiz darstellen. Solche Reize können von jedem Herzgebiet ausgehen und werden demnach zu einer Kontraktion des Vorhofes, der Kammer oder beider in normaler oder pathologischer Zusammenordnung führen. Daneben läuft der normale Grundrhythmus des Herzens entsprechend einer normalen Reizbildung im Sinusknoten und einer normalen Weiterleitung des Reizes zu Vorhof und Ventrikel weiter. In diesen Grundrhythmus wird aber eine Extrasystole störend eingreifen müssen aus folgenden Gründen: auf jeden überschwelligeren Reiz antwortet das Herz mit einer maximalen Kontraktion, wobei die dabei geleistete Arbeit von der jeweiligen Spannung abhängig ist. Steigerung des Reizes ist für die Kontraktionsgröße gleichgültig, einen Tetanus der Herzmuskelfaser gibt es nicht. Nach der Kontraktion wird der Herzmuskel für eine gewisse Zeit unerregbar, wir sprechen von **refraktärer Phase**. Auch das Reizleitungssystem wird refraktär, und zwar in etwas stärkerem Maße als der Muskel. So entsteht ein kurz dauernder Zustand, bei dem der Muskel schon wieder erregungsfähig ist, das Reizleitungssystem jedoch noch nicht wieder leitet. Diese refraktäre Phase folgt auf jede Herzkontraktion, gleichgültig ob es sich um eine normale oder Extrasystole handelte. Aus diesen Tatsachen lassen sich die durch Extrasystolen bedingten Rhythmusstörungen unmittelbar ableiten. Ohne Rücksicht auf den Entstehungsort der Extrasystolen wird ein solcher

heterotoper Extrareiz nur dann zu einer Herzkontraktion führen, wenn der Herzmuskel sich bereits wiederum im Stadium der Erregbarkeit befindet. Andererseits wird durch eine solche Extrasystole das Herz refraktär, so daß der bald folgende normale Sinusreiz in diese Periode fällt und eine entsprechende Kontraktion ausbleibt. Erst der nächste, zu normaler Zeit auftretende Sinusreiz führt zur Kontraktion. Die dadurch entstehende längere Pause zwischen Extrasystole und der nächsten Normalkontraktion wird als **kompensatorische Pause** bezeichnet. Die Summe der zeitlichen Abstände zwischen Normalschlag und Extrasystole einerseits und Extrasystole und nächstem Normalschlag andererseits entspricht zwei normalen Intervallen. Folgen mehrere Extrasystolen hintereinander, so können dementsprechend eine Reihe von Normalschlägen ausfallen, bis schließlich mit einer kompensatorischen Pause der Normalrhythmus wiederhergestellt wird, wobei der Normalrhythmus zu seiner vorgeschriebenen Zeit einsetzt; der zeitliche Abstand zwischen letztem präextrasystolischen und erstem postextrasystolischen Normalschlag beträgt je nach der Zahl der inzwischen aufgetretenen Extrasystolen das Mehrfache eines Normalintervalls. Bei langsamem Grundrhythmus kann es vorkommen, daß die durch die Extrasystole erzeugte refraktäre Phase bereits abgeklungen ist, wenn der normale Sinusreiz einsetzt. Dann bleibt der Normalrhythmus unverändert bestehen, die Extrasystole liegt zwischen zwei normalen Schlägen, wir sprechen von **interpolierter Extrasystole**. In jedem Falle einer Extrasystole bleibt also der Grundrhythmus gewahrt, eine Arrhythmie kommt lediglich vorübergehend durch das vorzeitige Auftreten der Extrasystolen zustande, denen meist durch Ausfall einer Normalkontraktion eine kompensatorische Pause folgt, sofern es sich nicht um die selteneren interpolierten Extrasystolen handelt. Die Extrasystolen sind am Radialpulse nicht immer nachweisbar. Setzen sie ein, bevor der Ventrikel ausreichend gefüllt ist, so kann es bei der Kammerkontraktion nicht zu einer entsprechenden Austreibung von Blut kommen. Wir sprechen von einer **frustranen Kontraktion**. Kommt es gleichzeitig zu einer kompensatorischen Pause, so hat man am Puls den nicht den Tatsachen entsprechenden Eindruck, daß eine Herzrevolution völlig ausgefallen ist. Betrachten wir nun noch die verschiedenen Formen der Extrasystolen im einzelnen, so ergeben sich auch in funktioneller Hinsicht gewisse Verschiedenheiten. Extrasystolen, die vom Gebiete des Sinus ausgehen, sind sehr selten und auch schwer feststellbar. Eine **Sinusextrasystole** nehmen wir dann an, wenn einer vorzeitigen, im Sinusgebiet ausgelösten Herzrevolution keine kompensatorische Pause folgt, sondern sich der ganze Rhythmus um den zeitlichen Betrag nach vorn verschiebt, den die Sinusextrasystole zu früh kam. Sie wäre demnach dadurch charakterisiert, daß sie nunmehr den weiteren Rhythmus anführt und bestimmt. Gehäufte Sinusextrasystolen wären von einer Sinusarrhythmie nicht zu unterscheiden. Auch ist bei der Sinusextrasystole schwer zu sagen, ob sie tatsächlich heterotop in der Nähe des Sinusknotens entsteht, oder ob im normalen Reizentstehungsgebiet nicht einmal ein Reiz zu früh gebildet wird. Allen anderen Extrasystolen ist die von uns geschilderte Eigenschaft gemeinsam, daß sie den Grundrhythmus zwar stören, aber nicht definitiv umstellen. Sie führen, wenn sie nicht interpoliert sind, lediglich zu einer kompensatorischen Pause, dann geht der Grundrhythmus zu normaler Zeit oder zu fast normaler Zeit mit normalen Intervallen weiter. **Vorhofsextrasystolen**, auch aurikuläre Extrasystolen genannt, führen zu einer vorzeitigen Vorhofskontraktion, der eine Ventrikelkontraktion in gehörigem Abstand folgt. Hiervon machen lediglich die sog. blockierten Vorhofsextrasystolen eine Ausnahme. Sie treten zu einem Zeitpunkt auf, zu dem der Herzmuskel bereits wieder erregbar ist, das Bündel sich jedoch noch in der refraktären Phase befindet. Die Folge ist eine Vorhofskontraktion, wogegen die Kammersystole ausbleibt, da

das Bündel den Reiz noch nicht weiterleiten kann. Die kompensatorische Pause der Vorhofsextrasystolen ist in der Regel keine vollständige, d. h. der Grundrhythmus setzt etwas früher wieder ein. **Atrioventrikuläre Extrasystolen** sind relativ selten. Wie der Name sagt, gehen sie von dem Gebiet des Atrioventrikularknotens aus, wobei sich der Reiz sowohl nach unten auf die Kammer als auch rückläufig auf das Vorhofsgebiet ausdehnt. Die Folge davon ist, daß die Vorhofskontraktion wenig vor oder nach der Kammerystole erfolgt oder beide Kontraktionen zeitlich zusammenfallen. Dieses letzte, als **Vorhofspfropfung** bezeichnete Ereignis ist sehr unerwünscht, da der Vorhof sich wegen der gleichzeitigen Kammerkontraktion nicht entleeren kann und eine Rückstauung des Blutes in das Venengebiet unvermeidlich ist. Liegt der auslösende Punkt der Extrasystole noch tiefer im Gebiet der Kammer, so entsteht eine **ventrikuläre Extrasystole**, die lediglich zu einer vorzeitigen Kammerkontraktion führt. Die nun folgende kompensatorische Pause betrifft nur den Ventrikel.

Extrasystolen können vereinzelt auftreten und sind dann am Puls oder, wenn ihnen eine frustrane Kontraktion entspricht, am Herzen leicht zu erkennen. Treten sie gehäuft auf, wobei es sich beim gleichen Individuum um Extrasystolen eines gleichen oder verschiedenen Typus handeln kann, so werden Herzaktion und Puls so unregelmäßig, daß der normale Grundrhythmus nicht mehr mit Sicherheit erkannt werden kann. In diesen Fällen klärt erst das Elektrokardiogramm die Situation, welches in zweifelhaften Fällen immer herangezogen werden sollte. Mitunter treten Extrasystolen in regelmäßigen Abständen zu Normalschlägen auf, etwa in der Form, daß einem oder mehreren Normalschlägen Extraschläge in festen Abständen folgen. Man spricht von fest **gekoppelten Extrasystolen**. Elektrokardiographisch registriert ergeben solche gekoppelten Extrasystolen immer dasselbe Bild, woraus zu schließen ist, daß sie immer von der gleichen, heterotopen Reizbildungsstelle ihren Ausgang nehmen. Dieses Ereignis ist auch mit der Bezeichnung Parasystolie belegt worden. Durch das Auftreten streng gekoppelter Extrasystolen entstehen regelmäßige Periodenbildungen, die den Charakter eines Bigeminus, Trigeminus usw. tragen. Je nachdem, ob eine Extrasystole an jeden zweiten, dritten usw. Normalschlag gekoppelt ist, folgt auf zwei, drei oder mehr aufeinanderfolgende Normalschläge die Extrasystole mit kompensatorischer Pause, dann wiederholt sich die Periode unter Führung eines zur vorgeschriebenen Zeit einsetzenden Normalschlages immer wieder. Eine solche Störung, bei der die gleiche, durch gekoppelte Extrasystolen bedingte Rhythmusstörung gesetzmäßig immer wiederkehrt, hat man auch als **extrasystolische Allorhythmie** bezeichnet. Die Zahl der Herzkontraktionen in der Zeiteinheit wird durch das Auftreten von Extrasystolen nicht herabgesetzt, da für die vorzeitig auftretende Extrasystole immer nur ein Normalschlag ausfällt. Bei interpolierten Extrasystolen geht der Normalrhythmus völlig unverändert weiter.

Was die Ursache der Extrasystolen anbetrifft, so muß hervorgehoben werden, daß Extrasystolen bei sicher organisch gesunden Herzen auftreten können und demnach nicht als Ausdruck einer organischen Herzerkrankung gewertet werden dürfen. Auch das Reizleitungssystem ist völlig gesund. Wir finden eine Neigung zu Extrasystolen bei allgemein nervösen Menschen in weitgehender Abhängigkeit von psychischen Momenten. Je nachdem, in welchem Umfang die Extrasystolen empfunden und von einem psychisch labilen Menschen bewertet werden, entsteht ein *Circulus vitiosus*, der die Extrasystolie unterhalten und verstärken kann. Sicher ist, daß erhöhter Tonus der extrakardialen Nerven eine Heterotopie auslösen kann. Allerdings kennen wir solche Ereignisse sowohl bei erhöhtem Vagus- als auch Sympathicustonus. Dabei scheint die Beziehung zum Vagus die häufigere zu sein. Auch vom Vagus aus können Extrasystolen aus-

gelöst werden. Gegen die praktisch wichtige Tatsache, daß man aus dem Auftreten von Extrasystolen nicht auf eine organische Herzerkrankung schließen darf, spricht in keiner Weise, daß Extrasystolen auch bei organischen Herzerkrankungen auftreten und durch toxische Einwirkungen hervorgerufen werden können. Praktisch wichtig ist in dieser Hinsicht das Auftreten einer Extrasystolie nach Digitalismedikation, häufig in Form einer Bigeminie durch gekoppelte Extrasystolen. Diese Erscheinung hat als Zeichen einer Digitalis-Überdosierung zu gelten.

Die funktionelle Bedeutung der Extrasystolen richtet sich nach der Häufigkeit ihres Auftretens. Je früher eine Extrasystole nach dem Normalschlag einsetzt, desto ungenügender wird das Schlagvolumen und der Leistungseffekt des noch mangelhaft gefüllten Ventrikels sein. Manchen Extrasystolen entspricht überhaupt keine Pulswelle (frustrane Kontraktion). Bei Vorhofspfröpfung durch atrioventrikuläre Extrasystolen kommt es darüber hinaus zu einem Zurückströmen des Vorhofsbldutes in das Venensystem, da eine Entleerung in der anderen Richtung durch die gleichzeitige Kammerkontraktion verhindert wird. Vom Standpunkt der Aufgabe des Herzens, die Blutversorgung der Peripherie zu garantieren, bedeutet demnach die Extrasystole einen mehr oder weniger nutzlosen Verbrauch von Energie. Handelt es sich um nur gelegentlich auftretende Ereignisse, so ist dies sowohl für den Kreislauf als auch für das Herz gänzlich bedeutungslos, zumal das Schlagvolumen bei der auf die kompensatorische Pause folgenden Normalkontraktion entsprechend größer ist. Treten Extrasystolen sehr gehäuft auf, so kann es einerseits zu peripheren Kreislaufstörungen durch ungenügende Durchblutung kommen, andererseits besteht in diesen seltenen Fällen auch die Gefahr einer muskulären Herzinsuffizienz. In dem Maße, als bei der Extrasystole Energie verbraucht wird, ohne daß sie dem Kreislauf zugute kommt, ist das Herz mit Mehrarbeit belastet, wenn es trotz der Extrasystolen den Bedürfnissen des Kreislaufs genügen soll. Im ganzen gesehen, nimmt aber die Extrasystolie kaum jemals solche Grade an, daß sie für das Herz kritisch wird, so daß sie praktisch auch als funktionell harmlose Störung zu gelten hat. Daß sie bei einem kranken Herzen mit an sich verminderter Reservekraft vorsichtiger bewertet werden muß, ergibt sich von selbst, wobei, wie betont, die Krankheit des Herzens aus der Extrasystolie allein nicht geschlossen werden darf.

Im Gegensatz zu den Extrasystolen handelt es sich bei eigentlichen Reizleitungsstörungen um echte, im Gebiet des Reizleitungssystems lokalisierte organische Veränderungen. Die Entstehungsursachen der Veränderungen decken sich mit denjenigen, wie wir sie bei den Myokarderkrankungen bereits beschrieben haben. Es handelt sich nur um eine besondere Lokalisation entzündlicher oder degenerativer Prozesse. Selten sind Reizleitungsstörungen Ausdruck vorübergehend gestörter Herzdurchblutung ohne gleichzeitige anatomische Herzläsion, doch kommen derartige Ereignisse vor. Vergessen wir nie, daß ein Elektrokardiogramm immer nur einen Funktionszustand anzeigt, welcher Ausdruck eines anatomisch faßbaren Schadens sein kann, aber nicht zu sein braucht. Die Erkrankungen des Reizleitungssystems äußern sich darin, daß die Reizleitung erschwert und verlängert ist, was sich bis zu einer vorübergehenden oder dauernden Unterbrechung der Leitfähigkeit steigern kann. **Extrakardiale oder toxische Einflüsse** sind insofern von Bedeutung, als durch sie Reizleitungsstörungen manifest werden können. Wir wiesen früher auf die negativ dromotrope Wirkung des Vagus und auf die teils über den Vagus, teils direkt zustande kommende Hemmung der Reizübertragung durch Digitaliskörper hin. So erscheint es verständlich, daß bei verstärktem Vagustonus und unter Digitaliswirkung eine latent vorhandene, verminderte Leitfähigkeit manifest werden kann. Der Einfluß des gesunden Vagus geht aber nicht soweit, daß

die Leitfähigkeit eines gesunden Reizleitungssystems unterbrochen werden könnte. Auch bei einer unter Digitalis auftretenden Leitungsunterbrechung nehmen wir ein bereits vorher organisch geschädigtes Reizleitungssystem an, zumindest bei den Digitalisdosen, die klinisch Verwendung finden. Die Kenntnis der geschilderten Vagus- und Digitaliswirkung ist für die Behandlung Herzkranker, bei denen Reizleitungsstörungen vorliegen, von größter Wichtigkeit. Die leitungs-hemmende Wirkung der Digitalis kann durch Ausschaltung des Vagus mehr oder weniger vollständig aufgehoben werden.

**Blockierung und Automatie.** Erkrankt das Reizleitungssystem, so können Rhythmusstörungen verschiedenster Art entstehen. Nehmen wir das Prinzipielle voraus, so bedeutet verminderte Leitfähigkeit eine Verlängerung der Überleitungszeit und damit Wachsen des Intervalls zwischen Vorhofs- und Ventrikelkontraktion. Ist die Störung hochgradiger, so findet eine Überleitung nur zeitweise statt, wir sprechen von partieller Blockierung. Nur ein Teil der übergeordneten Reize erreicht überhaupt die unterhalb der Läsionsstelle gelegenen Herzabschnitte, dementsprechend fallen eine Anzahl von Kontraktionen aus. Bei totaler Blockierung bekommen die unterhalb der Unterbrechungsstelle gelegenen Herzteile überhaupt keine übergeordneten Reize mehr zugeleitet. Bleibt aber längere Zeit ein übergeordneter Reiz aus, so erwacht mehr oder weniger rasch in der Kammer die Fähigkeit selbsttätiger Reizbildung, die Kammerautomatie. Je nach dem Ausmaß der Störung, ihrer Lokalisation und der Fähigkeit der Automatie untergeordneter Reizbildungszentren ergeben sich eine ganze Reihe charakteristischer Rhythmusstörungen als Ausdruck eines erkrankten Reizleitungssystems, die auch in funktioneller Hinsicht sehr verschieden zu bewerten sind.

**Totaler Block.** Am einfachsten liegen die Verhältnisse beim totalen Vorhof-Kammerblock. Hierbei handelt es sich um eine vollständige Unterbrechung des Reizleitungssystems an der Vorhofkammergrenze. Die Kammer, losgelöst von dem übergeordneten Reizbildungszentrum, schlägt nach ihrem eigenen regelmäßigen Rhythmus, den sie sich selbst gegeben hat. Was die Kammerautomatie aber kennzeichnet, ist die Tatsache, daß ein automatischer Kammerrhythmus immer sehr langsam ist. Die aufgebrachte Frequenz geht über 40 nicht hinaus, liegt aber meist wesentlich tiefer zwischen 20 und 30. Die Feststellung einer so niedrigen, regelmäßigen Pulsfrequenz gestattet unmittelbar die Diagnose eines totalen Herzblockes. Die Vorhöfe werden wie üblich vom Sinusknoten erregt und schlagen in normalem Rhythmus. Im Elektrokardiogramm sieht man den raschen, regelmäßigen Vorhofsrythmus neben dem langsamen, automatischen Kammerrhythmus, ohne daß die beiden irgendeine Beziehung zueinander hätten. Die ungünstige Rückwirkung auf den Kreislauf ist ohne weiteres klar. Einmal fehlt grundsätzlich die Zusammenordnung von Vorhofs- und Ventrikeltätigkeit, was zu einer dauernd wechselnden Füllung, Überdehnung und muskulären Insuffizienz des Ventrikels, zwangsweise auch zu einer gelegentlichen Vorhofs-pfropfung führen muß, wenn Vorhofs- und Ventrikelsystole zufällig zusammenfallen. Andererseits kann bei der niedrigen Ventrikelfrequenz auch bei großem Schlagvolumen die in der Zeiteinheit ausgeworfene Blutmenge über einen gewissen, gegen die Norm stark erniedrigten Betrag nicht gesteigert werden, eine die Aufrechterhaltung des Kreislaufs gefährdende Tatsache.

**Partieller Block.** Wesentlich komplizierter liegen die Verhältnisse, wenn die Leitfähigkeit verschlechtert und nur zeitweise aufgehoben ist. Nehmen wir wiederum die Störung an der Vorhof-Kammergrenze an, so sehen wir in solchen Fällen zunächst, daß die Überleitungszeit verlängert wird, das Vorhof-Kammerintervall größer wird. (Normale Überleitungszeit etwa 0,1 Sek., Überleitungszeiten von mehr als 0,2 Sek. sind sicher pathologisch.) In einer Reihe von

Fällen ist es möglich, die zunehmende Ermüdung direkt nachzuweisen. Von Herzschlag zu Herzschlag nimmt das Vorhof-Kammerintervall etwas zu, bis schließlich das Bündel so stark ermüdet, daß der Reiz überhaupt nicht mehr durchkommt und eine Kammerkontraktion ausfällt. Bei Eintreffen des nächsten übergeordneten Reizes hat sich das Bündel soweit erholt, daß es zunächst relativ gut leitet, dann wird die Leitfähigkeit wieder zunehmend schlechter, bis wieder ein Ventrikelschlag ausfällt. Dieser Vorgang wiederholt sich immer wieder, wodurch regelmäßige Periodenbildungen zustande kommen. Diese eigenartigen Formen werden als **Wenckebachsche Perioden** bezeichnet. Sie sind also neben der genannten, von Schlag zu Schlag zunehmenden Verlängerung der Überleitungszeit durch die partielle Blockierung des Bündels ausgezeichnet und zwar in der Form, daß regelmäßig jede dritte, vierte usw. Ventrikelsystole ausfällt und sich durch die dabei eintretende Erholung des Bündels die Leitfähigkeit für eine gewisse Anzahl von Herzrevolutionen wiederherstellt. Nicht immer ist die Abnahme der Leitfähigkeit an der zunehmenden Verlängerung der Überleitungszeit unmittelbar nachzuweisen, sondern die Tatsache der gestörten Leitfähigkeit kommt nur in der zeitweisen Blockierung des Bündels zum Ausdruck. Je nach dem Sitz der Störung wird der Effekt am Herzen verschieden sein müssen. Liegt die Blockierung zwischen Sinus- und Vorhofgebiet (**partieller Sinus-Vorhofblock**), so wird der Effekt ein vollständiger Ausfall einer ganzen Herzrevolution sein. Sinus-Vorhofblockierungen sind sehr selten. Ist die Verbindung zwischen Vorhof und Ventrikel unterbrochen (**partieller Vorhof-Kammerblock**), so wird die Vorhofsaktion durch die Störung nicht berührt, sondern es fallen lediglich einige Kammerschläge aus. Am Puls wird dies darin zum Ausdruck kommen, daß bei erhaltenem Grundrhythmus eine entsprechende Anzahl von Pulswellen ausfällt. Eine Verwechslung mit einer frustranen, extrasystolischen Herzkontraktion ist durch gleichzeitige Beobachtung der Herztätigkeit leicht zu vermeiden. Grundsätzlich führt also die partielle Bündelblockierung zu einer Verminderung der Herzfrequenz. Die **Blockierung** kann in willkürlichen Abständen erfolgen. Häufiger erfolgen die Kontraktionsausfälle **periodisch**, indem jeder zweite, dritte usw. Schlag ausfällt, seltener so, daß auf drei durchgeleitete Impulse zwei aufeinanderfolgende Blockierungen immer wiederkehren. Fällt beim sog. 2:1-Block jeder zweite Schlag aus, so resultiert ein regelmäßiger Grundrhythmus mit halbiertes Frequenz. Bei regelmäßiger Blockierung jedes dritten Schläges entsteht ein Pulsus bigeminus, der mit der bereits beschriebenen Bigeminie durch gekoppelte Extrasystolen innerlich nichts zu tun hat. Im Gegensatz zu der extrasystolischen Bigeminie ist bei derjenigen des 3:1-Blockes die Frequenz um ein Drittel vermindert. Analog entsteht beim 4:1-Block eine Trigeminus mit Herabsetzung der Frequenz um ein Viertel, bei selteneren regelmäßigen Blockierungen entsprechend längere Perioden mit entsprechend geringerer Verminderung der Frequenz. Daß die Frequenzverminderung beim Sinus-Vorhofblock alle Herzabschnitte, beim atrioventrikulären Block nur die Kammern betrifft, ergibt sich von selbst. Liegt die Störung noch tiefer im Bereich der Verzweigungen des Hischen Bündels, so kann die Reizleitung nur im Gebiete einer Kammer unterbrochen werden. Dabei kommt es nicht zu einem Kammer-systolenausfall, sondern die Erregung der Kammer mit dem lädierten Schenkel erfolgt mit einer gewissen Verspätung von der anderen Seite aus. Ein solcher **Schenkelblock** ist nur elektrokardiographisch nachweisbar, während er funktionell nicht in Erscheinung tritt. Die Verhältnisse des partiellen Herzblockes sind aber mit der Tatsache entsprechender Kontraktionsausfälle nicht erschöpft. Wir haben uns auch beim partiellen Herzblock der Tatsache zu erinnern, daß bei fehlendem übergeordnetem Reiz die **Automatie untergeordneter Zentren** erwachen kann und bei länger dauernder Blockierung auch erwachen muß, da



sonst wegen der Unterbrechung des Kreislaufs der Exitus letalis eintritt. Zum einfacheren Verständnis seien die Verhältnisse für einen partiellen Atrioventrikulärblock beschrieben. Ist die Überleitung nur für kurze Zeit aufgehoben, etwa so, daß eine, höchstens 2 Ventrikelsystolen ausfallen, so kommt es in der Regel noch nicht zur Kammerautomatie, da die Kammer schon sehr bald wieder einen übergeordneten Reiz bekommt. Dieser Zustand wäre also der beschriebene, reine partielle Block. Dauert jedoch die Blockierung länger, so muß die Kammerautomatie einsetzen. Geschieht dies nicht rechtzeitig, so kommt es zu einem schweren, unmittelbar lebensgefährlichen Zustandsbild, welches als **Adams-Stokesscher Symptomenkomplex** bezeichnet wird. Durch den Ventrikelstillstand wird die Zirkulation unterbrochen, unter plötzlichem Verlust des Bewußtseins kommt es zu schweren cerebralen Reizerscheinungen, speziell zu Krämpfen neben sonstigen Erscheinungen aufgehobener Blutzirkulation. Erwacht bei längerer Blockierung die Kammerautomatie nicht rechtzeitig, spätestens nach etwa 3 Minuten, so tritt unmittelbar der Tod ein. Kommt es jedoch zu einer Kammerautomatie, so geht der vorher partielle Block in einen Zustand über, der einer totalen Blockierung entspräche. Vorhöfe und Kammern schlagen unabhängig voneinander in ihrem eigenen regelmäßigen Rhythmus. Erholt sich das Bündel mit der Zeit soweit, daß es wieder leitfähig wird, so kann es sein, daß ein durchgeleiteter Reiz die Kammer in einem Moment erreicht, wo sie sich nicht im Stadium ihrer refraktären Phase befindet. Dann fängt der Vorhof die Kammer wieder ein, und die Kammerautomatie hört auf. Der Sinusknoten bleibt solange Schrittmacher auch für die Kammer, als die Leitfähigkeit des Bündels das Durchgehen der Reize zuläßt. Ermüdet das Bündel wieder, so kommt es zur partiellen Blockierung und bei längerer Unterbrechung der Reizleitung schließlich wieder zur Kammerautomatie, bis der Vorhof den Ventrikel wieder einfängt. Ein solcher Zustand, bei dem die reizerzeugende Stelle durch zeitweises Hervortreten untergeordneter Zentren dauernd wechselt, wird als **Interferenzdissoziation** bezeichnet. Solche Verhältnisse sind nur elektrokardiographisch einwandfrei deutbar, da das Verhalten des Pulses dauernd wechselt. Unter **Knotenrhythmus** verstehen wir ein seltenes Ereignis, bei welchem die Erregung von den obersten Abschnitten des Atrioventrikulärknotens auf Vorhof und Ventrikel ausgeht. Die Störung ist auf dem Elektrokardiogramm daran zu erkennen, daß der Vorhof dem Ventrikel so kurz vorausgeht, daß eine Überleitung nicht stattgefunden haben kann. (Abstand Vorhofsacke-Ventrikelkomplex weniger als 0,06 Sek.) Die Störung ist mit dem Leben nur vereinbar, wenn noch ein gewisser zeitlicher Abstand zwischen Vorhof- und Kammertätigkeit besteht. Hinsichtlich seiner Frequenz liegt der Knotenrhythmus etwa zwischen dem normalen Sinusrhythmus und dem abnorm langsamen Kammerrhythmus.

Die funktionelle Bedeutung der Reizleitungsstörungen wird dadurch bestimmt, in welchem Maße die Blutversorgung des Kreislaufes dabei notleidet, und in wie weit von dem Herzen Energie nutzlos verbraucht wird, da ja die Herzkontraktionen unabhängig von dem jeweiligen Füllungsstand des Herzens erfolgen. In dem Maße, als das Herz ohne entsprechenden Effekt für den Kreislauf Arbeit leistet, wird es durch Mehrarbeit die Bedürfnisse des Kreislaufes zu befriedigen suchen müssen. Es kommt hinzu, daß es sich bei Herzen mit organisch geschädigtem Reizleitungssystem häufig um solche handelt, bei denen sich analoge krankhafte Veränderungen auch außerhalb des Bündels in der Herzmuskulatur finden, also eine weitere Komplikation hinsichtlich der Aussicht einer genügenden Herzfunktion. Auf die besondere Bedeutung des **ADAMS-STOKESSCHEN** Symptomenkomplexes und seine Gefahren wurde bereits hingewiesen. Beim totalen Vorhofkammerblock und dem Knotenrhythmus besteht weiterhin die Gefahr einer mehr oder weniger ausgesprochenen Vorhofspfröpfung.

Eine letzte besondere Form von Rhythmusstörungen stellt die **absolute Arrhythmie** dar, früher auch als perpetuelle Arrhythmie bezeichnet. Die Kammern schlagen in völlig unregelmäßigem Rhythmus, der Puls ist demnach nicht nur unregelmäßig, sondern auch ungleich. Dabei kann die Kammerfrequenz rasch oder langsam sein, bei der raschen Form der absoluten Arrhythmie sind in der Regel eine Reihe von Ventrikelkontraktionen frustran. Bei der langsamen Form der absoluten Arrhythmie sind die Kammerintervalle oft so wenig verschieden, daß bei oberflächlicher Betrachtung der Eindruck eines regelmäßigen Pulses besteht. Hinsichtlich ihres Wesens unterscheidet sich die absolute Arrhythmie insofern von den eben beschriebenen Reizleitungsstörungen, als die Ursache nicht in einer Störung im Reizleitungssystem zu suchen ist. Vielmehr liegt sie im Flattern oder Flimmern der Vorhöfe. Darunter verstehen wir eine frequente, unkoordinierte Bewegung der Vorhofsmuskulatur, die sonst gleichzeitige Kontraktion der einzelnen Muskelbündel erscheint in eine große Zahl von unvollständigen und zu beliebigen Zeiten auftretenden Kontraktionen einzelner Muskelbündel aufgeteilt. Daher macht der Vorhof einen wogenden, flatternden oder flimmernden Eindruck, je nach der Frequenz dieser unvollständigen Vorhofskontraktionen. Bei Frequenzen (Teilkontraktionen einzelner Muskelbündel) bis zu etwa 400 spricht man von Flattern, bei höheren von Flimmern, wobei Frequenzen bis zu 3000 pro Minute erreicht werden. Entsprechend dieser eigenartigen Vorhofstätigkeit werden massenhaft Erregungen nach dem Kammergebiet weitergegeben. In der Mehrzahl werden sie unterschwellig sein, nur ein Teil wird zur Auslösung einer Kammerkontraktion ausreichen, sofern sich die Kammer nicht gerade im Refraktärstadium befindet. So erklärt sich die völlige Unregelmäßigkeit der Kammerkontraktionen bei normaler Leitfähigkeit des Bündels.

**Ursache des Vorhofsflatterns und -flimmerns.** Welches letzten Endes die Ursache des Vorhofsflatterns ist, ist uns nicht bekannt. Es gibt keine bestimmte organische Veränderung des Herzens, die als Ursache eines Vorhofsflatterns angeschuldigt werden könnte. Wir wissen, daß eine absolute Arrhythmie relativ häufig bei Basedow und Mitralstenosen vorkommt, ohne daß es sich aber hierbei etwa um ein gesetzmäßiges Zusammentreffen handelte. In einer Reihe von Fällen absoluter Arrhythmie handelt es sich um Herzen mit erkrankter Muskulatur, etwa um eine Myodegeneratio cordis, andererseits kommt es in einer großen Zahl gleichgelagerter Fälle nicht zum Flattern oder Flimmern und in anderen Fällen schwerer absoluter Arrhythmie wird der Herzmuskel völlig normal gefunden. Daß es sich bei der absoluten Arrhythmie nicht um eine an ein bestimmtes anatomisches Substrat gebundene Störung handelt, geht auch daraus hervor, daß eine absolute Arrhythmie auch **paroxysmal** auftritt, nach längerem Bestehen definitiv verschwinden kann, und daß wir in dem Chinidin ein Mittel besitzen, die Störung für mehr oder weniger lange Zeit zum Verschwinden zu bringen. Wir wollen es uns versagen, auf die verschiedenen Theorien einzugehen, da gegen jede noch wesentliche Einwände zu machen sind und die letzte Ursache des Flatterns nach dem heutigen Stande unseres Wissens noch nicht als geklärt gelten kann. Die Überdehnung der Vorhöfe scheint von Bedeutung zu sein. Das Mittel, eine Flimmerarrhythmie künstlich zu erzeugen, ist der elektrische Strom. So spielt auch die Flimmerarrhythmie als Folge einer Starkstromschädigung eine praktisch bedeutsame Rolle. Hinsichtlich ihrer Wirkung auf den Kreislauf muß sie immer als ernste Störung angesehen werden. Bei der unkoordinierten Tätigkeit der einzelnen Muskelbündel bleibt ein mechanischer Kontraktionseffekt aus. Betrifft die Störung die Vorhöfe, so fallen diese Herzabschnitte als aktiv tätige Gebilde mehr oder weniger vollständig aus, sie fungieren lediglich als Verlängerung der blutzuführenden Venen. Die Herzarbeit wird nur von den Kammern

geleistet, wobei ihr Arbeitseffekt einerseits durch ihre, der Arrhythmie entsprechende, dauernd wechselnde, häufig ungenügende Füllung wesentlich verschlechtert ist, andererseits muß im Interesse der Aufrechterhaltung des Kreislaufs die nutzlos aufgebrachte Energie durch Mehrarbeit kompensiert werden. Grundsätzlich sind die Arbeitsbedingungen der Kammern wesentlich erschwert und die Leistungsfähigkeit gegen die Norm erheblich herabgesetzt. Aus der Tatsache, daß Vorhofsflimmern einen Kontraktionseffekt der Atrien aufhebt, verstehen wir das häufige Verschwinden des typischen Mitralstenosengeräusches, wenn dieser Klappenfehler durch eine absolute Arrhythmie kompliziert wird. **Kammerflimmern**, wie es beispielsweise bei Starkstromschädigungen auftritt, bedeutet den fast unmittelbaren Tod, da im gleichen Moment die Blutzufuhr zur Peripherie unterbrochen ist.

**Überbeanspruchung des Herzens durch extrakardiale Momente.** Außer durch die geschilderten krankhaften Vorgänge, die sich in verschiedenster Form im Herzen selbst abspielten, kann aber die Leistungsfähigkeit des Herzens bzw. einzelner Herzabschnitte in mehr oder weniger hohem Grade auch durch Faktoren in Mitleidenschaft gezogen werden, die außerhalb des Herzens liegen. Bei der Besprechung der Beziehungen von Fettsucht zu Herz wiesen wir bereits einmal auf die Bedeutung solcher Momente hin. Reichlicher Fettgehalt des Bauches bedingt Zwerchfellhochstand, dabei Hochdrängung und Querlagerung des Herzens. Auch im Gebiet des Mediastinums und Perikards können Fettmassen abgelagert werden. Die durch die genannten Erscheinungen bedingte Raumknappheit ist geeignet, die Herzarbeit rein mechanisch zu erschweren, ein Moment, welches unter anderem zu der muskulären Herzinsuffizienz der Fettleibigen mit beitragen kann. Verziehungen oder Verdrängungen des Herzens werden in erster Linie zu Abknickungen der großen Venen und damit zu dem Bilde der Einflußstauung führen, wenn auch die Herzarbeit als solche unter diesen Umständen ebenfalls erschwert sein kann. Eine maßgebende, mechanische Beeinträchtigung der Herzarbeit tritt in der Regel erst ein, wenn das Perikard krankhaft verändert ist. Hier handelt es sich allerdings um sehr gefährliche Krankheitserscheinungen. Perikardergüsse, die auf der Basis einer Entzündung oder Stauung entstehen können, wie auch große Blutungen in den Herzbeutel hinein behindern die Arbeit des Herzens ganz außerordentlich, speziell vermögen die Vorhöfe dem Druck des Ergusses alsbald keinen Widerstand mehr zu leisten. Mit entsprechend seiner Zunahme steigendem Druck kommt es zu dem unmittelbar tödlichen Ereignis der **Herztamponade**, da der Herzbeutel größeren Ergüssen nicht den notwendigen Raum geben kann. In ähnlicher Weise wirkt sich auch die Verwachsung der Herzbeutelblätter (**Concretio pericardii**), wie sie als Folge einer Perikarditis auftritt, ungünstig auf die Arbeit des Herzens aus, zumal es mit der Ausheilung der Entzündung zu narbiger Schrumpfung und mitunter zu vollständiger Verkalkung des Herzbeutels kommt. Auf diese Weise wird das Herz völlig eingemauert und in seiner Exkursionsfähigkeit ganz außerordentlich beeinträchtigt. In erster Linie sind es wieder die Vorhöfe, deren Funktion in Mitleidenschaft gezogen ist. Hinzukommt, daß die Muskulatur in vielen Fällen entzündlich miterkrankt war und bei der Ausheilung der Entzündung durch funktionell ungeeignetes, schrumpfendes Bindegewebe ersetzt worden ist. Das infolge einer **Concretio pericardii** muskulär insuffiziente Herz unterscheidet sich klinisch von allen anderen Formen muskulärer Herzinsuffizienz dadurch, daß es nicht dilatieren kann. Da es fest eingemauert ist und eine Perikarditis darüber hinaus unter narbiger Schrumpfung ausheilt, wird ein solches, muskelinsuffizientes Herz eher zu klein erscheinen. Das auffallende Mißverhältnis zwischen dem klinischen Bild einer schweren Herzinsuffizienz mit ausgesprochener Stauung, besonders im Gebiet der Leber, und einem nicht dilatierten,

sondern eher zu kleinem Herzen ist der wichtigste Hinweis für die richtige Deutung der vorliegenden Störung. Aufklärung bringt die Anfertigung einer kymographischen Aufnahme.

Bei den geschilderten Ereignissen handelte es sich um krankhafte Vorgänge, die sich in der unmittelbaren Nähe des Herzens abspielten und dadurch die Arbeit des ganzen Herzens rein mechanisch beeinträchtigten. Daneben kennen wir aber auch Vorgänge, die wesentlich weiter vom Herzen abliegen und zu einer Mehrbelastung und Mehrarbeit des Herzens Veranlassung geben. Die Mehrbelastung betrifft in diesen Fällen primär nur einen Herzabschnitt, nämlich den linken oder rechten Ventrikel, je nachdem ob sich der Vorgang, der die Mehrarbeit verlangt, im großen oder kleinen Kreislauf abspielt. Allen diesen peripheren Vorgängen ist gemeinsam, daß sie der Kammerentleerung einen vermehrten Widerstand entgegensetzen. Deshalb kommt es auch über eine Vermehrung des Restblutes zu einem Spannungszuwachs und damit zu einer kompensatorischen Hypertrophie der entsprechenden Kammer. Eine Mehrbelastung des linken Ventrikels liegt bei der **Blutdrucksteigerung** vor, auf deren verschiedene Formen und Ursachen wir noch eingehend zu sprechen kommen werden. So gehört auch zum Bilde des Hypertonus eine Hypertrophie des linken Ventrikels, sofern das Herz noch in der Lage war, eine solche aufzubringen. Vermehrung der Widerstände im kleinen Kreislauf führt zur isolierten Mehrbelastung des rechten Ventrikels und zur kompensatorischen Hypertrophie dieses Herzabschnittes. Zahlreiche **Erkrankungen der Lunge und Pleura** führen zu einer Drucksteigerung im Lungenkreislauf, teils durch Erschwerung der Strömung, teils durch Verkleinerung der Strombahn als Folge ausgedehnter Gefäßverödungen. Jede stärkere Thoraxdeformität wirkt in der genannten Richtung ungünstig, so daß das Schicksal dieser Menschen nicht nur von der verfügbaren respiratorischen Fläche, sondern ganz wesentlich von der Leistungsfähigkeit der kompensatorisch hypertrophierenden rechten Herzkammer abhängt. Als seltene Ursache einer Widerstandsvermehrung im kleinen Kreislauf kommt eine allgemeine **Sklerose der Pulmonalarterien** in Betracht. Wie wir noch bei der Besprechung der Hypertonie auszuführen haben werden, kann eine Sklerose nur dann zu einer Widerstandsvermehrung und Drucksteigerung führen, wenn das gesamte Stromgebiet, im vorliegenden Falle also die Pulmonalis bis in ihre kleinsten Verzweigungen, von dem sklerotischen Prozeß betroffen ist. Schließlich wäre noch als Ursache einer Drucksteigerung im kleinen Kreislauf die Stauungsblutüberfüllung bei Insuffizienz des linken Herzens zu nennen. Hierfür können die Mitralfehler als Schulbeispiel gelten, bei denen wir auf die Lungenstauung als führendes Krankheitssymptom bereits hinwiesen.

**Herzinsuffizienz.** Jeder Vorgang, der zu einer laufenden Mehrbelastung des Herzens führt, mag er in einem krankhaften Zustand des Herzens selbst begründet liegen oder von außen auf das Herz wirken, bedeutet in gleichem Maße eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen wie eine organische Erkrankung des Herzmuskels selbst. Wenn auch ein solches Herz bestrebt ist, durch kompensatorische Maßnahmen, speziell durch die Aufbringung einer Hypertrophie, die besonders bei jungen Menschen bewundernswert hohe Grade erreichen kann, die vorliegende Betriebsstörung auszugleichen, und wenn ein solches Herz auch auf diese Weise oft einen erheblichen Ausgleich erreicht, so steht es doch hinsichtlich seiner Leistungsfähigkeit, die der Kreislauf von ihm verlangt, grundsätzlich hinter einem gesunden zurück. Hierin liegt auch die Gefahr seines Versagens, der Herzinsuffizienz. Die Tatsache, daß unter den verschiedenen Bedingungen die einzelnen Herzabschnitte in verschiedenem Maße in Mitleidenschaft gezogen sind, bringt es mit sich, daß das Herz zunächst auch in einzelnen Abschnitten versagen kann, so daß sich je nach den besonderen dynamischen

Verhältnissen des Einzelfalls das Bild einer Herzinsuffizienz hinsichtlich der Ausbildung der einzelnen Insuffizienzzeichen verschieden ausdrücken kann. Hiervon wird später noch zu sprechen sein. Zunächst haben wir den klinischen Begriff der Herzinsuffizienz festzulegen. Nicht jede organische Herzkrankheit bedeutet Herzinsuffizienz, sie kann jedoch zur Herzinsuffizienz führen. Wenn wir das gesunde Herz als ein Organ definiert haben, welches durch seine Reservekraft in der Lage ist, praktisch jeder gestellten Anforderung zu genügen, so wäre das kranke Herz ein solches, welches mit einer mehr oder weniger stark herabgesetzten Akkommodationsbreite arbeitet und dessen Leistungsmaximum dementsprechend vermindert ist. Solange die an ein Herz gestellten Anforderungen sein spezielles Leistungsmaximum nicht übersteigen, befindet sich beispielsweise ein Klappenfehlerherz im Stadium der **Kompensation**. Es leistet die von ihm verlangte Arbeit und kann sie auch leisten. Überschreitet aber die verlangte Arbeit das Leistungsmaximum, so versagt das Herz, der Herzklappenfehler befindet sich im Stadium der **Dekompensation**, was klinisch in dem Auftreten der Zeichen einer Herzinsuffizienz zum Ausdruck kommt. Entsprechend der Hochgradigkeit der vorliegenden Störung gibt es alle Übergänge von einem Herzen, bei dem etwa der Klappenfehler, um bei diesem Beispiel zu bleiben, so gering oder weitgehend kompensiert ist, daß die verbliebene Reservekraft ausreicht, um selbst großen körperlichen Anforderungen zu genügen, bis zu jenen Fällen, bei denen der Ventildefekt trotz des Versuches einer kompensierenden Hypertrophie so hochgradig und dynamisch ungünstig ist, daß bei völligem Fehlen jeglicher Reservekraft die für die Kreislauffunktion zur Verfügung stehende Muskelkraft des Herzens selbst unter den Bedingungen körperlicher Ruhe ungenügend ist und dementsprechend das klinische Bild einer Herzinsuffizienz als Dauerzustand besteht. Eine Herzinsuffizienz tritt also in dem Moment auf, in welchem es zu einem Mißverhältnis zwischen geforderter Herzleistung und verbliebenem Leistungsmaximum kommt. So werden auch die ersten Zeichen einer Herzinsuffizienz dann auftreten und subjektiv oder objektiv zum Ausdruck kommen, wenn das Mißverhältnis zwischen geforderter und noch möglicher Leistung eintritt, nämlich bei der körperlichen Arbeit. Die muskuläre Leistungsfähigkeit des Herzkranken bleibt immer ausgesprochener hinter der eines Gesunden zurück. Das Schlagvolumen kann nicht entsprechend erhöht werden, wird bei weiterer Abnahme der Herzmuskelkraft absolut vermindert, trotz kompensatorischer Frequenzsteigerung wird auch das Minutenvolumen zu klein. Bei der ungenügenden Herzkontraktion bleibt ein vermehrtes Restblut zurück, das Herz dilatiert als Zeichen seiner Insuffizienz, wobei diese systolische und diastolische Stauungsdilatation als Vergrößerung des Herzens nachweisbar ist. Die Folge der Unfähigkeit des Herzens, ausreichende Schlag- und Minutenvolumina auszuwerfen, ist eine ungenügende arterielle Blutversorgung bei verlangsamtem Blutstrom, die Durchblutungsgröße des arteriellen Stromgebietes ist verkleinert, jedoch kommt es durch Anpassung des Gefäßsystems an seinen verkleinerten Inhalt in der Regel nicht zu einem merklichen Sinken des arteriellen **Blutdrucks**. Die Blutdruckhöhe ist also kein Maßstab für die Beurteilung der Herzleistung. Im Venengebiet staut sich hingegen das Blut, der Blutgehalt in den venösen Kreislaufgebieten ist vermehrt, der **Venendruck** erheblich gesteigert. Darüber hinaus führt kardiale Dekompensation zu einer Steigerung der **zirkulierenden Blutmenge**. In einem Sinken der strömenden Blutmenge bei Herzinsuffizienz durch Aufnahme größerer Blutmengen in die Blutspeicher glaubte man den Versuch einer Entlastung des überfüllten Venengebietes sehen zu können. Dieser Vorgang muß jedoch als Hinweis auf ein komplizierendes Versagen der peripheren Kreislauforgane gelten, er bedeutet ernste Kollapsgefahr. Diese besteht vor allem bei Belastung durch Arbeit, schon bei längerem Stehen,

da die Möglichkeit einer Vermehrung der zirkulierenden Blutmenge durch Entspeicherung nicht mehr in dem notwendigen Umfang besteht.

Das klinische Zustandsbild der Herzinsuffizienz ist ein höchst kompliziertes, nicht nur, daß die mangelhafte arterielle Blutversorgung zu einem Darben aller Gewebe und Verminderung ihrer Leistungsfähigkeit führt, der gestörte Zellstoffwechsel bringt weitere Komplikationen. Daneben wird aber auch die Funktion der Organe durch die venöse Stauung in mehr oder weniger hohem Grade beeinträchtigt. Wir müssen die Veränderungen und Funktionsstörungen, die sich in der Folge einer Herzinsuffizienz einstellen, im einzelnen besprechen. Die Verkleinerung der Durchblutungsgröße führt zwangsläufig zu einer ungenügenden Sauerstoffversorgung der Gewebe, obwohl infolge der verlangsamten Zirkulation und des erniedrigten Sauerstoffdruckes im Gewebe der Sauerstoffgehalt des Arterienblutes in höherem Maße ausgenutzt werden kann und auch stärker ausgenutzt wird. Auf diese Weise kommt ein verändertes Mischungsverhältnis zwischen Oxyhämoglobin und Hämoglobin zugunsten des letzteren zustande. Nicht die venöse Stauung, sondern dieser vermehrte Gehalt des Blutes an reduziertem Blutfarbstoff ist die Ursache für die Blausucht, die Cyanose der Herzkranken. Im übrigen wird die Entnahme des Sauerstoffes aus dem Oxyhämoglobin mit Geringerwerden des Gefäßes Blut—Gewebe immer schwieriger und ist deshalb in der zur Verfügung stehenden Zeit in einem gegen die Norm zwar vermehrten, jedoch mitunter nur völlig ungenügenden Maße möglich. Zur Verbesserung der Sauerstoffversorgung müssen daher die Sauerstoffträger im Blut vermehrt werden. So sehen wir bei chronisch Herzkranken eine kompensatorische **Polycythämie** auftreten, was eine Sauerstoffvermehrung in der Blutmengeneinheit bedeutet bei erleichteter Abgabemöglichkeit an die Gewebe, da nun in der Zeiteinheit mehr Sauerstoffträger die Peripherie passieren, ohne daß die Blutmenge zunimmt. Mit der ungenügenden Sauerstoffversorgung der Gewebe und der verlangsamten Blutströmung bei Herzinsuffizienz gehen 2 Vorgänge parallel, die sich ebenfalls für den Organismus ungünstig auswirken. Einmal entsteht als unvollständiges Oxydationsprodukt reichlich Milchsäure, andererseits steigt infolge der verlangsamten Blutströmung analog der ausgiebigeren Reduktion von Oxyhämoglobin der Kohlensäuregehalt des Blutes an. Beide Vorgänge führen zu einer Verschiebung der Blutreaktion nach der sauren Seite, wodurch es zu einer objektiven und subjektiven erheblichen **Dyspnoe** und **Überventilation** kommt. Die Vitalkapazität sinkt, die Zeit des willkürlichen Atemstillstandes ist vermindert. Die Schweratmigkeit der Herzkranken, wie sie zunächst als Arbeitsdyspnoe bei relativ geringen körperlichen Anstrengungen auftritt, bei schwerer Herzinsuffizienz bereits in der Ruhe besteht und den Kranken außerordentlich quält, wird außerdem noch durch eine pulmonale Komponente kompliziert, wie sie in der Folge einer **Stauungslunge** auftreten kann. Chronische Stauungsblutüberfüllung des kleinen Kreislaufes führt häufig in mehr oder weniger ausgedehntem Maße zu einer Schädigung des Lungengewebes, die sich vor allem darin ausdrückt, daß das respiratorische Epithel den Gasaustausch nur noch bei Vorliegen von größeren Spannungsdifferenzen zuläßt. Wir haben diesen Zustand der Lunge bereits kennengelernt, er wird als Pneumonose bezeichnet. In diesen Fällen wird nicht nur eine vollständige Arterialisierung des Blutes erschwert und schließlich unmöglich, sondern auch die im Blute aufgestaute Kohlensäure kann nur abgeraucht werden, wenn die alveolare Kohlensäurespannung durch Überventilation erheblich unter die Norm gesenkt wird. Speziell bei den Mitralfehlern, die ja in erster Linie zu einer Stauung im kleinen Kreislauf führen, stellen sich derartige Gasaustauschstörungen ein. Die Unmöglichkeit vollständiger Arterialisierung des Blutes kommt in der bei diesen Vitiern meist

besonders deutlichen Cyanose zum Ausdruck, auch wenn es durch kompensatorisches Eingreifen des rechten Ventrikels noch nicht zu einer Stauung im großen Kreislauf gekommen ist. Schließlich kann die Atmung auch durch lokale Durchblutungsstörungen im Gebiet des Atemzentrums beeinträchtigt werden. Über diese Gewebsschädigungen hinaus besteht in der Stauungslunge eine ausgesprochene Neigung zu katarrhalischen, durch Sekundärinfektionen komplizierten Erkrankungen der Luftwege in Form der Stauungsbronchitis und -bronchopneumonie. Das Sputum der gestauten Lungen enthält gelegentlich abgestoßene Alveolarepithelien, in denen aus dem Blutfarbstoff entstandene, bräunliche Pigmente enthalten sind, die die Berlinerblaureaktion geben. Man bezeichnet solche Zellen als Herzfehlerzellen. Das gefährlichste Ereignis bei maximaler Stauung im kleinen Kreislauf ist der Austritt von Blutflüssigkeit aus den gestauten Gefäßen in die Alveolen und Bronchien, das Lungenödem, welches eine Belüftung der Lungen alsbald unmöglich macht und zum Erstickungstode führt. Dem Lungenödem geht gelegentlich ein besonders qualvoller, mit hochgradigem Oppressionsgefühl verbundener Zustand anfallsweiser, meist nächtlicher Dyspnöe voraus, der als *Asthma cardiale* bezeichnet wird. Die Ursache wird in einer plötzlich einsetzenden Schwäche des linken Ventrikels gesehen, das Ereignis vor allem bei Aortenfehlern und Hypertonikern (Linksinsuffizienz des Herzens), aber auch bei Coronarkranken beobachtet.

**Leber.** An weiteren Organen, die durch die Stauung in hohem Maße geschädigt werden können, ist die Leber zu nennen. Sie wird durch die in ihr gestauten Blutmassen mächtig vergrößert. Durch die Stauung kommt es alsbald zur Parenchymschädigung, die sich zuerst in dem Auftreten von Urobilin und Urobilinogen im Harn kenntlich macht. Wird die Parenchymschädigung hochgradiger, so tritt auch Ikterus auf. Als weitere Folge chronischer Stauung kommt es zur Stauungsinduration der Leber, schließlich kann auch eine Lebercirrhose mit allen entsprechenden klinischen Folgeerscheinungen auf der Basis einer chronischen Stauungsleber entstehen.

Das Verhalten der Niere wird in erster Linie durch die Tatsache bestimmt, daß die Durchblutungsgröße der Niere mit zunehmender Herzinsuffizienz immer kleiner wird. Speziell bei der Herzwassersucht, auf die gleich noch einzugehen sein wird, bekommt die Niere Flüssigkeit in ungenügendem Maße angeboten. So nimmt die Harnmenge nicht wegen einer Ausscheidungsunfähigkeit, sondern wegen des ungenügenden Flüssigkeitsangebotes an die Niere ab. Der Harn ist hochkonzentriert, um die Ausscheidung der harnpflichtigen Stoffwechselprodukte zu ermöglichen. Eine Ausnahme macht das Kochsalz, dessen Retention im Interesse der Erhaltung der Isotonie in Körperflüssigkeiten mit der des Wassers etwa parallel geht. Dennoch ist die Niere des dekompensierten Herzkranken kein absolut gesundes Organ. Das Auftreten von Eiweiß und Formelementen zeigt, daß das Nierenparenchym durch die ungenügende arterielle Versorgung und durch die Stauung geschädigt wird. Gleichwohl bleibt die Konzentrationsfähigkeit in recht hohem Maße erhalten. Wenn wir sehen, daß es bei schwerer Herzinsuffizienz auch zu einer Retention harnpflichtiger Substanzen im Blute kommt, ähnlich wie bei der Nephritis, ein Zustand, den man auch als *kardiale oder adynamische Urämie* bezeichnet hat, so kommt dies daher, daß die der Niere zur Verfügung gestellte, stark verminderte Flüssigkeitsmenge nicht ausreicht, um selbst bei hoher Konzentration die harnpflichtigen Substanzen vollständig zu eliminieren, zumal durch vermehrten Zelltod in den unzureichend ernährten Geweben Stoffwechselschlacken in erhöhtem Maße anfallen. Ob die reine Stauungsniere in eine echte Stauungsschrumpfniere übergehen kann, die funktionell einer primären oder sekundären Schrumpf-

niere entspricht, erscheint zweifelhaft. Jedenfalls wissen wir, daß sich mit eintretender Kompensation eines Herzens die Erscheinungen der Stauungsniere völlig zurückbilden. Geschieht dies ausnahmsweise einmal nicht, so muß man vermuten, daß eine vorherige, andersartige Nierenerkrankung durch die Erscheinungen einer Stauungsniere überlagert war oder eine echte Nierenerkrankung zu der Stauungsniere hinzugetreten ist.

An den **Verdauungsorganen** kann die Stauung zu Resorptions- und Verdauungsstörungen, Störungen der Peristaltik, Meteorismus, Appetitlosigkeit u. dgl. führen. Die **Milz** schwillt an.

Häufig ist auch das **Zentralnervensystem** in Mitleidenschaft gezogen, wobei die hierher gehörigen Krankheitserscheinungen in erster Linie auf die ungenügende arterielle Blutversorgung zurückzuführen sind. Gefühl der Leere im Kopf, Neigung zu Schwindel und Ohnmachten sind häufige Erscheinungen. Auch in psychischer Hinsicht ändern sich die Herzkranken, werden leicht erregbar, mürrisch, unzufrieden, wobei sich diese Alterationen bis zu Psychosen steigern können. Hinsichtlich der vegetativen Zentren ist auf Atemstörungen hinzuweisen, bei denen unter anderem auch cerebrale Durchblutungsstörungen eine Rolle spielen können, etwa in Form periodischen Atmens oder cerebralen Asthmas.

Mit zunehmender Stauung und entsprechender Drucksteigerung im venösen Gebiet des großen Kreislaufs kommt es schließlich noch zu einem besonderen, prognostisch sehr ernstesten Ereignis, der **Wassersucht**. Für die Entstehung des **kardialen Ödems** sind in erster Linie mechanische Faktoren verantwortlich, worauf wir bereits bei der Besprechung der verschiedenen Ödemformen hinwiesen. Während normalerweise der Gewebsdruck größer ist als der Druck im Capillar- und Venengebiet, ist dies bei kardialer Stauung umgekehrt. Das Ödem sammelt sich in freibeweglicher Form im Unterhautzellgewebe nach den Gesetzen der Schwere, also beim stehenden Menschen in den Beinen, beim liegenden in der Kreuzbeingegend an, ferner als Höhlenhydrops in den großen präformierten, serösen Höhlen des Körpers. Daß ein stärkeres Ödem im Gebiete des großen Kreislaufs durch Druckwirkung die Arbeits- und Lebensbedingungen von Geweben und Organen in hohem Maße ungünstig beeinflussen kann, ergibt sich von selbst. Auf die analoge, unmittelbar lebensbedrohende Erscheinung im kleinen Kreislauf, das Lungenödem, wiesen wir bereits hin. Das Ödem des Herzkranken ist relativ eiweißarm, sein Kochsalzgehalt wird nicht größer als der des Blutes. Die Ödemengen, die abgelagert werden, können sehr große Dimensionen annehmen, 10—20 Liter sind in keiner Weise ungewöhnlich, auch können noch wesentlich größere Mengen retiniert werden. So bekommt die infolge mangelhafter Durchblutung und verstärkter Sauerstoffentnahme aus dem arteriellen Blut blasse und cyanotische Haut des Herzkranken durch das Hinzutreten der ödematösen Durchtränkung ihr für das Auge und die Betastung charakteristisches Gepräge. Das kardiale Ödem ist die letzte Möglichkeit einer Kreislaufentlastung, wenn es auch den stärksten Grad der Herzinsuffizienz anzeigt und somit die gefürchtetste Komplikation darstellt. Mit seiner letzten Kraft sucht das Herz noch seine Aufgaben zu erfüllen, bis es schließlich versagt. Das hinzutretende Lungenödem ist meist das letzte Ereignis, welches den Tod an muskulärer Herzinsuffizienz einleitet.

Wenn wir das ganze Zustandsbild des dekompenzierten Herzens in seiner Entwicklung und vielseitigen Symptomatologie übersehen, werden wir zu der Überzeugung kommen, daß es sich vielfach alsbald nicht mehr um Symptome reiner Herzinsuffizienz handelt, sondern daß das Krankheitsbild durch Störungen peripherer Kreislauffunktionen kompliziert werden kann und auch kompliziert wird. Wie im normalen Geschehen Herz und periphere Kreislauf



organe ein untrennbares Ganzes darstellen, so kombinieren sich auch beim Herzkranken Störungen der Kreislauforgane aller Art miteinander, auch wenn das kranke Herz den Anstoß zu dem gesamten Krankheitsbild gab und Symptome der Herzinsuffizienz, also eines Einzelorganes im Rahmen der großen Arbeitsgemeinschaft, führende Krankheitszeichen bleiben oder bleiben können. Wenn wir aber darauf hinwiesen, daß im Verlaufe einer Herzinsuffizienz die erhöhte zirkulierende Blutmenge auf erniedrigte Werte sinken kann und gleichzeitig erhöhte Kollapsgefahr auftritt, so sehen wir damit eine Störung in den Vordergrund treten, welche als Ausdruck peripherer Kreislaufregulationsstörungen gewertet werden muß. Dieser als Minusdekompensation oder Kollapsdekompensation bezeichnete Zustand ist identisch mit dem Vasomotorenkollaps, wie wir ihn auch als durchaus selbständige periphere Kreislaufregulationsstörung aus verschiedenen Anlässen kennen. Die Klinik kennt als Ausdruck des Versagens peripherer Kreislaufregulation zwei Zustandsbilder, den **Shock** und den **Kollaps**. Für beide Zustände ist das Versacken des Blutes in die erschlaffte Kreislaufperipherie charakteristisch. Dementsprechend ist die zirkulierende Blutmenge herabgesetzt, die Füllung der Venen gering, der Puls fadenförmig, der Blutdruck erniedrigt, Stauungserscheinungen fehlen. Die Haut ist blaß, kalt und feucht. Dem Herzen fehlt das Blutangebot, seine Auswurfmengen sind dementsprechend vermindert. Im vollausgebildeten Zustandsbild kann das Herz selbst insofern in Mitleidenschaft gezogen werden, als die Durchblutung des Herzmuskels, also eines Teiles der Peripherie, ungenügend wird und dementsprechend die Leistungsfähigkeit des Herzmuskels sinken muß. Praktisch wird jedoch das Herz nicht zum entscheidenden Faktor werden, da bei eintretender Entspeicherung und Erhöhung des Blutangebotes an das Herz auch die Durchblutung des Herzens und damit seine Leistungsfähigkeit wieder normal werden. Für den akut einsetzenden Shock wird vor allem ein Versagen der nervösen Kreislaufregulation ursächlich angeschuldigt, während als Ursache des sich allmählich entwickelnden Kollapses chemisch-toxische Einwirkungen (Histamin?) auf die peripheren Kreislaufregulationsmechanismen angesehen werden. Ob ein derartiger grundsätzlicher Unterschied gemacht werden kann, erscheint fraglich, zumal feststeht, daß sich aus einem akuten Shockzustand das Zustandsbild eines typischen Kollapses entwickeln kann. Die bekannteste Ursache des Kollapses ist der Infekt. Jeder Infekt, mag er noch so harmlos erscheinen, erhöht die Kollapsbereitschaft. Bei manchen Infektionskrankheiten, so bei der Grippe und bei der Ruhr, ist die Kollapsneigung besonders ausgesprochen und noch lange nach Abklingen der sonstigen Krankheitszeichen zu fürchten. An bestimmten chemischen Substanzen wäre auf die Kohlensäure hinzuweisen. Kohlensäureverlust durch Überventilation, aber auch durch Kohlensäureabgabe von operativ freigelegten serösen Häuten kann zu Shock und Kollaps führen. Shock und Kollaps sind die vom Operateur gefürchteten Kreislaufgefahren. Narkose, Blutverlust, Resorption großer Blutergüsse, Eiterungen, ausgedehnte Gewebsschädigungen u. dgl. können zur Vorbedingung für das Versagen der peripheren Kreislaufregulation werden. Sie spielen eine größere Rolle als die Gefahr der eigentlichen Herzinsuffizienz, auch bei Vorliegen von Klappenfehlern und anderer Erkrankungen des Herzens, mit Ausnahme coronarer Erkrankungen, welche eine erhebliche Steigerung der Operationsmortalitätsziffern bedeuten.

**Herzbeschwerden.** Von großer praktischer Wichtigkeit ist die Entscheidung der Frage, inwieweit organische Herzleiden zu Beschwerden von seiten des Herzens führen. Daß ein Herzkranker auch Herzbeschwerden hat, daß ferner eine Herzinsuffizienz zu einem vielseitigen, über das primär erkrankte Organ weit hinausgehenden Beschwerdenkomplex Veranlassung gibt, führten wir bei

der Besprechung der Kreislaufolgen einer Herzinsuffizienz bereits aus. Die Frage der Bedeutung subjektiver Herzerscheinungen muß jedoch in anderer Form gestellt werden, nämlich, inwieweit Herzbeschwerden als Ausdruck einer organischen Herzerkrankung gewertet werden dürfen. Wir führten früher bereits aus, daß Menschen, von denen eine Umstellung auf bisher ungewohnte körperliche Arbeit verlangt wird, nicht selten mit unangenehmen Sensationen von seiten des Herzens, Herzklopfen, Druckgefühl auf der Brust und Neigung zu erhöhter Herzfrequenz reagieren. Wir betonten, daß es nicht zulässig ist, aus diesen Ereignissen auf eine unzureichende Leistungsfähigkeit des Herzens zu schließen. Normalerweise merken wir von der Arbeit unseres Herzens nichts, ja es kommt uns nicht einmal zum Bewußtsein, wenn sich unter den Bedingungen körperlicher Arbeit die Arbeit des Herzens automatisch ändert, Schlag- und Minutenvolumen mächtig ansteigen. Es ist eigentlich viel wunderbarer, daß den meisten Menschen diese Arbeitssteigerung des Herzens nicht zum Bewußtsein kommt, als daß einzelne Menschen in solchen Fällen ihr Herz zu fühlen beginnen. Wenn wir genau auf uns achten, so haben wir alle unser Herz schon häufig genug gefühlt, speziell wenn die Arbeitsbedingungen plötzlich stark wechselten, etwa nach raschem Treppensteigen u. dgl. Es ist aber so, daß wir schon darauf achten müssen, da sich diese Sensationen meist im Unterbewußtsein abspielen und unbeachtet und unbewertet bleiben. Es kommt also weniger auf das an, was sich tatsächlich am Herzen abspielt, als auf den Grad, in welchem es bewußt rezipiert, bewertet oder überwertet wird. Die Einstellung des Menschen zu der Frage, ob das, was er empfindet, nicht doch etwas Krankhaftes, ja Gefährliches sein könnte, führt zur vermehrten Beschäftigung mit natürlichen Vorgängen, schließlich zur psychogenen Überbewertung und Fixierung solcher Erscheinungen. So sehen wir auch Herzbeschwerden in hohem Maße, häufig verbunden mit einer Labilität des vegetativen Nervensystems, bei psychisch labilen Menschen auftreten, speziell in Zusammenhang mit rein psychischen Störungen. Das drohende Gespenst, das diese Menschen vor Augen sehen und das auch ihre Herzerscheinungen unterhält, ist die Angst, daß durch einen Herzschlag das Leben zu Ende gehen könne. Der Beschwerdenkomplex und seine Bewertung können noch erheblich gesteigert werden, wenn außer dem Herzklopfen, dem Druckgefühl, der Neigung zu psychogener Tachykardie noch Extrasystolen hinzukommen. Während eine große Anzahl von Menschen auch hiervon nichts merkt, fühlen sich eine ganze Reihe in hohem Maße belästigt, sie haben das Gefühl des Herzaussetzens u. dgl. Es ist wichtig zu wissen, daß subjektive Herzerscheinungen, gleichgültig in welchem Umfange sich der Mensch hierdurch belästigt fühlt, weder ein Hinweis noch ein Maßstab für organische Herzerkrankungen sind. Es bedarf also des Nachweises objektiver Zeichen einer Herzerkrankung oder einer tatsächlichen Leistungsschwäche des Herzens, ehe man berechtigt ist, in subjektiven Herzerscheinungen der genannten Art den Ausdruck einer Herzerkrankung zu sehen. Eine Ausnahme macht nur ein wohl charakterisiertes akut einsetzendes Krankheitsbild, die **Angina pectoris**, deren zugrunde liegende organische Veränderung an den Coronarien nicht immer eindeutig klinisch faßbar ist, wenn nicht das Elektrokardiogramm Aufklärung bringt. Es handelt sich um anfallsweise auftretende, heftigste Herzschmerzen, die in den linken Arm ausstrahlen pflegen, verbunden mit Atemnot, Vernichtungsgefühl und Todesangst, ein für den Kranken ungeheuer quälendes und unmittelbar lebensgefährliches Ereignis. Die *Angina pectoris vera*, entstehend auf der Basis einer Coronarsklerose, seltener einer luischen Coronarerkrankung, ist immer eine sehr ernste Erkrankung, bei der durch muskuläre Herzinsuffizienz auf Grund einer weitgehend gedrosselten Durchblutung des Herzmuskels im Anfall der Tod eintreten kann. In anderen Fällen kann es durch Coronarinfarkt zu einer Dauerschädigung

bestimmter Abschnitte des Herzmuskels kommen, je nach der Lokalisation auch zu bleibenden Reizleitungsstörungen u. dgl. Außer bei organischen Coronar-erkrankungen tritt eine Angina pectoris auch bei Blutdrucksteigerungen und bei Aortenklappenfehlern auf. Seltener kommen auch ähnliche Zustände von Herzangst auf rein vasomotorischer Grundlage vor, wenn sie auch hinsichtlich ihrer Schwere der Angina pectoris vera in der Regel nicht gleichkommen. Die Abgrenzung eines solchen Ereignisses gegen die echte Angina pectoris kann gelegentlich schwierig sein. Bekannt ist, daß durch Nicotin ein derartiger Zustand ausgelöst werden kann. Im übrigen wissen wir, daß eine ganze Reihe Pharmaca, speziell Genußgifte, zu unangenehmen Herzerscheinungen führen können. In dieser Hinsicht sei besonders auf Alkohole und Purinkörper hingewiesen. Ob es zweckmäßig ist, bei Bestehen von Herzbeschwerden, die nachweislich nicht durch eine organische Herzerkrankung bedingt sind, dem Patienten gegenüber von einer Herzneurose zu sprechen, erscheint fraglich. Eine solche Angabe bestärkt ihn nur in seiner Ansicht, daß am Herzen eben doch nicht alles in Ordnung sei und ihm daher von seinem Herzen Gefahr drohe.

**Herzbeschwerden bei extrakardialen Erkrankungen.** Weiterhin muß darauf hingewiesen werden, daß Herzbeschwerden auch durch Prozesse ausgelöst werden können, die außerhalb des Herzens entstehen. So geht die Perikarditis sicca mit heftigsten Herzstichen und Herzschmerzen einher. Perikardergüsse führen zu starkem Druck- und Engegefühl sowie zu Herzklopfen und beeinträchtigen alsbald auch die Herzarbeit, wie wir bereits ausführten. Wird durch pathologische Prozesse im Thorax, beispielsweise Pneumothorax, Pleuraergüsse oder schrumpfende Pleuraschwarten das Herz verzogen oder verdrängt, so führt dies häufig zu unangenehmen Herzsensationen und Herzklopfen, auch wenn die Arbeit des Herzens als solche nicht nachweisbar in Mitleidenschaft gezogen ist. Prozesse im Bauch, die zum Zwerchfellhochstand führen, lösen nicht selten Herzbeschwerden aus, ja es sind mitunter die einzigen Beschwerden, die die Kranken angeben. Unter gastrokardialen Symptomenkomplex verstehen wir ein Krankheitsbild, welches durch abnorme Gasfüllung des Magens oder des Colons in der Gegend der Flexura lienalis mit hierdurch bedingtem Hochstand des linken Zwerchfells auftritt und zu Herzbeschwerden führt. In gleicher Weise können eine Relaxatio diaphragmatis, eine Lähmung des linken Zwerchfells und Zwerchfellhernien in Herzbeschwerden ihren Ausdruck finden. Schließlich sind die Herzbeschwerden der Fettleibigen auch zum Teil durch den Zwerchfellhochstand, der als Folge reichlicher Fettansammlung im Bauch eintritt, bedingt. In ähnlicher Weise werden sich auch große Flüssigkeitsergüsse im Leib und hochgradiger allgemeiner Meteorismus auswirken können. Als einem physiologischen Ereignis wäre in diesem Zusammenhang auch auf die fortgeschrittene Gravidität hinzuweisen, die zu Herzbeschwerden Veranlassung geben kann. Liegt gleichzeitig eine Herzerkrankung vor, so kann in einem solchen Fall die Situation unmittelbar gefährlich werden, während bei gesundem Herzen keinerlei Gefahr besteht. Im ganzen gesehen, bedarf es also bei Vorliegen von Herzbeschwerden einer großen Reihe differentialdiagnostischer Erwägungen und einer besonders kritischen Würdigung nachweisbarer objektiver Symptome, ehe man berechtigt ist, in dem Auftreten von Herzbeschwerden den Ausdruck einer tatsächlichen Herzerkrankung zu sehen. Es darf uns nicht wundern, daß in dem Seelenleben der Menschen gerade das Herz besonders leicht in den Vordergrund gedrängt wird, und Empfindungen am Herzen besonders leicht überwertet werden. Ist doch die lebenswichtige Bedeutung des Herzens jedem medizinischen Laien bekannt, und es daher verständlich, daß er bei plötzlich auftretenden Sensationen von seiten des Herzens alsbald das Gefühl bekommt, seine Mißempfindung könne der Ausdruck einer gefährlichen, ja lebensbedrohenden Krankheit sein, auch

wenn es sich im einzelnen Fall als eine völlig unberechtigte Furcht herausstellt. So wenig es berechtigt ist, über geklagte Herzbeschwerden leichtfertig hinwegzugehen, so notwendig ist es auch, sie dem Patienten gegenüber, in dem sachlich zulässigen Maße zu bewerten.

**Blutdrucksteigerung.** Beziehen wir nun Vorgänge, die sich im Gefäßgebiet abspielen, in unsere Betrachtungen ein, so werden wir zu unterscheiden haben zwischen solchen, die sich nur lokal auswirken, und solchen, die auch die Arbeit des Herzens unmittelbar in Mitleidenschaft ziehen. Als wir von den extrakardialen Momenten sprachen, die für die Herzarbeit bestimmend sind, wiesen wir bereits darauf hin, daß eine arterielle Blutdrucksteigerung eine Mehrbelastung für das linke Herz darstellt und demgemäß zur kompensatorischen Hypertrophie des linken Ventrikels führt. Wir haben uns zu fragen, was in der Arterie vor sich geht, wenn es zu einer solchen Blutdrucksteigerung kommt. Theoretisch betrachtet, kann eine Blutdrucksteigerung zustande kommen durch vermehrte Herzarbeit, durch vermehrten Gefäßinhalt und durch erhöhten Widerstand, letzterer kann wiederum durch eine erhöhte Viscosität oder durch eine Einengung der Strombahn verursacht sein. Beispiel für eine Blutdrucksteigerung durch vermehrte Herzarbeit wäre der erhöhte systolische Druck bei der **Aorteninsuffizienz**. Die Notwendigkeit dieser Drucksteigerung liegt in den dynamischen Verhältnissen und den Kreislaufolgen dieses Vitiums begründet, wie wir an anderer Stelle bereits hervorhoben. Vermehrung des Schlagvolumens bedeutet vermehrte Füllung der Arterien und Ansteigen des Blutdrucks, wie uns Arbeitsversuche lehren. Wir wissen aber, daß es unter den Bedingungen körperlicher Arbeit alsbald zu einem Druckausgleich durch reflektorische Umstellung der Gefäßbahn kommt, so daß keine Dauerhypertonie resultiert. Blutdrucksteigerung als Dauerzustand aus Anlaß einer erhöhten Viscosität des Blutes ist ein seltenes Ereignis. Wir kennen es von der echten **Polycythämie**, die häufig mit erheblicher Blutdrucksteigerung einhergeht. So bleibt, wenn wir von dem letztgenannten Ereignis absehen, praktisch als Ursache einer Blutdrucksteigerung, die systolischen wie diastolischen Druck in gleicher Weise betrifft, die **Widerstandsvermehrung durch Einengung der Gefäßbahn** übrig, die zu einem Mißverhältnis zwischen Gefäßinhalt und Fassungsvermögen des Arteriengebietes führt. Ein Passieren des Gefäßgebietes ist in der vorgeschriebenen Zeit nur möglich, wenn die Blutwelle unter erhöhtem Druck steht. Hier ergibt sich also die Frage, an welcher Stelle der erhöhte Widerstand zu suchen ist und welche Gefäßveränderung geeignet erscheint, die Erhöhung des Widerstandes hervorzurufen. Die letzte Frage kann dahin präzisiert werden, ob es organische, speziell sklerotische Gefäßveränderungen sein können, die auf diese Weise in unmittelbare ursächliche Beziehung zur Blutdrucksteigerung treten. Nehmen wir zunächst die Veränderungen in den großen und mittleren Arterien im Sinne einer **Arteriosklerose** an, etwa im Bereich der Aorta selbst, so ergibt die einfache Überlegung, daß Arteriosklerose nicht Ursache einer Blutdrucksteigerung sein kann. Durch die sklerotischen Veränderungen in großen Arterien leidet ihre Elastizität, jedoch findet eine meßbare Einengung ihres Lumens nicht statt. Demnach kann auch keine wesentliche Widerstandsvermehrung für den Blutstrom entstehen. Aber selbst wenn wir die Möglichkeit einer gewissen Erschwerung des Blutstromes annehmen, so würde bei einer derartig zentralen Drosselung höchstens eine Blutdrucksenkung, niemals jedoch eine Steigerung auftreten können. Die Einengung der Gefäßbahn, die zur Hypertonie Veranlassung geben soll, muß demnach wesentlich weiter peripher im Gebiet der Arteriolen oder der Capillaren gesucht werden. Soll aber in einer organischen Veränderung dieser Gefäßgebiete die Ursache der arteriellen Drucksteigerung gesehen werden, so wäre als Voraussetzung zu fordern, daß praktisch das gesamte Capillar- oder Arteriolengebiet

in gleicher Weise von der angeschuldigten Erkrankung betroffen ist. Betrifft jedoch die Erkrankung nur Teilgebiete, so wird hierdurch der Blutdruck nicht beeinflußt werden können. Wissen wir doch, daß partielle Hindernisse auch in relativ großen Gefäßgebieten durch reflektorische Umstellung im peripheren Kreislauf so vollständig ausgeglichen werden, daß es bei vermehrtem Widerstand in einzelnen Gefäßgebieten nicht zu einer allgemeinen Blutdrucksteigerung kommt. Die als ausreichende Erklärung einer Blutdrucksteigerung geforderte, generalisierte periphere Gefäßalteration erscheint nur bei der Blutdrucksteigerung der **akuten Nephritis** in befriedigender Weise gegeben. Hier handelt es sich um einen allgemeinen, auf infektiöser Basis entstandenen Capillarschaden mit Quellung der Capillarendothelien, wobei noch nicht abschließend entschieden ist, ob dieser anatomisch faßbaren, funktionell bedeutungsvollen Capillaralteration ein Capillarkrampf vorausgeht oder ob die organischen Veränderungen einen Krampf auslösen. Diese **Capillarhypertonie** ist aber der einzige Zustand, bei dem der greifbare anatomische Befund eine Erklärung für das Verhalten des Blutdrucks gibt. Zu berücksichtigen ist übrigens, daß sich bei der akuten Nephritis neben den Veränderungen im Capillargebiet auch alsbald eine Beteiligung der Venolen mit Druckanstieg in diesem Gefäßgebiet nachweisen läßt. Demgegenüber findet der **Hochdruck der chronisch entzündlichen und sklerotischen Nierenerkrankungen**, wie auch vor allem die ohne erkennbare Nierenbeteiligung einhergehende, **essentielle Hypertonie** in der faßbaren anatomischen Veränderung keine ausreichende Erklärung. Zwar finden sich in diesen Fällen arteriosklerotische Veränderungen in Kreislaufteilgebieten, nicht nur in der Niere und dort mitunter in ausgedehntem Maße, sondern auch an anderen Körperstellen. Sie sind aber im Vergleich zu dem riesenhaften Arteriolengebiet so wenig ausgedehnt, daß sie zur Erklärung eines allgemein erhöhten Widerstandes in der peripheren Gefäßbahn nicht ausreichen. Weder **Arteriolsklerose** in gewissen Gefäßgebieten noch **Nephrosklerose** können als unmittelbare Ursache der Blutdrucksteigerung angesehen werden. Diese Tatsache führt uns zu der Vorstellung, daß die Einengung der peripheren, arteriellen Gefäßbahn im Gebiet der Arteriolen auf andere Weise zustande kommen muß. Eine maßgebende Verengung des Gefäßbahnquerschnittes ist nur durch gleichmäßige Beteiligung aller Arteriolen, durch eine **Änderung des Arteriolentonus** vorstellbar. Bei den Nierenkranken kann ein Gefäßkrampf direkt gesehen werden, weshalb dieser Hochdruck als blasser Hochdruck dem roten Hochdruck der essentiellen Hypertonie, bei der Angiospasmen nicht beobachtet werden, gegenübergestellt worden ist. Es handelt sich demnach bei der Blutdrucksteigerung um einen über das vegetative Nervensystem vermittelten Vorgang, von dem wir auch wissen, daß er zentral gesteuert sein kann. Damit wäre aber nur das Wesen der Störung gekennzeichnet und über die **Ursache, weshalb es zu einem erhöhten Arteriolentonus und damit zur Blutdrucksteigerung kommt**, noch nichts ausgesagt. Man muß sich vorstellen, daß irgendwelche Substanzen am nervösen Regulationsapparat des Gefäßtonus zentral oder peripher angreifen und den Tonus ändern. Aber welcher Natur diese Substanzen sein mögen, darüber läßt sich noch sehr wenig sagen. Die Tatsache, daß der nachweisbare Gefäßbefund beim chronisch Nierenkranken anders aussieht als beim essentiellen Hypertoniker, spricht schon dagegen, daß der Hypertonus in ätiologischer Hinsicht etwas Einheitliches darstellt. Es liegt nahe, beim Blutdruckproblem an Beziehungen zum Adrenalsystem zu denken. Adrenalin bedingt im akuten Versuch eine vorübergehende erhebliche Blutdruckerhöhung. Sicherlich gibt es Fälle vermehrter Adrenalinbildung mit adrener Hypertonie. Sie sind speziell bei Nebennierentumoren beobachtet, wobei es zur paroxysmalen, exzessiven Blutdrucksteigerung kommen kann. Dies sind aber Einzelfälle, im ganzen konnte

eine Hyperadrenalinämie bei der Hypertonie nicht nachgewiesen werden. So hat man zu der Hilfhypothese gegriffen, beim Hypertoniker möchte eine abnorme Sensibilisierung für Adrenalin vorliegen. Neben dem Adrenalin lassen sich noch gewisse Beziehungen zu anderen Hormonen erkennen, wenngleich es sich hier nicht um regelmäßige Ereignisse handelt. In dieser Richtung wäre der Hypophysenvorderlappen zu erwähnen. Die CUSHINGSche Krankheit, welcher ein basophiles Vorderlappenadenom zugrunde liegt, ist unter anderem durch eine Blutdrucksteigerung charakterisiert, doch sind wir über das Zustandekommen dieser Hypertonie im einzelnen nicht orientiert. Gedacht wird an das vermehrte Wirksamwerden des kortikotropen Vorderlappenhormons. In der gleichen Richtung ist die Ursache der genuinen Hypertension gesucht worden. Für die Blutdrucksteigerung der Schwangerschaftsniere und Eklampsie ist eine Hinterlappentheorie entwickelt worden und hat durch den Nachweis eines vermehrten Kreisens von Hinterlappenhormonen im Blute dieser Kranken eine wertvolle Stütze erfahren. Weiterhin wird im Klimakterium nicht selten eine Hypertonie manifest, jedoch handelt es sich hierbei keineswegs um eine gesetzmäßige Beziehung. Dagegen ist es neuerdings gelungen, beim blassen Hochdruck der Nierenkranken, nicht jedoch bei der essentiellen Hypertonie, als vasoaktive Substanz das **Tyramin** nachzuweisen, welches für die Blutdrucksteigerung zumindest mit verantwortlich zu machen ist. Wir kommen bei der Besprechung der Nierenerkrankungen nochmals darauf zurück. Auf ein Problem müssen wir jedoch nochmals zurückkommen, die Frage der **Beziehung von sklerotischen Gefäßveränderungen zur Blutdrucksteigerung**. Daß Arteriosklerose und Arteriolosklerose ebensowenig die anatomische Ursache einer Blutdrucksteigerung sein können wie eine Nephrosklerose, haben wir bereits betont, und an dieser Anschauung muß unbedingt festgehalten werden. Andererseits finden sich Blutdrucksteigerung und sklerotische Gefäßveränderungen an irgendeiner Stelle so häufig nebeneinander, daß eine Ablehnung jeglicher innerer Beziehungen zu gewaltsam erscheint. Wir rechnen vielmehr mit der Möglichkeit, daß die sklerotischen Gefäßveränderungen, in erster Linie im Arteriolengebiet, an der allgemeinen Änderung des Gefäßtonus in irgendeiner Form ursächlich beteiligt sein können. Andererseits muß speziell bei der essentiellen Hypertonie in Betracht gezogen werden, daß der erhöhte Arteriolentonus das Primäre ist und die Ursache für ausgedehnte Gefäßveränderungen werden kann. Mehr läßt sich über dieses Gebiet heute noch nicht sagen. Vielleicht findet sich im Verhalten des Cholesterinstoffwechsels ein verbindendes Glied. Man wird gut daran tun, bei der Erforschung des krankhaften Geschehens, welches sich bei der allgemeinen Tonusänderung im Arteriolengebiet abspielt, die mit großer Häufigkeit zu beobachtenden Gefäßveränderungen nicht zu sehr aus dem Auge zu verlieren, da sie in irgendeiner Form aktiv oder passiv in den komplizierten Fragenkomplex mit herein gehören dürften.

Noch unsicherer sind unsere Kenntnisse über den gegensätzlichen Zustand einer **Hypotonie**. Die Diagnose Hypotonie wird zweifellos zu häufig gestellt. Vor allem ist es nicht zulässig, bei älteren Menschen, bei denen das sonst häufig zu beobachtende Ansteigen des Blutdruckes im Laufe der Jahre nicht eintritt, von einem zu niedrigen Blutdruck zu reden. Bekannt ist die Hypotonie als regelmäßiges Symptom der ADDISONschen Krankheit. Bei der hypophysären Kachexie dürfte sie ebenfalls ein sekundäres Nebennierensymptom sein. Bei nachlassender Herzkraft kann der Druck etwas sinken, speziell der diastolische Druck. Der niedrige Blutdruck bei Aortenstenose hat seine besondere, leicht verständliche Ursache. Die Blutdrucksenkung im Kollaps ist Ausdruck einer Vasomotorienlähmung. In vielen Fällen kennen wir die Ursache einer Dauerhypotonie

nicht. Nicht zulässig ist jedoch, aus einem niedrigen Blutdruck eine Herzmuskelinsuffizienz zu diagnostizieren.

Was die **Folgeerscheinungen** eines abnorm tiefen oder hohen Blutdruckes anbetrifft, so können solche Störungen völlig symptomlos bleiben. Andererseits kann speziell eine Blutdrucksteigerung zu den verschiedensten Krankheitserscheinungen Veranlassung geben, besonders dann, wenn die Blutdruckhöhe dauernd wechselt, es sich also nicht um einen fixierten, sondern um einen sog. labilen Hochdruck handelt. Bei der essentiellen Hypertonie pflegt ein solches Stadium labilen Hochdrucks dem Zustand der stabilen Dauerhypertonie oft jahrelang voranzugehen, wobei die Blutdruckkrisen von dem Träger außerordentlich lästig empfunden werden können. Sehen wir von den bereits besprochenen Konsequenzen ab, die eine Blutdrucksteigerung für das Herz bedeutet, wobei das Schicksal dieser Menschen ganz weitgehend von der Leistungsfähigkeit des Zentralmotors abhängt, so kann eine Blutdrucksteigerung noch zu einer ganzen Reihe peripherer Kreislaufstörungen Veranlassung geben. Da diese Erscheinungen denjenigen, die auf arteriosklerotischer Basis entstehen, sehr ähnlich sein können, sollen sie im Zusammenhang besprochen werden.

Zunächst sei daher auf die Gefäßveränderungen, die in das Gebiet der **Arteriosklerose** gehören, eingegangen. Es gibt kaum ein Gebiet, bei dem die Abgrenzung zwischen Normal und Krankhaft schwieriger ist als bei der Arteriosklerose. So wie es einem jeden Lebewesen vorgeschrieben ist, alt zu werden und auch ohne besondere Krankheit eine Entwicklung durchzumachen, deren letztes Glied der Tod ist, so ist es das Schicksal jedes Gefäßsystems, sklerotisch zu werden im Rahmen der natürlichen Abnutzungserscheinungen, denen im Prinzip kein Organ entgeht, wenn das Leben nicht aus irgendeinem Grunde vorzeitig erlischt. So muß das Sklerotischwerden der Gefäße im Prinzip als ein normaler Abnutzungsprozeß bezeichnet werden. Verschieden ist nur das Tempo, mit dem sich die Sklerose entwickelt, die Ausdehnung, die erreicht wird und das Gefäßgebiet, welches bevorzugt befallen wird. Wir wissen wenig darüber, weshalb das Bild der Arterienverkalkung bei den verschiedenen Menschen so verschieden aussieht. Dabei müssen wir uns darüber klar bleiben, daß unter den Begriff der Arteriosklerose Vorgänge eingeordnet werden, die in den einzelnen Gefäßgebieten durchaus verschiedenen Charakter haben. Neben konstitutionellen Momenten spielen die laufenden Anforderungen an ein bestimmtes Gefäßgebiet sicher eine Rolle. Das trifft für geistige Arbeit in gleicher Weise zu wie für körperliche. Eine Reihe anderer Faktoren sind von Bedeutung. Wir wollen einige davon aufzählen, ohne in eine Diskussion über ihre spezielle Bedeutung einzutreten, da es sich auch hier in keiner Weise um nur einigermaßen gesetzmäßige Beziehungen handelt: Gicht, Diabetes, Fettsucht, Rückenmarksverletzungen, Myxödem, Alkohol, Nicotin, Blei, Erschütterung, Kälte usw. Bei Angiospasmen taucht wiederum die Frage auf, was Ursache und was Wirkung ist, ob sich nicht ein *Circulus vitiosus* entwickelt, der die Gefäßkrämpfe vermehrt und die sklerotischen Gefäßveränderungen fortschreiten läßt. Jedenfalls sind die Erscheinungen der Sklerotiker zum Teil nur dadurch zu verstehen, daß man ein zeitweises **Hinzutreten lokalisierter Tonusänderungen** annimmt. Da bei labilem Hochdruck der Tonus dauernd wechselt und darüber hinaus beim Blutdruckkranken angenommen werden muß, daß der Tonus nicht in allen Arterioleengebieten gleich groß ist, sondern lokale Änderungen erfahren kann, können die Gefäßstörungen des Sklerotikers mit denen eines Blutdruckkranken weitgehend übereinstimmen. In beiden Fällen kommt es zu Durchblutungsstörungen, die je nach den betroffenen Gebieten zu den verschiedensten Ausfallserscheinungen führen werden. So ausgesprochen bei bestehender Hypertonie

die Mehrbelastung für den linken Ventrikel ist, so wenig bedeutungsvoll können sklerotische Veränderungen der großen und mittleren Arterien für das Herz sein. Die zunehmende Starre der Gefäßwände in den genannten Gefäßgebieten bietet dem Blutstrom keinen wesentlich erhöhten Widerstand. Beeinträchtigt wird lediglich die Funktion der Gefäße. So kann bei einer sklerosierten Aorta ihre Windkesselfunktion gestört werden. Für das Herz wird die Situation erst merklich schwierig, wenn der sklerotische Prozeß auch den Klappenapparat in Mitleidenschaft zieht und damit in die Herzdynamik grundsätzlich eingreift. Wir erinnern in diesem Zusammenhang speziell an die Aortenstenose, die meist auf sklerotischer Basis entsteht. Der Schwerpunkt der Arteriosklerosefolgen liegt zweifellos im peripheren Stromgebiet. Hierzu gehört auch der Coronarkreislauf, durch dessen Störungen die Arbeit des Herzens unmittelbar aufs schwerste gefährdet wird. Das klassische Zustandsbild einer Angina pectoris, welches wir bereits beschrieben haben, weist in erster Linie auf eine Coronarsklerose hin. Dabei nehmen wir an, daß auf der sklerotischen Basis Coronarspasmen entstehen, und damit zu der Durchblutungsunterbrechung im Herzmuskelgebiet Veranlassung geben. Von besonderer Bedeutung für eine ausreichende Blutversorgung der einzelnen Herzabschnitte bei organisch verändertem Gefäßapparat ist natürlich ein ausreichender Sauerstoffgehalt der Atemluft bzw. die Möglichkeit einer ausreichenden Sauerstoffsättigung des Arterienblutes. Auch beim Hyperoniker kommen auf gefäßspastischer Grundlage ohne gleichzeitige schwere Coronarsklerose Anfälle von Angina pectoris vor. Je nach Ausdehnung und Lokalisation von coronarsklerotischen Veränderungen können die verschiedensten Gebiete des Herzmuskels mehr oder weniger vollständig von der Zirkulation ausgeschlossen und damit in ihrer Funktion als contractile, reizleitende oder reizbildende Substanz geschädigt werden. Das klassische Krankheitssymptom der Coronarsklerose ist bekanntlich der Herzschmerz, der in typischer Weise in den linken Arm ausstrahlt. Auf diese Weise wird die Gefäßerkrankung im Stadium der nicht mehr ausreichenden Herzdurchblutung diagnostizierbar. Es ist aber nicht richtig, daß die Coronarspasmen selbst den Schmerz verursachen. Vielmehr ist es ein echter Muskelschmerz, wie er uns vom überanstrengten Muskel als Muskelkater oder Reitweh durchaus geläufig ist.

Die Bedeutung der seltenen, generalisierten Pulmonalsklerose für die Blutströmungsverhältnisse im kleinen Kreislauf mit der Mehrbelastung des rechten Ventrikels durch die Widerstandsvermehrung im kleinen Kreislauf haben wir an anderer Stelle bereits erwähnt.

Auf die Störungen der Blutzirkulation im Bereich des Gehirns, wie sie in der Folge einer Cerebralsklerose und Blutdruckkrankheit auftreten, werden wir zweckmäßigerweise bei der Besprechung der cerebralen Funktionsstörungen eingehen und dabei feststellen, daß es neben erheblichen subjektiven Beschwerden und psychischen Anomalien auch zu bleibenden herdförmigen Ausfallserscheinungen kommen kann. Das markante Ereignis des Schlaganfalls gehört in erster Linie in dieses Gebiet hinein. Zu den isolierten cerebralen Gefäßstörungen, bei denen lokale Tonusänderungen eine entscheidende Rolle spielen, gehören auch die Migräneanfälle, die als anfallsweiser, halbseitiger Stirn- und Schläfenkopfschmerz, verbunden mit Sehstörungen, abnormen vasomotorischen Reaktionen, häufig mit lokalisiertem Ödem und in der Regel mit paroxysmalem Erbrechen einhergehen. Sicher ist die letzte Ursache des Migräneanfalls keine einheitliche, das Ereignis erinnert in vielen Punkten an allergische Krankheiten.

Ausgedehnte sklerotische Arterienveränderungen im Gebiet des Bauches können zu einem unter heftigen kolikartigen Schmerzen und Ileussympomen einhergehenden Krankheitsbild führen, welches man als Angina abdominalis oder Dyspragia intestinalis bezeichnet hat. Die dieser Erkrankung zugrunde



liegenden Störungen am Splanchnicusgefäßgebiet werden wir uns in analoger Weise vorzustellen haben, wie wir es für die Coronarien bei der Angina pectoris beschrieben haben. Daß bei der echten Angina abdominalis die Blutversorgung bestimmter Darmabschnitte unmittelbar gefährdet ist, ergibt sich von selbst. An weiteren ungünstigen Folgen lokalisierter Gefäßsklerosen im Bereich des Bauches sei noch an die funktionelle Schädigung des Pankreas mit folgender diabetischer Stoffwechsellage erinnert. Die Nephrosklerose wird bei den Nierenkrankungen abzuhandeln sein.

Schließlich haben wir noch auf ein eigenartiges Krankheitsbild hinzuweisen, welches als **Dysbasia intermittens** bezeichnet wird und auf der Basis einer Sklerose der Beinarterien entsteht. Hierbei handelt es sich um Gefäßstörungen, die die Gebrauchsfähigkeit der entsprechenden Muskulatur mangels einer ausreichenden Blutversorgung in mehr oder weniger ausgesprochenem Maße herabsetzen. Das intermittierende Hinken tritt in der Regel bei verstärkter Beanspruchung der Extremität auf, also dann, wenn entsprechend der geforderten Mehrleistung eine Steigerung der Durchblutung eintreten müßte. Diese Durchblutungssteigerung kann an sich bereits durch ausgedehnte Gefäßverengungen und -verödungen auf sklerotischer Basis unmöglich sein, darüber hinaus dürften für das anfallsweise auftretende Hinken lokale Spasmen eine Rolle spielen. Analoge Zustände an den oberen Extremitäten sind wesentlich seltener. Man sieht sie beispielsweise gelegentlich bei Wäscherinnen. Gelegentlich kann man feststellen, daß das veränderte Gefäßsystem bereits unter Ruhebedingungen seiner Aufgabe nicht mehr gewachsen ist. Kleinere und auch größere Gefäße können verschlossen sein, die peripheren Pulse fehlen, das Glied ist in seinen peripheren Abschnitten blau und kalt, schließlich kann es durch die Drosselung der Blutversorgung zum Absterben eines peripheren Gliedmaßenabschnittes, zur **arteriosklerotischen Gangrän** kommen.

Wenn wir ausführten, daß sich die genannten Krankheitsbilder mit dem nachweisbaren anatomischen Substrat — im Leben übrigens nur unsicher und unvollständig feststellbar — nicht erschöpfen, sondern daß sicherlich Tonuschwankungen im peripheren Gefäßgebiet eine entscheidende Rolle spielen, so führt uns diese Feststellung ohne die Möglichkeit einer scharfen Trennung in das Gebiet der **Angioneurosen**. So gut die klinischen Bilder dieser Art bekannt sein mögen, so schwierig gestaltet sich die Abgrenzung in pathogenetischer Hinsicht. Sicherlich gibt es Angioneurosen im Sinne zentraler Betriebsstörungen, und die klassische **Raynaudsche Krankheit**, welche ohne greifbares anatomisches Substrat an den peripheren Gefäßen in einen meist symmetrischen trockenen Brand übergehen kann, gehört hierher. Maßgebende Autoren wollen alle einseitigen Prozesse von der echten **RAYNAUDSchen Krankheit** abgetrennt wissen, sie weisen mit Recht darauf hin, daß bei einseitigen Erkrankungen lokale Gefäßschädigungen in Form von Sklerose oder Obliteration nachweisbar sind. Man gewinnt auch durchaus den Eindruck, daß in diesen Fällen nicht eine zentralnervöse Betriebsstörung vorliegt, sondern eine lokale periphere Gefäßberkrankung, die auch rein lokal zu zusätzlichen Tonuschwankungen führen kann. Auch kann nicht zweifelhaft sein, daß mechanische (Erschütterung), chemische und thermische (Kälte) Einflüsse lokale Tonuschwankungen und lokale Gefäßveränderungen hervorrufen können, wobei pathologischer Tonuszustand und anatomische Gefäßveränderung sicherlich innerlich zusammenhängen und sich im Sinne eines Circulus vitiosus weiterhin beeinflussen. Das klinische Bild zeigt alle Übergänge von der vorübergehenden Akroparästhesie und dem harmlosen „Leichenfinger“ bis zum vollausgebildeten trockenen Brand durch die vollständige und definitive Drosselung der arteriellen Durchblutung in einem peripheren Gefäßabschnitt.

**Arterielle Gefäßverschlüsse** können auch durch verschleppte Gefäßpfropfe, die sich in das Lumen einkeilen, zustande kommen. Im Arteriengebiet des großen Kreislaufs sind sie seltener, es handelt sich meist um abgerissene Partikelchen entzündlich veränderter Klappen des linken Herzens. Das gefährliche Moment liegt in der Tatsache, daß es sich häufig um infiziertes Material handelt. Die Ausfallserscheinungen entsprechen dem Versorgungsgebiet der verstopften Arterie. Besonders gefährlich sind begreiflicherweise **Gehirnembolien**. Im übrigen kann Fett, welches embolisch in die Lunge gelangt ist, das Capillargebiet durchdringen, damit in das linke Herz und in das Arteriengebiet des großen Kreislaufs gelangen. Praktische Bedeutung hat in dieser Hinsicht eigentlich nur die **Fettembolie** des Gehirns. Sehr viel häufiger sind **embolische Prozesse** im Gebiet der **Lungenarterien**, auf deren funktionelle Bedeutung wir bereits hingewiesen haben. Das embolische Material stammt aus dem rechten Herzen und dem Gebiet der Körpervenen. Meist handelt es sich um losgerissene Venenthromben, mitunter ganze Ausgüsse kranker Venen. Daneben kommt als Embolusmaterial Fett in Betracht, welches aus dem Knochenmark stammt und bei Knochenbrüchen u. dgl. in die Venen eindringen kann. Die Fettembolie ist in der Regel nicht annähernd so gefährlich wie die Embolie durch einen verschleppten Thrombus, weil das Fett rein mengenmäßig hinter thrombotischem Material erheblich zurücksteht. Wesentlich gefährlicher ist die **Luftembolie**, wobei die Luft in eröffnete Venen eindringt. Schon relativ kleine Luftmengen, die in die Venen eindringen, wirken unmittelbar tödlich. Die Luftblase wirkt als eine Art Ventil meist im rechten Herzen und unterbricht hierdurch den Blutstrom.

Durch die Rolle, die die Venen bei dem Zustandekommen von Embolien spielen, können ihre Veränderungen eine über den Erkrankungsort hinausgehende Bedeutung bekommen. Im wesentlichen führen **Venenerkrankungen** zu rein lokalen Störungen. Venenerweiterungen treten vorzugsweise da auf, wo ein relativ hoher Füllungsdruck auf der Venenwand lastet. Sicherlich spielen aber auch kongenitale Momente eine entscheidende Rolle. Das bekannteste Beispiel in dieser Richtung sind die Krampfadern. Analoge Bildungen sind die Hämorrhoiden und die Varizenbildungen im unteren Teil des Oesophagus. Bei Behinderung des venösen Abflusses, etwa durch einen komprimierenden Tumor, erweitern sich alsbald die gestauten Venen zu mächtigen Gebilden. Die in erweiterten und gestauten Venen verlangsamte Blutströmung leistet der **Thrombenbildung** Vorschub, besonders wenn die Venenwand geschädigt ist. Damit entsteht die **Emboliegefahr**. Bei bestehenden Varizen kommt es auch zu **lokalen Kreislaufstörungen**. So entsteht auf der Basis von Krampfadern leicht ein chronisches **Ulcus cruris**. Werden Venen komprimiert oder durch Thromben verschlossen, so bilden sich alsbald ausgedehnte **Kollateralkreisläufe** aus, wodurch eine weitgehende Kompensationsmöglichkeit gegeben ist. Reicht der erzielbare Kollateralkreislauf zur Kompensation nicht aus, so kommt es zur lokalen Stauung mit Austritt von Ödem im Bereich des gestauten Gefäßgebietes. Hierbei können, wenn es sich um große Venen handelt, charakteristische Krankheitsbilder entstehen, die sich aus der Ausdehnung des gedrosselten Venengebietes ergeben. So läßt sich die Stauung der oberen oder unteren Hohlvenen von der allgemeinen Stauung der Herzkranken leicht abtrennen. Eine isolierte **Pfortaderstauung** wird im Gegensatz zur **Stauung der Cava inferior** nur zu Stauungsascites und nicht zu Beinödemen führen usw. Je nach dem Ausmaß venöser Stauung durch extrakardiale, lokale Prozesse wird die Funktion der durch die Stauung betroffenen Organe und Gewebe in hohem Maße beeinträchtigt sein müssen. Das bei der Kreislaufinsuffizienz in dieser Hinsicht Gesagte ist sinngemäß auf örtlich bedingte Stauung zu übertragen.

In naher Beziehung zu den Blutgefäßen stehen die **Lymphgefäße**. In analoger Weise wie bei der Venenkompression kann es bei Drosselung des Lymphabflusses zu **Lymphstauung**, Austritt von Lymphe in die Gewebe und **chylösen Ergüssen** in die Körperhöhlen kommen. Auch anatomische Schädigungen großer Lymphgefäße können zu Austritt der Lymphe führen. Als Beispiel sei ein Chylothorax als Folge einer Verletzung des Ductus thoracicus genannt. Bei den als Elephantiasis bezeichneten unförmigen Verdickungen der unteren Extremitäten spielen neben der Lymphstauung auch entzündliche Veränderungen der Lymphgefäße eine entscheidende Rolle. Auf die spezielle Pathologie dieser in den Tropen häufig vorkommenden Erkrankung einzugehen, würde zu weit führen. Eine echte **Chylurie** kommt bei Kommunikation der Lymphwege mit den Harnwegen vor. Nicht immer mischt sich dabei eine unveränderte Lymphe dem Harn bei, weshalb im einzelnen Falle die Frage aufzuwerfen ist, wie weit eine renale Störung dabei mitwirkt. Das Nierengewebe könnte z. B. krankhafterweise für einen Teil der Lymphbestandteile durchlässig werden, oder ein Teil dieser Bestandteile würde zurückresorbiert. Die europäischen Fälle von Chylurie sind zu selten, als daß eine abschließende Klärung des vorliegenden krankhaften Geschehens bisher hätte durchgeführt werden können. Auch erscheint es fraglich, ob es sich bei der Chylurie tatsächlich um ein einheitliches krankhaftes Geschehen handelt.

## XI. Harnorgane.

**Funktion der Niere.** In der Niere begegnen wir dem wichtigsten Ausscheidungsorgan, dessen Ausscheidungstätigkeit sich auf eine sehr große Reihe von Substanzen erstreckt. Körperfremde, für den Organismus unbrauchbare Substanzen werden solange ausgeschieden, als sie auf dem Blutwege an die Niere herangebracht werden. Körpereigene Substanzen werden ausgeschieden, wenn sie in ihrer Größenordnung für den Organismus unbrauchbar oder schädlich werden. Teilweise durchlaufen solche Stoffe, mit der Nahrung zugeführt, unverändert den Organismus, andere erfahren intermediär Umwandlungen, wieder andere entstehen rein endogen als Stoffwechselendprodukte. Durch selektive Ausscheidung solcher Produkte wird die Niere zum maßgebenden und wichtigsten Regulationsorgan für die Zusammensetzung der Körpersäfte. Für die Ausscheidungsgröße oder Retention der körpereigenen Substanzen ist ihr Blutwert maßgebend, die Ausscheidung erfolgt erst, wenn ein bestimmter Schwellenwert überschritten wird, sofern diese Substanzen in einer gewissen Konzentration für normale Körperfunktionen notwendig sind. Andere körpereigene Substanzen sind für den Körper überhaupt nicht mehr von Bedeutung oder sogar schädlich, sie werden demnach ausgeschieden, ohne daß ihre Blutkonzentration einen bestimmten Wert erreicht. Auf diese Weise garantiert die gesunde Niere eine optimale stoffliche Zusammensetzung der Gewebe und Körperflüssigkeiten, vor allem die Isotonie, Isoionie und Isohydrie als die biologisch wichtigsten Konstanten des Organismus. Auf die Bedeutung dieser Faktoren sind wir bei der Besprechung des Mineral- und Wasserstoffwechsels bereits im einzelnen eingegangen und haben bei dieser Gelegenheit auch mehrfach die Bedeutung der Niere unterstrichen. Auf das dort Gesagte sei verwiesen. Für eine große Reihe von Substanzen ist die Niere das einzige Ausscheidungsorgan, d. h. die übrigen Ausscheidungsorgane (Atmung, Haut, Magendarmkanal) können nicht in ausreichendem Maße oder überhaupt nicht vikariierend eingreifen. Das gilt vor allem für das Kochsalz und die stickstoffhaltigen Stoffwechselendprodukte, während andere Mineralien, speziell Phosphate und Salze der Erdalkalien, weitgehend durch den Darm zur Ausscheidung kommen. Das ausscheidungspflichtige Wasser kann zwar extrarenal ausgeschieden werden, andererseits muß es in

gewissem Umfang der Niere als Lösungsmittel für die harnpflichtigen Substanzen zur Verfügung stehen. Ohne dieses Lösungsmittel kann eine Ausscheidung der Substanzen nicht erfolgen. Lediglich für die Kohlensäure ist die Lunge das maßgebende Ausscheidungsorgan, der gegenüber die Niere völlig an Bedeutung zurücktritt.

**Arbeit der gesunden Niere.** Wenn wir sehen, daß die Niere in der Lage ist, den mannigfachen Aufgaben nachzukommen und damit als ein ideales Ausscheidungsorgan zu fungieren, so erhebt sich die Frage, auf welche Weise die Niere diese hohe Leistungsfähigkeit aufbringt. Das Organ besitzt die Fähigkeit, durch weitgehende Variation der Harnzusammensetzung die Ausscheidung den jeweiligen Verhältnissen des Organismus anzupassen. Dabei können die harnpflichtigen Substanzen in einer den Blutspiegel oft um das Vielfache übersteigenden Konzentration zur Ausscheidung gebracht werden, wobei das Konzentrationsmaximum für die einzelnen Substanzen sehr verschieden hoch liegt. Andererseits ist die Niere auch zu einer ausgesprochenen Verdünnungsarbeit befähigt, bei großem Wasserangebot kann sie fast reines destilliertes Wasser ausscheiden und damit den Körper vor einer Demineralisation schützen. Diese Fähigkeit einer den augenblicklichen Notwendigkeiten angepaßten hochkonzentrierten Ausscheidung oder Retention von harnfähigen Substanzen besteht beim gesunden Organ für jede einzelne in Betracht kommende Substanz in weitgehender Unabhängigkeit. Die gesamte Nierenarbeit ist also in eine große Menge von Partiarfunktionen aufgeteilt, die nebeneinander in Tätigkeit treten, etwa so, daß entsprechend dem augenblicklichen Bedarf mit wenig Wasser reichlich Kochsalz und Wasserstoffionen zur Ausscheidung gebracht werden, während gleichzeitig Harnstoff retiniert wird. Diese von der Niere geleistete große Arbeit wobei es sich nicht nur um eine einfache Filtration im Glomerulusgebiet und Rückresorption im Tubulusgebiet handeln kann, sondern darüber hinaus aktive sekretorische Zelleistungen angenommen werden müssen, findet in der hohen Durchblutungsgröße, welche etwa derjenigen beider unteren Extremitäten entspricht, und dem für die Kleinheit des Organs ungewöhnlich hohen Sauerstoffverbrauch ihren zahlenmäßigen Niederschlag. Auf die Theorien der Harnbereitung einzugehen, ist hier nicht der Ort, zumal die Ansichten in ganz prinzipiellen Punkten noch weit auseinandergehen.

Erkrankt das Nierenparenchym, so bedeutet dies eine Verschlechterung der Nierenleistung. Mit zunehmender Parenchymerkrankung im Glomerulusapparat der Niere wird schließlich ein Zustand erreicht, bei dem der noch funktionsfähige Nierenrest eine ausreichende Nierenleistung nicht mehr aufbringt und der Tod unter dem Bilde der Niereninsuffizienz unvermeidbar ist. Während also einerseits die Nierenleistung letzten Endes von dem noch erhaltenen anatomischen Substrat abhängt, stellt andererseits eine Störung der Nierenfunktion keinen Gradmesser für die noch vorhandene anatomische Intaktheit des Nierengewebes dar. Anders ausgedrückt: Ein anatomisch intaktes Nierengewebe stellt eine, jedoch nicht die einzige Vorbedingung für eine normale Nierenarbeit dar. Vor allem kann auf dem **Nervenwege** die Nierentätigkeit maßgebend beeinflußt werden. Bei Unterbrechung der Nervenbahn fehlen der Niere maßgebende, regulierende Einflüsse, sie leistet vor allem keine Konzentrationsarbeit mehr. Bei der Besprechung des Wasserstoffwechsels haben wir im **Diabetes insipidus** ein Krankheitsbild kennengelernt, bei dem die Störung in das Hypophyse-Zwischenhirngebiet zu verlegen war, und welches sich in einer Zwangspolyurie, verbunden mit einer ausgesprochenen Konzentrationschwäche für Kochsalz äußert. Hier handelt es sich nicht um eine organische Nierenkrankheit, sondern um eine auf nervalem Wege zustande kommende, funktionelle Nierenanomalie. Auch die **Urina spastica**, auf die wir im Rahmen des Wasserstoffwechsels hinwiesen, ist keine organische,

sondern eine funktionelle Ausscheidungsstörung. Die Abhängigkeit der Nierentätigkeit von zentralnervösen Vorgängen wird besonders deutlich, wenn wir uns daran erinnern, daß man die Niere auch durch einsuggerierte Flüssigkeitsbelastungen zu starker Harnabsonderung bringen kann. Auch von den ableitenden Harnwegen aus kann die Harnabsonderung der Niere reflektorisch in hohem Maße beeinflußt werden. Am eindruckvollsten sahen wir dies als **reflektorische Anurie** bei einseitigem Steinverschluß. Obwohl nur der eine Ureter durch einen Stein verlegt ist, kann auch die zweite, organisch gesunde und in ihrem Abflußgebiet nicht behinderte Niere reflektorisch die Harnabsonderung völlig einstellen und zwar solange, daß der Tod an Urämie eintreten kann.

**Extrarenale Beeinflussung der Nierentätigkeit.** Bei der Beurteilung der Nierenleistungsfähigkeit ist weiterhin in Betracht zu ziehen, daß die ausscheidungspflichtigen Substanzen zunächst bis zur Niere gelangen müssen, ehe das Organ ihre Ausscheidung herbeiführen kann. Mangelhafte arterielle Durchblutung als Folge einer Herzinsuffizienz bedingt Zurückgehen der Harnmenge. Die Flüssigkeit staut sich im Körpervenengebiet oder tritt als kardiales Ödem aus der Blutbahn aus; die Niere scheidet deshalb nicht aus, weil das Angebot fehlt, nicht mangels ausreichender Leistungsfähigkeit. In gleicher Weise können Gewebsretentionen anderer Substanzen, etwa von Kochsalz oder stickstoffhaltigen Stoffwechselprodukten, den Verdacht einer Leistungsunfähigkeit der Niere erregen, während tatsächlich die harnpflichtigen Substanzen der Niere nicht oder nicht ausreichend zur Ausscheidung angeboten werden. Hierbei sei aber gleich darauf hingewiesen, daß sich bei den Nierenerkrankungen und ihren Krankheitserscheinungen häufig renale mit extrarenalen Symptomen kombinieren und daß möglicherweise in einem verminderten Angebot an eine kranke Niere ein zweckmäßiger Entlastungsvorgang zu sehen ist.

**Nierenerkrankungen** können in sehr verschiedener Form auftreten. Am häufigsten sind die entzündlichen glomerulären Leiden, die herdförmig oder diffus auftreten und, falls sie nicht ausheilen, sondern fortschreiten, zum Bilde der sekundären Schrumpfniere führen. Die chronische Glomerulonephritis führt also zur fortschreitenden Ausschaltung des funktionsstüchtigen Parenchyms und damit zur Niereninsuffizienz. In der gleichen Richtung kann die Nephrosklerose verlaufen, deren Wesen in schweren arteriosklerotischen Veränderungen der kleinsten Nierengefäße zu suchen ist; mit zunehmender Verödung der Glomeruli entsteht die primäre arteriolo-sklerotische Schrumpfniere. Der Prozeß verläuft, wenn er nicht als relativ seltenes Ereignis einmal bei einem jüngeren Menschen auftritt, in der Regel sehr viel langsamer als bei den entzündlichen Nierenerkrankungen, so daß ein großer Teil der Nephrosklerosekranken den Endzustand der absoluten Niereninsuffizienz nicht erlebt. Im Gegensatz zur Nephritis und Nephrosklerose wird bei den rein degenerativen, tubulären Nierenerkrankungen, die man als Nephrosen bezeichnet, eine Niereninsuffizienz nur ganz ausnahmsweise beobachtet, ja die Existenz einer echten, reinen nephrotischen Schrumpfniere ist nicht einmal allgemein anerkannt. Schließlich kann auch eine Schädigung des Nierengewebes durch Prozesse erfolgen, die von den ableitenden Harnwegen ihren Ausgang nehmen. Daß ein freier Abflußweg des Harns für eine geordnete Nierenarbeit unerlässlich ist, versteht sich von selbst. Auf Einzelheiten der in Betracht kommenden Krankheitsbilder kann nicht eingegangen werden, wir haben uns lediglich zu fragen, wie eine kranke Niere arbeitet und welche Konsequenzen eine unzureichende Nierenarbeit für den Organismus hat.

**Albuminurie.** Als ein wichtiges Zeichen einer Nierenerkrankung gilt die Eiweißausscheidung im Harn. Selbstverständlich hat man sich zunächst davon zu überzeugen, daß das Harneiweiß auch renaler Herkunft ist und die Eiweiß-

reaktion des Harns nicht durch Produkte hervorgerufen wird, die sich in den ableitenden Harnwegen dem Harn beimengen. Das Eiweiß der Nierenkranken stammt in erster Linie aus dem Blut. Jedoch handelt es sich nicht um ein einfaches Durchtreten, speziell erfahren die Bluteiweißkörper bei der Nierenpassage eine mehr oder weniger ausgesprochene Vergrößerung. Durchtrittsstellen sind wohl sowohl Glomeruli als auch Tubuli. Bei den vasculären Nierenerkrankungen tritt die Albuminurie stark in den Hintergrund, kann sogar fehlen, für die Glomerulonephritis kann die Albuminurie als weitgehend konstantes Symptom gelten, wenn auch die ausgeschiedenen Eiweißmengen sehr stark wechseln. Die größten Eiweißmengen finden sich bei den tubulären Nierenerkrankungen. Bei der Glomerulusalbuminurie nimmt man ein Durchlässigwerden der Gefäßwand für Eiweiß an, während bei der Tubulusalbuminurie eine Eiweißsekretion vermutet wird. Die Bedeutung der Albuminurie liegt darin, daß sie bei hohen Graden und langem Bestehen zu erheblichen Eiweißverlusten des Körpers führen kann, speziell wenn außerdem unter ungenügender Beachtung der Albuminurie über lange Zeit eine eiweißarme Nierendiät kritiklos verordnet wird. Nicht jede Albuminurie ist als Zeichen einer Nierenerkrankung zu werten, auch wenn das Eiweiß nachweislich aus der Niere stammt. Die harmlosen Albuminurien sind auch in der Regel vorübergehende Erscheinungen, welche bei bestimmten Anlässen auftreten, auch erreicht die Eiweißausscheidung in diesen Fällen nur ausnahmsweise einmal stärkere Grade. Die **orthostatische Albuminurie** der Jugendlichen, die beim Stehen in lordotischer Haltung auftritt und beim Liegen verschwindet, ist das bekannteste Beispiel einer harmlosen Albuminurie bei an sich gesunder Niere. Ebenso kann es bei starken körperlichen Anstrengungen, bei Kälteeinwirkung, bei der Menstruation, unter der Geburt und nach energischer Nierenpalpation zu harmlosen, vorübergehenden Albuminurien kommen. Auf der Grenze des Pathologischen stehen die transitorischen Albuminurien bei infektiösen Erkrankungen und speziell bei **Fieber**. Sie sind keine selbständigen Nierenerkrankungen und hinterlassen, sofern nicht etwa eine Nephritis hinzukommt, keine bleibenden Störungen, müssen jedoch als Ausdruck einer vorübergehenden, toxischen Tubulusschädigung angesehen werden. Artfremdes Eiweiß passiert die Niere ebenfalls, kann dabei die Niere selbst schädigen und zu einer gleichzeitigen echten, hämatogenen Albuminurie führen. Wir erwähnten dieses Ereignis bei der **Hämoglobinurie**. Mit analogen Verhältnissen ist bei der **Bence-Jonesschen Albuminurie** und möglicher Weise auch beim **Amyloid** zu rechnen, wie wir bei der Pathologie des Eiweißstoffwechsels näher ausführen. Ob man sich die Vorgänge bei der seltenen echten **Lipoidnephrose** ähnlich vorstellen darf, möchten wir bei der ungeklärten Entstehungsursache dieser Krankheit offenlassen. Die **Albuminurien nach Medikamenten und Giften** gehören in die Gruppe echter tubulärer Erkrankungen, wobei die Hochgradigkeit der Störung, die z. B. bei der Quecksilbervergiftung recht häufig zu hochgradigen Nekrosen der Tubuli mit Tod durch Anurie führen, für das weitere Schicksal der Menschen entscheidend ist. Im ganzen ist die Regenerationsfähigkeit der Tubulusepithelien, wenn nicht eine längere Anurie die baldige Entscheidung im ungünstigen Sinne bringt, eine auffallend gute.

Die **Hämaturie**, deren Herkunft aus der Niere sicherzustellen ist, ist ein regelmäßiges Symptom der Nephritis, tritt bei den vasculären Nierenerkrankungen zurück und fehlt bei der Nephrose. Speziell bei den akuten Nephritiden kann sie so reichlich sein, daß sie makroskopisch sichtbar ist. Die auf diese Weise auftretenden Blutverluste bei akuten und chronischen Nephritiden sind nicht zu unterschätzen und können zu merklichen Anämien führen. Neben der Hämaturie gehört zu den Harnveränderungen der Nephritis noch die bereits erwähnte Albuminurie und die **Cylindrurie**, was bei differentialdiagnostischen

Abgrenzungen gegen andere Nierenblutungen (Stein, Tumor, Nierentuberkulose) von Bedeutung ist. Für die Nephrose ist das Auftreten von Wachs- und Lipoidzylindern in großer Zahl charakteristisch.

Ungleich viel wichtiger als die Folgen der Albuminurie und Hämaturie sind die Krankheitserscheinungen, die als Ausdruck der Funktionsstörung des erkrankten Organs auftreten. **Die kranke Niere** arbeitet grundsätzlich schlechter als die gesunde, wobei allerdings die einzelnen Partiarfunktionen in sehr verschiedenem Maße beeinträchtigt sein können. Das gilt speziell für die Ausscheidungsfähigkeit von Wasser auf der einen und von gelösten Substanzen auf der anderen Seite. Eine zurückgehende Leistungsfähigkeit der Niere findet zunächst in einer Abnahme der Variationsbreite ihren Ausdruck, die Fähigkeit zu Spitzenleistungen, zur extremen Verdünnungs- und Konzentrationsarbeit, geht in zunehmendem Maße verloren. Die Konzentrationschwäche betrifft im Prinzip alle harnpflichtigen Substanzen, als Frühsymptom läßt sich häufig die Abnahme der Konzentrationskraft für Harnsäure nachweisen. Die in der Gefrierpunktsdepression bestimmbare Summe der im Harn gelösten Moleküle nimmt ab (Hypostenurie), der Harn nimmt schließlich weitgehend den Charakter eines Blutfiltrats an mit einer den Verhältnissen des Blutes entsprechenden Zusammensetzung und einer Fixation des spezifischen Gewichts auf 1010 (Isostenurie). Dabei wird die Nierenleistung in zunehmendem Maße von der Menge der anfallenden harnpflichtigen Substanzen unabhängig, was sich besonders bei Funktionsprüfungen und Belastungsproben zeigt. Sie kann eben nicht mehr auf besondere Belastungen mit einer Erhöhung ihrer Leistung antworten, da sie schon dauernd mit der Höchstleistung arbeitet, die der verbliebene Nierenrest zuläßt. Die Nacht wird zur Harnbereitung und Harnausscheidung in gleicher Weise herangezogen wie der Tag (Nykturie), die Harnsekretion absolut starr. Häufig ist die Niere noch relativ gut in der Lage, Flüssigkeit auszuschcheiden. Um bei niedriger Konzentration der gelösten Substanzen eine möglichst weitgehende Schlackenausscheidung zu garantieren, wird die Harnmenge erheblich gesteigert (Zwangspolyurie). Vermehrtes Flüssigkeitsbedürfnis tritt auf. Zur Bereitstellung ausreichender Flüssigkeitsmengen findet eine Beschränkung der extrarenalen Wasserabgabe statt. Schließlich leidet aber auch das Wasserausscheidungsvermögen, es kommt zur Oligurie als Zeichen renaler Insuffizienz. Die leichten Störungen, die nur bei besonderen Anforderungen merklich werden, während die etwa in 24 Stunden aufgebrauchte Gesamtleistung noch ausreicht, leiten mit zunehmender Leistungsminderung der Niere allmählich über zu jenen schwersten Störungen einer **absoluten Niereninsuffizienz**, bei denen selbst unter strengsten diätetischen Schonungsbedingungen und größtmöglicher Verminderung der Ansprüche an das Organ die in ihrem funktionstüchtigen Parenchym auf ein Minimum reduzierte Niere zur Ausscheidung der anfallenden, unvermeidbaren Stoffwechselschlacken nicht mehr in der Lage ist. Die unvermeidbare Folge ist die Retention harnpflichtiger Substanzen in Blut und Geweben, ein Ereignis, welches die nach kürzerer oder längerer Zeit, letzten Endes aber immer tödlich endigende echte Retentionsurämie einleitet, sofern nicht vorher aus anderen Gründen das Leben zu Ende geht. Das Ausmaß, in welchem die einzelnen harnpflichtigen Substanzen retiniert werden, ist verschieden je nach der Hochgradigkeit der Störung einzelner Partiarfunktionen. Die Retention findet sich nicht nur im Blut, sondern auch in den Geweben in sehr verschiedener Verteilung. In der Stapelung von Stoffwechselschlacken in den Geweben kann der Versuch eines kompensatorischen Vorgangs im Interesse einer Entlastung des Blutes gesehen werden. Andererseits spielen aber für die Gewebsretentionen, speziell bei der Zurückhaltung von Wasser und Kochsalz, Gewebsfaktoren eine entscheidende Rolle. Bei der Besprechung des renalen Ödems wird hierauf noch ein-

gegangen werden. Sehen wir zunächst einmal von den Gewebsretentionen als dem Ausdruck einer veränderten Gewebefunktion ab und haben nur die Retention harnpflichtiger Substanzen als eine Folge unzureichender Nierenleistung im Auge, so wird die Retention der einzelnen Substanzen auch weitgehend von der Zufuhr der entsprechenden Produkte abhängen müssen. So kann eine Ausscheidungsunfähigkeit für Salze und Wasser oft weitgehend durch entsprechende Beschränkungen in der Zufuhr kompensiert werden. In wesentlich geringerem Maße ist eine alimentäre Kompensation der Ausscheidungsstörung für die stickstoffhaltigen, harnpflichtigen Substanzen möglich, da sie in gewissem Umfang rein endogen entstehen und im Endstadium des Nierensiechtums infolge eines zunehmenden, toxischen Eiweißzerfalls sogar in vermehrter Menge anfallen. So gehört das Ansteigen dieser im Reststickstoff zusammengefaßten stickstoffhaltigen Produkte im Blut zu den obligaten und führenden Symptomen der renalen Insuffizienz und echten Urämie, die dementsprechend auch als azotämische Urämie bezeichnet worden ist. Im Rahmen der retinierten Stickstoffschlacken steigen Harnsäure, mitunter auch Indican besonders frühzeitig an. Die nicht selten in diesem Stadium zu beobachtende Hypochlorämie kann als Ausdruck einer Kochsalzverdrängung in die Gewebe im Interesse der Erhaltung der Isotonie gedeutet werden. Das finale Stadium des chronischen Nierensiechtums, dessen Krankheitserscheinungen wir unter dem Begriffe der *echten, stillen Urämie* zusammenfassen, imponiert klinisch als ein Vergiftungsbild. Dabei wechselt der Gesamteindruck, je nachdem ob beim einen Fall das eine, beim anderen ein anderes Symptom stärker akzentuiert ist und in den Vordergrund tritt. Der rapide körperliche Verfall mit zunehmender Anämie und herabgesetzter Leistungsfähigkeit kennzeichnet die Schwere der Harnvergiftung. Die Erscheinungen von seiten des Nervensystems, beginnend mit psychischen Störungen, die sich bis zu psychotischen Zuständen steigern können, schließlich in zunehmende Benommenheit und tiefes Koma übergehen, während Krämpfe nur in einem Teil der Fälle unmittelbar vor dem Tode auftreten, werden als toxische Erscheinungen aufgefaßt. Auf die Kreislaufsymptome wird gleich noch im Zusammenhang einzugehen sein. Die Magendarmsymptome, die regelmäßig zu beobachten sind und mitunter absolut in den Vordergrund treten, was differentialdiagnostisch wichtig werden kann, dürften im wesentlichen als Ausdruck eines Kompensationsversuches aufzufassen sein. Stickstoffhaltige Stoffwechselschlacken erscheinen in vermehrter Menge in den Verdauungssäften, der urinöse Mundgeruch zeigt dies bereits an. Eine wirkungsvolle Kompensation wird auf diese Weise aber nicht erreicht, da die Stoffwechselschlacken in den Verdauungssäften niemals in höherer Konzentration ausgeschieden werden können, als sie im Blute vorhanden sind. Andererseits schädigen sie bei ihrem Durchtritt die Schleimhäute der Verdauungsorgane und geben zu Gastritis, Enteritis und Colitis, verbunden mit Erbrechen und mitunter ruhrähnlichen Durchfällen Veranlassung. Der Durst der Kranken erklärt sich durch die Retention und das damit verbundene Ansteigen der molaren Konzentration in den Körpersäften. Wenn wir uns aber die Frage vorlegen, weshalb das chronische Nierensiechtum unter dem Bilde einer schweren Vergiftung verläuft und worin wir das *Urämiegift* zu sehen haben, so läßt sich eine befriedigende Erklärung heute noch nicht geben. Am nächsten liegt natürlich der Gedanke, daß die giftigen Substanzen unter den retinierten Stoffen zu suchen sein möchten. Was die stickstoffhaltigen Retentionsprodukte anbetrifft, so geht die Größenordnung der Retention in keiner Weise mit der Schwere des Krankheitsbildes und der Hochgradigkeit der toxischen Symptome parallel. Eher ist vielleicht das Tempo, in welchem die Retention erfolgt, von Bedeutung, aber auch das ist in keiner Weise sicher. Unter den retinierten stickstoffhaltigen Produkten kennen wir keines, welches mit Sicherheit bei



Erreichung einer bestimmten Konzentration toxische Urämiesymptome auslöste. Harnstoff und Harnsäure wirken in hoher Konzentration sicher nicht giftig. Dagegen ist möglicherweise einem steigenden Blutgehalt an Phenolen, anderen aromatischen Substanzen, unter anderem Indican, eine spezielle Bedeutung für das Zustandekommen toxischurämischer Symptome beizumessen. Auch unvollständige Eiweißspaltprodukte in Form von Aminen könnten zu Vergiftungssymptomen Veranlassung geben. Ob es überhaupt ein einheitliches Urämiegift gibt, ob mehrere Retentionsprodukte zusammenwirken oder ob durch die Retention andersartige, ungünstig sich auswirkende intermediäre Umstellungen erfolgen, das sind Fragen, die wir heute noch nicht beantworten können. Vielseitige Veränderungen treten im Mineralhaushalt des Urämikers auf, weitgehend in Abhängigkeit von der Mineralzufuhr, da die Niere nicht mehr regulierend eingreifen kann. Dementsprechend ist auch die mineralische Zusammensetzung der Körpersäfte eine sehr wechselnde und bei den einzelnen Kranken eine sehr verschiedene, speziell hinsichtlich der Anionen. Wir sprechen von einer Poikilopikrie der Nierenkranken. Besonders ungünstig kann sich die Tatsache auswirken, daß der kranken Niere schließlich auch vollständig die Fähigkeit verlorengelht, durch eine dem Bedarf entsprechende vermehrte Ausscheidung saurer oder basischer Valenzen die Konstanz der Blutreaktion zu garantieren. Auch in dieser Richtung tritt demnach der Nierenkranke in zwangsmäßige Abhängigkeit von den mit der Nahrung zugeführten sauren oder basischen Valenzen. Da die übliche Kost einen Säureüberschuß zu haben pflegt, sind azidotische Stoffwechsellagen mit entsprechender Verminderung der Alkalireserve beim Urämiker häufiger als Alkalosen mit vermehrter Alkalireserve, wie sie bei einer Kost mit Basenüberschuß zustande kommen können. Die Gefahr einer Blutazidose wird noch dadurch vermehrt, daß im Nierensiechtum noch unbekannte saure Produkte intermediär auftreten, als deren Quelle wir den toxischen Eiweißzerfall ansehen. So kann das Ende im *Coma uraemicum* durch eine echte Azidose analog den Verhältnissen beim *Coma diabeticum* erfolgen. Wie bei allen Formen einer Azidose versucht auch der Urämiker eine Kompensation durch Umstellung seiner Atmung. In einer Reihe von Fällen zeigt sich dies in einer Überventilation, die wie beim *Coma diabeticum* den Typus der großen KUSSMAULSchen Atmung annehmen kann. Auf diese Weise wird durch Senkung der alveolaren Kohlensäure eine Kompensation der Azidose bis zu einem gewissen Grade möglich; die Kranken fühlen sich durch diese azidotische, hämatogene Dyspnoe auch subjektiv in hohem Maße belästigt. Ein *Coma uraemicum*, also eine echte Säurevergiftung, stellt aber zweifellos nur eine Form des Todes dar, den der Nierenkranke erleiden kann. Sicherlich spielen für die Urämiesymptome und den tödlichen Ausgang der Urämie noch andere, ihrem Wesen nach, wie wir ausführten, noch unbekannte Momente eine entscheidende Rolle. Bedroht ist das Leben der Nierenkranken weiterhin durch Komplikationen von seiten des Kreislaufs, speziell in Form einer muskulären **Herzinsuffizienz**. Mit großer Regelmäßigkeit werden die entzündlichen und vor allem die vasculären Nierenkrankungen, also solche, die bei fortschreitendem Verlauf zur Niereninsuffizienz und Urämie führen, von einem charakteristischen Kreislaufsymptom begleitet, der renalen Hypertonie. Was die Hypertonie für den Kreislauf bedeutet und welche Gefahren eine Hypertonie in sich birgt, haben wir an anderer Stelle eingehend geschildert. Für uns handelt es sich jetzt um die Frage, wie wir uns den inneren Zusammenhang zwischen **Nierenleiden** und **Blutdrucksteigerung** vorzustellen haben. Daß ein solcher innerer Zusammenhang bestehen muß, kann bei dem in hohem Grade regelmäßigen Zusammentreffen zwischen Blutdrucksteigerung und einem mit Leistungsverminderung einhergehenden Nierenleiden schlechterdings nicht geleugnet werden. Es fragt sich nur, was Ursache

und was Wirkung ist. Hier ist ein gewisser Unterschied zu machen zwischen der akuten Nephritis auf der einen und der chronischen Nephritis und Nephrosklerose auf der anderen Seite. Daß zur Auslösung eines Hochdrucks eine universelle Widerstandsvermehrung im arteriellen Gefäßgebiet und zwar im Bereich der Arteriolen oder Capillaren eintreten muß, mithin etwa arteriosklerotische Veränderungen in der Niere nicht unmittelbare Ursache einer Blutdrucksteigerung sein können, führten wir an anderer Stelle bereits aus. Dabei erwähnten wir auch, daß ein allgemeiner infektiöser Capillarschaden mit Capillardrucksteigerung, daneben auch ein auf der gleichen Basis entstandener erhöhter Venolentonus mit Steigerung des Druckes in diesem Gebiet als Ursache der Blutdrucksteigerung bei der akuten Nephritis anzusehen ist. Es handelt sich demnach um einen wohl charakterisierten Krankheitszustand der terminalen Strombahn mit histologisch nachweisbaren Veränderungen, wie sie der pathologische Anatom als Zeichen einer Entzündung ansieht. Für die Bewertung der Beziehungen zueinander ist von entscheidender Bedeutung, daß die Veränderungen im peripheren Gefäßgebiet, insbesondere in den Capillaren und die Blutdrucksteigerung den klinischen Erscheinungen einer Nephritis zeitlich vorausgehen können. Solche Beobachtungen sind speziell beim Scharlach gemacht worden, auch gelegentlich in der Form, daß eine mit Blutdrucksteigerung einhergehende universelle Capillarveränderung festgestellt wurde, die wieder abklang, ohne daß es überhaupt zur Nephritis kam. Solche Beobachtungen haben zu der Vorstellung geführt, daß Capillarschaden und Blutdrucksteigerung das Primäre, die akute Nephritis auf der Basis dieses Capillarschadens, von dem auch die entsprechenden Nierengefäße betroffen sind, das sekundäre Leiden sein möchte. Sind solche Erwägungen bei der akuten Nephritis nicht nur zulässig, sondern durch einschlägige Beobachtungen zweifellos nahegelegt, so müssen wir uns beim Hypertonus der chronischen Nephritis und Nephrosklerose doch auf den Standpunkt stellen, daß der Hochdruck ein renal bedingter ist. In diesen Fällen handelt es sich auch nicht um allgemeine Capillarveränderungen, sondern um eine Tonusänderung im Arterioleengebiet. Die Angiospasmen können direkt nachgewiesen werden (blasser Hochdruck VOLHARDS), sie führen am Augenhintergrund zu charakteristischen, das Sehvermögen in hohem Maße schädigenden Veränderungen in Gestalt der Retinitis angiospastica. Der frühere Name Retinitis albuminurica ist fallen gelassen, weil die Veränderung mit der Albuminurie der Nierenkranken nichts zu tun hat. Im übrigen handelt es sich bei den chronisch Nierenkranken nicht um vorübergehende Gefäßspasmen, wie sie neben den Capillarveränderungen auch bei der akuten Nephritis beobachtet werden können, sondern es entsteht ein weitgehender Dauerzustand eines veränderten Arteriolentonus. Neuerdings ist es gelungen, im Blut bei renaler Hypertonie, nicht jedoch beim essentiellen Hochdruck, als blutdrucksteigernde Substanz das **Tyramin** nachzuweisen. Es ließ sich weiterhin zeigen, daß das Auftreten der Substanz Beziehungen zur Durchblutungsstörung der Niere und nicht zum Grade der Niereninsuffizienz hat. Damit wäre der erste Beweis einer „renalen Hypertonie“ erbracht. Ob das Tyramin die einzige maßgebende Substanz ist, ob vorübergehende Hypertonien, wie sie etwa für die Dauer einer Abflußbehinderung des Harns bei Prostatikern beobachtet werden können, auf die gleiche Weise entstehen, muß noch offen bleiben, wie sich auch über den Angriffspunkt des Tyramins, ob zentral oder peripher, noch nichts sagen läßt.

Als ein letztes wichtiges Nierensymptom hat das renale Ödem zu gelten. Es findet sich in ausgesprochenem Maße bei den nephrotischen Nierenerkrankungen, gehört aber auch zu den führenden Symptomen der Nephritiden. Bei der Nephrosklerose tritt es gänzlich an Bedeutung zurück, die bei dieser Erkrankung

auftretenden Ödeme werden meist durch eine komplizierende Herzinsuffizienz verursacht und sind demnach keine renalen, sondern kardiale Ödeme. Was die Entstehungsbedingungen der renalen Ödeme anbetrifft, so haben wir hierüber bereits beim Wasserstoffwechsel, als wir die Ödempathogenese in ihren verschiedenen Formen behandelten, eingehend besprochen. Hier sei nur nochmals darauf hingewiesen, daß neben einer Wasserretention als Zeichen einer Niereninsuffizienz auch extrarenale Gewebefaktoren und Capillarschädigungen einen wesentlichen ursächlichen Anteil an der Ödementstehung haben, wobei außerdem zwangsläufig Wechselbeziehungen zwischen Wasser- und Kochsalzverschiebungen bestehen. Bei den nephrotischen Ödemen ist das Schwergewicht in ursächlicher Beziehung auf die Gewebefaktoren zu legen. Die renalen Ödeme sammeln sich im Gegensatz zu den kardialen Ödemen nicht nach dem Gesetz der Schwere, sondern mit Vorliebe im lockeren Bindegewebe an. Besonders charakteristisch ist das Gesichtsoedem der Nierenkranken. Daß das Ödem für die Entstehung echter urämischer Erscheinungen von Bedeutung sei, ist nicht anzunehmen.

**Eklamptische Urämie.** Von der echten Retentionsurämie, die das Drama eines chronischen Nierensiechtums beendet, haben wir zu trennen ein Zustandsbild, welches in Form einer akuten Krampfurämie bei akuten Nephritiden mitunter sehr rasch eintritt, und bei dem Erscheinungen einer Niereninsuffizienz und Retention nur in sehr bescheidenem Maße nachweisbar sind oder ganz fehlen. Es betrifft fast nur Kinder und jugendliche Menschen, kommt außerdem als Eklampsie der Schwangeren in klinisch identischer Form vor, wenn auch hinsichtlich der Entstehungsursache die Nephritis und die Schwangerschaftsnieren nichts Gemeinsames haben. Das Krankheitsbild wird völlig von den cerebralen Symptomen, in erster Linie von den sich mitunter sehr häufig wiederholenden tonisch-klonischen Krampfanfällen beherrscht. Daneben finden sich Hirndruck- und meningeale Symptome; der Liquordruck kann beträchtlich gesteigert sein. Grundsätzlich findet sich auch eine Blutdrucksteigerung auf angiospastischer Grundlage, die bei Abklingen des Zustandes zurückgeht. Als Ursache der cerebralen Erscheinungen, speziell der Krämpfe, werden sowohl die mit der Blutdrucksteigerung zusammenhängenden Durchblutungsstörungen als auch das häufig nachweisbare Gehirnödem verantwortlich gemacht. Ausnahmsweise bleiben cerebrale Ausfallserscheinungen definitiv zurück, wenn sie auch in verschiedenster Form als vorübergehendes Ereignis beobachtet werden können. Gefürchtet ist vor allem die zentrale Amaurose. Auch dieses Krankheitsbild macht den Eindruck eines schweren Vergiftungszustandes, wenn es auch seinem Wesen nach nicht ausreichend erklärt werden kann. Bei der Eklampsie der Frau hat man an Beziehungen zum Hypophysenhinterlappen gedacht. Als Beweis dieser Theorie wird darauf hingewiesen daß sich im Blut derartiger Kranker das antidiuretische und das blutdruckwirksame Hinterlappenprinzip in vermehrter Menge nachweisen lassen. Sicher ist, daß sich bei der Nephritis Symptome einer eklamptischen Urämie mit solchen einer echten kombinieren können. Die reine Krampfurämie kann jedenfalls, wie betont, aus dem Zustand der Niere nicht erklärt werden und muß also ihrem Wesen nach von der Retentionsurämie abgetrennt werden.

Unter **Pseudourämie** verstehen wir cerebrale Krankheitserscheinungen, die denen einer Urämie sehr ähnlich sein können, jedoch mit einer Nierenerkrankung nichts zu tun haben. Vielmehr handelt es sich um die Folgen lokaler Durchblutungsstörungen, wie sie speziell bei essentiellen Hypertonikern und Cerebralsklerotikern, häufig kombiniert mit den verschiedensten Herdsymptomen, zur Beobachtung kommen.

**Ableitende Harnwege.** Was die funktionelle Bedeutung der Erkrankungen der ableitenden Harnwege anbetrifft, so können wir uns kurz fassen, da eine eingehende Symptomatik und Differentialdiagnose nicht zu unseren Aufgaben gehört. **Infektionen der Harnwege**, die als Cystitis und Cystopyelitis klinisch in Erscheinung treten, kommen meist ascendierend, selten descendierend oder hämatogen zustande. Es handelt sich in der Regel um äußerst schmerzhafte Leiden, speziell im akuten Stadium, verbunden mit Harndrang, Blasenentmesmen und schmerzhafter Harnentleerung. Als Krankheitserreger kommen eine große Zahl von Mikroorganismen in Betracht, weitaus am häufigsten ist die Coliinfektion. Frauen werden ungleich viel häufiger betroffen als Männer. Eine Infektion der Harnwege braucht nicht notwendigerweise zu Entzündungserscheinungen Veranlassung geben, sondern besteht oft jahrelang als reine Bakteriurie. Das Hinzutreten von echten Entzündungserscheinungen wird besonders durch Harnabflußbehinderungen begünstigt. Eine häufige Gelegenheitsursache, bei der die Entzündung auftritt oder exacerbiert, ist beispielsweise die Gravidität. Die Veränderungen, die im Gefolge solcher Erkrankungen eintreten, sind auch für die Nierenfunktion nicht gleichgültig, speziell wenn es zu Harnstauungen kommt. Andererseits kann auch die Entzündung vom Pyelon auf die Niere übergreifen (**Pyelonephritis**) und gefährdet je nach Ausdehnung der Prozesse die Nierenfunktion. Die Blase kann infolge Entzündung ihrer Schleimhaut sehr stark schrumpfen, so daß der Harn nur noch in sehr geringem Maße gehalten werden kann. Besonders bei der **Blasentuberkulose**, die meist als Ausscheidungstuberkulose im Anschluß an eine **Nierentuberkulose** entsteht, treten hochgradige Schrumpffblasen auf. Mit Infektion der Harnwege kombiniert, aber auch häufig als selbständiges Leiden, tritt die **Steinkrankheit der Harnwege** auf. Die Entstehungsweise der Harnsteine ist an anderer Stelle bereits eingehend besprochen. Wandernde Steine geben zu heftigen Koliken Veranlassung, wobei die Schmerzen im Bereich der Niere beginnen und den Ureter entlang nach der Gegend der Harnröhre ausstrahlen. Die Bedeutung der Steine liegt einmal in der Tatsache, daß sie zu Verletzungen und heftigen Blutungen Veranlassung geben können. Perforation des Ureters ist ein seltenes Ereignis. Ferner können sie die Ureteren bzw., wenn es sich um große Blasensteine handelt, die Urethra verlegen und damit zur Harnstauung führen. Bei einseitigem Steinverschluß kann reflektorisch Anurie als unmittelbar bedrohliches Leiden auftreten. Länger dauernde Harnstauungen bei Steinkrankheit führen zur Erweiterung des Nierenbeckens und gestauten Harnleiteranteils. Wir sprechen von hydro-nephrotischer Steinniëre, ist sie außerdem infiziert, von pyonephrotischer Steinniëre. Bei lang dauernder Harnstauung im Nierenbecken wird das Pyelon immer weiter, das Nierengewebe an die Wand gedrückt und kann schließlich einer vollständigen Degeneration und Atrophie verfallen. Auf diese Weise kann auch ohne Sekundärinfektion eine Niereninsuffizienz entstehen. Selbstverständlich kann jede Harnstauung, auch wenn sie durch andere Momente als durch eine Steinkrankheit hervorgerufen ist, zur Hydro- oder Pyonephrose führen. Auch ist es möglich, daß sich die Steine erst innerhalb der infizierten Harnwege, speziell wenn Abflußbehinderungen vorliegen, bilden. Als Ursache einer Harnverhaltung ist neben der Steinkrankheit noch vor allem an eine vergrößerte Prostata zu denken, die schließlich zur völligen Anurie Veranlassung geben kann.

**Blasenfunktion bei Innervationsstörungen.** Nicht ausschließlich sind Störungen der Harnentleerung Ausdruck einer Krankheit, die sich im Gebiet der ableitenden Harnwege abspielt. Vor allem muß auch in Betracht gezogen werden, daß Innervationsstörungen, wie wir sie besonders in der Folge von Rückenmarksaffektionen beobachten können, eine normale Betätigung der

Blasenfunktion stören, ja vollständig aufheben können. Harnretention, vollständig oder unvollständig, sowie zeitweises Harnträufeln sind Zeichen dieser Störungen. Bei der Besprechung des Nervensystems wird auf diese Dinge noch einzugehen sein. Was wir als wesentlichen Punkt nochmals hervorheben wollen, ist die Tatsache, daß mit der Funktionstüchtigkeit der ableitenden Harnwege auch die normale Arbeitsmöglichkeit der Niere ohne Rücksicht auf ihre eigene anatomische Intaktheit steht und fällt, und daß alle Erkrankungen der ableitenden Harnwege einschließlich des Pyelons, wenn sie auch etwas grundsätzlich anderes darstellen als das, was wir unter den eigentlichen Nierenerkrankungen, die sich im Parenchym abspielen, verstehen, immer auch in der Richtung bewertet werden müssen, was sie für die Nierenfunktion bedeuten oder bedeuten können.

## XII. Verdauung und Verdauungsorgane.

**Funktion der Verdauungsorgane.** Im Verdauungskanal ordnen sich eine große Reihe verschiedener Organe zu gemeinsamer Arbeit zusammen, deren wichtigste Funktionen die Verarbeitung der aufgenommenen Nahrung, ihre Aufschließung bis zu einer resorptionsfähigen, für die intermediären Bedürfnisse des Organismus geeigneten Form und schließlich die Resorption der aufgeschlossenen Nahrungsbestandteile selbst sind. Daneben kommen speziell den unteren Darmabschnitten noch wichtige Ausscheidungsfunktionen zu. Beim Verdauungsvorgang werden eine ganze Reihe von Etappen durchlaufen, wobei sich die Tätigkeit tieferer Abschnitte auf der Vorarbeit der höher gelegenen aufbaut. Diese Tatsache besagt, daß durch Störungen in höher gelegenen Gebieten des Verdauungsschlauches auch die Arbeit in den tieferen Regionen in Mitleidenschaft gezogen wird, und daß der Verdauungsvorgang nur dann normal ablaufen kann, wenn alle dabei beteiligten Organe einwandfreie Arbeit verrichten. Die Einwirkungen, denen der Speisebrei bei seiner Passage durch den Verdauungsschlauch ausgesetzt ist, sind teils mechanischer, teils chemischer Natur. In den tieferen Abschnitten ist weiterhin der Einfluß, der von einer normalen oder pathologischen Besiedelung des Darmes mit Mikroorganismen ausgeht, in Betracht zu ziehen. Für die volle Entfaltung der Verdauungsvorgänge wird weiterhin das Tempo, mit dem der Speisebrei den Verdauungskanal passiert, von entscheidender Bedeutung sein, Verkürzung wie Verlängerung der Verweildauer in bestimmten Abschnitten des Magendarmkanals werden in gleicher Weise zu Verdauungsstörungen Veranlassung geben können. Wir verfolgen die aufgenommene Nahrung auf ihrem Weg durch den Verdauungsapparat und werden sehen, wie sich bei krankhaften Veränderungen im Bereich der beteiligten Organe eine große Reihe verschiedener Störungen ergeben kann. Im **Munde** stehen die mechanischen Einwirkungen auf die Nahrung ganz im Vordergrund, wenn auch durch die Einwirkung des Ptyalins bereits eine Kohlehydratverdauung eingeleitet wird. Der Zweck des **Kauens** ist die Zerkleinerung der Nahrung und damit die Vergrößerung der Oberfläche, an der die eigentlichen Verdauungsvorgänge angreifen können. Wird die Nahrung in dieser Hinsicht schlecht vorbereitet, so bedeutet dies eine Mehrbelastung für den Magen, da der Pylorus für gröbere Speisebrocken nicht oder nur sehr bedingt durchgängig ist. So führt das Herunterschlucken unzureichend gekauter Speisen zu einer Verlängerung der Verweildauer im Magen mit Änderung seiner Saft- und Säureproduktion und kann zu definitiven Störungen der Magenfunktion Veranlassung geben. Vorbedingung für einen genügenden Kauakt ist neben einer normalen Bewegungsfähigkeit des Unterkiefers einmal der funktionell ausreichende Zustand des **Gebisses**, andererseits darf die Beteiligung der **Zunge**, die das Bewegen der Speisen im Munde vermittelt, nicht unterschätzt werden. So wird durch

organische Zungenerkrankungen oder Zungenlähmungen auch die geeignete Vorbereitung der Speisen im Munde in Frage gestellt. **Entzündliche Erkrankungen** im Gebiete des Mundes beeinträchtigen den Kauakt wegen der dabei auftretenden Schmerzen oft in hohem Grade. Dabei können entzündliche Veränderungen der Mundschleimhaut, speziell des Zahnfleisches, auch durch sekundäre Mischinfektion auf der Basis einer ganz anderen exogenen oder endogenen Störung entstehen. Wir nennen Schwermetallschädigungen, Diabetes, kachektische Erkrankungen, Skorbut u. dgl. Auf diese Weise können auch Appetitstörungen entstehen. Der **Zungenbelag** galt früher, als genauere Untersuchungsmethoden zur Erschließung krankhafter Vorgänge im Magendarmkanal noch nicht zur Verfügung standen, als ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel für die Deutung von Magendarmkrankungen. Solche Beziehungen sind weit überschätzt worden und in keiner Weise gesetzmäßig. Vor allem kennen wir Zungenveränderungen mit oder ohne Belag als Ausdruck ganz anderer Erkrankungen. Erinnerung sei an die geschwollene, an den Rändern und der Spitze belagfreie Zunge der Typhuskranken, an die in wechselndem Grade belegte Himbeerzunge beim Scharlach und an die atrophische, vorwiegend an Rand und Spitze entzündete HUNTERSche Zunge der perniziösen Anämie.

Schlund und Oesophagus dienen der Weiterbeförderung des Speisebreis. Der **Schluckakt** wird durch die entsprechende Schlundmuskulatur bewerkstelligt, wobei durch gleichzeitig betätigte Verschlussmechanismen ein Übertritt der Speisen in die hinteren Nasenregionen und in die Luftröhre verhindert wird. **Schlucklähmungen** wirken sich vor allem darin ungünstig aus, daß es zum Verschlucken kommt, worunter wir das Eindringen von Speiseteilen in die unteren Luftwege mit der Gefahr einer Erstickung durch Stenosierung und einer Aspirationspneumonie durch gleichzeitiges Eindringen pathogener Keime verstehen. Wichtig ist, daß kleinere, etwa von Kindern verschluckte Gegenstände oft jahrelang völlig symptomlos in einem Bronchus liegen können. Langsam und ohne erkennbare Ursache auftretende herdförmige Lungenerkrankungen in Form einer Bronchopneumonie oder eines Abscesses, die auf keine Behandlung reagieren wollen, sollten auf das Vorliegen eines verschluckten Fremdkörpers genauestens kontrolliert werden. Die Bedeutung der **Oesophaguserkrankungen** liegt vorwiegend darin, daß sie den Durchtritt des Speisebreis behindern. Klar liegen die Stenosierungen durch schrumpfende Narben, wie sie vor allem nach Verätzungen auftreten. Dabei erweisen sich starke Laugen als weit gefährlicher als Säuren. Tumoren können in gleicher Weise wirksam werden. Verengerungen durch Druck von außen kommen auf verschiedene Weise bei Tumoren und anderen raumbesprechenden Prozessen des Mediastinums zustande. Was die letztgenannte Möglichkeit anbetrifft, so können ein stark geschwungener Bogenteil der Aorta und aneurysmatische Aortenerweiterungen komprimierend wirken. In gleicher Weise, wenn auch wohl nicht in so hohem Maße, kann ein stark dilatierter linker Vorhof (Mitralfehler) wirksam werden. Die Behinderung der Oesophaguspassage durch die genannten Störungen kann speziell bei den den Oesophagus selbst betreffenden Erkrankungen so hochgradig werden, daß es über die belästigenden dysphagischen Beschwerden hinaus zu erheblichen Dilatationen der Speiseröhre oberhalb der Enge mit sekundärer Atonie der Oesophagusmuskulatur kommt. Vollständig wird der Verschluss beim **Oesophagusspasmus**, der mit Vorliebe am Übergang zum Magen auftritt und dann als Kardiospasmus bezeichnet wird, aber auch an jeder anderen Stelle auftreten kann. Ein solches Leiden kommt als selbständige Erkrankung zweifellos vor, je nach der Häufigkeit und der Dauer des Spasmus dilatiert der Oesophagus (Megaoesophagus) in oft erheblichem Grade, der Speisebrei sammelt sich in mehr oder weniger großen Mengen oberhalb der Enge und wird dann durch

Erbrechen entleert, wobei der Geschmack des Erbrochenen dem der genossenen Nahrungsmittel entspricht. Es fehlt die Beimengung von Magensaft und demgemäß auch die entsprechende Veränderung des Speisebreis durch dessen verdauende Wirkung. Häufig wird jedoch ein Oesophagusspasmus durch eine im Oesophagus selbst oder in seiner Nähe vorhandene organische Erkrankung ausgelöst, ist demnach nur Symptom, nicht Wesen der Krankheit. Vor allem bei älteren Leuten kann der Spasmus erster Hinweis auf ein beginnendes Carcinom sein. Daß die Ernährung der Menschen mit organischen oder spastischen Oesophagusstenosen ernstlich in Frage gestellt ist, da die genossene Nahrung nicht in ausreichendem Umfang bis in den Magen vordringen kann, sondern unverdaut und unausgenutzt durch Erbrechen rückläufig entleert wird, ergibt sich von selbst. Im übrigen ist die Stauung vor dem Hindernis ebenfalls kein harmloses Ereignis. Über die reine Stauungserweiterung hinaus kann es zu Wandschädigungen kommen, da mit dem Speisebrei reichlich Mikroorganismen verschluckt werden, die in dem nicht sauren Speisebrei einen günstigen Nährboden finden und sich demgemäß erheblich vermehren können. So droht eine weitere Komplikation in der Form fortschreitender Entzündungsprozesse. Ähnliche Vorgänge können sich auch bei **Oesophagusdivertikeln** abspielen, wobei diese Ausstülpungen angeboren oder erworben sein, durch Druckwirkung von innen oder Zugwirkung von außen zustande kommen können. Auch in ihnen stauen sich Speisereste, die zeitweise erbrochen werden, auch von hier aus können sich entzündliche Prozesse entwickeln und zu Wandschädigungen führen. Sind die Divertikel stark gefüllt, so können sie zu Drucksymptomen, dysphagischen Störungen und zu einem sekundären Oesophagusspasmus Veranlassung geben.

Während also im Oesophagus Verdauungsvorgänge nicht stattfinden und demnach die Bedeutung der Störungen im Gebiete der Speiseröhre in der Tatsache einer mehr oder weniger ausgesprochenen Passagebehinderung des Speisebreis liegt, hat der **Magen** neben der Weiterbewegung der Speisen auch eine wichtige Verdauungsaufgabe zu erfüllen. Beide Funktionen, die der chemischen und mechanischen Verarbeitung wie der Fortbewegung sind innig miteinander verknüpft und voneinander abhängig. Tempo und Ausmaß der Magenaustrreibungen, neben der Funktionstüchtigkeit der Magenmuskulatur in erster Linie abhängig von einem geordneten Pylorusspiel, haben sich nach den Verdauungsvorgängen zu richten. Die Verweildauer der Speisen im Magen ist entscheidend für die Vollständigkeit der dem Magen zufallenden Verdauungsfunktionen. Verkürzung wie Verlängerung der Verweildauer werden sich in ungünstiger Weise auswirken müssen, wie auch Abweichungen der chemischen Verdauungstätigkeit der Anlaß zu Störungen sein werden. Betrachten wir zunächst die reinen Verdauungsstörungen, so kommt bekanntlich dem von der Magenschleimhaut produzierten **Magensaft** eine besondere Verdauungsfunktion zu. Das Schwergewicht der Magenverdauung ist neben der Auflösung von Bindegewebe auf die Aufspaltung von Eiweißkörpern zu legen. Die von der Magenschleimhaut produzierten Fermentvorstufen werden durch die Salzsäure des Magens zu den wirksamen Fermenten Lab und Pepsin aktiviert. Die Salzsäure ist im Magen zum Teil als freie Salzsäure zugegen, zum Teil an Eiweißkörper gebunden. Der Gehalt des Magensaftes an freier Salzsäure kann ein beträchtlicher sein, bis 0,5% und noch etwas mehr betragen. In nüchternem Zustande werden normalerweise keine wesentlichen Saftmengen abgeschieden, man kann nur wenige Kubikzentimeter absaugen. Den natürlichen Reiz für die Magensaftproduktion stellt die eingeführte Nahrung dar. Hat der Speisebrei den Magen verlassen, so versiegt auch alsbald die Saftproduktion wieder. Im übrigen kann eine Magensaftsekretion auch reflektorisch von extraventriculären Gebieten ausgelöst werden. Als der für die Sekretion maßgebende Nerv

ist der Vagus anzusehen. Im Rahmen vegetativer Übererregbarkeit kann es demnach auch zu Anomalien in der Magensaftabscheidung kommen. Bekannt ist ferner die reflektorische Magensaftsekretion aus psychischen Anlässen, bei Scheinfütterungen, bei besonderen Geschmacks- und Geruchseindrücken u. dgl. Organische Erkrankungen des Magens wirken sich in einer Abänderung der Sekretionsverhältnisse aus. So dient auch der Nachweis von Sekretionsanomalien als wichtiges diagnostisches Merkmal solcher Erkrankungen, speziell für die Diagnose eines Magengeschwürs und eines Magencarcinoms. Auf weitere Beziehungen der Magensaftproduktion zu anderen Krankheitsbildern werden wir im Laufe unserer Besprechungen noch zurückkommen. Der Normbegriff ergibt sich aus der Reaktion des Magens auf einen bestimmten Sekretionsreiz, wobei die regelmäßige Entnahme von Saftproben in kleinen Zeitabständen ein anschauliches Bild von der sekretorischen Magentätigkeit gibt. Eine solche fraktionierte Magenausheberung ist demnach wesentlich aufschlußreicher als eine einmalige Ausheberung, da die letztgenannte Untersuchungsmethode nur ein willkürlich gewähltes, mitunter wenig eindrucksvolles Momentbild aus dem Vorgang herausnimmt. Bei der Magensaftuntersuchung interessiert einerseits die Saftmenge, die stark vermehrt (Supersekretion) oder auf ein Minimum reduziert sein kann (trockener Magen), andererseits die Größenordnung der Säureproduktion. Der Säuregehalt kann vermehrt (Superacidität) oder vermindert (Subacidität) gefunden werden, schließlich kann die Salzsäureproduktion ganz fehlen (Anacidität). Als *Achyilia gastrica* bezeichnen wir einen Zustand, bei dem der Magensaft weder freie Salzsäure noch Fermente enthält. Dieses letztgenannte Ereignis zeigt schon, daß ein regelmäßiger Parallelismus zwischen Saftmenge und Säuregrad nicht besteht. Gleichwohl ist gleichzeitiges Auftreten von Supersekretion und Superacidität ein häufiges Ereignis und der ausgesprochen trockene Magen findet sich fast ausschließlich bei der *Achyilia gastrica* oder bei ausgesprochenem Grade von Subacidität. Neben der Feststellung, in welchen Mengen Magensaft produziert wird, und wie hoch sein Säuregehalt ist, ist noch von Wichtigkeit, in welcher zeitlichen Beziehung zu dem künstlich erzeugten Sekretionsreiz das Sekretionsmaximum steht, wo die Säurekurve ihren Höhepunkt hat. Betrachten wir uns die Sekretionsanomalien nach den genannten Richtungen im einzelnen, so ergeben sich eine Reihe wichtiger Beziehungen zu verschiedenen krankhaften Vorgängen.

Die echte *Achyilia gastrica* ist in der Regel keine selbständige Magenkrankung, sondern ein führendes, in einer Reihe von Fällen das Frühsymptom der perniziösen Anämie. Objektiv findet sich eine Atrophie und Gastritis der Magenschleimhaut, die beispielsweise eine Parallele in der bekannten HUNTERSchen Zunge dieser Krankheit findet. Auf das Wesen der perniziösen Anämie, speziell hinsichtlich der Frage, wie wir uns die Rolle der Magenerscheinungen bei dem krankhaften Geschehen nach dem jetzigen Stand unserer Kenntnisse vorstellen, ist an anderer Stelle ausführlich eingegangen. Wenn wir den Begriff der *Achyilia gastrica* auf die Zustandsbilder beschränken, bei denen auch auf den stärksten Sekretionsreiz (Histamin) keine Salzsäureproduktion erfolgt und der gewonnene Magensaft keine Fermente enthält, im Gegensatz zu den Fällen reiner Anacidität bei vorhandenen Fermenten, so ist, abgesehen von der perniziösen Anämie, die *Achyilia gastrica* eine sehr seltene Erkrankung, wenn sie überhaupt vorkommt. Bei einer nicht kleinen Zahl von Fällen, die zunächst als reine *Achyilia gastrica* imponierten, kommt es mitunter nach Jahren zu den typischen Blutveränderungen im Sinne der perniziösen Anämie, so daß zumindest die Vermutung berechtigt ist, daß alle reinen Fälle von *Achyilia gastrica* letzten Endes doch zum Symptomenkomplex der perniziösen Anämie gehören. Umgekehrt schließen normale Magensaftverhältnisse das Vorliegen einer echten perniziösen Anämie



aus. **Zurückgehen oder Versiegen der Salzsäureproduktion** des Magensaftes bei einer mitunter zwar verminderten, im Prinzip aber vorhandenen Fermentproduktion findet sich bei ausgedehnten Schleimhautveränderungen im Magen, wie wir sie unter dem Sammelbegriff der **Gastritis** zusammenfassen können. Man spricht von **anacider** oder **subacider Gastritis**. Dabei brauchen Bakterien bei dieser Gastritis überhaupt keine Rolle zu spielen, vor allem kann gesagt werden, daß sie bei der Entstehung einer Gastritis keine oder nur eine untergeordnete Bedeutung haben. Bei der Besprechung der Ulcuskrankheit werden wir darauf hinzuweisen haben, daß es auch eine **superacide Gastritis** gibt. In diesen Fällen werden im Magensaft keine Erreger gefunden, da sie in dem stark sauren Milieu nicht leben können. Andererseits sind im **anaciden Magen** die Lebensbedingungen für Krankheitserreger gegeben, man kann sie, vor allem **Colibacillen**, oft reichlich nachweisen und man wird mit der Vorstellung nicht fehlgehen, daß sie für die Unterhaltung und Verschlimmerung einer Gastritis von Bedeutung sind. Zurückgehen der Salzsäureproduktion bis zur vollständigen **Anacidität** hat als wichtiges Symptom des **Magencarcinoms** zu gelten. Chronische **Ulcera** führen nur dann zu einer Verminderung der Salzsäureproduktion, wenn sie zu einer ausgedehnten, diffusen **Begleitgastritis** Veranlassung geben. Das tritt vor allem dann ein, wenn durch ein **Ulcus** eine rechtzeitige Magenentleerung verhindert wird, also vor allem bei den **pylorusnahen Geschwüren**. Im ganzen wird sich beim **Ulcus**, wie wir noch sehen werden, eine **Superacidität** finden. **Operierte Mägen** sind fast immer **anacide**, im wesentlichen eine Folge des Verlustes an **Magenschleimhaut**, die der **Resektion** zum Opfer fällt. Wird sie bei einer **Magenoperation** vollständig oder fast vollständig erhalten, so kann die **Säureabsonderung** normal bleiben, ja in einzelnen Fällen sogar erhöht sein. Ein weiterer Grund für die Ausbildung einer **anaciden Gastritis** im Anschluß an eine **Magenoperation** ist der **Rückfluß** von **alkalischem Duodenal- bzw. Jejunalinhalt** in den Magen. Sehr häufig ist eine **Sub- oder Anacidität** Folge einer **Affektion** der **Gallenwege**, wobei dem häufig nachweisbaren **Gallerückfluß** eine ursächliche Bedeutung zukommen dürfte. **Ungenügendes Kauen**, speziell bei unzureichendem **Gebiß**, kann zu einer **Verlängerung** der **Verweildauer** der **Speisen** im Magen führen und zu **Sekretionsanomalien**, speziell in der Richtung einer **Sub- oder Anacidität** Veranlassung geben. Die **Anacidität** ist aber nicht nur Ausdruck oder Folge einer organischen Erkrankung des Magens oder seiner unmittelbaren Umgebung. Bei vielen konsumierenden Erkrankungen kann sich unter anderem eine **Anacidität** finden. In einer Reihe von Fällen ist die Ursache der **Anacidität** nicht ohne weiteres erkennbar. Zu beachten ist, daß **Veränderungen** im **Mineralbestand** des Körpers eine **Anacidität** zwangsläufig zur Folge haben können. Wir dürfen nicht vergessen, daß die **Bereitung** einer **derartig starken Salzsäurelösung** erhebliche Ansprüche an den **Chlorbestand** des Organismus stellt. So sehen wir auch, daß bei **Chlorverlusten** die **Magensekretion** schon eingestellt wird, wenn der **Chlorspiegel** des **Blutes** seinen **Normalwert** nur unbedeutend unterschritten hat. In diesem Zusammenhang ist wichtig zu wissen, daß eine längere Zeit durchgeführte **salzarme Diät**, wie sie im Prinzip vor allem bei **Nieren- und Magengeschwürrkrankten** üblich und, richtig angewendet, notwendig und nützlich ist, zur **Anacidität** führen kann. Auch auf **toxischer Basis** kann die **Magenschleimhaut** so weitgehend geschädigt werden, daß eine **sub- oder anacide Gastritis** entsteht. Wir nennen in dieser Hinsicht als **Typus** einer **exogenen Schädigung** die **Alkoholgastritis** und als **Beispiel** einer **endogen-toxischen Gastritis** die **Magenveränderungen** bei der **Urämie**. Solche Beispiele lassen sich noch beliebig vermehren.

Die **Superacidität**, mit oder ohne gleichzeitige **Supersekretion**, kommt als seltenes Ereignis ohne sonstige organische Magenveränderungen vor. Besonders findet sich bei **vegetativ labilen Personen**, vor allem bei **Menschen mit erhöhter**

Vaguserregbarkeit, mitunter eine ausgesprochene Neigung zur Superacidität. Mit den Fortschritten der Röntgentechnik und dadurch möglich gewordenen Erfassung der Ulcera sind aber die reinen Superaciditäten immer seltener geworden, so daß wir sagen müssen, daß eine große Reihe der Menschen, bei denen wir früher die Diagnose Superacidität stellten, tatsächlich Ulcusranke gewesen sind. Auch wissen wir, daß frische Ulcera häufig auch heute noch nicht mit Sicherheit lokalisierbar sind. Im ganzen werden wir uns aber praktisch auf den Standpunkt stellen dürfen, daß eine nachgewiesene Superacidität bis zum Beweise des Gegenteils Ausdruck einer **Geschwürkrankheit** ist. Die Form, in welcher speziell hinsichtlich der zeitlichen Verhältnisse des Sekretionsoptimums zum Sekretionsreiz die Superacidität auftritt, gibt wichtige Anhaltspunkte für die **Lokalisation des geschwürigen Prozesses**. Häufig bedeutet ein Geschwür bereits einen Dauerreiz, so daß der Magen auch in nüchternem Zustand Saft abscheidet, dessen Säurewerte niedrig, normal oder erhöht sein können. Auf einen Sekretionsreiz, wie er jetzt im allgemeinen in der Form von Reizlösungen (Alkohol, Coffein) verabfolgt wird, pflegt der Geschwürskranke mit Superacidität und nicht selten gleichzeitig mit Supersekretion zu reagieren. Liegt das Ulcus in den oberen Abschnitten des Magens, so wird der Höhepunkt der Säurekurve bald nach Eingießen der Reizlösung erreicht. Mit Verschwinden derselben aus dem Magen sinkt die Kurve wieder ab, die Saftproduktion hört auf, sofern nicht eine Dauersekretion erfolgt. Je tiefer ein Ulcus liegt, desto ausgesprochener verschiebt sich auch der Höhepunkt der Superacidität. Beim pylorusnahen Ulcus liegt das Aciditätsmaximum am Ende der Entleerungszeit (superacide Spätsekretion). Handelt es sich um ein Duodenalulcus, so kommt dies in einer superaciden Nachsekretion zum Ausdruck. Bei gleichzeitiger Stenosierung im Pylorusgebiet wird die Entleerungszeit und damit auch die Sekretionsdauer verlängert sein.

**Ulcuserstehung.** Die Tatsache, daß Superacidität und Supersekretion mit einer Ulcuskrankheit weitgehend parallel gehen, wirft unmittelbar die Frage auf, inwieweit hierbei innere Beziehungen eine Rolle spielen. Im klinischen Bild imponieren die krankhaften Veränderungen in der Magensekretion weitgehend als Folgeerscheinung des Ulcus. Dies wird man schon aus der Tatsache schließen müssen, daß sich der Sekretionstypus mit dem Sitze des Geschwürs ändert. Andererseits muß aber jede Erörterung des Problems der Geschwürsentstehung von der Grundfrage ausgehen, warum der Magen an einer bestimmten Stelle sein eigenes Gewebe verdaut und dadurch ein Geschwür entsteht. Daß ein Magengeschwür ein Ulcus pepticum ist, muß als gesicherte Tatsache gelten. Derartige Geschwüre entstehen auch nur an solchen Stellen des Verdauungskanals, zu denen saurer Magensaft gelangen kann. Sie finden sich vorwiegend im Gebiet des Magens und im Anfangsteil des Zwölffingerdarms; in den untersten Abschnitten des Oesophagus sind sie schon große Seltenheiten, in tieferen Darmabschnitten, etwa im Gebiet des Jejunums werden sie nur im Anschluß an Magenoperationen, bei denen eine künstliche Verbindung zwischen Magen und einer Jejunumschlinge hergestellt ist, gefunden (Ulcus jejuni pepticum). Bei Anazidität entsteht kein Geschwür. Findet man bei einem Ulcuskranken eine Anazidität, so hat das Ulcus sicher schon vor der Anazidität bestanden. Natürlicherweise verdaut der Magen seine Schleimhaut nicht, erst nach dem Tode setzt prompt eine Selbstverdauung ein. Die lebenden Zellen der Magenschleimhaut verfügen demnach über natürliche Schutzmechanismen, die sie vor einer verdauenden Wirkung des sauren Magensaftes schützen. Dabei dürfte dem Schleimüberzug des Magensinnern eine besondere Bedeutung zukommen, der Magenschleim unterliegt nicht der peptischen Verdauungswirkung des Magensaftes. In dieser Hinsicht ist es wichtig zu wissen, daß eine solche natürliche Widerstandsfähigkeit nicht nur bei den Zellen der Magenschleimhaut, sondern auch, wenn auch wohl in nicht ganz

so ausgedehntem Maße, bei anderen lebenden Körpergeweben vorliegt. Bei der Gastroenterostomie und der Anlage einer Magenfistel kommt es bei einwandfreier Technik nicht zur Verdauung des Jejunums oder der Bauchwand, obwohl Magensaft mit diesen Geweben in Berührung kommen muß. Die Gefahr eines komplizierenden Verdauungsgeschwürs ist erfahrungsgemäß um so geringer, je niedriger der Säuregrad des Magensaftes ist. Kommt es im Bereich des Magens oder, was funktionell gleich zu achten ist, im Anfangsteil des Zwölffingerdarms zu einer Geschwürsbildung, so muß das seinen Grund in einer verminderten Vitalität und einem Verlust des natürlichen Schutzes gegen die verdauende Kraft des Magensaftes haben. Wie wir uns aber diese Verschlechterung in den Lebensbedingungen der Magenzone entstanden zu denken haben, darüber gibt es eine Reihe Theorien, jedoch kann eine vollbefriedigende Erklärung nach dem jetzigen Stande unseres Wissens noch nicht gegeben werden. Tatsache ist, daß die Magenculcera ganz vorwiegend in den Magenengegenden auftreten, die mechanischen Einflüssen in besonderem Maße ausgesetzt sind. Der typische Sitz des Magenulcus ist die Magenstraße, die kleine Krümmung, dann folgen als schon wesentlich seltene Ereignisse die Ulcera, die in der Richtung der Hinterwand liegen, unter Hunderten von Magengeschwüren findet sich auch einmal ein Ulcus der großen Krümmung. Besonders häufig liegen die Ulcera in der Nähe des Pylorus bzw. wenig hinter dem Pförtner im Duodenum. Man wird auf Grund dieser klinischen Erfahrung die ursächliche Bedeutung einer vermehrten mechanischen Beanspruchung der Magenwand bzw. des Bulbus duodeni als ein die Geschwürsbildung begünstigendes und die Heilung verzögerndes Moment nicht in Abrede stellen können. Jedoch kann mit der Anerkennung der Bedeutung dieser Momente das Problem der Ulcusentstehung nicht als geklärt gelten. Gegen die Annahme, daß dem Ulcus kleine Verletzungen der Magenschleimhaut, etwa verursacht durch harte oder scharfkantige Nahrungsbestandteile, vorausgehen, muß eingewendet werden, daß die Wundflächen, wie sie bei Magenoperationen zwangsweise entstehen, in der Regel nicht zum Ausgangspunkt eines Geschwürs werden. Müßte der Chirurg eine solche Komplikation ernstlich fürchten, könnte die operative Behandlung keinen so breiten Raum unter den Behandlungsmethoden der Geschwürskrankheit einnehmen. An eine Reihe anderer Momente ist noch gedacht worden, durch die die Vitalität der Magenschleimhaut in einzelnen Gebieten eine Schädigung erfahren könnte. Embolische Prozesse mit Verschleppung infektiösen Materials wie auch Durchblutungsstörungen auf der Basis von Gefäßveränderungen oder Gefäßkrämpfen sind als maßgebend in Betracht gezogen worden. Damit wäre gleichzeitig die maßgebende Bedeutung des vegetativen Nervensystems, dessen Labilität konstitutionell vorhanden sein kann, in die Diskussion einbezogen. Auf ganz schwachen Füßen steht die Theorie einer hormonalen Entstehung von Magengeschwüren. Was hier experimentell etwa mit sehr großen Hypophysindosen erreichbar ist, hat mit den Möglichkeiten im lebenden Organismus nichts mehr gemein. Ob die Entstehung der Ulcuskrankheit überhaupt ein einheitlicher Vorgang ist, oder ob ein Ulcus auf verschiedene Weise entstehen kann, ist abschließend noch nicht zu entscheiden. Es soll nicht in Abrede gestellt werden, daß auch eine Superacidität die Entstehung eines Ulcus begünstigen und vor allem seine Heilung erschweren kann. Andererseits müssen wir uns auf Grund der klinischen Erfahrung auf den Standpunkt stellen, daß Superacidität und Supersekretion unter den Ulcusfolgen an erster Stelle zu nennen sind, wissen wir doch, daß die Sekretionsanomalien sich mit der Ausheilung des Ulcus zurückbilden. Das Ausmaß, in welchem Superacidität und Supersekretion dem Träger in Form von Säurebeschwerden (Acidismus) subjektiv zum Bewußtsein kommen, ist außerordentlich verschieden. Wieweit das

brennende Schmerzgefühl in der Magengegend selbst als Ausdruck der Superacidität oder als unmittelbarer Ulcusschmerz aufzufassen ist, kann im einzelnen Fall oft schwer zu unterscheiden sein. Zu den typischen Säurebeschwerden ist das saure Aufstoßen und das Sodbrennen zu rechnen. Dabei ist der wesentlichste Punkt in der Tatsache zu sehen, daß die Kardialia nicht zuverlässig geschlossen bleibt, und demgemäß saurer Mageninhalte in die Speiseröhre zurücktreten kann. Solche Erscheinungen können beim Geschwürskranken als ungemein lästiger Dauerzustand bestehen. Bekannt sind sie ferner beim organisch Magengesunden nach reichlichem Genuß ausgesprochener Säurewecker. **Erbrechen** ist ebenfalls eine nicht seltene Folgeerscheinung der Ulcuskrankheit. Dabei handelt es sich bekanntlich um eine rückläufige Magenentleerung bei reflektorischem Pylorusverschluß, wodurch der Mageninhalte mehr oder weniger vollständig in rhythmischen Schüben herausbefördert wird. Dem Ereignis, welches vom Brechzentrum in der Medulla oblongata gesteuert wird, geht häufig ein mit heftiger Übelkeit verbundenes Prodromalstadium voraus. Die Bedingungen, unter denen es zum Erbrechen kommt, sind sehr vielseitige. Das Erbrechen kann zentral oder reflektorisch von der Peripherie aus ausgelöst sein. Fast alle Erkrankungen im Bereich des Bauches, aber auch solche im Gebiet der oberen Verdauungswege, des Zwerchfells, der Pleura u. dgl. können reflektorisch zum Erbrechen führen. Auch rein psychogen kann es zum Erbrechen kommen, Ekelgefühl beim Anblick bestimmter Gegenstände, penetrante Gerüche u. dgl., ja bloße Vorstellungen solcher Dinge können Erbrechen auslösen. Beim Magengeschwür kann das Erbrechen ebenfalls als rein reflektorisches Ereignis auftreten. Eine bevorstehende Penetration meldet sich nicht selten durch gehäuftes Erbrechen an. In anderen Fällen hat es jedoch seine besonderen Gründe, die mit den Füllungs- und Entleerungsbedingungen des Magens zusammenhängen. Eine profuse Magenblutung wird häufig zum kaffeersatzartigen Bluterbrechen (Hämatemesis) Veranlassung geben, wenn das Blut nicht rasch genug den Magen durch den Pylorus verlassen kann. Sehen wir von diesem besonderen Ereignis ab, so sind es die **Motilitätsstörungen**, wie sie in der Folge eines Ulcus auftreten können, die die unmittelbare Ursache für gehäuftes Erbrechen werden. Bekanntlich sind es drei verschiedene Bewegungsvorgänge, die in ihrer Zusammenarbeit die normale Magenfunktion garantieren. Einmal die Tätigkeit der Kardialia, deren Öffnung den Eintritt der Speisen in den Magen ermöglicht, während sie sonst geschlossen ist und damit ein Regurgitieren von Mageninhalte verhindert. Daß dieser Kardialverschluß beim Ulcuskranken mitunter kein ganz zuverlässiger ist, erwähnten wir bereits. Umgekehrt löst ein Ulcus wohl kaum jemals einen **Kardiospasmus** reflektorisch aus. Sehr viel wichtiger sind die Störungen, die die beiden anderen motorischen Magenfunktionen, die peristaltische Fortbewegung des Speisebreis in der Richtung des Pylorus und die Funktion des Pylorus selbst betreffen. Bekanntlich läßt der Pylorus den Speisebrei nur in kleinen Bissen in das Duodenum übertreten und nur dann, wenn der Mageninhalte in normalem Umfange den Verdauungsvorgängen unterworfen war. Der durch ein Ulcus hervorgerufene Reizzustand kann sich auch auf die Magenmotilität übertragen, zu Hyperperistaltik und auch ohne Pylorusinsuffizienz zur Sturzentleerung Veranlassung geben. Ein abnormer Reizzustand, der den Pyloruschließmuskel betrifft, bedeutet Verstärkung und Verlängerung seiner Kontraktion, die schließlich zur mehr oder weniger lang anhaltenden Dauerkontraktion, zum **Pylorospasmus** mit der unmittelbaren Folge einer funktionellen **Pylorusstenose** führt. Speziell die pylorusnahen Geschwüre führen zu einer derartigen, funktionellen Pylorusstenose. Jedoch sei darauf hingewiesen, daß ein Pylorospasmus nicht zwangsläufig Ausdruck einer Magenerkrankung ist. In dieser Hinsicht ist vor allem der Pylorospasmus der Säuglinge und Kleinkinder ein sehr gefährliches und daher

gefürchtetes Leiden. Organische Pylorusstenosen kommen beim schrumpfenden, parapylorischen Ulcus oder auf der Basis eines Pylorustumors zustande. Nicht selten verhindern organische Veränderungen im Pylorusgebiet nicht nur eine ausreichende Öffnung des Pfortners, sondern sie verhindern auch eine zuverlässige Verschließung des Magens gegen das Duodenum. Eine solche **Pylorusinsuffizienz** ermöglicht ein Zurücktreten alkalischen Duodenalinhaltes in den Magen mit entsprechender Bindung der Magensalzsäure, reflektorischem Abstoppen der Salzsäureproduktion und Störung der natürlichen Verdauungsvorgänge im Magen. Häufiges Zurücktreten alkalischen, galligen Duodenalsaftes in den Magen führt auch nicht selten zu Veränderungen der Magenwand im Sinne einer Gastritis. Die unmittelbare **Folge einer Pylorusstenose** ist die mehr oder weniger vollständige Behinderung der Magenentleerung. Hierdurch wird die ausreichende Ernährung des Menschen aufs schwerste gefährdet, die Abmagerung nimmt speziell bei Säuglingen und kleinen Kindern alsbald bedrohliche Grade an. Der Magen versucht durch Steigerung seiner Kontraktionen den Widerstand zu überwinden (Widerstandsperistaltik), alsbald versagt die Muskelkraft, es kommt zur Atonie und Stauungserweiterung des Magens. Riesige Mengen von Speisebrei und stark saurem Magensaft sammeln sich im Magen an. Reflektorisch setzt Erbrechen ein, wird mitunter auch künstlich herbeigeführt, um das quälende Druck- und Völlegefühl zu beseitigen. Auch die tiefgreifenden Magenkontraktionen, die zur Überwindung des Widerstandes einsetzen, können mit erheblichen Schmerzen einhergehen; sie lassen nach, wenn der Magen entleert ist. Dieses gehäufte Erbrechen großer Mengen stark saurer Massen kann den Körper ebenfalls in große Gefahr bringen. Einmal ist es der große Flüssigkeitsverlust, den der Körper bei dieser Gelegenheit erleidet, zum anderen wird durch den gleichzeitigen Säureverlust die Blutreaktion unmittelbar gefährdet. Es kommt zur Alkalose mit Auftreten tetanischer Symptome, einem Zustand, den wir als **Magentetanie** bezeichnen.

Nicht nur im Bereiche des Pylorus, sondern auch in höher gelegenen Abschnitten des Magens, kann es auf der Basis eines narbig schrumpfenden Ulcus zu Stenosierungen kommen. Dadurch entsteht eine Unterteilung des Magens in zwei Säcke, ein **Sanduhrmagen**, dessen Folgen je nach Hochgradigkeit der Stenosierung im Prinzip denen einer Pylorusstenose entsprechen.

Solche schweren organischen Magenveränderungen, wie sie auf der Basis einer Ulcuskrankheit entstehen können, gefährden die Magenfunktion und eine ausreichende Ernährung des Menschen in so hohem Maße, daß nur durch eine Operation eine grundlegende Besserung erzielbar ist. Da es aber unvermeidlich ist, daß einer Magenoperation mehr oder weniger große Teile des Magens geopfert werden müssen, gewinnt die genauere Beobachtung der **Funktion eines operierten Magens** große praktische Bedeutung. Auf die einzelnen operativen Verfahren, die je nach Lage des Falles Anwendung finden, einzugehen, ist hier nicht der Ort. Heben wir das Prinzipielle und funktionell Wichtige der durch eine Magenoperation geschaffenen Verhältnisse hervor, so handelt es sich um eine mehr oder weniger ausgesprochene Verkleinerung des Organs und um die Schaffung einer künstlichen Verbindung zwischen Magen bzw. Magenstumpf und einer oberen Dünndarmschlinge. Was die **sekretorischen Fähigkeiten** des operierten Magens anbetrifft, so ist die Salzsäureproduktion entweder stark herabgesetzt oder der Magensaft in den meisten Fällen völlig anacide. Eine gewisse Ausnahme in dieser Hinsicht kann die reine Gastroenterostomie machen, besonders wenn sie schlecht oder gar nicht funktioniert. Die meisten Mägen mit funktionierender Gastroenterostomie sind oder werden mit der Zeit anacide. Das günstige Moment der zurückgehenden oder fehlenden Salzsäureproduktion ist in der Tatsache zu erblicken, daß hierdurch speziell für das Jejunum ein Schutz vor dem Auf-

treten eines *Ulcus pepticum* gegeben ist. Das Versiegen der Salzsäureproduktion im operierten Magen hängt einmal von der mehr oder weniger ausgedehnten Schleimhautresektion, speziell in der pylorischen Gegend ab, andererseits behindert der durch die Vereinigungsstelle zwischen Magen und Dünndarm zurückfließende alkalische Darminhalt reflektorisch die Salzsäureproduktion, kann darüber hinaus die noch vorhandene Magenschleimhaut schädigen und funktionsuntüchtig machen (*anacide Gastritis*). Über die genannten Sekretionsanomalien hinaus wird die operative Verkleinerung des Magens in funktioneller Hinsicht bedeutungsvoll sein müssen. Ein kleiner Magen wird die relativ großen Nahrungsmengen der üblichen Mahlzeiten nicht fassen können und bei Überladung alsbald zu entsprechenden Beschwerden Veranlassung geben. Wird in einer zweckmäßigen, quantitativen Verteilung der Nahrungszufuhr auf diese Tatsache Rücksicht genommen, so ist es erstaunlich, wie kleine Mägen ohne Beschwerden mit einer genügenden Verdauung der Nahrungsmittel vereinbar sind. Die Verdauungsvorgänge im Dünndarm, speziell der Pankreassaft, können für eine fehlende Magenverdauung weitgehend kompensierend eintreten. Ob man allerdings die gesamte Magenschleimhaut ohne Schaden für den Organismus resezieren darf, erscheint fraglich. Bei den meisten sog. totalen Magenresektionen, die zu einem funktionell günstigen Resultat führen, hat sich später herausgestellt, daß doch gewisse Reste von Magenschleimhaut erhalten geblieben waren. Das Auftreten schwerer Anämien im Anschluß an ausgedehnte Magenresektionen lenkt die Aufmerksamkeit in ein ganz anderes Gebiet. Wir erinnern uns in diesem Zusammenhang an unsere Besprechungen bei der perniziösen Anämie, bei denen wir auf die Beziehungen eines in der Magenwand gebildeten wirksamen Faktors zum Problem der perniziösen Anämie hinwiesen. Wenn die Situation auch noch nicht im einzelnen übersehen werden kann, so scheint nach dem was wir wissen, doch der zwingende Hinweis gegeben, daß die Magenschleimhaut an der Erhaltung eines normalen Bestandes roter Blutkörperchen einen wichtigen Anteil hat. Typische perniziöse Anämien sind auffallenderweise erst viele Jahre nach totalen Magenresektionen beobachtet worden.

Schließlich interessieren noch die rein **motorischen Verhältnisse des operierten Magens**. Handelt es sich nur um eine reine Gastroenterostomie bei erhaltenem und funktionstüchtigem Pylorus, so ändert sich an den motorischen Magenverhältnissen wenig oder gar nichts. Anders wird die Situation, wenn der Pylorus verschlossen oder reseziert ist, so daß nur noch eine künstliche Verbindung zwischen Magen und einer oberen Jejunalschlinge vorhanden ist. Man sollte annehmen, daß dies mit einem sofortigen Übertritt des gesamten Speisebreies in den Dünndarm gleichbedeutend wäre. Tatsächlich ist es nicht so. Auch an der Gastroenterostomiestelle bildet sich eine Art Pförtnerfunktion aus, die den Speisebrei nur in Form einzelner Bissen allmählich in den Dünndarm übertreten läßt. Nur in einem kleinen Teil der Fälle bleibt eine Sturzentleerung des Magens als Dauerzustand bestehen. Ja wir wissen, daß sich bei der totalen Magenresektion sowohl der untere Teil des Oesophagus als auch das Duodenum erweitern und dadurch den Speisebrei zurückhalten können, hierdurch in gewisser Weise den fehlenden Magen ersetzen, eine überstürzte Passage der Speisen durch den Dünndarm verhindern und eine ausreichend lange und ausgiebige Einwirkung der Verdauungssäfte im Bereich des Duodenums garantieren. Sicherlich steht ein operierter Magen in seiner Leistungsfähigkeit in jedem Falle hinter einem gesunden zurück. Andererseits ist es für eine sachliche Beurteilung der Verhältnisse des operierten Magens von großer praktischer Bedeutung zu wissen, daß die Natur in erstaunlichem Maße Mittel und Wege findet, ein bei entsprechender Umstellung der Ernährung funktionell recht günstiges Dauerresultat mit weitgehender Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

zu garantieren. Voraussetzung ist natürlich, daß keine Komplikationen aufgetreten sind und es sich um eine technisch einwandfrei ausgeführte Operation handelt.

Im **Duodenum** nehmen die Verdauungsvorgänge ihren Fortgang, wobei der Speisebrei in erster Linie der verdauenden Wirkung von **Pankreassaft** und Galle ausgesetzt wird. In diesem Zusammenhang interessiert lediglich die äußere Sekretion der Bauchspeicheldrüse, während die hiervon unabhängige innere Sekretion des Pankreas ein ganz anderes Gebiet berührt und bei der Besprechung des Diabetes bereits abgehandelt worden ist. Wir wissen, daß das Pankreas wichtige Verdauungsfermente für die Aufspaltung von Kohlehydraten, Fetten und Eiweiß produziert, wobei für die eiweißspaltende Wirkung des Trypsins eine Aktivierung durch die Enterokinase des Darmsaftes, für die Fettspaltung eine Aktivierung der Pankreaslipase durch die Gallensäuren notwendig sind. Über die quantitativen Abscheidungsverhältnisse des Pankreassaftes fehlen uns ausreichend klare Vorstellungen. Wir wissen nur, daß offenbar stark reduzierte Pankreassaftmengen noch genügen, um eine ausreichende Verdauungsfunktion zu garantieren. Erst eine praktisch vollständige **Pankreasinsuffizienz**, wie sie in der Folge schwerer organischer Pankreaserkrankungen, bei Entzündungen, Tumoren, Cirrhosen u. dgl. auftreten kann, führt zu schweren Ausnutzungsstörungen der Nahrung. Gelegentlich kommt auch eine **Achylia pancreatica** gleichzeitig mit einer **Achylia gastrica** bei der perniziösen Anämie vor. Als charakteristisches Zeichen einer Pankreasinsuffizienz gilt das Auftreten von Fett- oder Butterstühlen (**Steatorrhöe**), die vor allem Neutralfette enthalten, wobei außerdem unverdaute Muskelfasern (**Kreatorrhöe**) nachzuweisen sind. Demgegenüber ist der Gehalt des Stuhls an unverdauten Stärkekörnern bei der Pankreasinsuffizienz oft wenig eindrucksvoll, es sei denn, daß eine an Kohlehydratträgern reiche Nahrung gegeben wurde. Diagnostisch brauchbarer ist in vielen Fällen der Nachweis eines erhöhten Diastasewertes im Harn.

Bei Störungen der **Galleabsonderung** wird die Fettverdauung ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen, beim Galleverschluss treten auch Fettstühle auf, die auch reichlich Fettseifen enthalten. Es soll aber gleich hervorgehoben werden, daß auch Störungen der Fettresorption und übermäßiger Fettgenuß zu Vermehrung der Fette im Stuhl führen können, und daß eine allein auf dem Fettbefund im Stuhl aufgebaute speziellere Diagnose sehr gewagt ist und zu Irrtümern Veranlassung geben kann. Der **Fettstuhl** nach Galleverschluss wird nicht außerdem andere unverdaute Nahrungsreste enthalten im Gegensatz zum Pankreasstuhl, er wird hell und lehmfarben aussehen, da die natürliche Stuhlfärbung durch den Gallefarbstoff nicht auftreten kann.

Die Störung der Fettverdauung ist aber nur ein Symptom, welches auf eine Aufhebung des Galleabflusses hinweist. Bekanntlich wird die Galle in der Leber gebildet, sie enthält eine ganze Reihe von Substanzen, die teils auf diesem Wege zur Ausscheidung kommen, teils besondere biologische Bedeutung haben. Als besonders wichtig haben die **Gallensäuren** und der **Gallenfarbstoff** zu gelten. Von den **Gallensäuren** betonten wir bereits, daß sie für eine geordnete Fettverdauung unerlässlich sind. Aber nicht nur ihr Fehlen im Darm wirkt sich für die Verdauungsvorgänge ungünstig aus, sondern ihre Stauung, die sie in den Blutkreislauf und den Körper reichlich übertreten läßt, ist kein gleichgültiges Ereignis. Sie werden für den quälenden Juckreiz bei der Gelbsucht und für die Entstehung der lebensbedrohenden klinischen Erscheinungen des Coma hepaticum angeschuldigt. In diesem Zusammenhang sei gleich darauf hingewiesen, daß eine gleichzeitige Stauung von Gallefarbstoffen und Gallensäuren nur bei Galleabflußbehinderung erfolgt, während bei jenen Formen von Gelbsucht, bei denen die Gallenwege frei sind und die Ursache der Gelbsucht in anderen krankhaften Bedingungen zu suchen ist, weder eine Stauung der Gallensäuren noch eine

Störung der Fettverdauung vorliegt. Die Galle ist bekanntlich das Sekretionsprodukt der Leberzellen. Im Gegensatz zum Magensaft wird sie dauernd in rhythmischen Schüben abgesondert. Dennoch ist ihre Abscheidung keine absolut gleichmäßige. Es entspricht der zweckmäßigen Einrichtung aller Körperfunktionen, daß die Abgabe wirksamer Gallenbestandteile in den Darm sich nach den jeweiligen Bedarfsverhältnissen richtet. Speziell ist es notwendig, daß beim Eindringen größerer Fettmassen in das Duodenum wirksame Galle in ausreichender Menge zur Verfügung steht. Für diese Fälle besitzt der Organismus in seiner **Gallenblase** ein Reservoir, in welchem stark eingedickte Galle aufbewahrt wird, welche bei Bedarf, etwa nach einer Fettmahlzeit, ausgepreßt wird und auf diese Weise eine vermehrte Fettverdauung ermöglicht. Die Eindickung der Galle in der Gallenblase ist ein komplizierter Vorgang, der nicht als einfache Rückresorption des Wassers und einzelner Gallebestandteile aufgefaßt werden kann. Auch dürften für den Eindickungsvorgang nicht der in der Gallenblase herrschende Innendruck maßgebend sein, sondern vielmehr physikalisch-chemische Faktoren. Erkrankt die Gallenblase, so kann auch bei freien Gallenwegen die Eindickungsfunktion der Gallenblase geschädigt oder aufgehoben sein. Fehlt die Gallenblase, so kann die Eindickungsfunktion der Gallenblase von kompensatorisch erweiterten großen Gallengängen der Leber mehr oder weniger ausgesprochen übernommen werden, sich also eine Art Ersatzgallenblase bilden. In den Gallenwegen kann es zur Steinbildung kommen. Über die Entstehung der **Gallensteine** ist an anderer Stelle bereits gesprochen worden. Die Hauptmasse derselben entsteht in der Gallenblase. Die Cholelithiasis ist eine häufige Erkrankung, von der das weibliche Geschlecht wesentlich häufiger betroffen wird als das männliche. Eine große Reihe der Steinträger weiß von der Krankheit nichts, die Cholelithiasis braucht überhaupt keine Krankheitssymptome zu machen. Vor allem große Solitärsteine liegen mitunter Jahrzehnte ruhig in der Gallenblase und können dauernd funktionell bedeutungslos bleiben. Andererseits kann aber auch eine Cholelithiasis zu einer subjektiv ungeheuer schmerzhaften und objektiv bedeutungsvollen, ja lebensgefährlichen Krankheit werden. Die Steine werden im wesentlichen dann gefährlich, wenn sie zu wandern beginnen, sich an irgendeiner Stelle in die Gallenwege einklemmen, zur Verschließung von Gallenwegen und damit zur Gallenstauung Veranlassung geben. Die außerordentlich heftigen, kolikartigen Schmerzen, die bei solchen Gelegenheiten auftreten, sind im wesentlichen durch krampfartige Kontraktionen der Gallenblase bzw. der Choledochusmuskulatur hervorgerufen. In typischen Fällen beginnt der Schmerz in der Gallenblasengegend und strahlt nach der rechten Seite und nach oben in die Gegend der rechten Schulter aus im Gegensatz zum Pankreasschmerz, der nach links ausstrahlt. Je nach dem Orte, an welchem sich ein Gallenstein einklemmt, werden sich verschiedene Folgeerscheinungen ergeben müssen. Gallensteine, die sich bereits im Übergangsgebiet zum Cysticus einkeilen, bedingen sehr häufig einen Ventilverschluß in der Form, daß sich die Gallenblase zwar noch füllen, aber nicht mehr entleeren kann. Dies führt zu praller Füllung der Gallenblase, zum Hydrops. Durch den steigenden Innendruck kann besonders dann, wenn gleichzeitig eine Infektion vorliegt, der Stein die Wand durchbohren und in die Bauchhöhle geboren werden. Bei gleichzeitiger Verklebung der Gallenblase mit dem Darm kann der Stein auch in den Darm gelangen. War die Gallenblase entzündet oder der gestaute Inhalt infiziert, so bedeutet die Perforation der Gallenblasenwand gleichzeitig eine Ausbreitung der Entzündung, in erster Linie eine Peritonitis. Ist der Verschluß der Gallenblase ein totaler und kommt es nicht zur Perforation, so wird der Inhalt der gestauten Gallenblase mit der Zeit resorbiert und das Organ schrumpft. Der Abfluß der Galle in den Darm wird bei einem derartig lokalisierten Verschlußstein



selbstverständlich nicht behindert. Eine **Gallenstauung** tritt erst ein, wenn Hepaticus oder Choledochus verschlossen werden. Beim Hepaticusstein wird die Galle nur im Lebergebiet gestaut, beim Choledochusstein kann gleichzeitig eine Stauung in der Gallenblase eintreten, wenn dies auch kein regelmäßiges Ereignis ist. Daß eine Gallenstauung nicht notwendigerweise das Vorliegen einer Steinkrankheit voraussetzt, sondern daß auch andere raumbeengende Prozesse im Bereich der Gallenwege zur Gallenstauung führen können, wie auch eine Abflußbehinderung durch Druckwirkung von außen verursacht sein kann, ergibt sich von selbst. Das führende Symptom einer Gallenstauung ist der **Ikterus**. Gallebestandteile treten in das Blut und die Gewebe über. Besonders eindrucksvoll ist die Ablagerung von Bilirubin in den Geweben, ihr geht eine Erhöhung des Bilirubinspiegels im Blut voraus. Gleichzeitig wird Gallenfarbstoff reichlich im Harn ausgeschieden, während der Stuhl beim totalen Verschuß völlig acholisch ist. Nicht jede Form von Ikterus ist durch eine Gallenstauung hervorgerufen. An anderer Stelle wiesen wir bereits darauf hin, daß Bilirubin das eisenfreie Oxydationsprodukt des roten Blutfarbstoffes ist. Wie wir heute sicher wissen, kann Bilirubin aus Hämoglobin auch extrahepatisch entstehen. Dennoch ist daran festzuhalten, daß die Umwandlung praktisch eine Funktion der Leber ist, wobei der Leberzelle selbst die entscheidende Bedeutung zukommt. Vermehrter Zerfall roter Blutkörperchen führt zu vermehrter Bilirubinbildung und damit auch zum Ikterus. Die Galle enthält besonders reichlich Bilirubin. Da sie in diesen Fällen ihren normalen Ausscheidungsweg benutzen kann, enthält der Harn in der Regel kein Bilirubin. Das Schulbeispiel dieser Art wäre der **hämolytische Ikterus**. Schließlich führen auch Erkrankungen des Leberparenchyms zum Ikterus. Entzündliche Erkrankungen desselben entstehen vorwiegend durch Einwandern von Erregern über die Gallenwege. Immer mehr neigt man heute zu der Ansicht, daß der sog. katarrhalische Ikterus kein Verschußikterus durch einen Schleimpfropf im Choledochus, sondern Ausdruck einer Hepatitis sei. Bei den entzündlichen Leberkrankheiten kann eine Infektion der Gallenwege (Cholangitis) vorausgegangen oder gleichzeitig vorhanden sein, doch ist dies keine Vorbedingung. Lebertumoren oder Tumormetastasen können ebenfalls mit Ikterus einhergehen. Ebenso führt eine Reihe von Giften über eine schwere toxische Leberparenchymschädigung zum Ikterus. Erinnerung sei vor allem an die Phosphorvergiftung, die auch als gewerbliche Erkrankung in Betracht kommt. Die akute gelbe Leberatrophy geht regelmäßig mit schwerem Ikterus einher, ebenso ein großer Teil fortgeschrittener Lebercirrhosen, wie sie im Anschluß an eine große Reihe verschiedenster Erkrankungen des Leberparenchyms auftreten können. Man muß annehmen, daß das gebildete Bilirubin bei den schweren Leberparenchymerkrankungen nicht in geordneter Weise durch die Gallencapillaren weitergeleitet werden kann und deshalb in das Lymph- und Blutgefäßsystem übertritt, wenn nicht eine gleichzeitige Schädigung der Blut- und Lymphcapillaren für die fehlerhafte Ableitung der Galle anzuschuldigen ist. Die Galle der Leberkranken wird dementsprechend oft auffallend bilirubinarm gefunden. Die genannte **intrahepatische Form eines Ikterus** ist nach unseren Ausführungen demnach Folge der parenchymatösen Lebererkrankung. Andererseits wird aber auch ein Stauungsikterus durch Steinverschluß zur Schädigung der Leberzellen und damit der Leberfunktion führen müssen. Länger dauernder totaler oder fast totaler Galleverschluß ist aus diesem Grunde mit dem Leben nicht vereinbar. In ähnlicher Weise kann auch, wie wir bereits an anderer Stelle hervorhoben, eine länger dauernde Blutstauung in der Leber zur Leberinsuffizienz führen. Der Enddefekt kann derselbe sein, wie bei primären Parenchymerkrankungen, die auf sehr verschiedene Weise zustande kommen können. Entsprechend der

vielseitigen Funktion der Leber, speziell als maßgebendes Organ für eine große Reihe von Stoffwechselfvorgängen, ergibt sich bei Versagen der Leberfunktion ein vielseitiges Krankheitsbild. Wir haben bei Besprechung der Stoffwechselfpathologie immer wieder Gelegenheit gehabt, auf diese Verhältnisse hinzuweisen. Das Ende des Leberkranken steht vielfach unter den Zeichen ausgesprochener cerebraler Symptome, die weitgehend an die Verhältnisse des *Coma diabeticum* oder *uraemicum* erinnern. Der Zustand wird als *Coma hepaticum* bezeichnet. Die Ursache der einzelnen Symptome ist noch nicht genauer bekannt. Man vermutet, daß retinierten Gallensäuren eine wesentliche Bedeutung zukommt. Daß retinierte Gallenfarbstoffe schädlich wirken, ist nicht festgestellt. Die Blutungsneigung beim Verschlusßikterus beruht auf einem Prothrombinmangel in der Leber. Bei gestörter Fettresorption kann auch Vitamin K nicht resorbiert werden, dieses aber ist zur Bereitung von Prothrombin in der Leber erforderlich. Parenterale Zufuhr von Vitamin K beseitigt die Blutungsneigung prompt.

**Darm.** Kehren wir nunmehr zu dem eigentlichen Verdauungsschlauch zurück, so hätten wir den Speisebrei bei seiner Passage durch die verschiedenen Abschnitte des Darms zu verfolgen. Auch hier werden wir mit Störungen chemischer und mechanischer Natur zu rechnen haben, wobei ein Zusammenhang insofern bestehen muß, als das Ausmaß normaler oder krankhafter Verdauungsvorgänge wie auch die im oberen Dünndarm einsetzende Resorption der abgebauten Nahrungsbestandteile von der Verweildauer in den maßgebenden Darmabschnitten abhängig sein wird und mit Beschleunigung oder Verlangsamung der Passage Änderungen erfahren muß. Was über die fermentativen Verdauungsstörungen im Dünndarmbereich zu sagen ist, haben wir bei der Pankreasinsuffizienz und beim Galleverschlusß bereits erwähnt. Hierbei haben wir auch auf die Bedeutung der Enterokinase als Aktivator des Pankreastrypsinogens hingewiesen. Sie wird in dem Moment produziert, in welchem Pankreassaft im Darm erscheint. Im übrigen wissen wir über die Bedeutung des Darmsaftes für die Verdauung noch sehr wenig und können uns kein Urteil darüber bilden, ob es Störungen gibt, die auf eine veränderte Darmsaftsekretion zurückzuführen wären. Dagegen kommt im Dünndarm in Gestalt der **Bakterienflora** ein Moment hinzu, welches für die Pathologie der Verdauung von Bedeutung ist. Im Magen können sich Bakterien wegen der stark sauren Reaktion nicht halten, erst bei Anacidität sind sie auch dort zu finden. Mit Auftreten der alkalischen Reaktion nimmt die Bakterienflora immer mehr zu und ist im Dickdarm am reichlichsten. Neben Colibakterien finden sich noch eine große Reihe anderer Erreger. Sie können ebenfalls die Spaltprodukte der Nahrungsmittel angreifen und abbauen. **Eiweißfäulnis** und **Kohlehydratgärung** sind die Erscheinungen, welche auf die Einflüsse einer pathologischen Bakterienbesiedelung zurückzuführen sind. Früher hat man die Fäulnis- und Gärungsdyspepsie als völlig verschiedene Dinge angesehen; heute wissen wir, daß diese grundsätzliche Trennung nicht möglich ist, sondern daß bei Änderung des Reaktionsmilieus eine Fäulnisdyspepsie in eine Gärungsdyspepsie umschlagen kann. Derartige pathologische Verdauungsvorgänge sind auch in der Regel für die Darmmotorik nicht gleichgültig, sie stellen einen ständigen Reizzustand dar, der zur **Hyperperistaltik** und **Beschleunigung der Passage** führt. Dementsprechend bleibt für eine ausreichende Verdauung und Resorption nicht genügend Zeit, der Stuhl enthält unverdaute Nahrungsreste, ist abnorm wasserreich und durchfällig. Das Erscheinen solcher Dünndarmdiarrhöen setzt gleichzeitig eine Hyperperistaltik des Dickdarms voraus. Sehen wir von jenen Fällen ab, bei denen die Hyperperistaltik und damit die Durchfälle reflektorisch ausgelöst sind, ohne daß eine eigentliche Darmerkrankung vorliegt, etwa bei nervösen Menschen, bei **Basedowscher Krankheit**, während der Menstruation u. dgl., so sind als auslösendes Moment der Hyperperistaltik

ein pathologischer Darminhalt oder auch eine Erkrankung der Darmwand anzusehen. Gelegentlich liegt die auslösende Ursache bereits in Störungen der Magenverdauung. **Gastrogene Diarrhöen** werden besonders bei anacidem Magen gefunden. Bei dieser Gelegenheit wird, wie wir bereits ausführten, ein Hochwandern und eine Wucherung der Bakterien möglich, wodurch dyspeptische Störungen entstehen können. Die selteneren **Dünndarmdurchfälle** sind an ihrer Beimengung unverdauter Nahrungsbestandteile zu erkennen, während die **Dickdarmdurchfälle** im wesentlichen durch ihren vermehrten Wassergehalt charakterisiert sind. Dabei ist die hauptsächlichste Ursache des Wasserreichtums in der ungenügenden Wasserresorption durch den Darm zu sehen. Ob darüber hinaus bei intaktem Darm eine vermehrte Darmsekretion stattfindet, erscheint fraglich. Bei **entzündlichen Darmveränderungen** ist diese Möglichkeit über die Tatsache, daß sich dem Durchfall Entzündungsprodukte in Form von Blut, Eiter und Schleim beimengen, in Betracht zu ziehen. Jede Verdauungsstörung im Darm, mag sie auf Fermentstörung beruhen oder auf einer pathologischen Tätigkeit der Bakterienflora, kann zu Durchfällen Veranlassung geben. Auch ist mit der Möglichkeit zu rechnen, daß Darmparasiten die auslösende Ursache darstellen. In gleicher Weise können alle Darmwanderkrankungen zu Durchfällen führen. Wir nennen als Beispiele den Typhus im Stadium der Darmgeschwüre, die Ruhr und ruhrähnliche Erkrankungen, die Darmtuberkulose, kurz alle Enteritiden und Colitiden verschiedenster Ätiologie. Bei der **Urämie** schädigen die durchtretenden, nach dem Magendarmkanal ungeleiteten Stoffwechselschlacken die Schleimhaut und erzeugen kolitische Bilder mit Durchfällen. Eine Reihe von **Giften**, speziell Schwermetalle, werden durch den Darm ausgeschieden und können dabei neben hyperkinetischen Störungen ebenfalls zu Schleimhautschädigungen und Durchfällen führen. Da der Durchfall nur Symptom eines anderen Leidens ist, wird das Schwergewicht des Zustandes in der Regel auf dem Grundleiden liegen. Gleichwohl kann der Durchfall als solcher wegen des dabei auftretenden, oft mehrere Liter betragenden täglichen Wasserverlustes ein unmittelbar gefährliches Leiden werden.

Verlangsamte Darmpassage mit abnorm seltener Stuhlentleerung bezeichnen wir als **Obstipation**. Im Symptomenkomplex der Verstopfung können sich eine ganze Reihe verschiedenster krankhafter Vorgänge verstecken. Nicht selten handelt es sich gar nicht um eine Passageverzögerung, sondern um ein verlängertes Verweilen im Enddarm. Die normale **Stuhlentleerung** wird dadurch geregelt, daß der Zeitpunkt einer notwendigen Entleerung dem Menschen durch das Gefühl des Stuhldrangs zum Bewußtsein gebracht wird. Wird diesem Gefühl aus mitunter völlig unsachlichen Gründen nicht die genügende Beachtung geschenkt, und erfolgt die Stuhlentleerung nicht zur gegebenen Zeit, so kann dieser Reflexmechanismus immer mehr abstumpfen, bis das Gefühl des Stuhldrangs in immer unvollkommenerem Maße zum Bewußtsein kommt und damit eine regelmäßige Darmentleerung unterbleibt. Mitunter veranlaßt auch die Schmerzhaftigkeit der Stuhlentleerung (Hämorrhoiden, Analfissuren u. dgl.) die Menschen, dem natürlichen Stuhldrang nicht rechtzeitig und regelmäßig nachzugeben. In Betracht zu ziehen ist immer, daß das Fehlen des Stuhldranges Symptom einer echten Nervenerkrankung, etwa eines Rückenmarkstumors sein kann. Manchmal liegt eine Spina bifida vor. Hier handelt es sich also, wie gesagt, nicht um echte Passagebehinderung, so daß diese Erscheinungen in das eigentliche Gebiet der Obstipation streng genommen nicht hereingehören, wenngleich sie für den Träger als Verstopfung imponieren. Sie können aber zu Passagestörungen im höheren Dickdarmabschnitten, speziell zu **Atonie** führen. Echte Passagestörungen können einmal durch eine nicht ausreichende Vorwärtsbewegung hervorgerufen werden, also durch eine Hypo-

peristaltik, andererseits kann die Ringmuskulatur des Darms sich fest um den Kot herumlegen und auf diese Weise die Weiterbewegung verhindern. Man ist früher geneigt gewesen, diese beiden Formen der Obstipation als atonische und spastische voneinander zu trennen. Die Erfahrung hat aber gelehrt, daß eine solche grundsätzliche Trennung nicht möglich ist, so daß wir alle Änderungen im Tonus und der Peristaltik der Darmmuskulatur unter dem Begriff der **Dyskinesen** zusammenfassen. Dyskinetische Störungen im Bereich des Darms kommen bei vegetativ labilen Menschen vor, im übrigen ist immer danach zu fahnden, ob sie nicht durch einen krankhaften Prozeß an irgendeiner Stelle des Verdauungskanals reflektorisch ausgelöst sind und unterhalten werden. So finden wir diese Störungen bei der Ulcuskrankheit, bei Affektionen der Gallenwege, bei chronischer Appendicitis, bei Adnexerkrankungen und vielen anderen Affektionen im Bereich des Bauches. Angeborene Lage- und Formanomalien des Darms erweisen sich nicht selten als Ursache einer Obstipation. Schließlich darf nicht vergessen werden, daß eine Obstipation Ausdruck eines echten **stenosierenden Prozesses im Bereich des Darmes** sein kann. Entzündungen und ihre Folgen in Form von Strikturen können zu Verlegung des Darmlumens Veranlassung geben, vor allem ist an Darntumoren zu denken. Abknickungen des Darms durch Druck- oder Zugwirkungen oder Darmverschlingungen können zum Passagehindernis werden. In den letztgenannten Fällen ist die Symptomatik nicht auf die Zeichen eines gewöhnlichen Obstipation beschränkt, sondern die Erscheinungen des Darmverschlusses beherrschen das Bild. Auch die verschiedenen Formen des **Ileus** führen zur Stuhlverhaltung, haben darüber hinaus gelegentlich spastische Darmkontraktionen, häufiger Darmatonie und Gasfüllung der Därme zur Folge. Starke Schmerzen, Auftreibung des Leibes durch starke Gasfüllung des Darms, Erbrechen, welches sich bis zum **Koterbrechen (Miserere)** steigern kann, sind die Symptome der unmittelbar lebensbedrohlichen Zustände eines kompletten Darmverschlusses. Partielle Ileusformen können oft lange Zeit unter dem Bilde einer Obstipation verlaufen, allerdings sollten die in der Regel zumindest zeitweise auftretenden Leibschmerzen, verbunden mit Brechneigung und Erbrechen, ein alarmierendes Symptom sein, sich nicht mit der Diagnose einer ungefährlichen Obstipation zu begnügen. Man rechne vor allem mit der Möglichkeit, daß sich in diesen Erscheinungen ein in der Entwicklung begriffenes Darmcarcinom zu erkennen geben kann. Darmspasmen, die sich bis zu Ileuserscheinungen steigern können, brauchen nicht an ein bestimmtes organisches Substrat gebunden zu sein. In diesem Zusammenhang sei insbesondere an die Bleivergiftung erinnert, welche außerordentlich stürmische und schwere Ileuserscheinungen hervorrufen kann, so daß die Abgrenzung gegen einen echten, anatomisch bedingten Darmverschluß außerordentliche Schwierigkeiten machen kann. Bei Nebenniereninsuffizienz und bei der kongenitalen Porphyrinurie werden ähnliche Erscheinungen beobachtet, ohne daß die inneren Zusammenhänge geklärt wären. Erkrankungen des Bauchfells, speziell die **Peritonitiden** verschiedener Genese, beeinflussen, sofern der Darm in die Erkrankung nicht einbezogen ist, die Darmbewegung in hohem Maße, meistens in der Richtung der Stuhlverhaltung und Darmatonie. Gasfüllung des Darms (**Meteorismus**) ist ein häufiges Begleitsymptom. Hinzukommt neben der Schmerzhaftigkeit reflektorisches heftiges Erbrechen und reflektorische Spannung der Bauchmuskulatur. Peritonealcarcinosen machen ähnliche, wenn auch meist nicht so ausgesprochene Erscheinungen, insbesondere sind die Schmerzen speziell bei den eitrigen Peritonitiden entschieden heftiger und der ganze Verlauf ein wesentlich stürmischerer. Für die Bewertung des Krankheitsbildes treten die gleichzeitigen Darmsymptome völlig an Bedeutung zurück, wenn sie auch diagnostisch wichtig

sein können. Auf Einzelheiten der verschiedenen Krankheitsbilder, die in das Gebiet der Bauchorgane hineingehören, einzugehen, kann nicht unsere Aufgabe sein.

**Bauchwassersucht**, kenntlich an einer horizontal begrenzten, bei Lagewechsel verschieblichen Dämpfung in den abhängigen Bauchpartien, tritt in Form des entzündlichen Ascites oder als Stauungsascites auf. Der entzündliche Ascites ist spezifisch relativ schwer und eiweißreicher (RIVALTASche Probe positiv) als der Stauungsascites (RIVALTASche Probe negativ). Bauchfellentzündungen, Peritonealcarcinosen u. dgl. führen zu entzündlichem Ascites, ein Stauungsascites kann als Symptom einer Kreislaufinsuffizienz oder auf der Basis einer lokalen Abflußstörung im Venengebiet auftreten. Abflußbehinderung im Gebiet der unteren Hohlvene führt neben Ascites zu Ödem der unteren Körperhälfte, wobei es alsbald kompensatorisch zur Ausbildung eines Kollateralkreislaufes in den Bauchdecken kommt. Beim Pfortaderverschluß wird es ebenfalls zum Stauungsascites, nicht jedoch zum Ödem der unteren Körperhälfte kommen. Über das zugrunde liegende Leiden hinaus wird sich jeder Ascites als raumbeanspruchender Prozeß auf die nähere und weitere Umgebung ungünstig auswirken müssen.

### XIII. Nervensystem.

Die Einteilung des Nervensystems in einen peripheren, zentralen und autonomen Anteil ist nicht nur eine morphologische, sondern hat auch in der verschiedenen Funktion seine Begründung. Daß mit einer solchen Einteilung keine absolute Trennung der genannten Gebiete beabsichtigt sein kann, vielmehr im Auge behalten werden muß, daß für viele Vorgänge alle Teile des Nervensystems als untrennbares Ganzes zusammenwirken, ergibt sich von selbst. Trotzdem erweist sich auch für die Beurteilung krankhafter Vorgänge die genannte Einteilung als praktisch, weil sie uns, je nach dem vorliegenden krankhaften Symptomenkomplex, die Vorstellung vermittelt, an welcher Stelle wir die Störung zu suchen haben, ein Anhaltspunkt, der für das Verständnis des Wesens der Erkrankung von entscheidender Bedeutung ist.

Bei Beurteilung von Störungen im Gebiet peripherer Nerven ist von der normalen Funktion dieser Gebilde auszugehen. Der periphere Nerv hat in erster Linie die Fähigkeit, durch Reize erregt werden zu können. Natürlicherweise erfolgt diese Erregung nur an seiner Peripherie, also für den sensiblen Nerven an seinem endständigen Rezeptionsorgan, für den motorischen in der zentralen Ganglienzelle, prinzipiell kann aber die Erregung an jedem Punkte des Nerven erfolgen. Die zweite Hauptaufgabe des Nerven ist die der Reizübertragung durch Leitung. Die Wirkung des Reizes ist für jeden Nerven ohne Rücksicht auf die Form und Qualität des Reizes eine gegebene. Reizungen eines Sinnesnerven, etwa des Sehnerven, werden immer nur zu den entsprechenden Sinneswahrnehmungen, z. B. einem optischen Eindruck führen, Reizung eines motorischen Nerven zur Tätigkeit des von ihm innervierten Muskels, Reizungen eines sekretorischen Nerven zur Sekretion der versorgten Drüse, Reizung eines sensiblen Nerven zu einem Gefühlseindruck an der gereizten Stelle. Was für ein Vorgang sich bei den verschiedenen Reizqualitäten an der gereizten Nervenstelle abspielt, wissen wir nicht. Besonders ist das Wesen des physiologischen Reizes, also wenn wir etwa eine bewußte Bewegung ausführen, nicht bekannt. Wir wissen nur, daß z. B. mechanische, elektrische, thermische, akustische, optische und chemische Einwirkungen als Reize wirken können, wobei diese Momente nicht nur als Reiz wirken, sondern auch die Ansprechbarkeit des Nerven für Reizaufnahme und Reizleitung ändern. Daß der in der Folge einer Reizung im

Nerven sich abspielende Vorgang einen Arbeitsprozeß mit Energieaufwand darstellt, ist schon an den dabei auftretenden elektrischen Strömen zu erkennen. Der dabei entstehende Sauerstoffbedarf muß aber sehr klein und ohne Schwierigkeiten zu decken sein, so daß sich Ermüdungserscheinungen nicht einstellen, es sei denn, daß der Nerv durch die Reize direkt geschädigt wird. Der klarste Vorgang einer Schädigung des peripheren Nerven liegt bei der **Kontinuitätstrennung** vor. Die unmittelbare Folge ist der Ausfall seiner Funktion, d. h. die Lähmung des versorgten Muskels bzw. das Versiegen der Drüsensekretion beim motorischen bzw. sekretorischen Nerven, die Aufhebung des Gefühls im Ausbreitungsgebiet eines sensiblen Nerven und der Ausfall der Sinneseindrücke beim sensorischen Nerven. Noch viele andere äußere Einwirkungen können zur Schädigung der peripheren Nerven und damit zur Beeinträchtigung ihrer Funktion Veranlassung geben. Zunächst führen derartige Einflüsse in der Regel zu Reizerscheinungen, die sich im sensiblen Anteil in Schmerzen und Parästhesien, mitunter paroxysmal äußern, wobei auch der Nervenstamm selbst druckempfindlich gefunden werden kann. Die Erscheinungen werden in dem Sammelbegriff der **Neuralgien** zusammengefaßt. Doch können dabei auch motorische Reizerscheinungen in Form von Spontanzuckungen, motorischer Übererregbarkeit, reflektorischen Muskelspannungen u. dgl. auftreten. Die Übergänge von Neuralgien zu **Neuritiden** sind fließend, vor allem wenn man, wie es sich eingebürgert hat, unter Neuritis nicht nur die echte Nervenentzündung versteht, sondern auch die durch toxische Momente bedingten Schädigungen der Nervenfunktion in nicht ganz logischer Weise in das Gebiet der Neuritiden einreicht. Wirken irgendwelche äußere Faktoren auf einen peripheren Nerven ein, so kann man in der Regel feststellen, daß die Leitfähigkeit im motorischen Anteil leichter und ausgesprochener lädierbar ist als im sensiblen, bei vollständiger Zerstörung erlischt selbstverständlich die gesamte Funktion. Eine Ausnahme machen bestimmte Pharmaca, etwa das Cocain oder chemisch verwandte Substanzen, die lokal verabreicht, in kleinen Dosen lediglich die sensiblen Nervenendigungen lähmen, die Leitfähigkeit im sensiblen Nerven aufheben und daher zur **Lokal- und Leitungsanästhesie** ausgedehnte Verwendung finden. Giftige Substanzen, die im Körper kreisen, werden Nervenschädigungen an den verschiedensten Körperstellen gleichzeitig setzen können und damit zu dem Zustandsbild der **Polyneuritis** mit sekundären Lähmungserscheinungen und Sensibilitätsstörungen Veranlassung geben. Man beobachtet solche Erscheinungen bei vielen Infektionskrankheiten, besonders gefürchtet sind sie bei der Diphtherie, da als Frühsymptom das Gaumensegel häufig gelähmt wird. Von exogenen Giften wäre als bekannteste Beispiele auf den Alkohol und das Blei hinzuweisen. Durch das Blei wird mit Vorliebe eine Streckerlähmung am Vorderarm verursacht, wenn auch prinzipiell jedes andere periphere Nervengebiet, in einzelnen Fällen sogar das Zentralnervensystem betroffen werden kann. Bei einer Reihe von Polyneuritiden ist das auslösende Moment nicht bekannt. Die klinische Erfahrung lehrt, daß z. B. beim Diabetes und der Arteriosklerose häufig Symptome einer Polyneuritis auftreten. Polyneuritis kann auch Ausdruck einer Mangelkrankheit sein. Die sehr eindrucksvollen neurologischen Erscheinungen bei der Beriberi beruhen auf einer lokalen Kohlehydratstoffwechselstörung in der Nervenzelle. Der Phosphorsäureester des Vitamins B<sub>1</sub> stellt einen integrierenden Bestandteil des Fermentsystems dar, welches den Kohlehydratstoffwechsel beherrscht. Fehlt das Vitamin, so kommt es in den Nervenzellen zur Anhäufung von Säuren, speziell von Brenztraubensäure, und dadurch zu Störungen der Funktion in Form von Reiz- oder Ausfallserscheinungen. In anderen Fällen imponiert die Polyneuritis als selbständige infektiöse Erkrankung unklarer Ätiologie. Manche Formen von Polyneuritis machen nicht beim peripheren Nerven halt, sondern

beteiligen auch Spinalganglien und Teile des Rückenmarkes. Dies gilt insbesondere für das als **Landry'sche Paralyse** beschriebene Krankheitsbild, welches häufig als akute, ascendierende Polyneuritis beginnt, aber sich dann mit Symptomen einer Poliomyelitis mehr oder weniger ausgesprochen kombinieren kann. Für die Entstehung von Schädigungen am einzelnen peripheren Nerven werden im Prinzip auch die gleichen Einwirkungen maßgebend sein können wie bei der Entstehung einer Polyneuritis und ihrer Folgen. Daß es sich bei den isolierten Erkrankungen in der Regel nicht um allgemeine, sondern um lokal entstandene Schädigungen handeln wird, versteht sich von selbst. Vor allem kommen in solchen Fällen mechanische und lokal entzündliche Momente in Betracht. Zug- oder Druckwirkungen durch Tumoren oder Narben können zur Zerstörung der Nerven führen. Als typisches Beispiel nennen wir die Recurrens-Lähmung bei Mediastinaltumoren und Aortenaneurysmen, den Druck von Halsrippen auf Nerven des Plexus brachialis, die mechanische Einwirkung von Fremdkörpern, etwa Geschossen, von abgebrochenen Knochenstücken oder auch von Knochenwucherungen bei deformierenden Knochenprozessen. Durch derartige deformierende Veränderungen können speziell die physiologischen Knochenöffnungen für den durchtretenden Nerven zu eng werden. Solche Beispiele lassen sich beliebig vermehren, wobei je nach dem betroffenen Nervengebiet charakteristische Krankheitserscheinungen entstehen. Im Gebiete des Nervenstammes und seiner Scheide sind es entzündliche Veränderungen oder als Folge derselben bindegewebige Verwachsungen, die die Funktion beeinträchtigen können. Auch erweiterte Venen können mechanisch ungünstig wirken. Bei den neuritischen Erscheinungen der Caissonarbeiter sind Gasblasen in der Umgebung peripherer Nerven festgestellt worden. Daß extreme Temperatureinwirkungen den Nerven ebenso definitiv schädigen können wie jedes andere Gewebe auch, ergibt sich von selbst. Kurze Kälteinwirkung setzt zunächst die sensiblen Fasern bzw. die sensiblen Endigungen vorübergehend außer Funktion und wird daher als lokales Anästhetikum verwendet. Lokale Durchblutungsstörungen können auch im peripheren Nervengebiet zu funktionellen Störungen Veranlassung geben. Vollständige Drosselung der Blutzufuhr wird von peripheren Nerven einige Stunden ohne die Gefahr bleibender Schädigung vertragen. Viel empfindlicher ist das Zentralnervensystem. Nervenfasern, die keine Funktion mehr haben (z. B. nach Gliederamputation), verlieren bald ihre Funktionstüchtigkeit. Neben den Erkrankungen, bei denen die Störung der Funktion eines Nerven durch einen in seiner Umgebung sich abspielenden Vorgang verursacht wird, kann natürlich ein Nerv auch primär erkrankt sein, wobei es sich um echte Entzündungen oder deren Folge handelt. Im konkreten Fall ist die Entscheidung, ob es sich um eine **primäre Neuritis** oder um eine **sekundäre, symptomatische Erkrankung** handelt, von großer Wichtigkeit. Jeder Nerv kann selbständig erkranken, relativ häufig und ein besonders markantes Zustandsbild dieser Art ist z. B. die Ischias. Führt irgendein Krankheitsprozeß zur definitiven Schädigung eines peripheren Nerven an einer bestimmten Stelle, so **degeneriert** das von der Unterbrechungsstelle peripher gelegene Stück, gleichgültig, ob es sich um einen sensiblen oder motorischen Nerven handelte. Das zentrale Stück bleibt erhalten, solange die dazugehörige Ganglienzelle, die für den motorischen Nerven im Vorderhorn, für den sensiblen im Spinalganglion liegt, erhalten und mit dem Nervenstück verbunden ist. Bleibt die Nervenversorgung definitiv unterbrochen, so kommt es zu degenerativer Atrophie der gelähmten Muskulatur mit elektrischer Entartungsreaktion und trophischen Störungen in der nicht mehr sensibel innervierten Haut. Eine **Regeneration** der Nerven findet vom zentralen Ende aus statt, sofern die zugehörige Ganglienzelle intakt ist. Dabei kann der

durchtrennte Nerv nicht nur in sein peripheres Ende hineinwachsen, was durch **Nervennaht** wesentlich erleichtert wird, sondern direkt auch in einen Muskel hinein und neue Endplatten bilden. Wächst ein durchschnittener Nerv in sein peripheres Ende ein, so wird in einiger Zeit erst die sensible, dann die motorische Funktion wiederhergestellt. Die Möglichkeit des Einwachsens eines zentralen Nervenstumpfes ist nicht auf sein eigenes peripheres Ende beschränkt, sondern auch in fremde Nervenenden möglich, so daß ein solcher Nerv bei Vereinigung mit einem fremden peripheren Nervenstück ein ganz anderes Innervationsgebiet bekommt, als ihm natürlicherweise zusteht. Einer derartigen **Nervenpfropfung** bedient sich die Chirurgie zur Behandlung von Lähmungen. Der Mensch vermag in solchen Fällen mehr oder weniger vollständig umzulernen und kann, wenn etwa der Hypoglossus auf den gelähmten Facialis verpflanzt ist, nun mit Hilfe des Hypoglossus seine mimische Gesichtsmuskulatur wieder regelrecht bewegen.

Ist nicht der periphere Nerv, sondern das **Rückenmark** von einem krankhaften Prozeß betroffen, so wird das Krankheitsbild komplizierter. Die funktionelle Bedeutung des Rückenmarks liegt einmal darin, daß es mit seinen Leitungsbahnen (weiße Substanz) die Verbindung zwischen peripherem Nerv und den Gebieten des Gehirns und verlängerten Markes herstellt, daß es aber mit seinen Ganglienzellen (graue Substanz) einen selbständigen, für das Zustandekommen reflektorischer Vorgänge entscheidenden Zentralapparat darstellt. Aus diesen Tatsachen ergeben sich auch die krankhaften Symptomenkomplexe, die bei Rückenmarksschädigungen klinisch zur Beobachtung kommen. Beim **Reflexvorgang** findet eine Reizübertragung von der zentripetalen Faser auf die zentrifugale ohne Mitwirkung des Bewußtseins statt. Der Reflexbogen besteht also aus dem durch die hintere Wurzel eintretenden, zentripetalen Schenkel (sensibler Nerv), dem Reflexzentrum in der grauen Substanz des Rückenmarks, wobei die Verbindung durch Aufsplitterung einzelner Hinterwurzelfasern um die Vorderhornganglienzelle hergestellt wird, und schließlich aus dem aus der vorderen Wurzel austretenden zentrifugalen Schenkel (motorischer Nerv). Das Erhaltensein dieses Reflexbogens ist für die normale koordinierte Ausführung von Bewegungen unerlässlich. Was wir als Tonus des Muskels bezeichnen, ist bereits eine motorische Funktion, ein Zustand dauernder Spannung und geringer Kontraktion, der durch die Einwirkung dauernder, von der Peripherie kommender Reize auf das spinale Reflexzentrum und Übertragung auf die motorische Nervenfasern unbewußt erzeugt und unterhalten wird. Der Tonus ist Vorbedingung für das Ansprechen des Muskels auf willkürliche Reize, sei es in Form des physiologischen zentralen Reizes bei der willkürlichen Bewegung oder bei einer anderen Form der Reizung im motorischen Nervengebiet. Sinnfällig wird die Funktion des Reflexbogens bei dem **Reflexphänomen**, der Tatsache, daß mechanische Reizung eines bestimmten Gebietes (Sehne, Haut, Schleimhaut, Knochen) zur Kontraktion eines bestimmten Muskels führt. Reizaufnahme und Reizeffekt können im gleichen Organ erfolgen (Eigenreflexe der Muskulatur) oder räumlich getrennt sein (Hautreflexe). Die Reflexe sind an die Unversehrtheit aller Teile des Reflexbogens gebunden. Somit fällt der Reflex aus, wenn die sensible Nervenleitung oder die Vorderhornzelle oder die motorische Nervenfasern unterbrochen sind. Umgekehrt wird bei Erhaltung des Reflexbogens grundsätzlich ein Reflex zustande kommen. Die Reflexstärke wird aber weiterhin durch die Funktion zentraler Nervenbahnen beeinträchtigt. In der motorischen Hauptbahn des Gehirns und Rückenmarks, der **Pyramidenbahn**, verlaufen Fasern, die auf Tonus und Reflexstärke hemmend wirken. In gewisser Weise sind in dieser Hinsicht auch andere Bahnen von Bedeutung. So scheint der Tonus der Muskulatur ganz wesentlich von der Bahn beherrscht zu werden, die vom roten Kern der Haube zum Rückenmark zieht. Die funktionelle Verbindung



der im spinalen Reflexzentrum gelegenen motorischen Ganglienzelle mit der Pyramidenbahn bringt es auch mit sich, daß das Zustandekommen eines Reflexes etwa durch willkürliche Muskelanspannung unterdrückt werden kann. Lediglich bei den **Reflexen innerer Organe** ist eine willkürliche Beeinflussung auf zentralem Wege nur bedingt oder gar nicht möglich. Die von den entsprechenden Spinalzentren ausgehenden Nervenfasern gehören dem autonomen Nervensystem an. Vielfach handelt es sich um Zentren zweiter Ordnung, denen solche im verlängerten Mark übergeordnet sind. Reflexverlust wird zustande kommen bei Kontinuitätstrennung des motorischen Nerven oder Zerstörung bzw. Ausschaltung der motorischen Vorderhornanglienzelle. Sehen wir von der Möglichkeit ab, die Vorderhornanglienzellen auf pharmakologischem Wege vorübergehend auszuschalten, so läge bei der **Poliomyelitis anterior acuta** eine isolierte Krankheit der Vorderhörner vor. So führt die Kinderlähmung zum reinen Bilde einer **schlaffen Lähmung mit Areflexie** und degenerativer Muskelatrophie mit elektrischer Entartungsreaktion. Selbstverständlich können auch durch andere Prozesse, etwa durch Blutungen oder irgendwelche entzündlichen Vorgänge, die Ganglienzellen der Vorderhörner geschädigt werden. Dabei lehrt die Erfahrung, daß die Schädigung vorübergehend auch in weiterem Umkreis Rückwirkungen auf diese Zellen ausübt, während definitiv nur die Funktion derjenigen Ganglienzellen ausfällt, die durch den krankhaften Prozeß zerstört worden sind. Aus unseren früheren Erörterungen ergibt sich, daß in diesem Falle die zugehörige, periphere, motorische Nervenfasern degenerieren muß.

**Reflexsteigerung** kommt zustande, wenn die Erregbarkeit der maßgebenden nervösen Elemente heraufgesetzt ist. Der Zustand äußert sich in einer verstärkten Reflexbewegung bis zum Auftreten einer Dauerkontraktion bei Reizung, er findet seinen Höhepunkt in dem Spontankrampf der Muskulatur, dem **Tetanus**. Bekannt ist in dieser Hinsicht die Wirkung des Giftes der **Tetanusbacillen** auf die Erregbarkeit des Nervensystems. Unterfunktion der Epithelkörperchen führt über eine Abnahme des ionisierten Kalks im Blut zu den gleichen Erscheinungen (**parathyreoprive Tetanie**). Auch Verschiebung der Blutreaktion nach der alkalischen Seite führt zur Tetanie, wobei die Vorstellung geäußert worden ist, daß im Rahmen eines normal bleibenden Gesamtcalciumspiegels im Blut der ionisierte Anteil zugunsten der beiden anderen Formen, in denen das Calcium noch zugegen ist, abnimmt. Gleichwohl muß die alkalotische Tetanie mit ihrem normalen Blutcalciumwert als etwas grundsätzlich anderes angesehen werden als die parathyreoprive Tetanie mit normaler Blutreaktion und immer vorhandener Hypocalcämie. Pharmakologisch wird elektiv die Erregbarkeit der Vorderhornanglienzellen durch **Strychnin** verstärkt, so daß es unter der Wirkung dieser Substanz (große Dosen wirken lähmend) zu **Reflexsteigerung und Reflexkrämpfen** kommt. Mit der **Unterbrechung der Pyramidenbahn** fallen die reflexhemmenden Fasern weg, so daß es bei intaktem Reflexbogen zum Typus der **spastischen Lähmung** mit erhöhtem Muskeltonus und bis zum Klonus gesteigerten Reflexen kommt. Als typisches Zeichen einer Pyramidenläsion gilt ferner das **Babinskische Zeichen**, die isolierte Dorsalflexion der Großzehe bei Bestreichung der Fußsohle, während sich beim normalen Fußsohlenreflex alle Zehen plantar bewegen. Der gleiche Reflex kann auch durch Bestreichen der Tibiakante ausgelöst werden (**Oppenheimsches Zeichen**). Die Erklärung dieses pathologischen Reflexes ist nicht ganz einfach. Bekanntlich ist das **BABINSKISCHE** Zeichen beim Neugeborenen immer positiv und bleibt es auch längere Zeit, in einer Reihe von Fällen bis gegen Ende des ersten Lebensjahres. Man stellt sich vor, daß das positive **BABINSKISCHE** Zeichen den normalen primitiven Reflex darstellt. Mit Entwicklung der Pyramidenbahn, die bei der Geburt noch nicht vollzogen ist, wird der Reflex in andere Bahnen gelenkt, so daß beim gesunden Menschen das

BABINSKISCHE Zeichen negativ wird und bleibt. Mit Ausfall der Pyramidenbahn verläuft der Reflex wieder in seinen alten primitiven Bahnen. Voll befriedigend ist diese Erklärung nicht, genauere Vorstellungen über das Auftreten pathologischer Reflexe fehlen. Diagnostisch ist der Nachweis solcher pathologischer Reflexe außerordentlich wichtig. Erhöhter Muskeltonus und erhöhte reflektorische Erregbarkeit der Muskulatur bei der spastischen Parese als Zeichen einer Pyramidenbahnläsion behindern nicht nur die Gebrauchsfähigkeit des Gliedes in erheblichem Maße, sondern die **Spasmen** verursachen auch heftigste **Schmerzen**. Ausgehend von der Überlegung, daß infolge des Fortfalls der zentralen Reflexhemmung die durch die periphere sensible Bahn zuströmenden Reize überwertig werden, kann man den Reiz durch teilweise Ausschaltung der sensiblen Bahn abschwächen. Dieses Ziel kann durch Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln (**Foerstersche Operation**) erreicht werden. Andererseits können auch Spasmen dadurch beseitigt werden, daß motorische Nerven vor ihrer Einmündung in den Muskel durchschnitten werden (**Stoffelsche Operation**). Ein solcher Eingriff kommt natürlich nur dann in Betracht, wenn eine vollständige spastische Lähmung vorliegt, jedoch nicht, wenn es sich nur um eine Parese handelt und eine gewisse motorische Innervation noch möglich ist. Aber nicht nur eine Ausschaltung des motorischen peripheren Nerven oder der Vorderhornanglienzelle führt zum **Tonusverlust des Muskels** und zur **Areflexie**, sondern auch die **Unterbrechung der afferenten Reflexbahn**, wobei es gleichgültig ist, ob die Unterbrechung am sensiblen Nerven, am Spinalganglion oder der hinteren Wurzel erfolgt. Gleichzeitig findet sich natürlich eine mehr oder weniger **aufgehobene Sensibilität**. Da die Fasern für die Tiefensensibilität im Muskelnerven verlaufen, hebt Unterbrechung eines sensiblen Hautnerven die Tiefensensibilität nicht auf. In der hinteren Wurzel verlaufen alle sensiblen Fasern, so daß eine hier erfolgende Unterbrechung zur Aufhebung aller Gefühlsqualitäten führt und bei dieser Läsion auch eine Störung in der Koordination der Bewegungen, eine **Ataxie** auftritt. Krankheitsprozesse im Gebiet der hinteren Wurzel können, bevor sie zur Zerstörung dieser Nervenfasern führen, zu erheblichen **sensiblen Reizerscheinungen** Veranlassung geben. Diese äußern sich in Schmerzen oder Parästhesien, wie Kribbeln, Ameisenlaufen u. dgl. Dabei werden die Beschwerden charakteristischerweise in die periphere Region der beeinflussten Bahnen projiziert, sogar wenn die Störung selbst bereits im Gebiete des Rückenmarkes nahe dem Eintritt der hinteren Wurzeln liegt. Diese Schmerzsymptome werden als **Wurzelschmerzen** bezeichnet, sie werden ausgelöst durch Prozesse an der Wirbelsäule im Durchtrittsgebiet der hinteren Wurzeln, durch Veränderungen an den Rückenmarkshäuten, ja sogar durch entzündliche Prozesse und Blutungen, die bereits im Mark selbst gelegen sind. So werden auch die lanzinierenden Schmerzen der *Tabes dorsalis*, bei der es sich um eine reine Hinterstrangserkrankung handelt, in dieser Weise erklärt. Reizerscheinungen von seiten der sensiblen Bahn werden nicht nur als Ausdruck eines lokalen, etwa im Gebiet der hinteren Wurzeln wirksamen Krankheitsprozesses in den entsprechenden Nervengebieten auftreten, sie können auch Folge einer allgemeinen nervösen Übererregbarkeit sein. So sind die bei den tetanischen Zuständen geschilderten Zeichen motorischer Übererregbarkeit sinngemäß auch auf sensible und auf Sinnesnerven zu übertragen. Ein motorisches Reizsymptom bei noch nicht vollständiger Vorderhornläsion stellt das fibrilläre Zittern dar.

Die bisher geschilderten Krankheitserscheinungen betrafen lediglich Störungen des über das Rückenmark ziehenden Reflexbogens und seiner einzelnen Anteile. Das Bild der Rückenmarksschädigungen wird aber durch die Analyse derjenigen Störungen zu ergänzen sein, die die **Leitungsbahnen** betreffen. Auf den Sitz der Läsion in einer Leitungsbahn weist das entsprechende Ausfallsgebiet hin.

Auf Einzelheiten der Höhendagnostik können wir nicht eingehen. Es soll lediglich auf das Prinzipielle der sich bei Läsionen der Rückenmarksbahnen ergebenden Störungen hingewiesen werden. Die große motorische **Pyramidenbahn** verläuft zum größten Teil im Seitenstrang, zum kleinen Teil im Vorderstrange. Auch diese Fasern kreuzen allmählich in den Seitenstrang über und treten dann in direkte Beziehung zur Vorderhornanglienzelle. Im übrigen können noch motorische Impulse durch **subcorticale Bahnen**, die in den Seitensträngen (Tractus rubrospinalis, **MONAKOWSche Bündel**) und den Vordersträngen (Tractus tectospinalis und vestibulospinalis) verlaufen, auf die Vorderhornanglienzellen vermittelt werden. Im Gegensatz zu der bereits beschriebenen Vorderhornaffektion, wie sie etwa bei der Kinderlähmung vorliegt und zu vollständiger, schlaffer Lähmung (Paralyse) mit folgender degenerativer Muskelatrophie und Entartungsreaktion führt, wird eine **Seitenstrangunterbrechung** nicht zu einer vollständigen Lähmung, sondern nur zu einer Parese führen, da ja im Vorderstrang noch funktionstüchtige motorische Bahnen laufen. Die Parese wird nach unseren Ausführungen eine spastische sein, erhöhter Muskeltonus, Reflexsteigerung und **BABINSKISches Zeichen** werden sie charakterisieren. Degenerative Atrophie der Muskeln und Entartungsreaktion treten nicht auf, dagegen kann die Muskelmasse durch Nichtgebrauch zurückgehen. Ataxie im Sinne der noch zu besprechenden Kleinhirnataxie tritt nur auf, wenn die zentripetale Kleinhirnsseitenstrangbahn mit ergriffen ist. Reine Schädigung der Pyramidenbahn führt nicht zur Ataxie. Auch beide motorischen Neurone, das zentrale, in der Pyramidenbahn verlaufende, und das periphere, in der Vorderhornanglienzelle beginnende, können gleichzeitig erkranken, so daß sich Pyramidensymptome mit denen der Vorderhornläsion kombinieren. Bei der langsam fortschreitenden, **amyotrophischen Lateralsklerose** liegt eine derartige Degeneration aller motorischen Rückenmarksgebiete vor, wobei schließlich noch die Symptome einer Bulbärparalyse hinzutreten können. Dem Ausfall der motorischen Bahn und der Vorderhornzellen entsprechend kommt es zu fortschreitenden Lähmungserscheinungen, die schließlich fast alle Muskeln betreffen können. Solange die degenerative Atrophie der Muskeln noch nicht vollständig ist, finden sich erhöhter Muskeltonus, Reflexsteigerung und **BABINSKISches Zeichen**; bei vollständiger Muskelatrophie (Vorderhornausfall) besteht Atonie, Areflexie und elektrische Entartungsreaktion. Jedoch handelt es sich grundsätzlich nur um motorische Ausfallserscheinungen.

Als reine, durch einen unbekanntem Erreger hervorgerufene Vorderhornkrankung haben wir die **Poliomyelitis anterior acuta** bereits genannt. Diese Erkrankung hat beim Einsetzen der neurologischen Ausfallserscheinungen ihren Höhepunkt, ein Teil der betroffenen Vorderhornanglienzellen kann sich erholen, so daß die Lähmungserscheinungen in den ersten Monaten nach der Infektion zurückgehen und nur ein Teil der Ausfallserscheinungen definitiv bleibt. Die Diagnose kann dadurch schwierig werden, daß mit Einsetzen der Erkrankung und vor Auftreten eindeutiger schlaffer Lähmungen meningeale Symptome das Bild beherrschen können, wobei neben einer Steigerung des Liquordruckes auch eine Zellvermehrung im Liquor vorhanden sein kann. In wenigen Tagen verändert sich aber das Bild und macht dem Zustand reiner, schlaffer Lähmung Platz.

Bei der **spinalen, progressiven Muskelatrophie** findet sich eine fortschreitende Vorderhorndegeneration, die allmählich zum Bilde einer schlaffen Lähmung mit Reflexverlust und degenerativer Muskelatrophie führt. Der Sitz der Erkrankung ist also der gleiche wie bei der Kinderlähmung, nur der Verlauf beider Erkrankungen ist grundsätzlich verschieden. Dagegen liegt die Störung bei den verschiedenen, häufig hereditär auftretenden Formen von **Muskeldystrophie** in den Muskeln selbst begründet, was auch in dem Fehlen neurologischer Aus-

fallserscheinungen zum Ausdruck kommt. Berücksichtigt muß natürlich werden, daß ein dystrophischer Muskel nicht mehr mit der gleichen Zuckung ansprechen kann wie ein normaler.

Die **spastische Spinalparalyse**, ursächlich ungeklärt, stellt eine isolierte, fortschreitende Degeneration der Pyramidenbahn, vornehmlich der Seitenstränge dar und führt damit zu Erscheinungen, wie wir sie für die Unterbrechung des Seitenstranges bereits beschrieben haben.

Schließlich haben wir bei der Besprechung der Polyneuritis darauf hingewiesen, daß die aufsteigende **Landry'sche Paralyse** unter den Zeichen einer Polyneuritis beginnt und fortschreitend auf motorische Rückenmarksgebiete übergreift. Diejenigen Krankheitsbilder, die unter dem Bilde einer Kinderlähmung akut einsetzen, aber weitere motorische Rückenmarksgebiete fortschreitend befallen, hat man auch als medulläre oder bulbäre Form der LANDRY'schen Paralyse bezeichnet, sieht sie aber heute meist als besonders schwere Verlaufsformen der Poliomyelitis anterior acuta an. Auch die als Polyneuritis beginnende, also auch sensible periphere Nerven in Mitleidenschaft ziehende LANDRY'sche Paralyse befällt im Rückenmark ausschließlich motorisches Nervengebiet.

Die **sensiblen Bahnen des Rückenmarks** verlaufen in den Hintersträngen und Seitensträngen. Schaltstationen liegen für die Seitenstrangbahnen in den Hinterhörnern, während die langen Hinterstrangbahnen keine Unterbrechung erleiden. Alle sensiblen Nerven haben ihre Ganglienzellen im Spinalganglion und treten durch die hintere Wurzel in das Rückenmark ein. Deshalb bedeutet Unterbrechung der hinteren Wurzel und Ausschaltung des Spinalganglions eine Aufhebung aller Gefühlsqualitäten der gleichen Seite. Die Fasern für die Tastempfindung verlaufen zum Teil ungekreuzt unter Umgehung der grauen Substanz der Hinterhörner durch die langen Hinterstrangbahnen, und zwar so, daß sich die höher eintretenden Fasern denen aus tieferen Regionen außen anlagern (medialer GOLLScher Strang der unteren, lateraler BURDACH'scher Strang der oberen Körperhälfte). Tastempfindungen werden aber auch durch kurze Bahnen vermittelt, die sich um Zellen der Hinterhörner aufsplintern. Hier beginnt das zweite Neuron, welches durch die vordere Commissur überkreuzt und im Seitenstrang zum Thalamusgebiet läuft. Temperatur- und Schmerzempfindung wird ausschließlich durch kurze Fasern vermittelt, die sich um Hinterhornganglienzellen aufsplintern. Das zweite Neuron läuft wieder gekreuzt durch die sensible Seitenstrangbahn zum Thalamusgebiet. Die Tiefensensibilität wird zum Teil durch die langen Hinterstrangbahnen vermittelt. Zum anderen Teil endigen die Fasern in der Umgebung der Zellen der CLARK'schen Säulen, die im vorderen Abschnitt der Hinterhörner gelegen sind. Von diesen Zellen geht als zweites Neuron die Kleinhirnseitenstrangbahn aus, die wie die lange Hinterstrangbahn nicht überkreuzt. Aus diesen Tatsachen ergeben sich die typischen Ausfallssymptome. Läsionen der grauen Substanz in den Hinterhörnern unterbrechen nur Schmerz- und Temperaturempfindung der gleichen Seite vollständig, Tastempfindung und Tiefensensibilität können noch durch die langen Hinterstrangbahnen vermittelt werden (**dissoziierte Anästhesie**). Bei Unterbrechung der sensiblen Seitenstrangbahnen ist die Schmerz- und Temperaturempfindung der anderen Körperhälfte aufgehoben; geschädigt, aber nicht aufgehoben ist die Tiefensensibilität der gleichen Seite (**cerebellare Ataxie**). Hinterstrangszerstörung setzt die Tastempfindung der gleichen Seite nur herab, solange die im Seitenstrang der anderen Seite zum Thalamus führende Bahn funktionstüchtig ist. Gleichzeitig tritt durch Beeinträchtigung der Tiefensensibilität eine Koordinationsstörung im Sinne der **Hinterstrangataxie** auf. Hinterstrangataxie äußert sich vor allem in der Unkoordiniertheit einzelner Bewegungen, während die

cerebellare Ataxie mehr in einer Störung der Zusammenordnung einzelner Bewegungen zum Ausdruck kommt. Vollständige Aufhebung von Tastempfindungen und Tiefensensibilität kommt bei Zerstörung von Hinter- und Seitenstrang der gleichen Seite zustande. Wir kommen bei der Besprechung der Halbseitenläsion auf diese Dinge nochmals zurück.

Ein kurzer Überblick über die systematischen Störungen sensibler Rückenmarksgebiete erscheint zweckmäßig. Die reinen Formen sind jedoch sehr viel seltener als die entsprechenden motorischen Rückenmarkserkrankungen, auf die wir bereits hinwiesen. Bei der **Tabes dorsalis** liegt auf luischer Basis eine fortschreitende degenerative Erkrankung des Rückenmarkes vor, die die Hinterstränge, Hinterhörner einschließlich der CLARKESchen Säulen und hinteren Wurzeln betrifft. Das Spinalganglion kann sekundär ergriffen werden, während der eintretende periphere sensible Nerv im allgemeinen nicht maßgebend verändert wird. Je nach Ausdehnung des degenerativen Prozesses finden sich mannigfache Sensibilitätsstörungen, daneben als Reizerscheinungen die bereits an anderer Stelle beschriebenen Wurzelsymptome in Form von Parästhesien, Hyperalgesie und lanzinierenden Schmerzen, die mitunter als schmerzhaftes Gürtelgefühl zum Ausdruck kommen. Die Muskeln sind nicht gelähmt, da das motorische Nervengebiet intakt bleibt, dagegen hypo- oder atonisch. Die Unterbrechung des Reflexbogens im sensiblen Anteil führt zu Areflexie, die Bewegungen sind hochgradig ataktisch (Hinterstrangataxie). Die gelegentlich bei Tabes besonders an Augenmuskelnerven vorkommenden Lähmungen werden auf besondere syphilitische Störungen bezogen. Zum Bilde der Tabes gehört häufig noch als Frühsymptom die reflektorische Pupillenstarre, die ätiologisch noch nicht ausreichend geklärt ist. Auch die Ursache der Sehnervenatrophie ist nicht bekannt. Störungen der Blase, des Mastdarms und der Genitalfunktion sind ebenfalls ein recht regelmäßiges Symptom der Tabes. Dabei nimmt man an, daß die Bahnen, die für den normalen Ablauf dieser Funktionen notwendigen sensiblen Reize vermitteln, ebenfalls durch den tabischen Degenerationsprozeß geschädigt werden.

Ein eigenartiges, in Familien gehäuft auftretendes konstitutionelles Zustandsbild liegt bei der **Friedreichschen Ataxie** vor. Bei dieser Erkrankung handelt es sich in erster Linie um degenerative Veränderungen der Kleinhirnseitenstrangbahn, aber auch der Hinterstränge und hinteren Wurzeln. So steht auch klinisch im Vordergrund eine hochgradige Ataxie, die neben dem Hinterstrangtypus vor allem die Zeichen der cerebellaren Ataxie trägt. Auch die Sensibilität muß gestört sein. Die Unterbrechung des Reflexbogens in dem durch die Hinterhörner ziehenden sensiblen Anteil führt zur Areflexie.

Grundsätzlich mit Sensibilitätsstörungen verläuft auch die **Syringomyelie**, eine in der Umgebung des Zentralkanals beginnende, zu Gliawucherung und Höhlenbildung führende, fortschreitende Rückenmarkserkrankung. Speziell werden die durch die vordere Commissur überkreuzenden, die Temperatur- und Schmerzempfindung vermittelnden Fasern sehr frühzeitig ergriffen. Bei dem Wesen der Erkrankung ist es verständlich, daß mit Fortschreiten der Störung die verschiedensten Regionen des Rückenmarks ergriffen werden, so daß ein buntes Bild verschiedenster Herdsymptome motorischer und sensibler Natur entsteht.

**Lokalisierte Rückenmarkserkrankungen.** Jede im Rückenmark lokalisierte Erkrankung wird je nach Ausdehnung und Sitz zu charakteristischen Störungen führen müssen. Lues, Tumoren, entzündliche Veränderungen und deren Folgen, Traumen, die das Rückenmark treffen, extramedulläre Prozesse, die etwa von den Meningen oder der Wirbelsäule ausgehen, Fremdkörper im Wirbelkanal u. dgl. können zu umschriebenen Schädigungen des Rückenmarks führen und

zu entsprechenden Herdsymptomen mit Ausfallserscheinungen im motorischen und sensiblen Gebiet Veranlassung geben. Eine besondere Form herdförmiger Erkrankung des Zentralnervensystems stellt die **multiple Sklerose** dar. Es handelt sich um massenhaft auftretende, entzündliche Herde im Gehirn und Rückenmark, die in erster Linie in der weißen Substanz sitzen, aber auch vor der grauen nicht halt machen. Im klinischen Bild kombinieren sich Herdsymptome des Gehirns, der Hirnnerven und des Rückenmarks. Auf Einzelheiten der vielgestaltigen Symptomatologie kann hier nicht eingegangen werden. Es entspricht dem Charakter der Erkrankung, daß die Herde zahlreicher und die Ausfallserscheinungen immer ausgedehnter werden. Wichtiges Früh- und obligates Krankheitssymptom ist der Verlust der Bauchdeckenreflexe.

Zwei besondere Typen der Rückenmarksläsion sollen noch hervorgehoben werden, da sie für die Herddiagnostik richtunggebend sind. Bei der **Halbseitenläsion** (BROWN-SÉQUARDScher Typus) muß sich nach unseren Besprechungen eine spastische Lähmung und Störung der Tiefensensibilität der gleichen Seite finden, während Schmerz- und Temperaturempfindung der gekreuzten Seite aufgehoben sind. Die Tastempfindung ist nur herabgesetzt, da diese Eindrücke teils gekreuzt, teils ungekreuzt weitergeleitet werden. Nicht eindeutig erklärbar ist die Tatsache, daß auf der Seite der Läsion eine vorübergehende Hyperästhesie auftritt. Bei der vollständigen **Querschnittsläsion** müssen Motilität und Sensibilität unterhalb der Läsionsstelle völlig aufgehoben sein. Je nach der Höhe der Durchtrennung kommt ein para- oder tetraplegischer Lähmungstypus zustande. Paradox ist das Verhalten der Reflexe, die gesteigert sein müßten, tatsächlich aber, zumindest zunächst, erloschen sind. Eine erschöpfende Erklärung ist nicht zu geben, man rechnet mit der Möglichkeit, daß durch eine derartig schwere Rückenmarksschädigung auch die zentralen Anteile der tiefer gelegenen Reflexbögen funktionell alteriert werden. Gleichzeitig wird die Verbindung der spinalen vegetativen Zentren mit dem Gehirn und den übergeordneten Zentren der Medulla oblongata unterbrochen, so daß grundsätzlich Funktionsstörungen an Blase, Mastdarm und Genitalien wie auch Zeichen einer Vasomotorenlähmung auftreten müssen. Ist die Läsion keine vollständige, so können auch motorische und sensible Reizsymptome auftreten.

**Gehirn und verlängertes Mark.** Beziehen wir nun das Gehirn in unsere Betrachtungen ein, so erhalten die mit Gehirnläsionen in Zusammenhang stehenden Ausfallserscheinungen durch die übergeordneten nervösen Funktionen des Gehirns ihre besondere Note. In der Medulla oblongata, dem Kleinhirn und dem Mittelhirn liegen eine Reihe unbewußt arbeitender Zentren, die teilweise ähnlich den spinalen Zentren nur auf die Zuführung bestimmter Reize reagieren, zum anderen Teil aber ohne Hinzutreten besonderer Reize wichtige Lebensvorgänge dauernd automatisch regulieren. Diese Zentren stehen dauernd unter der Einwirkung eines adäquaten Reizes, der Reiz kann selbstverständlich quantitative und qualitative Änderungen erfahren und dadurch zu einer veränderten Tätigkeit des automatischen Zentrums führen. Ferner verlaufen durch die einzelnen Gehirnschnitte eine große Reihe von Bahnen, die Zentren mit Erfolgsorganen mit oder ohne Schaltstationen verbinden. In der **Großhirnrinde** selbst spielen sich jene Vorgänge ab, die die zufließenden Reize zum Bewußtsein bringen und bewußte Handlungen ermöglichen. Dabei findet eine weitere Verarbeitung gewonnener Eindrücke und ihre Deponierung in Form von Erinnerungsbildern statt, die jederzeit wieder verwertet werden können. Durch diese psychische, an die Intaktheit des Großhirns gebundene Fähigkeit wird der Mensch in der Ausführung von Funktionen unabhängig von der Umwelt. Ist das Großhirn ausgeschaltet, so fällt er zurück in den Zustand einer komplizierten Maschine, deren Tätigkeit durch die ihr zufließenden exogenen und endogenen Reize

bestimmt wird. Dabei erfolgen alle Bewegungen durchaus koordiniert, wie die Beobachtungen bei Nachtwandlern zeigen.

**Schlaf, Traum.** Ein physiologischer Zustand ausgeschalteter Großhirnrindenfunktion liegt im Schlafe vor. Bei den Träumen erwachen einzelne psychische Großhirnfunktionen wieder, offenbar unter der Einwirkung innerer oder äußerer Reize. Man kann experimentell nachweisen, daß auf einen Schlafenden wirkende Reize in Träume einbezogen werden, vielleicht auch direkt zu Träumen Veranlassung geben. Jedoch werden diese Reize in Träumen ohne überlegene Kritik und Logik verwertet, die Form der Verwertung ist von bestimmten endogenen Faktoren, etwa Wunsch- oder Angstvorstellungen beherrscht, von der psychischen Konstitution und der augenblicklichen psychischen Disposition des Individuums abhängig. Der **hypnotische Zustand** stellt ähnlich wie der Traum ein Zwischending zwischen Schlaf und Wachen dar. Während im Schlaf das Seelenleben von der Außenwelt abgeschlossen ist, erfolgt in der Hypnose eine Umstellung in der Form, daß unter Ausschaltung von Wille und Logik das gesamte Seelenleben unter die Macht des einen Reizes tritt, der vom Hypnotiseur gesetzt wird. Der Hypnotisierte fühlt und handelt nur nach dem Willen des Hypnotiseurs, erlebt bildhaft Episoden, betätigt Organfunktionen, die sonst unwillkürlich verlaufen, führt auch später Handlungen aus, die ihm in der Hypnose aufgetragen sind, ohne sie sich und der Umwelt gegenüber motivieren zu können. Vorbedingung für das Zustandekommen einer Hypnose ist die Suggestibilität des Menschen, die Fähigkeit, die bestimmten Eindrücke aufzunehmen und so zu verarbeiten, daß die besondere Form des willenlosen Erlebens und Handelns im hypnotischen Zustand zustande kommt. Auch ohne Hinzutreten einer eigenartigen, schlafähnlichen Umstellung, durch welche die Hypnose charakterisiert ist, unterliegt der Mensch in seinem Denken, Fühlen und Wollen der Macht der **Suggestion**. Der suggestive Einfluß kann von außen kommen, kann Einzelmenschen und ganze Völker ergreifen und für ihre Willensäußerung entscheidend werden. Dabei kann die Reaktion auf den suggestiven Einfluß positiv oder negativ sein. Blinder Gehorsam wie grundsätzliche Opposition, mitunter in buntem Wechselspiel bei ein und demselben Menschen, sind Ausdruck der gleichen Abhängigkeit vom äußeren Einfluß oder auch inneren Vorsatz (Autosuggestion) unter Ausschaltung von Überlegung, Kritik und logischer Motivierung der Handlungen. Je differenzierter und geistig überlegener ein Kulturmensch ist, desto weniger wird sein Denken und Handeln unter dem Einfluß einer Suggestion stehen können. Ziehen wir in Betracht, daß sich die Reaktion auf suggestive Einflüsse ins Krankhafte steigern kann, daß etwa eine Massensuggestion zur Massenpsychose ausartet, daß die Äußerung des Seelenlebens eines einzelnen vorübergehend oder dauernd krankhafte Formen annehmen kann, daß eine krankhafte Vorstellung, etwa eine Wahnidee, das Seelenleben und seine Ausdrucksformen beherrschen kann, so stehen wir damit bereits mitten im Gebiet der Geisteskrankheiten selbst. Auf die einzelnen Zustandsbilder einzugehen, kann nicht unsere Aufgabe sein, ihre Schilderung und Deutung gehört in das Spezialgebiet der Psychiatrie.

Eine vorübergehende, künstliche Ausschaltung der Gehirnrindenfunktion liegt bei der **Narkose** vor. Die Fähigkeit einer Substanz, die Funktion einer Zelle auszuschalten und schließlich definitiv zu vernichten, beruht auf ihrer Löslichkeit in den Zellbestandteilen. Für die elektive Wirkung der Narkotica auf die Zelle des Nervensystems ist ihre Lipoidlöslichkeit entscheidend, da die Nervenzellen besonders reich an lipoider Substanz sind. Bei ausreichender Dosierung führt Narkose zur Lähmung aller Nervenzellen und damit zum Tode. Auf die Rückwirkung einzelner Narkotica auf andere Organe soll hier nicht eingegangen werden. Die Empfindlichkeit der Nervenzellen gegenüber einem Narkoticum

ist verschieden. Am empfindlichsten ist das Zentralnervensystem und davon in erster Linie die Großhirnrinde, die größten Konzentrationen eines Narkoticums sind zur Ausschaltung der lebenswichtigen automatischen Zentren, etwa des Atemzentrums notwendig. Geeignete Narkotica sind solche, bei denen die Lähmungsdosis für Großhirn und Reflexvorgänge nicht zu nahe bei der Lähmungsdosis für die automatischen Zentren liegt und demnach die Gefahr einer Überdosierung des Narkoticums auch bei gewünschter und notwendiger Narkosentiefe möglichst gering ist. Dem Lähmungsstadium kann je nach der Natur des verwendeten Narkoticums ein mehr oder weniger ausgeprägtes Exzitationsstadium vorausgehen, auch kann der Narkose ein solches Erregungsstadium folgen. Je nach der Natur der Narkotica kann ihre Zufuhr auf verschiedenen Wegen, durch Inhalation, peroral oder als Klysma, durch intramuskuläre oder intravenöse Injektion oder durch direkte Einbringung in den Lumbalkanal erfolgen. Auf spezielle, pharmakologische Fragestellungen hinsichtlich der Wirksamkeit und Wirkungseigenart der einzelnen Narkotica, der Dosierung und zweckmäßigen Kombination und Auswahl dieser Substanzen im konkreten Fall und ihrer speziellen, über das Gebiet des Nervensystems hinausgehenden Wirkungen auf andere Organe und Organsysteme können wir nicht näher eingehen, so wichtig sie auch für die praktische Durchführung der Narkose sind. Der Narkoseschlaf ist dem natürlichen Schlaf ähnlich, wenn auch nicht gleich. So ist der Narkoseschlaf ein Zwangsschlaf, ein Erwecken ist nicht möglich. Auch fehlt nach einer Narkose das Gefühl der Erholung, welches beim normalen Erwachen vorhanden ist.

**Schlafstörungen** müssen unter dem Gesichtspunkte betrachtet werden, daß die Rolle des Gehirns beim Schlaf nicht nur eine passive ist derart, daß im Schlaf das bewußte Seelenleben aufhört und die Beziehungen zur Außenwelt unterbrochen sind, sondern daß dem Gehirn auch eine aktive, für Eintritt, Ablauf und Aufhören des Schlafvorgangs maßgebende Rolle zukommt. Diese Auffassung einer aktiven Beteiligung des Zentralnervensystems am Zustandekommen und Verlauf des Schlafes findet in der Annahme eines Schlafzentrums ihren Niederschlag. Der Normbegriff des Schlafes ist außerordentlich schwer aufzustellen. Wenn wir davon ausgehen, daß das Schlafen biologisch notwendig und von einer, für die Erhaltung der Leistungsfähigkeit aller Organe entscheidenden Erholung gefolgt ist, so lehrt die Erfahrung, daß das Schlafbedürfnis eine sehr variable Größe ist, wenn wir nur die normale Schlafdauer in den verschiedenen Lebensaltern betrachten. Charakteristisch für den Schlaf ist, daß er ein reversibler Vorgang ist, da ein Erwachen jederzeit erfolgen kann. Die Vorgänge, die zum Einschlafen und Aufwachen führen und für die Tiefe des Schlafes entscheidend sind, können nur unvollkommen übersehen werden. Selbst wenn wir davon absehen, daß durch äußere Reize der Vorgang des Schlafens gestört werden kann und auch auf diese Weise nicht nur das Einschlafen verhindert, sondern auch in Form der Träume ein teilweises, schließlich vollständiges Aufwachen des bewußten Seelenlebens erfolgen kann, wissen wir, daß endogene Reize, die von der Körperperipherie dem Zentrum zufließen oder auch in Form lebhafter oder pathologischer psychischer Vorgänge direkt zentral entstehen, in alle Stadien des Schlafvorganges störend eingreifen können. Häufig findet diese Tatsache darin ihren Ausdruck, daß die normalerweise kurze Periode des Halbschlafes beim Einschlafen oder Aufwachen als Dauerzustand vorhanden ist. Ist das Gefühl der Müdigkeit normalerweise das Vorstadium des Schlafes, so ist andererseits bekannt, daß Übermüdung das Eintreten eines tiefen Schlafes verhindern kann. So ergibt sich in fließendem Übergang vom normalen Geschehen ein vielgestaltiges Bild von Schlafstörungen, dem Wesen nach nur unvollkommen übersehbar, lediglich eine Vielzahl auslösender Momente ist uns bekannt.



Andererseits kann aber auch Schlaf Krankheitssymptom sein, wobei in diesen Fällen das Wesentliche darin zu sehen ist, daß der schlafähnliche Zustand solange nicht ein reversibler ist, als die zum Schlaf führende Noxe wirkt. Ein Erwachen findet erst und dann grundsätzlich statt, wenn die den Schlafzustand auslösende Wirkung abgeklungen ist. Einen solchen Zustand haben wir bereits bei der Narkose kennengelernt.

Aber auch endogene Momente können zu **schlafähnlichen Zuständen** Veranlassung geben. Bekannt ist, daß Blutazidose zu dem schlafähnlichen Zustand schwerster Bewußtlosigkeit führt, der als Koma bezeichnet wird. Der Prototyp ist das **Coma diabeticum**, aber auch das Coma uraemicum ist Ausdruck einer Azidose. Das Koma entwickelt sich allmählich zu voller Höhe, zeigt außerdem die typische, große Atmung, durch welche ein Ausgleich der azidotischen Stoffwechsellaage angestrebt wird. Auch der **hypoglykämische Zustand** führt zu Benommenheit und Bewußtlosigkeit, setzt meist außerordentlich plötzlich und ohne jede Vorboten ein, ist Ausdruck einer Kohlehydratstoffwechselstörung in der Zelle. Die Gehirnzelle ist einer derartigen Störung gegenüber besonders empfindlich, was in erster Linie in dem Auftreten der Bewußtlosigkeit, aber auch in andersartigen cerebralen Ausfallserscheinungen seinen Ausdruck findet. Für andere schlafähnliche Zustandsbilder fehlt noch die letzte Erklärung. Der Schlaf nach epileptischen Anfällen und bei fieberhaften Krankheiten kann Folge besonders starker Ermüdung sein, wie auch durch die Wirkung von bestimmten, im Rahmen der Grundkrankheit entstehenden Stoffen zustande kommen. Vielfach schließt ein tiefer langer Schlaf eine bestehende Krankheit ab, der Kranke „schläft sich gesund“. Groß ist die Zahl der Möglichkeiten, daß schlafähnliche Zustände durch Prozesse in der Umgebung des Gehirns oder im Gehirn selbst ausgelöst werden können. Einzelne dieser Ereignisse werden noch in anderem Zusammenhang eingehend zu besprechen sein. Zunächst soll nur darauf hingewiesen werden, daß **meningeale Erkrankungen** oder sonstige Prozesse, die zur Steigerung des Liquordruckes Veranlassung geben können, Durchblutungsstörungen und Blutungen im Gehirn, wie auch andere herdförmige Gehirnerkrankungen verschiedenster Natur, zu Bewußtseinstrübungen und schlafähnlichen Zuständen führen können. Besonders eindrucksvoll sind die Beziehungen zur Schlafsucht bei einer epidemisch auftretenden infektiösen Erkrankung, der **Encephalitis lethargica**. Hier liegen die anatomischen Veränderungen vorwiegend, wenn nicht ausnahmslos im Gebiet der Stammganglien. Man muß sich auf den Standpunkt stellen, daß die Schlafsucht der Encephalitiker durch direkte Schädigung des Schlafzentrums zustande kommt, dessen Sitz im Zwischenhirngebiet zu suchen ist. Schließlich können auch Traumen, die den Schädel treffen, zu schlafähnlichen Erscheinungen führen. So ist vorübergehende, mitunter jedoch tagelange Bewußtlosigkeit ein häufiges Symptom der Hirnerschütterung.

Unter der **Commotio cerebri** fassen wir eine Reihe von Symptomen zusammen, die sich in unmittelbarem Anschluß an eine Gewalteinwirkung auf den Schädel einstellen und nach einer gewissen Zeit, die zwischen Minuten und Tagen schwankt, spontan zurückbilden. Von diesem reinen und unkomplizierten Zustand der Gehirnerschütterung sind die Fälle zu trennen, bei denen durch das Trauma unmittelbar grobe anatomische Läsionen einzelner Gehirnpartien mit entsprechenden bleibenden Ausfallserscheinungen entstehen. Der bei der **Commotio cerebri** zur Beobachtung kommende Symptomenkomplex setzt sich zusammen aus der Bewußtlosigkeit, die an eine Störung in der Großhirnrinde und das Zwischenhirngebiet gebunden erscheint, und einer Reihe von Erscheinungen, die auf eine gleichzeitige Rückwirkung auf die automatischen Zentren des verlängerten Markes hinweisen. Die hierher gehörigen Symptome, die eine Gehirnerschütterung zu

begleiten pflegen, wären das Erbrechen, die transitorische Glykosurie, die zentral ausgelöste Bradykardie, gelegentlich auch kompliziertere, zentrale Herzrhythmusstörungen, und zentrale Störungen der Atmung, wie sie uns bei Veränderungen des Hirndruckes wieder begegnen werden. Auf welche Weise diese Erscheinungen bei der Commotio cerebri zustande kommen, kann abschließend noch nicht erklärt werden. Die Tatsache, daß die Erscheinungen vollständig reversibel sind, schließt schon die Möglichkeit größerer anatomischer Läsionen der Nervensubstanz aus. Liegen solche vor, dann hat keine unkomplizierte Commotio vorgelegen, sondern es ist durch das Trauma eine gröbere Gehirnverletzung ausgelöst worden. Umgekehrt ist aber eine Gehirnverletzung sicher nicht Vorbedingung einer Commotio, denn selbst schwere Hirnverletzungen können ohne die für die Hirnerschütterung typischen Begleitsymptome verlaufen. So hat man die Symptome der Commotio dadurch zu erklären versucht, daß man mikroskopische Läsionen der Nervensubstanz oder capilläre traumatische Blutungen annahm. Man hat weiter mit der Möglichkeit gerechnet, daß die kommotionellen Krankheitserscheinungen über eine reflektorische Änderung der Durchblutung oder durch Änderung des Hirndruckes ausgelöst würden. Keine der Erklärungen befriedigt vollständig, gegen jede sind wesentliche Einwände möglich. Vor allem muß auf die eigenartige Tatsache hingewiesen werden, daß die Symptome der Commotio zwar verschieden schwer, aber im Prinzip doch immer die gleichen sind. So müßte man sich die Frage vorlegen, weshalb immer die gleichen Hirngebiete durch die schwere mechanische Einwirkung in ihrer Funktion beeinträchtigt werden, einerseits gewisse Zentren des verlängerten Markes, andererseits Gehirngebiete selbst. Dabei mag man zur Erklärung der Bewußtlosigkeit den Hauptakzent auf die Schädigung der Großhirnrinde oder auf das Schlafzentrum im Zwischenhirn legen oder eine kombinierte Störung annehmen. Bei dem Versuch, die kommotionellen Symptome ihrem Wesen nach abschließend zu deuten, bleiben noch dieselben Fragen offen, die auch bei anderen Hirnstörungen aufzuwerfen sind. So machen herdförmige Gehirnerkrankungen unter Umständen Symptome, die über das befallene Herdgebiet hinausgehen und weit entfernt lokalisiert werden müßten, ohne daß in jedem Falle eine voll befriedigende Erklärung für dieses Verhalten gegeben werden kann. Ein sehr schwieriges Gebiet ist die Beurteilung der **postkommotionellen Beschwerden**, die anerkanntermaßen auch über die Zeit objektiv nachweisbarer Erscheinungen fortbestehen und in Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit u. dgl. ihren Ausdruck finden. Jüngere Menschen überwinden eine unkomplizierte Commotio im ganzen relativ schnell, ältere brauchen wesentlich längere Zeit. Dies gilt insbesondere für Arteriosklerotiker und Hypertoniker, was bei der Beurteilung von Unfallfolgen zu berücksichtigen ist. Ungewöhnlich langes Fortbestehen von Beschwerden nach einer Gehirnerschütterung muß immer den Verdacht erregen, daß es sich nicht um eine unkomplizierte Commotio cerebri gehandelt hat, es vielmehr zu echten Gehirnläsionen gekommen ist. Die Objektivierung derartiger Störungen kann freilich erhebliche Schwierigkeiten machen, besonders wenn die Läsion vegetative Zentren im Zwischenhirngebiet betrifft und nur durch komplizierte Funktionsprüfungen nachgewiesen werden kann.

Weiterhin kann die Funktion des Gehirns durch Veränderungen in Mitleidenschaft gezogen werden, die sich im **Liquor cerebrospinalis** abspielen. Dabei ist das Entscheidende, daß es durch die Liquorveränderungen zu den Erscheinungen und Folgen eines gesteigerten Hirndruckes kommt. Der **Hirndruck** wird steigen, wenn ein Mißverhältnis zwischen Fassungsvermögen des Schädels und seinem Inhalt auftritt. Da auch der Liquor Platz im Schädelinneren beansprucht, wird seine Vermehrung zur Drucksteigerung im Schädelinneren Veranlassung geben

müssen. Im wesentlichen wird der Liquor vom Plexus chorioideus sezerniert. Daneben kann aber angenommen werden, daß auch die Zellen des Gehirns und Rückenmarks an der Liquorbildung teilhaben. Der Abfluß des Liquors erfolgt durch Übertritt in das Venengebiet und das Lymphsystem. Die Liquorresorption wird unter normalen Bedingungen wesentlich durch den Druck reguliert, indem Drucksteigerung zu vermehrter Resorption führt. Die Möglichkeit eines Druckausgleiches ist auch durch Abfließen des Liquors aus dem Schädel nach den entsprechenden Rückenmarksräumen gegeben, wo bessere räumliche Möglichkeiten vorhanden sind. Die Kommunikation zwischen Hirnventrikeln und Subarachnoidalraum scheint jedoch nur eine bedingte zu sein, so daß mit der Möglichkeit einer Abflußbehinderung zu rechnen ist. Daraus ergeben sich folgende Möglichkeiten einer Hirndrucksteigerung durch Veränderungen im Liquor. Einmal kann der Liquor vermehrt gebildet werden. Am eindrucksvollsten ist dieses bei Entzündungen der Hirnhäute, aber auch durch nichtentzündliche Erkrankungen, etwa Tumoren, kann offenbar ein Reiz zur Mehrbildung von Liquor gegeben sein. Im Rahmen infektiöser Erkrankungen braucht es nicht zur direkten Lokalisation von Entzündungen an den Hirnhäuten zu kommen, sondern eine Mehrbildung von Liquor, der in seiner Zusammensetzung nicht die Zeichen einer Entzündung trägt, kann offenbar auch durch toxische Einflüsse veranlaßt werden. Beimengungen zum Liquor, etwa Blutungen in den Liquorraum hinein, werden einer vermehrten Liquorbildung funktionell gleichwertig sein. Bei normaler Liquorbildung wird es zur Liquorvermehrung und damit zu Hirndruckercheinungen auch dann kommen, wenn der Abfluß des Liquors nach den Rückenmarksräumen verlegt oder die Liquorresorption vermindert ist. Die letztgenannte Erscheinung kann entweder in einer funktionellen Minderwertigkeit der resorbierenden Zellen begründet liegen, oder durch ein Hindernis im weiteren Abflußgebiet, durch eine venöse Stauung verursacht werden. Entscheidend für das Auftreten von Hirndrucksymptomen ist immer, daß im Schädelinneren mehr Liquor vorhanden ist, als hierfür Raum zur Verfügung steht. Hieraus ergibt sich, daß eine Steigerung der Liquormenge im ganzen nicht grundsätzlich zum gesteigerten Hirndruck führen muß. Findet der vermehrte Liquor in den Rückgratshöhlen Platz, so werden keine Hirndrucksymptome auftreten. Auch gibt der Lumbaldruck keinen absolut sicheren Hinweis für die Druckverhältnisse im Schädelinneren. Dennoch kann man unter der Voraussetzung, daß der Liquor sich frei bewegen kann und insbesondere die Kommunikation zwischen Hirnventrikeln und Subarachnoidalraum frei ist, mit einem gewissen Parallelgehen von Hirndruck und Lumbaldruck rechnen. Bei fehlender Kommunikation tritt als diagnostisches Mittel der Wahl die Suboccipitalpunktion an die Stelle der Lumbalpunktion. Ist die Liquorvermehrung Folge einer entzündlichen Hirnhauterkrankung, so werden selbstverständlich neben Herdsymptomen, die durch Übergreifen des Entzündungsprozesses auf bestimmte Anteile des Nervensystems hervorgerufen sind, Reizerscheinungen von seiten der Hirnhäute das Krankheitsbild beherrschen. Treten solche Reizerscheinungen im Rahmen infektiöser oder toxischer Erkrankungen ohne direkte entzündliche Hirnhautveränderungen auf, so spricht man von **Meningismus**. Der Liquordruck wird auch in diesen Fällen hoch gefunden, jedoch enthält der Liquor keine entzündlichen Beimengungen. Diese **meningealen Reizerscheinungen** stellen klinisch ein eindrucksvolles Krankheitsbild dar. Heftige Kopfschmerzen sind regelmäßig vorhanden, auch wenn nicht gleichzeitig der Hirndruck erhöht ist. Bei reiner Hirndruckerhöhung ohne entzündliche Meningebeteiligung ist das Druckgefühl, welches bei den Kranken den Eindruck erweckt, als ob der Kopf platzen müßte, peiniger als der eigentliche Schmerz. Ein reines Meningealsymptom ist die Nackensteifigkeit, der

Kopf wird rückwärts in die Kissen gebohrt, Bewegungsversuche sind sehr schmerzhaft, infolge der Zwangshaltung kann man den Kranken am Kopf wie einen Stock hochheben. Der verstärkte Tonus der Muskulatur betrifft noch andere Muskelgruppen in typischer Weise. Die Wirbelsäule wird in lordotischer Stellung fixiert (Opisthotonus), das gestreckte Bein kann nicht im Hüftgelenk gebeugt bzw. das im Hüftgelenk gebeugte Bein nicht gestreckt werden (KERNIGSches Zeichen). Sehr häufig werden, je nach der Einbeziehung bestimmter peripherer Nervengebiete des Gehirns und Rückenmarks, sensorische und sensible Reizerscheinungen und im motorischen Nervengebiet sowohl Reiz- als auch Lähmungserscheinungen beobachtet, die in ihrem Auftreten und in ihrer Ausdehnung im wesentlichen von der Lokalisation der Erkrankung abhängen und demnach auch über den Symptomenkomplex der eigentlichen meningealen Reizerscheinungen hinausgehen. Andere Symptome hat die Meningitis mit dem erhöhten Hirndruck gemeinsam, sie dürften auch bei der Meningitis über die gleichzeitige Hirndrucksteigerung zustande kommen. Die **Folgeerscheinungen eines erhöhten Hirndruckes** sind denen einer Comotio cerebri sehr ähnlich. Man kann eine Comotio etwa einer Hirndruckerhöhung, die, dem zeitlichen Ablauf des Schädeltrauma entsprechend, ganz vorübergehend einwirkt, funktionell gleichsetzen. Besonders beeinträchtigt werden bei Hirndrucksteigerung offenbar die automatischen Zentren der Medulla oblongata. Die Symptome des Erbrechens, der Pulsverlangsamung, der Atemstörungen, der vorübergehenden Glykosurie u. dgl. sind in dieser Richtung zu deuten. Neben dem Druckgefühl im Schädel und den Kopfschmerzen kann auch das Sensorium in Mitleidenschaft gezogen werden. Leichte Schwindelanfälle, aber auch schwere Benommenheit können auftreten. Ein weiteres, sehr markantes Hirndrucksymptom ist das Auftreten einer Stauungspapille des Nervus opticus. Ob eine solche Stauungspapille lediglich unter der Druckwirkung entsteht, oder ob speziell bei der sekundären Sehnervenatrophie noch Ernährungsstörungen oder entzündliche Momente eine Rolle spielen, läßt sich noch nicht abschließend entscheiden. Während eine reine Stauungspapille zunächst reversibel ist, entwickelt sich bei Fortbestehen des erhöhten Hirndrucks grundsätzlich die Stauungsatrophie des Sehnerven. Überhaupt ist bei längerem Bestehen eines erhöhten Hirndrucks damit zu rechnen, daß die akuten Hirnerscheinungen, die mit den Symptomen einer Hirnerschütterung im wesentlichen übereinstimmen, definitive Schädigungen der Hirnsubstanz und der die Schädelhöhle durchlaufenden Nerven auftreten können. Im ganzen ist das Gehirn gegen die gleichmäßig erfolgende Druckwirkung recht widerstandsfähig. So ist bei einer gleichmäßigen Liquorvermehrung im Subarachnoidalraum (**Hydrocephalus externus**) mit einer definitiven Zerstörung von Gehirnssubstanz kaum zu rechnen. Eher weicht der Knochen dem Druck aus, was besonders dann deutlich wird, wenn die einzelnen Schädelknochen noch nicht fest miteinander verbunden sind. Ist jedoch der Liquor im Subarachnoidalraum, etwa wegen bestehender Hirnhautverwachsungen, nicht frei verschieblich und sammelt sich deshalb in Form von Liquorcysten an, so kommen die gleichen Herdsymptome zustande, die wir beim Gehirntumor noch kennen lernen werden. Betrifft die Liquorvermehrung jedoch den Ventrikelliquor, handelt es sich also um den kongenitalen oder erworbenen Zustand eines **Hydrocephalus internus**, so wird die umgebende Hirnsubstanz durch den dauernden Druck abgeplattet und funktionell geschädigt. Im Vordergrund stehen neben den bereits geschilderten Hirndrucksymptomen in der Regel psychische Störungen, die bis zu einem schweren Darniederliegen aller geistigen Funktionen gesteigert sein können. Auf motorischem Gebiet handelt es sich meist um eine Neigung zu Krämpfen, etwa in Form der epileptischen Krämpfe, im übrigen kann ein buntes Bild verschiedenster Herdsymptome resultieren, wobei es sich sowohl um Ausfalls- als

auch um Reizerscheinungen handeln kann. Von Gehirnnerven werden neben dem bereits mehrfach erwähnten Opticus die Augenmuskelnerven bevorzugt befallen. Ist der Schädel noch erweiterungsfähig, so wird er auch beim Hydrocephalus internus dem Druck nachgeben. Daher gehört auch der riesenhafte Gehirnschädel zu den führenden und obligaten Symptomen des angeborenen Hydrocephalus internus und stellt gelegentlich ein absolutes Geburtshindernis dar.

Wenn wir als Ursache für das Auftreten eines erhöhten Hirndrucks ein Mißverhältnis zwischen Fassungsvermögen des Hirnschädels und seinem Inhalt angegeben haben, so ergibt sich hieraus, daß Vermehrung des Liquors nur eine solche Ursache darstellen wird. Jeder raumbeengende Prozeß im Schädelinnern wird zu dem gleichen Effekt führen müssen, sofern nicht, etwa durch verstärkte Liquorresorption oder Ausweichen des Liquors, ein Ausgleich geschaffen wird. Zunächst kann das Gehirn selbst im ganzen an Volumen zunehmen. Solche **Hirnschwellungen** können bei schweren infektiösen oder toxischen Hirnerkrankungen auftreten, auch als allgemeine Reaktion auf einen lokalen Hirnprozeß. Für die Entstehung eklamptisch-urämischer Erscheinungen bei der akuten Nierenentzündung und Schwangerschaftsnierenerkrankung wird neben den Zirkulationsstörungen auf der Basis der Extrablutdrucksteigerung einem Hirnödem die entscheidende Bedeutung beigemessen. Besonders eindrucksvoll sind die Hirndruckerkrankungen beim **Gehirntumor**. Das Krankheitsbild bekommt dann dadurch seine besondere Note, daß neben den geschilderten Erscheinungen eines erhöhten Hirndrucks noch besondere Herdsymptome auftreten. Diese setzen sich zusammen aus den Erscheinungen, die der Tumor in dem Gebiet, in dem er wächst, unmittelbar hervorruft, und den Fernwirkungen, die die Neubildung durch ihre spezielle Druckwirkung auf die nähere und weitere Umgebung ausübt. Speziell Hirnnerven können durch Zug- oder Druckwirkung in Mitleidenschaft gezogen werden, so daß man in der Deutung solcher Ausfallserscheinungen vorsichtig sein muß und auf entsprechende Befunde nur sehr bedingt eine Herddiagnose des Tumors aufbauen darf. Daß beim Tumor auch die normale Liquormenge unter erhöhtem Druck stehen kann und wird, ergibt sich von selbst.

Schließlich wäre noch die Frage aufzuwerfen, inwieweit Schwankungen in der Durchblutung zu Hirndrucksymptomen Veranlassung geben können. Klar liegen die Verhältnisse bei einer großen **Blutung**. Erfolgt sie in die Gehirnschubstanz hinein, so entspricht der Zustand in funktioneller Hinsicht den Verhältnissen des Tumors. Blutet es in die Liquorräume, so entspricht das im Effekt einer Liquorvermehrung. Es ist klar, daß die Blutungen schon sehr erheblich sein müssen, wenn sie zu einem Mißverhältnis zwischen Schädelinhalt und Fassungsvermögen führen sollen. Störung des venösen Abflusses aus dem Gehirngebiet wird auch zu Hirndruckerkrankungen führen können, wobei es ebenfalls zu einer Liquorvermehrung kommt, da die Liquorresorption nicht in normalem Ausmaß vor sich gehen kann.

Sehen wir von den genannten besonderen Fällen ab, so tritt bei den **Zirkulationsstörungen des Gehirns** das Symptom des erhöhten Hirndrucks gegenüber anderen markanten Krankheitserscheinungen an Bedeutung zurück. Die Durchblutung des Gehirns ist eine sehr reichliche, die Zellen des Zentralnervensystems sind auf eine ausreichende Blutversorgung ganz besonders angewiesen. Drosselung der Blutzufuhr führt fast augenblicklich zur weitgehenden, funktionellen Ausschaltung der Gehirnzellen, in erster Linie der Zellen der Großhirnrinde. Ohnmacht und Bewußtlosigkeit sind die unmittelbaren Folgen. Schon nach einigen Minuten kann die Schädigung des Großhirns eine definitive sein, die Rindenzellen zerfallen. Die Lebensfähigkeit anderer Gebiete des Gehirns und verlängerten Markes ist etwas länger. Auch bei ungenügender Durchblutung bzw. Sauerstoffversorgung ist die Funktion der Großhirnrinde in Mitleidenschaft

gezogen. So erklärt sich die Neigung zu Ohnmachten nach Blutverlusten und bei sonstigen Anämien sowie bei dekompensierten Kreislaufkranken. Bei Blutdruckkranken sind es speziell die Blutdruckkrisen, die in der gleichen Richtung wirken. In diesen Fällen ändert sich die Durchblutungsgröße infolge des schwankenden Arteriolentonus. Schwindelanfälle, Gefühl der Leere im Kopf und Neigung zu Ohnmachten sind typische Krankheitszeichen dieser Patienten. Auch ohne Blutdruckveränderungen können Durchblutungsstörungen bei schweren arteriosklerotischen Gefäßveränderungen und damit die gleichen Erscheinungen wie beim Blutdruckkranken auftreten. Dabei ist anzunehmen, daß über die vorhandenen anatomischen Gefäßveränderungen hinaus Gefäßspasmen eine Rolle spielen. Auch stellt man sich vor, daß sklerotische Gefäßveränderungen zu lokalisierten Gefäßspasmen Veranlassung geben können. Ein solches Ereignis würde dann zu einer mangelhaften Durchblutung eines bestimmten Gefäßgebietes führen, was sich klinisch als Schlaganfall äußert. Beim **apoplektischen Insult** treten akut neben allgemeinen cerebralen Erscheinungen in Form von Schwindel und Benommenheit Herdsymptome auf, die auf den funktionellen Ausfall eines ganz bestimmten Hirngebietes hinweisen. Wird auf diese Weise ein bestimmtes, herdförmiges Gehirngebiet kurze Zeit nicht mehr mit Blut versorgt, so bildet sich ein Erweichungsherd aus, die entsprechenden Ausfallssymptome bleiben definitiv. Daß Undurchgängigwerden eines sklerotischen Gefäßes oder seine Obliteration aus irgendeinem anderen Grunde zu den gleichen Erscheinungen führen muß, ergibt sich von selbst. Das gleiche gilt für den embolischen Verschuß einer Gehirnarterie. Wir wissen aber, daß es eines organisch greifbaren Vorganges nicht bedarf, sondern daß ein Gefäßverschluß auch rein spastisch erfolgen kann. Auf diese Weise kommen apoplektische Insulte bei Kranken mit Hochdruck, besonders beim labilen Hochdruck, zustande. Auch im Migräneanfall sind Herdsymptome beobachtet worden. Von der Dauer solcher lokalen Gefäßspasmen wird es abhängen, ob sich die funktionell ausgeschalteten Gehirnpartien nochmals erholen können und damit die Herdsymptome nur vorübergehender Natur sind, oder ob ein Erweichungsherd mit definitivem Funktionsausfall bestehen bleibt. Neben dieser Möglichkeit, daß ein apoplektischer Insult durch Unterbrechung eines bestimmten Arteriengebietes erfolgt, kann der herdförmige Ausfall eines Gehirngebietes durch eine Blutung veranlaßt sein. Sehen wir von der seltenen Möglichkeit ab, daß im Rahmen einer allgemeinen hämorrhagischen Diathese auch Gehirnblutungen auftreten können, so ist die Vorbedingung eine mangelhafte Widerstandsfähigkeit der erkrankten Gefäßwand. Hauptsächlich handelt es sich um sklerotische oder luische Gefäßveränderungen. Die kleinen Aneurysmen, die platzen können, sind in den meisten Fällen auf luischer Basis entstanden. Gelegenheitsursachen sind neben grob mechanischen Einwirkungen, die von außen auf die Gefäßwand wirken, alle die Vorgänge, die den Blutdruck erhöhen, besonders wenn eine solche, mitunter gar nicht hochgradige Blutdrucksteigerung ziemlich plötzlich einsetzt. So kann der Schlaganfall durch eine Hirnblutung beim Heben eines schweren Gegenstandes, beim Husten, Pressen, Erbrechen u. dgl. auftreten. Aber eine solche Ursache ist keineswegs in allen Fällen nachweisbar. Erfolgt die Blutung langsam und sickert Blut weiter nach, so nehmen die Ausfallerscheinungen zu. In diesen Fällen fehlt auch das Plötzliche, was für die größte Mehrzahl der Schlaganfälle charakteristisch ist. In anderen Fällen ist unmittelbar nach dem Ereignis der Höhepunkt der Ausfallerscheinungen vorhanden. Fast nie fehlen bei der Gehirnblutung zunächst die Allgemeinerscheinungen im Sinne mehr oder weniger tiefer Benommenheit, häufig sind aber auch die Zentren des verlängerten Markes beteiligt, und zwar in ähnlicher Weise, wie wir es für die *Commotio cerebri* beschrieben haben. Nach Abklingen der Bewußtlosigkeit besteht retrograde Amnesie, hinzu kommen die

Herdsymptome, die mit Resorption der Blutung noch teilweise reparabel sein können, sofern die Blutung nicht lebenswichtige Zentren außer Funktion setzt und damit unmittelbar zum Tode führt. Übersteht der Kranke jedoch den Schlaganfall, so tritt an Stelle der durch die Blutung definitiv geschädigten Gehirnpartie der rote Erweichungsherd. Solche roten Erweichungen mit entsprechenden definitiven Ausfallserscheinungen können nicht nur bei Blutungen, sondern auch durch Blutstauung entstehen. Derartige Abflußbehinderungen des Blutes kommen bei Thrombosierungen von Venen oder der Venensinus vor. Bei diesen Ereignissen handelt es sich meist um Stauungserscheinungen und Funktionsstörungen in größeren Gehirngebieten als bei den kleineren apoplektischen Blutungen. Ein apoplektiformer Zustand setzt eine zirkulatorische Störung nicht unbedingt voraus. Nicht zirkulatorisch bedingt sind beispielsweise die apoplektiformen Zustandsbilder, welche beim hypoglykämischen Shock zustande kommen. Man denke an diese Möglichkeit bei jüngeren Menschen, vor allem natürlich beim insulinbehandelten Diabetiker.

Die **Herdsymptome**, die durch Gehirnblutungen ausgelöst und selbstverständlich durch jede andere herdförmige Erkrankung, etwa lokalisierte entzündliche Veränderungen, Tuberkel, Gummien, Tumoren u. dgl. verursacht werden können, werden, je nach dem Sitz der Erkrankung, zu den allerverschiedensten Ausfallssymptomen führen müssen. Auf Einzelheiten einzugehen, würde zu weit führen. Wir wollen nur einige besonders prägnante Erscheinungen hervorheben. Die zentralen Bewegungsstörungen treten in den meisten Fällen in Form der **Hemiplegie** auf. Der Herd sitzt vorwiegend im Gebiet der inneren Kapsel. Hier liegen die Bahnen so nahe zusammen, daß ein relativ kleiner Herd zu größeren Ausfallserscheinungen führen wird. Lähmungen einzelner Muskelgruppen, etwa einer Extremität (**Monoplegie**) weisen eher auf den Sitz der Läsion im motorischen Rindengebiet hin. Da die Pyramidenbahn auf die andere Seite hinüberkreuzt, treten die Ausfallserscheinungen auf der dem Herde entgegengesetzten Seite auf. Dabei werden diejenigen Muskeln nicht an der Störung beteiligt sein können, die bilateral innerviert werden. Es sind dies die vom oberen Facialisast innervierten Muskeln, ferner Augen-, Schluck-, Kau-, Kehlkopf- und Rumpfmuskeln. Aus unseren früheren Besprechungen ergibt sich, daß es sich um spastische Lähmungen mit Hyperreflexie und positivem BABINSKISCHEN Zeichen handeln muß. Die Spasmen führen im Verlauf der Störungen zu Kontrakturstellungen der vorwiegend befallenen Muskelgruppe und geben auch den Bewegungen, da die Lähmung der Gliedmaßen meist keine ganz vollständige ist, vor allem die einzelnen Muskelgruppen ungleich betroffen werden, ihr charakteristisches Gepräge. Die Mitbeteiligung motorischer Gehirnnerven wird davon abhängen, in welcher Höhe die Pyramidenbahn unterbrochen ist. Je tiefer im Verlauf der Pyramidenbahn die Unterbrechung durch eine herdförmige Erkrankung erfolgt, desto mehr Hirnnervenkerne werden nicht mehr betroffen sein können. Bei Störungen im Gebiet des Hirnstammes können neben der Pyramidenbahn die Hirnnervenkerne und die entsprechenden peripheren Nervenanteile betroffen werden. Im Gegensatz zu dem spastischen Lähmungstyp der Pyramidenbahn werden die im Kerngebiet oder peripheren Anteil befallenen Hirnnerven der Degeneration verfallen, die zugehörige Lähmung eine schlaffe, zur Atrophie führende sein. Im übrigen resultiert bei motorischen Hirnstammläsionen das Bild der **Hemiplegia alterna**, indem Ausschaltung der Nervenwurzelgebiete bzw. der bereits übergekreuzten Bahnen (Facialis) zu Ausfallserscheinungen der gleichen Seite, die Pyramidenläsion jedoch zu solchen der gekreuzten Seite führen. So resultiert beispielsweise bei Unterbrechung der Hirnschenkel eine alternierende Oculomotoriuslähmung, bei der Ponsapoplexie eine solche des Facialis, eventuell auch eine solche des Abducens. weiter unten des Hypoglossus.

Selbstverständlich können, sofern es sich um Kerngebiete sensibler Nerven handelt, auch **alternierende Sensibilitätsstörungen** (Trigeminus) auftreten. Die verschiedensten Möglichkeiten und Kombinationen ergeben sich aus dem Verlauf der Bahnen und dem Sitz der entsprechenden Nervenkerne und -wurzeln, sowie der Ausdehnung des Herdes, wobei selbstverständlich ein Herd auch die Mittellinie überschreiten kann und dann zu doppelseitigen Ausfallserscheinungen führt. Multiple herdförmige Erkrankungen der motorischen Gehirngebiete werden insbesondere angeboren beobachtet oder treten in früher Kindheit auf. Entzündliche wie traumatische (Geburtstrauma) Veränderungen können diese **multiplen Funktionsausfälle** bedingen. (Cerebrale Kinderlähmung, **Little'sche Krankheit**.) Mitbeteiligung von Hirnnervenkernen führt zu einer Pseudobulbärparalyse. Multiple Apoplexien mit ausgedehnten Herdsymptomen werden vom Erwachsenen relativ selten überstanden, so daß so ausgedehnte motorische Ausfallserscheinungen, wie sie etwa bei cerebraler Kinderlähmung durch multiple Herde ausgelöst werden, nur selten vorkommen.

Besonderen Charakter nehmen die motorischen Störungen dann an, wenn das Gebiet der Stammganglien in Mitleidenschaft gezogen, oder allein Sitz einer herdförmigen, organischen Erkrankung ist. Als Zeichen einer Störung im Gebiet des Corpus striatum ist die extrapyramidale Muskelrigidität anzusehen, die im Gegensatz zu den Spasmen bei Pyramidenläsion keine Reflexanomalien zeigt, aber zu einer Bewegungsarmut, Nachdauer einer ausgeführten Muskelkontraktion sowie Erschwerung und Verlangsamung willkürlicher Bewegungen führt. Charakteristisch ist etwa die mimische Starre, das Maskengesicht, wie wir es bei der **Parkinson'schen Krankheit** und in der Folge einer **Encephalitis lethargica** beobachten können. In das Gebiet der Stammganglien gehören weiterhin eigenartige Zwangsbewegungen. Sie treten entweder in Form der raschen, unregelmäßig bald die eine, bald die andere Muskelgruppe befallenden, fahrigen und ruckartigen choreatischen oder als langsame, speziell die Finger und Zehen betreffende, zu bizarren Extremitätenstellungen führende athetotische Bewegungen auf. Zwischen **Chorea** und **Athetose** bestehen auch insofern gewisse Unterschiede, als die choreatischen Bewegungen im Schlaf aufhören, während die Athetose gelegentlich fortbesteht, andererseits die athetotischen Bewegungen im Gegensatz zu den choreatischen in gewissem Umfang willkürlich gehemmt werden können. Gleichwohl wird die Ursache beider Erscheinungen in das Stammgangliengebiet zu verlegen sein. Auch die groben Schüttelbewegungen, die man speziell bei der **PARKINSON'schen Krankheit (Paralysis agitans)** und nach Encephalitis sieht, sind auf organische Läsionen im Gebiet der Stammganglien zurückzuführen. Sie betreffen eine bestimmte Muskelgruppe und führen zu groben, ziemlich langsamen, monotonen Zwangsbewegungen, etwa Wackeln des Kopfes, drehenden und zupfenden Bewegungen der Finger u. dgl. Dieser grobschlägige Tremor hört bei intendierten Bewegungen auf (im Gegensatz zu dem Intentionstremor der multiplen Sklerose), auch fehlt er im Schlaf. Schließlich ist auch anzunehmen, daß eine Reihe Myoklonien, blitzartige Bewegungen, die zu den ausgefallensten Körperstellungen führen, auf eine Herderkrankung im Stammgangliengebiet zu beziehen sind. Demgegenüber sind die eigentlichen, echten Tics, wie sie speziell in der Form von Zuckungen einzelner Gesichtsmuskeln auftreten, eine funktionelle Anomalie. Die allgemeinen epileptischen Krämpfe werden von der motorischen Rindenregion ausgelöst.

Erkrankungsherde im Gebiete des **Thalamus** führen vor allem zu zentralen Sensibilitätsstörungen. Die Ausfallserscheinungen werden im Prinzip die gleichen sein, wie wenn die entsprechenden Rindengebiete ausfallen. Nur sind die reizaufnehmenden Gebiete in der Rinde auf ein so weites Gebiet



verteilt, daß Rindenherde in der sensiblen Region nicht zur völligen Aufhebung der Gefühlseindrücke in einem bestimmten peripheren Gebiet führen. In der inneren Kapsel und im hinteren Thalamusgebiet liegen die Bahnen so nahe zusammen, daß es zur gekreuzten **Halbseitenanästhesie**, häufig mit erheblichen cerebralen Schmerzen als Reizsymptom verbunden, kommt. Die im Rahmen dieser Unterbrechung mitverursachten Störungen der Tiefensensibilität bedingen eine **cerebrale Ataxie** in den entsprechenden Muskelgebieten. Gleichzeitig ist aber auch die Fähigkeit, auf Grund von taktilen Empfindungen Gegenstände zu erkennen, verlorengegangen. Wir sprechen von **Stereoagnosie**. Als reine Krankheitserscheinung ohne gleichzeitige Sensibilitätsstörungen ist sie ein ganz bestimmtes Herdsymptom und in der Mitte der hinteren Zentralwindung zu lokalisieren. Derartige **Agnosien**, d. h. die Unfähigkeit, normal empfundene Reize richtig zu erkennen, die Wahrnehmungen mit Hilfe von Erinnerungsbildern in die Sphäre des Bewußtseins zu bringen, finden sich in verschiedenster Form bei ganz speziellen cerebralen Störungen. Diese **Sinneszentren** stehen mit den jeweils zugehörigen sensiblen, sensorischen und motorischen Zentren durch Assoziationsfasern in Verbindung. Der Vorgang des Sehens ist nur dann ein vollständiger, wenn mit dem optischen Eindruck auch bestimmte Begriffe verbunden sind. Unterbrechung der Sehbahn oder Ausschaltung des an der medialen Fläche des Hinterhauptslappens gelegenen optischen Rindenfeldes verhindern die optische Wahrnehmung als solche. Entsprechend der Tatsache, daß die den inneren Netzhauthälften zugehörigen Opticusfasern im Chiasma überkreuzen, fällt bei einseitiger Läsion der Bahn oder des Zentrums die optische Wahrnehmung der gleichseitigen Netzhauthälften bzw. der entgegengesetzten Gesichtsfeldhälften aus (**homonyme, laterale Hemianopsie**). **Seelenblindheit** liegt dann vor, wenn ein optischer Eindruck zwar erhalten ist, die gesehenen Gegenstände aber nicht erkannt werden. In diesen Fällen liegt die Störung in den optischen Vorstellungszentren an der äußeren konvexen Fläche des Hinterhauptlappens bzw. im Bereich der Assoziationsfasern, die die Verbindung mit dem optischen Wahrnehmungszentrum herstellen. Als besonderes, psychooptisches Rindenzentrum liegt im Gebiet des linken Gyrus angularis das Lesezentrum, an dessen Intaktheit die Erkennung der Schriftzeichen gebunden ist. Zerstörung dieses Gebietes führt zur **Wortblindheit und Alexie**.

Auch für den Hörvorgang ist eine Zusammenarbeit zwischen einem akustischen Rindenzentrum, welches die Wahrnehmung der akustischen Eindrücke vermittelt, und einem in der Nähe ebenfalls im Schläfenlappen liegenden Zentrum notwendig, in welchem die Klangbilder fixiert sind und dessen Funktion in dem begrifflichen Erfassen der akustischen Eindrücke besteht. Ausschaltung der Hörbahnen und des akustischen Rindenzentrums bedingt **Taubheit**, Ausschaltung der psychoakustischen Hirngebiete **Seelentaubheit** bei erhaltenen, jedoch nicht verwertbaren Schalleindrücken. Wesentlich komplizierter liegen die Verhältnisse für die **Sprache**. Ausführende Organe sind die beim Sprechen betätigten Muskeln. Störungen ihrer Nervenversorgung im peripheren, nukleären oder supranukleären Gebiet bedingen gestörte Lautbildung. Wir bezeichnen diesen Vorgang als **anarthrische Störung**. Aphasien sind Krankheitserscheinungen, bei denen der Kranke durch zentrale Ausfälle nicht mehr in der Lage ist, durch seine Sprache die Verbindung mit der Umwelt herzustellen. Normale Verwendung der Sprache setzt die Fähigkeit voraus, Begriffe in Worte zu kleiden. Diese Funktion ist an die Intaktheit des in der linken unteren Frontalwindung gelegenen motorischen Sprachzentrums (**BROCA**) gebunden. Die entsprechende Ausfallserscheinung heißt **motorische Aphasie**. Mit der Zerstörung des in der linken oberen Schläfenwindung als hinterster Anteil des psychoakustischen Gebietes liegenden sensorischen Sprachzentrums (**WERNICKE**) geht die Fähigkeit, das

gesprochene Wort zu verstehen, verloren. Bei dieser **sensorischen Aphasie** kommt also ein akustischer Eindruck zustande, die Erinnerungsbilder fehlen aber, der Kranke begreift nicht, was er hört. Diese sensorische Aphasie wäre demnach eine akustische Agnosie, die sich jedoch nur auf das gehörte Wort bezieht, während im Gegensatz zum Seelentauben andere Schallerscheinungen begriffen werden können. Die Sprachzentren stehen untereinander und mit den motorischen Rindengebieten der ausführenden Muskulatur durch Assoziationsfasern in Verbindung, ferner aber auch mit dem oben beschriebenen psychoptischen Zentrum, welches die Erkennung der Schriftzeichen vermittelt und dessen Ausfall **Alexie** bedeutet. Schließlich ist auch das Schreibzentrum, welches der motorischen Rindenregion der beim Schreiben betätigten Muskeln entspricht, mit allen genannten psychomotorischen und psychosensorischen Zentren verbunden. Die Zusammenarbeit dieser Gebilde garantiert die innere Sprache, die Fähigkeit, das gesprochene und geschriebene Wort aufzunehmen und zu verstehen, sowie die eigenen Gedanken in Wort und Schrift wieder zum Ausdruck zu bringen.

Unter **Apraxie** versteht man eine Störung, bei der Bewegungen ohne Lähmung der betreffenden Muskulatur nicht mehr zweckmäßig ausgeführt werden können. Bei der ideomotorischen Apraxie liegt die Störung in dem unrichtigen Willensimpuls. Bei der motorischen Apraxie sind die Erinnerungsbilder, die für die zweckmäßige Ausführung gewollter Bewegungen notwendig sind, zu Verlust geraten. Der Zustand entspricht etwa den Verhältnissen des Neugeborenen, das sich erst Erinnerungsbilder sammeln muß und dadurch lernt, seine Glieder zweckmäßig zu gebrauchen. Die Schädigung ist in dem der Gliedmaßeninnervation entsprechenden sensomotorischen Rindengebiet zu suchen. Bei der ideomotorischen Apraxie ist die Verbindung zwischen den auch bezüglich seiner Erinnerungsbilder intakten sensomotorischen Rindengebieten und dem zur Ausführung einer Bewegung notwendigen Willensimpuls, etwa zu den psychosensorischen Rindengebieten, unterbrochen. Derartige Unterbrechungen werden hauptsächlich bei linksseitigen Scheitellappenherden beobachtet. Wichtig ist, daß die linke sensomotorische Rindenregion beim Rechtshänder der entsprechenden Region der rechten Seite in gewisser Weise übergeordnet ist, die Assoziationsfasern laufen durch die Balkencommissur. So kann Unterbrechung der Balkenfasern bei erhaltener rechtsseitiger sensomotorischer Rindenregion zur Apraxie der linken Hand führen.

Die Funktion des **Kleinhirns** besteht im wesentlichen in der reflektorischen Regelung der Körperbewegungen im Sinne der Erhaltung des Gleichgewichtes. Die **cerebellare Ataxie**, auf die wir bereits bei Unterbrechung der Kleinhirnseitenstrangbahn hingewiesen haben, ist demnach auch führendes Symptom einer Läsion, die das Kleinhirn selbst betrifft. Sie äußert sich im wesentlichen in der Unmöglichkeit, grobe Körperbewegungen koordiniert und zweckmäßig durchzuführen und bei Bewegungen das Körpergleichgewicht zu halten. Da die Kleinhirnseitenstrangbahn nicht nur zentripetal die Muskeltiefensensibilität vermittelt und dadurch die koordinierte Bewegung garantiert, sondern auch zentrifugal den Muskeltonus beherrscht, führt Kleinhirnläsion neben cerebellarer Ataxie auch zu ausgesprochenere **cerebellarer Hypotonie**. Einseitigkeit des Kleinhirnprozesses führt zu Störungen der gleichen Seite. Was die pathogenetische Bedeutung der Kleinhirnaffektionen anbetrifft, so zeigt sich, daß die gestörte Kleinhirnfunktion offenbar durch andere Gebiete des Zentralnervensystems weitgehend kompensiert werden kann, so daß selbst ausgedehnte Krankheitsprozesse nur zu geringen Ausfallserscheinungen führen. Das konstanteste und dasjenige Symptom, welches überhaupt nur die Annahme einer Kleinhirnaffektion erlaubt, ist die cerebellare Ataxie. Ein häufiges Krankheits-symptom

bei Kleinhirnaffektionen ist der Drehschwindel. Er ist kein reines Kleinhirnsymptom, sondern dem **Labyrinthschwindel** wesensgleich. Er gehört in das Krankheitsbild, welches man als **Menièresche Krankheit** im weiteren Sinne bezeichnet hat, jetzt auch Oktavuskrise benennt. Der Zusammenhang ist so, daß die hydrostatischen Schwankungen in den Bogengängen des Labyrinths den adäquaten Reiz für den Nervus vestibularis darstellen, der die raumorientierende Erregung zu seinem Kerngebiet und weiter zum DEITERSchen Kern, dessen Neurone im Kleinhirnwurm endigen, weiterleitet. Daraus ergibt sich, daß auch Kleinhirnaffektionen das Kerngebiet des Vestibularis im Sinne pathologischer Erregungen in Mitleidenschaft ziehen können. Gleichgültig an welcher Stelle und auf welche Weise (Gefäßstörungen, Entzündungen, Toxine, Tumoren u. dgl.) der Vestibularis alteriert wird, in jedem Falle kann es zu dem charakteristischen Drehschwindel, der reflektorisch Übelkeit und Erbrechen auslöst, kommen. Erscheinungen von seiten der Ohren in Form von Schwerhörigkeit und Ohrensausen sind in der Regel vorhanden, wenn der Vestibularis selbst in den Krankheitsprozeß einbezogen ist, seltener bei Fernwirkungen von Kleinhirnaffektionen auf das Kerngebiet. Beim MENIÈRESchen Symptomenkomplex im engeren Sinne sitzt die Störung im Labyrinth selbst, auslösender Faktor sind dann organische Labyrinthkrankungen. Auch Mittelohrerkrankungen können die Labyrinthfunktion in Mitleidenschaft ziehen.

In das Gebiet vestibularer Störungen gehört auch die **Seekrankheit**. Dabei handelt es sich um die Reaktion auf die pathologischen passiven Körperbewegungen, wie sie durch die Schiffsbewegungen hervorgerufen werden. Der Vestibularapparat ist nicht in der Lage, die ihn treffenden ungewohnten und unberechenbaren Reize zu verarbeiten und reagiert mit einem pathologischen Erregungszustand, der dann auch reflektorisch auf weitere zentralnervöse Gebiete, so auf regulative Zentren des Mittelhirns und der Medulla oblongata, vor allem auf das Kerngebiet des Vagus, Facialis und Glossopharyngeus übergreift und damit das klinische Bild der Seekrankheit auslöst.

Als weiteres Begleitsymptom cerebellarer Prozesse wäre noch der **Nystagmus** zu nennen, der ebenfalls an die gestörte Funktion von Labyrinth und Vestibularis gebunden ist. Schließlich können noch eine Reihe benachbart gelegener Hirnnervenkerne mitbetroffen werden, wobei das Bild durch entsprechende Ausfallserscheinungen kompliziert wird. Eine fortschreitende Lähmung der bulbären Nervenkerne als selbständige Erkrankung liegt bei der **Bulbärparalyse** vor.

Auf die Bedeutung der automatischen Zentren in der **Medulla oblongata** und die Möglichkeit ihrer Läsion durch bestimmte Einflüsse haben wir bereits mehrfach hingewiesen. Auf Einzelheiten einzugehen, würde uns zu weit führen.

In den **automatischen Zentren** der Medulla oblongata haben wir bereits Gebilde vor uns, die funktionell dem **autonomen Nervensystem**, dem System der Lebensnerven, zugehören. Es sind die Zentren, die über die nervösen Elemente des vegetativen, sympathischen und parasympathischen Nervensystems lebenswichtige Funktionen vermitteln und garantieren, Funktionen, die entweder nur in gewissem Grade (Funktion von Blase und Mastdarm, Modifizierung der Atmung) oder überhaupt nicht (Kreislauf, Temperatur u. a. m.) willkürlich modifiziert werden können. Außer den genannten Zentren in der Medulla oblongata finden sich noch übergeordnete Zentralgebilde im Zwischenhirngebiet, die speziell für die Temperaturregulierung und für den normalen Ablauf einer großen Zahl von Stoffwechselforgängen zuständig sind. Wir haben ferner gesehen, daß hier innige Wechselbeziehungen zu den Drüsen mit innerer Sekretion, vor allem zur Hypophyse bestehen und bei der pathologischen Physiologie des Stoffwechsels und der Organfunktionen immer wieder auf diese Verhältnisse hingewiesen, so daß sie im einzelnen nicht nochmals aufgezählt zu werden

brauchen. Wir haben auch gesehen, daß die vegetativen Funktionsstörungen ganz spezielle Versorgungsgebiete betreffen können und dann zu charakteristischen Krankheitsbildern Veranlassung geben. Wir erinnern beispielweise an die Verhältnisse des Bronchialasthma und der Blutdruckkrankheit. Auch lokal können solche Störungen beobachtet werden. So kann etwa der Arterientonus eines ganz bestimmten Gefäßgebietes auf vegetativem Wege verändert werden und zu lokalen Zirkulationsstörungen auf angiospastischer Grundlage Veranlassung geben. In diesen Fällen kann partielle operative Ausschaltung sympathischer Nerven den krankhaften Zustand beseitigen. Die Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems kann eine sehr verschiedene sein. Das kommt speziell bei den Reaktionen auf bestimmte sympathico- oder vagotrope Pharmaca zum Ausdruck. Menschen mit labilem vegetativem Nervensystem werden als **vegetativ Stigmatisierte** bezeichnet. Betrifft die Übererregbarkeit vorwiegend das sympathische Nervensystem, so hat man auch von Sympathicotonie, bei Überwiegen des Parasympathicus von Vagotonie gesprochen. Diese Krankheitsbilder äußern sich darin, daß mehr oder weniger als Dauerzustand Verhältnisse vorliegen, wie man sie durch Reizung der entsprechenden Nervengebiete als vorübergehendes Ereignis auch künstlich erzeugen kann. Die Form der vegetativen Reaktionen ergibt sich aus dem Versorgungsgebiet des betreffenden vegetativen Nervengebietes. Versucht man, sich Vorstellungen über die Ursache allgemeiner vegetativer Labilität zu machen, so steht man vor einer sehr schwierigen Frage, die sich in keiner Weise restlos beantworten läßt, und der in jedem einzelnen Fall besonders nachgegangen werden muß. Konstitutionelle und konditionelle Momente spielen eine erhebliche Rolle, und vor allem ergibt sich ein inniger Zusammenhang mit seelischen Vorgängen verschiedenster Art. Diese Tatsache findet auch in dem Begriff der **vegetativen Neurose** ihren Niederschlag. Die sich dabei im einzelnen ergebenden Probleme gehören weitgehend schon in das Gebiet der Psychiatrie. Wie seelische Vorgänge in abweichenden vegetativen Reaktionsformen ihren Ausdruck finden können, so können auch umgekehrt organisch ausgelöste vegetative Störungen zu psychischer Disharmonie Veranlassung geben. Sind vegetative Störungen auf bestimmte engere Gebiete beschränkt, so ist in erster Linie mit der Wahrscheinlichkeit zu rechnen, daß lokale Krankheitsprozesse den auslösenden Faktor darstellen, wobei diese Störung sowohl auf das zentrale vegetative Nervengebiet als auch auf die bestimmten peripheren Nerven schädigend wirken kann. Solche Krankheitsbilder sind zweckmäßigerweise bereits bei den speziellen Stoffwechsel- und Organgebieten abgehandelt worden.

#### XIV. Wärmehaushalt.

**Körpertemperatur und Wärmeregulation.** Die Beobachtung der Körpertemperatur und ihrer Schwankungen ist eine Methode, die für die Beurteilung krankhafter Vorgänge unentbehrlich ist. Nicht jede Krankheit führt zu Veränderungen der Körperwärme; jedoch findet eine große Reihe von Krankheiten auch in Änderungen der Körperwärme ihren Ausdruck, wobei uns die Körpertemperatur einen wichtigen Hinweis nicht nur für die Schwere und Art der Erkrankung, sondern auch für die Reaktion des Körpers auf den krankhaften Prozeß gibt. Der Mensch gehört zu den Lebewesen, bei denen die Erhaltung der Lebensvorgänge an eine weitgehende Konstanz seiner Eigenwärme gebunden ist. In typischen Tagesschwankungen bewegt sich die Körperwärme um einen Mittelwert, der für Kinder etwas höher liegen kann als für alte Leute, jedoch im ganzen eine sehr geringe Schwankungsbreite zeigt, die unter einem Temperaturgrad liegt. Die Wärmeregulation erfolgt zentral durch das Wärmezentrum im Zwischen-

hirngebiet. Durch die Zusammenarbeit einer ganzen Reihe chemischer und physikalischer Vorgänge gelingt es, die Isothermie gegenüber den vielen störenden exogenen und endogenen Mechanismen zu erhalten. Sicher ist die Form des Reizes keine einheitliche. Über Temperaturwirkungen auf die Haut dürfte das Zentrum auf dem Nervenwege orientiert werden. Daneben müssen aber auch Änderungen der Bluttemperatur die Tätigkeit des Wärmezentrums entscheidend beeinflussen. Sicher ist anzunehmen, daß über die auf dem Blutwege und peripherem Nervenwege vermittelten Reize hinaus auch unmittelbare Wechselbeziehungen zwischen Wärmezentrum, Vasomotorenzentren und verschiedenen Stoffwechsellzentren des Zwischenhirngebietes bestehen. Von **Inkretdrüsen** dürfte der Schilddrüse eine maßgebende Beteiligung an der Wärmeregulation zuzuschreiben sein. **BASEDOW-Kranke** neigen zu Temperatursteigerungen, für das Myxödem ist die erniedrigte Körpertemperatur eine weitgehend typische Krankheitserscheinung. Weiterhin bestehen auch Beziehungen zum Adrenalsystem, möglicherweise auch zur Hypophyse. Unterfunktionszustände dieser Systeme gehen auch nicht selten mit ausgesprochener Hypothermie einher. Im Rahmen der **peripheren Temperaturregulation** kommt der Haut, vor allem ihrer den jeweiligen Verhältnissen angepaßten Wasserabgabe, eine besondere Bedeutung zu. Es ist dies der Mechanismus, mit dessen Hilfe die Auseinandersetzung des Körpers mit hohen Außentemperaturen erfolgt, während bei kalter Außentemperatur die Unterkühlung des Körpers in erster Linie durch Steigerung der Wärmebildung, also durch Muskelarbeit, vermieden werden kann. Der Temperatúrausgleich erfolgt beim Erwachsenen zuverlässiger als beim Kind, welches sehr leicht mit erheblichen Temperaturschwankungen reagiert. Steigerung der Körpertemperatur wird als **Fieber** bezeichnet. Erhebliche Fiebergrade können das Leben unmittelbar gefährden. Die kritische Grenze liegt ungefähr bei 42° rectal, höhere Temperaturen sind nur ausnahmsweise beobachtet worden. Die Fähigkeit, zu fiebern, ist an die Intaktheit des genannten Wärmezentrums gebunden. Ob wir im Temperaturanstieg den Ausdruck einer Reizwirkung auf das Zentrum oder die Folge eines Wegfalls von Hemmungen zu sehen haben, wird verschieden beantwortet. Nicht jede Temperatursteigerung darf als Krankheit gewertet werden. Bei starker Muskelarbeit kann die vermehrte Wärmebildung in vorübergehenden, mitunter recht merklichen Temperatursteigerungen zum Ausdruck kommen, ohne daß einem solchen Ereignis eine besondere Bedeutung beigemessen werden dürfte. Gleichwohl muß daran festgehalten werden, daß derartige Bewegungstemperaturen bereits einen geringen Grad einer Insuffizienz der Wärmeregulation anzeigen und damit auf dem Wege zu dem pathologischen Zustand einer Hyperthermie liegen. Sie erreichen allerdings niemals pathologische Größenordnung, so daß man sie aus rein praktischen Erwägungen noch nicht in das Gebiet krankhafter Störungen einordnet. Eine Erhöhung der Körperwärme bei körperlicher Arbeit wird bei hoher Außentemperatur besonders ausgesprochen sein. Vegetativ labile Menschen reagieren sehr leicht mit derartigen Bewegungstemperaturen. Besonders eindrucksvoll ist die mitunter noch auffallend lange zu beobachtende Tendenz zu Bewegungstemperaturen nach Überstehen fieberhafter infektiöser Erkrankungen (Grippe!). Ist bei ausgedehnten Hautaffektionen (Dermatosen, Sklerodermie, Verbrennungen, Narben) die Wärmeabgabe behindert, so werden bei hohen Außentemperaturen wie auch bei körperlicher Arbeit besonders leicht Temperatursteigerungen auftreten, die im Gegensatz zum echten zentralen Fieber als periphere Hyperthermien zu bezeichnen sind. Hier wird durch ein Mißverhältnis zwischen Wärmeabgabe und -bildung die Temperatursteigerung ausgelöst. Das Wärmezentrum ist primär nicht beteiligt, wenn es auch durchaus sekundär regulatorisch

eingreifen könnte. Etwas anders wie bei den Hautaffektionen, aber im Endeffekt ähnlich liegen die Verhältnisse beim Fettsüchtigen, dessen wärmereregulatorische Funktion der Haut gestört ist. Auf der Basis von Durchblutungsstörungen in der Haut kann ebenfalls die Temperaturregulation versagen, allerdings eher in der Richtung der Gefahr einer Temperatursenkung. In diesem Zusammenhang wäre noch darauf hinzuweisen, daß durch große Atropindosen, wie sie beispielsweise bei der Encephalitis lethargica Anwendung finden, die Schweißbildung unterbunden und damit die Gefahr einer Wärmestauung hervorgerufen werden können.

Eine organische Erkrankung der Haut, Veränderungen des Wärmeleitungsvermögens oder Störungen der Hautdurchblutung sind nicht notwendige Voraussetzungen für eine Beeinträchtigung der wärmereregulatorischen Funktion der Haut. Vielmehr kann diese durch rein exogene Momente in so hohem Maße beeinflußt werden, daß unmittelbar gefährliche Situationen entstehen. Der **Hitzschlag** ist eine Folge pathologischer Wärmestauung, wobei durch Störungen der Wasserverdunstung (eng anliegende, undurchlässige Kleider, schlecht ventilierte, enge Räume, Menschenansammlungen) eine ausreichende Wasser- und Wärmeabgabe unmöglich ist. Bei gleichzeitiger, hoher Außentemperatur wird die Gefahr eines Hitzschlages noch vergrößert, wenn neben der Erschwerung einer ausreichenden Wasserabgabe die für die Wärmeabgabe notwendigen Flüssigkeitsmengen nicht zur Verfügung stehen, das Durstgefühl nicht gestillt werden kann. Der Hitzschlag stellt in seiner klassischen Form den Ausdruck allgemeiner Überhitzung und in deren Folge die Erschöpfung der Wärmeregulation dar. Sehr hohe Außentemperaturen können auch ohne Hinzutreten weiterer komplizierender Faktoren zum Hitzschlag führen, da auch die leistungsfähigste Gegenregulation einmal ihre Grenze hat. Kommen aber weitere erschwerende Momente hinzu, wie wir sie bereits nannten, also Erschwerung der Wasserabgabe durch unzumutbare Kleidung, hohe Luftfeuchtigkeit oder Flüssigkeitsmangel des Körpers oder auch gleichzeitige vermehrte Wärmebildung durch Muskelarbeit, so wächst die Gefahr, und es genügen schon wesentlich geringere Hitzegrade, um einen Hitzschlag auszulösen. In den heißen Gegenden sind es besonders Orte mit geringer Luftbewegung und hoher Luftfeuchtigkeit, die gefährlich sind. In den gemäßigten Zonen ist der Hitzschlag in erster Linie eine Erkrankung der marschierenden Truppe. Hitzegefährdet sind schließlich Menschen, die in heißen, feuchten Räumen schwere Arbeit leisten, also Schiffsheizer, Arbeiter in Eisengießereien, Bergwerken, Tunneln und dgl. Einer schädlichen allgemeinen Hitzeeinwirkung setzt der Körper kräftige Abwehrreaktionen entgegen. Die dadurch hervorgerufenen Erscheinungen sind Zeichen der maximalen Einschaltung der Wärmeregulation mit dem Ziel des Ausgleiches der drohenden Störung, sie gehen als Vorboten der effektiven allgemeinen Hitzeschädigung voraus. Die Haut ist heiß und schweißbedeckt, die Schleimhäute sind trocken, es besteht quälender Durst. Atmung und Puls sind stark beschleunigt, Kopfschmerzen, Herzsensationen, Übelkeit, leichtere sensorielle Störungen und zunehmende allgemeine Mattigkeit vervollständigen das Bild. Fließend geht dieser an sich voll reparable Zustand bei Fortwirken der Hitze in das Bild der **Hitzeerschöpfung** über. Auch jetzt gehen die ausgleichenden Vorgänge mit Intensität noch weiter, aber sie schaffen den Ausgleich nicht mehr, deutliche Dekompensationserscheinungen treten auf. Die allgemeine körperliche Schwäche nimmt zu, der Kranke wird leistungsunfähig und bricht zusammen. Mitunter treten in diesem Stadium die Erscheinungen eines Versagens der im Abwehrkampf über die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit beanspruchten Kreislaufregulation auf und können noch vor Erreichen hyperpyretischer Temperaturen den Tod durch Zusammenbruch der Zirkulation herbeiführen. Hält jedoch der Kreislauf durch, so schließt

sich an den Zustand der Hitzeerschöpfung als letzte und schwerste Form der allgemeinen Hitzeschädigung der **hyperpyretische Hitzschlag** an. Mit Erlöschen der Schweißsekretion ist der Körper seines wichtigsten Regulationsmechanismus beraubt, ein rasches und schrankenloses Steigen der Körperwärme auf hyperpyretische Werte unvermeidlich, das Ende steht unter den Zeichen schwerer cerebraler Erscheinungen durch die unmittelbare Hitzeeinwirkung auf das Gehirn. Neben schweren psychischen Störungen, die sich sowohl in deliranten wie in Dämmerzuständen äußern können, bestehen motorische Reizerscheinungen zunächst in Form von Zuckungen bei gesteigerten Reflexen, dann als echte Krämpfe vom epileptiformen, seltener corticalen Typus. Der Erregungszustand geht alsbald in ein tiefes Koma mit Reflexverlust und Lähmungserscheinungen über, unter dem Zeichen zentraler Lähmung von Atmung und Herztätigkeit erfolgt der Tod. Zwischen Hitzschlag und **Sonnenstich** bestehen keine prinzipiellen Unterschiede. In beiden Fällen handelt es sich um eine Überhitzung lebenswichtiger Gehirnzentren. Beim Sonnenstich ist jedoch diese Überhitzung eine unmittelbare durch isolierte Einwirkung der Sonnenhitze auf den Schädel, während es sich beim Hitzschlag um eine allgemeine Überhitzung des Gesamtorganismus handelt, wobei die entscheidende Situation in der damit verbundenen Hitzeeinwirkung auf das Gehirn gegeben ist.

Im Rahmen des Fragenkomplexes der Hitzeschädigungen bedarf die Frage des Kochsalzes noch besonderer Besprechung. Bei Hitzearbeitern, also beispielsweise bei Schiffsheizern sind gelegentlich sog. **Hitzekrämpfe** beobachtet worden, von denen allerdings immer nur ein Teil der Arbeiter betroffen wurde. Alle übrigen beim Hitzschlag beschriebenen Erscheinungen fehlen jedoch oder können zumindest vollständig fehlen. Lediglich die brettharte Spannung der willkürlichen Körpermuskulatur, die bei völlig erhaltenem Bewußtsein auftritt, kennzeichnet die qualvolle Situation. Die nähere Analyse ergibt, daß in allen diesen Fällen das Blut an Kochsalz verarmt ist, und daß Kochsalzgaben den Zustand prompt beseitigen können. Reichliche Flüssigkeit erschwert die Situation, da diese Menschen nicht in der Lage sind, bei ihrer starken Wasserabgabe als Schweiß die Chlorabgabe regulierend einzuschränken und damit den Körper vor schädlichen Chlorverlusten zu schützen. Immer handelt es sich um eine bestimmte Gruppe von Menschen, solche in schlechtem Ernährungs- und Kräftezustand, Kranke und Rekonvaleszenten. Der Gesunde lernt sehr bald, auch bei reichlicher Schweißsekretion den notwendigen Kochsalzbestand seines Körpers auch bei Hitzearbeit aufrechtzuerhalten.

Im Gegensatz zu den eben beschriebenen Zustandsbildern liegt beim **Fieber** eine rein endogene Störung der zentralen Wärmeregulation vor. Dabei sind die Quellen der vermehrten Wärmebildung im Fieber die gleichen wie in der Norm. Am bekanntesten ist das Fieber als Symptom einer eingetretenen Infektion. Verschieden ist nicht nur die individuelle Reaktion, sondern auch die Reaktion auf bestimmte Krankheitserreger. Auf diese Weise kann der Fiebertyp bei bestimmten Infektionskrankheiten zum unentbehrlichen diagnostischen Hilfsmittel für die Deutung der zugrunde liegenden Störung werden. Die Tatsache, daß sich bei verschiedenen Infektionen gesetzmäßige Fiebertypen ergeben, zeigt, daß es nicht ein einheitliches **Fiebergift** geben kann, sondern daß wir mit einer Vielheit auslösender Faktoren zu rechnen haben. Dabei nehmen wir an, daß für die fiebererzeugende Wirkung vor allem Eiweißabbauprodukte, wie sie neben der Produktion der Erreger selbst bei dem toxisch-infektiösen Eiweißzerfall entstehen, in erster Linie in Betracht kommen. In der Tatsache, daß ein Mensch auf eine Infektion mit Fieber reagiert, sehen wir klinisch nicht ein ungünstiges Krankheitssymptom, sondern einen Hinweis, daß der Organismus den Kampf gegen das schädigende Agens mit Aussicht auf Erfolg aufgenommen hat, indem die Störung des Temperatur-

gleichgewichtes die Mobilisierung der Abwehrkräfte in Gang bringt. Für das Auftreten von Fieber ist aber das Vorhandensein einer Infektion keineswegs Voraussetzung. Die besondere Bedeutung auftretender Eiweißabbauprodukte zeigt sich auch in der Tatsache, daß der Körper auf parenterale Eiweißzufuhr mit Fieber reagiert. Bei der **Pyriferkur** macht man sich diese Erfahrung zu Nutze, endogener Eiweißzerfall löst auch ohne gleichzeitige Infektion Fieber aus. Die Fieberreaktionen nach ausgedehnten Verletzungen und Operationen gehören in dieses Gebiet. Auch Änderungen im Mineralbestand können zur Ursache von Fieber werden. Wir erinnern in diesem Zusammenhang an das **Salzfieber**. In allen diesen Fällen stellen wir uns vor, daß es sich letzten Endes um eine zentrale Funktionsstörung handelt. In der gleichen Richtung dürfte die Wirkung der bereits genannten Inkrete und gewisser Pharmaca, etwa des Atropins und Nikotins liegen. Vorgänge, die etwa mechanisch unmittelbar auf das **Wärmezentrum** wirken, können zu beträchtlichen Fieberbewegungen Veranlassung geben. Die mechanische Reizung des Zentrums, der **Wärmestich**, stellt in dieser Hinsicht das Schulbeispiel dar. Druckschwankungen im Liquor sind in erster Linie zu nennen, **Hyperthermie** kann ein Begleitsymptom zahlreicher **cerebraler Erkrankungen** sein. Speziell bei der Encephalitis lethargica sind solche Ereignisse beobachtet, nicht selten in Kombination mit anderen, in das gleiche Gehirngebiet zu verlegenden Störungen des Wasserstoffwechsels, der Fetttrophik u. dgl. Man könnte annehmen, daß das Fieber durch ein Mißverhältnis zwischen Wärmebildung und -abgabe entsteht. In den genannten Fällen trifft dies aber in untergeordnetem Maße oder überhaupt nicht zu. Vielmehr müssen wir die Auffassung vertreten, daß eine, durch die chemische oder physikalische Einwirkung auf das Wärmezentrum verursachte Einstellung auf ein pathologisch erhöhtes Temperaturniveau vorliegt. Dabei ergeben sich keine gesetzmäßigen Beziehungen zu anderen Lebensvorgängen, speziell besteht kein Parallelismus zu der häufig im Fieber zu beobachtenden Steigerung der Stoffwechselgröße. Zweifellos kann die Wärmebildung im Fieber erhöht sein, doch wird hierdurch allein das Fieber nicht erklärt. Vielmehr dürfte der Nachdruck auf die zentral bedingte, im Vergleich zur Wärmebildung ungenügende Wärmeabgabe zu legen sein. Selbstverständlich hat auch der Fiebernde seine Wärmeregulation, die prinzipiell nach den gleichen Gesetzen verläuft wie beim Gesunden. Verändert ist in erster Linie das Grundniveau, um welches die Temperaturkurve des Fiebernden schwankt.

Auf der Grenze zwischen echtem, zentralen Fieber und peripher bedingter Temperatursteigerung stehen jene Erhöhungen der Körperwärme, die sich nach Abklingen infektiöser fieberhafter Erkrankungen beim Aufstehen einstellen können. Eine Labilität des Vasomotorenapparates spielt dabei sicher eine wesentliche Rolle, so daß die periphere Wärmeregulation noch nicht wieder zuverlässig funktionieren kann. Immerhin muß jedoch auch eine Unsicherheit in der Zentralregulation in Betracht gezogen werden.

Sehr viel seltener als das Fieber ist die krankhaft niedrige Temperatur. Die **Hypothermie** bei Unterfunktion der Schilddrüse, Nebenniere und Hypophyse kann man sich als reflektorisch oder unmittelbar chemisch entstehende Zentralstörung vorstellen. Im übrigen wird man in Untertemperaturen, deren kritische Grenzwerte bei  $35^{\circ}$  oder wenig darunter liegen, den Ausdruck des Versagens peripherer Regulationsmechanismen sehen müssen. In erster Linie sind hier Störungen der Hautdurchblutung zu nennen, die es der Haut unmöglich machen, bei niedriger Außentemperatur einen genügenden Wärmeschutz zu gewähren. Dabei handelt es sich vor allem um eine, durch vasomotorische Störungen bedingte, verminderte Durchblutung der Haut, während das Stromgebiet der Splanchnicusgefäße besonders reichlich Blut enthält. Diese Tatsache, daß Untertemperaturen ganz vorwiegend die Folge einer Durchblutungsstörung sind,



kommt auch in der Bezeichnung **Kollapstemperatur** zum Ausdruck. Für eine solche toxische Gefäßschädigung kommen eine ganze Reihe verschiedenster Ursachen in Betracht. Die erhöhte Erfrierungsgefahr bei schwerer Alkoholintoxikation gehört auch in dieses Gebiet. Weiterhin ist im Schlaf erhöhte Erfrierungsgefahr gegeben. An sich erreicht bereits die normale Körpertemperatur ihren Tiefwert im Schlaf, im wesentlichen wohl wegen des Fortfalls der wärme-producingen Organtätigkeit. Daneben erfolgt jedoch auch die Regulation der Wärmeabgabe im Schlaf nicht mit der Zuverlässigkeit wie im wachen Zustande. In der letztgenannten Richtung dürfte die Ursache für das Versagen der Temperaturregulation gegenüber niedrigen Außentemperaturen im Schlafe zu suchen sein.

**Folgen des Fiebers und der Untertemperatur.** Fragen wir nun, was eine starke Erhöhung oder Erniedrigung der Körperwärme für den Organismus bedeutet und wieweit etwa die beim Fieber beobachteten Krankheitserscheinungen als unmittelbare Fieberfolge aufzufassen sind, so müssen wir uns auf den Standpunkt stellen, daß die bei fieberhaften Zuständen beobachteten Krankheitssymptome im wesentlichen nicht unmittelbare Fieberfolgen sind, sondern auf diejenigen krankhaften Vorgänge bezogen werden müssen, die auch das Fieber ausgelöst haben. Dies gilt speziell für die im Fieber in mehr oder weniger ausgesprochenem Maße vorkommenden Steigerungen der Verbrennungsvorgänge und den vermehrten toxischen Eiweißzerfall. Für die Ernährung der Fieberkranken bedürfen diese Dinge natürlich besonderer Berücksichtigung. Bei den Kreislauferscheinungen der Fiebernden wird man schon eher eine gewisse direkte Beziehung zur gesteigerten Körpertemperatur annehmen müssen. Im ganzen sehen wir, daß, einen an sich gesunden Kreislauf vorausgesetzt, die Pulsfrequenz mit der Körperwärme steigt und fällt. Nur einzelne bestimmte Infektionskrankheiten machen hiervon eine Ausnahme. Am bekanntesten ist in dieser Hinsicht die relative Bradykardie des Typhus abdominalis. Man kann sich vorstellen, daß bestimmte Giftstoffe, beispielsweise die Toxine der Typhusbacillen, eine elektive Wirkung auf den Herzvagus ausüben und auf diese Weise eine, der Temperatursteigerung entsprechende Erhöhung der Herzfrequenz nicht zustande kommen lassen. In eine sichere Kausalbeziehung zum Fieber sind die Schwankungen im Wasserhaushalt zu bringen, die in einer veränderten Wasserabgabe und einem veränderten Wasserbedarf zum Ausdruck kommen. Daß unter diesen Umständen die Wasserabgabe zugunsten des extrarenalen Anteils verschoben wird, ist leicht verständlich. Die wärmerregulierende Funktion der Haut wird beim Fiebernden in erhöhtem Maße beansprucht, wobei eine vermehrte Wasserabgabe durch den Schweiß zu den wirksamsten und daher in erster Linie in Gang gebrachten Ausgleichsfunktionen gehört. Die Wassermenge, die bei solchen Gelegenheiten durch die Haut abgegeben wird und abgegeben werden muß, kann das Vielfache der Norm betragen. So erklärt sich die objektiv nachweisbare Gewebstrockenheit des Fiebernden wie sein quälendes Durstgefühl. Hier handelt es sich also zweifellos um unmittelbare und reine Fieberfolgen. Wenn wir sehen, daß es beim Fieber und durch dieses zu einer ganzen Reihe von Störungen kommt, so ist die Frage nochmals aufzuwerfen, ob Fieber grundsätzlich als eine im Interesse des Eintretens der Gesundheit erwünschte Körperreaktion bezeichnet werden darf. Im ganzen trifft dies zu. Lediglich bei unmittelbar gefährlichen Temperatursteigerungen oder bei sehr lange bestehendem Fieber wird gelegentlich ein unmittelbares Eingreifen gegen das Fieber notwendig werden, soll nicht der Schaden, den das Fieber verursacht, größer sein als der von ihm erwartete Nutzen. Hinsichtlich der Bedeutung der Untertemperatur können wir uns kurz fassen. Noch ausgesprochener und ausschließlicher als beim Fieber ist das klinische Bild Ausdruck des Grundleidens, welches unter

anderem auch zur Untertemperatur geführt hat. Demgemäß ist auch unser ärztliches Handeln in erster Linie durch die primäre Störung vorgeschrieben. Besonderes Interesse hat bei der Untertemperatur der möglicherweise ursächlich anzuschuldigende, allgemeine Gefäßkollaps.

Auf einem besonderen Blatt steht natürlich die Untertemperatur als Ausdruck einer allgemeinen Kälteschädigung im Sinne der **Erfrierung**. Vermögen die vom Körper in Gang gebrachten Abwehrmaßnahmen die Körperwärme nicht mehr aufrechtzuerhalten, so kommt es zur allgemeinen Kälteschädigung, die im Prinzip alle Zellen trifft und in ihrer Funktion schädigt. Dabei zeigen sich die ersten Ausfallserscheinungen meist am Zentralnervensystem und unter den Zeichen des Ausfalls zentral regulierender Funktionen erfolgt schließlich der Kältetod, wobei zuletzt Herz und Atmung versagen.

### XV. Infektion, Immunität, Allergie.

Unter dem Begriff der **Infektion** fassen wir diejenigen Vorgänge zusammen, die sich beim Eindringen kleinster Lebewesen im Körper abspielen. Hier handelt es sich also grundsätzlich um Auseinandersetzungen des Körpers mit Situationen, bei denen der primär schädigende Vorgang ein exogener ist. Nur ein Teil der Mikroorganismen besitzt die Fähigkeit, Gewebe und Organe zu schädigen und damit zur Infektionskrankheit zu führen. Ja, es ist so, daß ein und derselbe Erreger für eine bestimmte Tierspezies außerordentlich gefährlich ist, während er beim Menschen oder einer anderen Tierart keinerlei Krankheitserscheinungen auszulösen vermag. **Mirkoorganismen**, welche beim Menschen zu Krankheiten führen können, bezeichnen wir als **pathogen**. Unsere Aufgabe kann es nicht sein, in diesem Zusammenhang die verschiedenen Infektionserreger im einzelnen aufzuzählen und auf die Krankheitserscheinungen einzugehen, die mit mehr oder weniger großer Gesetzmäßigkeit bei Infektionen mit bestimmten Krankheits-erregern auftreten und auf diese Weise zu den klassischen Ausdrucksformen und Verlaufseigenarten einer großen Reihe von Infektionskrankheiten führen. Wir wissen auch nicht die Gründe der spezifischen Organaffinität der einzelnen Erreger, weshalb etwa der Pneumococcus in erster Linie eine typisch verlaufende Lobärpneumonie auslöst, die Diphtherie von den Rachenorganen ihren Ausgang nimmt und der Meningococcus eine eitrige Entzündung der Hirnhäute verursacht. Uns interessiert vielmehr das Prinzipielle, was zum **Wesen einer infektiösen Erkrankung** gehört. Um Krankheitserscheinungen entfalten zu können, müssen die Erreger in das Körpergewebe eindringen. Im Gewebe müssen sie geeignete Lebensbedingungen finden, so daß sie sich ausbreiten und vermehren können. Die wichtigsten Eintrittspforten sind die Haut, die Schleimhäute der Luftwege, der Verdauungskanal, die Harnwege bzw. die Genitalorgane. Bei dem Eindringen der Erreger auf dem Wege über den Verdauungskanal können die aufgenommene Nahrung oder der Inhalt des Magendarmkanals insofern bedeutungsvoll sein, als hierdurch die Möglichkeit oder Unmöglichkeit einer Bakterienvermehrung gegeben ist oder auch eine Abtötung der in den Verdauungskanal gelangten Keime (Magensalzsäure!) erfolgt. Ungeschädigte Zellen verhindern weitgehend, wenn nicht vollständig, das Eindringen von Bakterien. Auf der Haut, im Munde, im Verdauungsschlauch und den Harnwegen können pathogene Krankheitserreger mitunter reichlich vorhanden sein und sich vermehren, ohne daß es jemals zur Krankheit kommt (**Bacillenträger**). Mitunter bleiben sie nach überstandener Infektionskrankheit als für den Träger harmlose Gebilde zurück. Vom Typhus ist es besonders bekannt, daß ein relativ großer Prozentsatz der Kranken Bacillenträger bleibt, laufend Bacillen beispielsweise in der Gallenblase beherbergt oder dauernd im Stuhl und Urin ausscheidet.

Dabei braucht es niemals mehr zum Wiederausbruch einer Erkrankung zu kommen. Andererseits besteht bei einem Menschen, der pathogene Mikroorganismen irgendwo beherbergt, grundsätzlich die Möglichkeit, daß die infektiöse Erkrankung ausbricht bzw. nach einer gewissen Latenz ein Rezidiv auftritt. Verletzungen irgendwelcher Art oder andersartige Schädigungen der Zellen werden zur Vorbedingung für das Zustandekommen einer Infektion. Mikroskopische Haut- und Schleimhautdefekte, wie sie für das Eindringen von Erregern genügen, dürften immer vorhanden sein. Manche Erreger können nur auf ganz bestimmten Wegen, etwa nur vom Darm aus, in den Organismus eindringen, bei anderen Infektionen spielt dieser Faktor eine untergeordnete Rolle. Die Krankheitserscheinungen, die sich beim Eindringen von Mikroorganismen einstellen, können lokal bleiben oder den Körper als Ganzes betreffen. Für das Auftreten allgemeiner Krankheits Symptome ist eine Ausbreitung der Erreger, wie sie durch Weiterwandern im Gewebe oder durch Verschleppung auf den Lymph- oder Blutwegen erfolgen kann, keineswegs Vorbedingung. Werden doch die bei einer Infektion auftretenden Krankheitserscheinungen vorwiegend durch die Giftstoffe hervorgerufen, die bei dieser Gelegenheit entstehen. Dabei handelt es sich vor allem um **Toxine**, die von den lebenden Mikroorganismen gebildet werden. Andererseits können solche Toxine auch frei werden, wenn die Mikroben zugrunde gehen und ihre Zelleiber zerfallen (Endotoxine). Daß die Form der Krankheitserscheinungen, wie sie durch eine Infektion ausgelöst werden, für bestimmte Erreger häufig einen ganz typischen Charakter hat, erwähnten wir bereits. Von manchen Erregern wissen wir, daß sowohl der lebende Bacillus als auch sein Toxin zu ganz bestimmten, untereinander verschiedenen körperlichen Reaktionen und Krankheitszuständen Veranlassung geben kann. Besonders eindrucksvoll tritt dies beim Tuberkelbacillus mit der proliferativen Erkrankungsform auf der einen, der exsudativen auf der anderen Seite hervor. Diese Spezifität der Reaktion auf einen Infekt kommt nicht nur darin zum Ausdruck, daß ganz bestimmte Organe befallen werden und mit gesetzmäßigen Krankheitserscheinungen reagieren, auch die Allgemeinerscheinungen, etwa der Fiebertypus, folgen bestimmten Gesetzen. Selbst für den zeitlichen Verlauf, die Form des Einsetzens und Abklingens lassen sich vielfache Gesetzmäßigkeiten erkennen. Schließlich ist die **Inkubationszeit**, das Intervall zwischen Infektion und Ausbruch der Krankheit, für eine große Reihe von Erregern eine weitgehende Konstante. Alle diese Tatsachen müssen als an die Grundeigenschaften der Erreger gebunden angesehen werden. So wichtig es für Diagnose, Behandlung und Prophylaxe der einzelnen Infektionskrankheiten ist, das Gesetzmäßige und Spezifische zu kennen, so wenig ist es zulässig, in dieser Tatsache das Wesen der infektiösen Erkrankung erschöpft zu sehen. Vor allem ergeben sich in der Schwere der Krankheitszeichen bei den einzelnen Kranken ganz gewaltige Unterschiede, was schon in den stark schwankenden Sterblichkeitsziffern bei ein und derselben Infektionskrankheit zum Ausdruck kommt. Die Schwere einer Infektionskrankheit ist von Faktoren abhängig, die zum Teil in Eigenschaften des Erregers, zum Teil jedoch in der Verfassung des befallenen Menschen, in seiner Disposition begründet liegen. Einmal wird es nicht gleichgültig sein, in welcher Menge pathogene Keime in den Körper eindringen. Andererseits kann aber auch die Giftigkeit des gleichen Krankheitserregers sehr verschieden sein. Das zeigen uns die großen Epidemien vieler Infektionskrankheiten in eindeutiger Weise, die einmal leicht, ein anderes Mal außerordentlich schwer verlaufen und einen hohen Prozentsatz an Opfern fordern. Auf welche Weise die wechselnde **Virulenz** der Erreger zustande kommt, so daß der *Genius epidemicus* ein sehr wechselndes Gesicht zeigt, ist im einzelnen nicht zu entscheiden. In gewissem Umfang lassen

sich derartig verschiedene Virulenzgrade durch besondere Fortzuchtungsverfahren künstlich erzeugen. Neben diesen, an den Erreger selbst gebundenen Eigenschaften kommt es aber auch auf die Empfänglichkeit des infizierten Individuums an. Wir sprechen von verschiedener **Disposition**. Hier gibt es alle Übergänge von Menschen, bei denen es überhaupt nicht zu den Krankheitserscheinungen einer Infektion kommt, bis zu jenen Individuen, die unter den gleichen Infektionsbedingungen mit schwersten und schließlich tödlichen Krankheitserscheinungen reagieren. Von den erstgenannten Fällen, bei denen eine Infektionskrankheit überhaupt nicht zum Ausbruch kommt, wird gleich noch zu sprechen sein. Wenn wir zunächst nur die Fälle im Auge haben, bei denen es unter offenbar gleichen Infektionsbedingungen und bei gleicher Virulenz der in den Körper eingedrungenen Erreger zu einer verschieden starken Ausprägung der Krankheitserscheinungen kommt, so ist uns diese verschiedene Schwere der Erscheinungen ein Maßstab für die Wirksamkeit des Kampfes, den der Körper gegen das eindringende Gift aufgenommen hat. Hinzu kommt die Möglichkeit von Organkomplikationen als direkte oder indirekte Folge des Grundleidens. Daß je nach der Virulenz der Erreger **Abwehrmaßnahmen** in sehr verschiedenem Umfange in Gang gebracht werden müssen, versteht sich von selbst. Diese Abwehrmaßnahmen, die alsbald einsetzen, sind es auch, die die Heilung einleiten und ermöglichen, deren Unzulänglichkeit auf der anderen Seite die Entscheidung im ungünstigen Sinne herbeiführt. Verschiedene Möglichkeiten stehen dem Organismus zur Verfügung, mit deren Hilfe er den Kampf gegen das eingedrungene Virus führen und erfolgreich beenden kann. Zunächst besitzt der Körper Schutzkräfte, die nicht nur zur Beseitigung der Infektion dienen, sondern in einem gewissen Umfang eine krankmachende Wirkung eingedrungener Erreger gar nicht zustande kommen lassen. Man spricht von **natürlicher Immunität**, wobei für unsere Fragestellung die Verhältnisse interessieren, bei denen die Immunität gegenüber Erregern vorhanden ist, die an sich für den Menschen pathogen sind. Etwas anderes ist es, daß für bestimmte Tierspezies eine grundsätzliche Immunität gegen ein bestimmtes Virus besteht, während die gleichen Erreger für den Menschen oder eine andere Tierart ausgesprochen pathogen sein können. Die Verhältnisse einer **angeborenen Immunität** gegen an sich pathogene Krankheitserreger liegen außerordentlich verwickelt und sind ihrem Wesen nach noch nicht abschließend geklärt. Im Rahmen der **natürlichen Abwehrvorgänge** spielt die Phagocytose eine bedeutsame Rolle. Vor allem besitzen die beweglichen weißen Blutzellen (Mikrophagen), sowie von den unbeweglichen Zellen die Reticuloendothelien (Makrophagen) die Fähigkeit, Bakterien in sich aufzunehmen und zu zerstören. Daneben enthält aber das Serum noch bactericide Stoffe, Alexine genannt, denen eine wichtige Rolle bei der Abtötung der Krankheitserreger beigemessen wird. Ob und in welcher Form die beiden Mechanismen zusammenwirken, ist noch nicht genau bekannt. Jedenfalls handelt es sich um Mechanismen, die unmittelbar auf den Erreger wirken, jedoch keine Kompensation etwaiger vom Erreger ausgegangener Giftwirkungen bedeuten. Eine solche primäre Immunität ist übrigens keine absolute, denn es kann auch bei diesen Menschen gelegentlich zum Ausbruch einer Infektionskrankheit, gegen die sie zunächst immun erschienen, kommen. Die Entscheidung, ob im konkreten Fall tatsächlich eine primäre Immunität gegen einen bestimmten Erreger vorliegt, wird dadurch erschwert, daß Infektionen nicht selten sehr leicht und unerkannt verlaufen können, so daß die spätere Immunität tatsächlich eine erworbene ist. Wissen wir doch, daß die **erworbene Immunität** in keiner Weise mit der Schwere der durchgemachten Krankheit parallel geht, so daß wegen ihres leichten Verlustes dem Wesen nach gar nicht erkannte Infektionskrankheiten hohe Immunitätsgrade hinterlassen können. Die Immunität kommt dadurch zustande, daß

der Körper unter dem Einfluß spezifischer, mit dem Krankheitserreger oder seinen Toxinen zusammenhängender Stoffe, die wegen dieser Eigenschaft als **Antigene** bezeichnet werden, **spezifische Antikörper** bildet, die nicht nur für die Heilung einer bestehenden Infektion von Bedeutung sind, sondern auch nach Überstehen der Infektionskrankheit erhalten bleiben und eine weitere streng spezifische Schutzwirkung gegen eine Reinfektion mit dem gleichen Erreger darstellen. Ausmaß und Dauer der Schutzwirkung ist bei den einzelnen Infektionen sehr verschieden. So hinterläßt einmaliges Überstehen mancher Infektionskrankheiten, beispielsweise von Masern oder Scharlach, in der Regel eine dauernde Immunität. Andere infektiöse Erkrankungen, wie etwa die Grippe, hinterlassen praktisch überhaupt keine Schutzwirkung, so daß die Menschen immer wieder von diesen Krankheiten befallen werden. Die Entstehung von Schutzstoffen ist, wie bereits betont, nicht an die Virulenz der eingedrungenen Erreger gebunden, ja, es treten die Schutzstoffe auch auf, wenn die Erreger in abgetötetem Zustand in den Körper gebracht werden. Diese Tatsache stellt die Grundlage für die **aktive Immunisierung** dar, die künstlich herbeigeführt werden kann. Abgeschwächte oder völlig abgetötete Erreger werden prophylaktisch (**Schutzimpfung**) in den Körper gebracht, um die Bildung von Schutzstoffen in Gang zu bringen und den Menschen vor der Ansteckung und dem Ausbruch der entsprechenden Infektionskrankheit zu schützen. Was auf diese Weise erreicht wird, beweisen die großen Erfolge der systematischen Pockenimpfung, die in den meisten Kulturstaaten heute gesetzlich geregelt ist und die Pocken in diesen Ländern zu einer fast unbekanntten Krankheit gemacht haben. Im gleichen Sinne sprechen die Erfolge der Typhus- und Choleraschutzimpfung, die bei den Armeen des Weltkrieges systematisch durchgeführt wurde. Da die aktive Immunisierung den Körper vor die Aufgabe stellt, die Bildung der Schutzstoffe selbst vorzunehmen, ist erst nach einer gewissen Zeit, in der Regel nach wenigen Wochen, mit der vollen Schutzwirkung zu rechnen. Aus diesem Grunde tritt dieses Verfahren im Rahmen der Heilbehandlung an Bedeutung zurück und wird nur bei chronischen und zu Rezidiven neigenden Krankheiten angewendet. Für Heilzwecke akuter und stürmisch verlaufender Infektionskrankheiten hat die **passive Immunisierung** größere Bedeutung gewonnen. Hier braucht der Körper die Schutzstoffe nicht selbst zu bilden, sondern sie werden ihm unmittelbar einverleibt. Hierzu werden entweder Seren verwendet, die von aktiv immunisierten Tieren stammen (Diphtherie), oder es kommt Rekonvaleszentserum von Menschen zur Verwendung, die die Krankheit gerade mit Erfolg überstanden haben (Scharlach, Poliomyelitis). Die Wirkungsdauer ist bei der passiven Immunisierung wesentlich kürzer als bei der aktiven, da der Körper die nicht selbst gebildeten Antikörper alsbald ausscheidet. Aus diesem Grunde hat man auch Versuche unternommen, aktive und passive Immunisierung miteinander zu verbinden. Was die **Natur der Antikörper**, mit deren Hilfe sich der Organismus einer Infektion erwehrt, anbelangt, so ergeben sich hinsichtlich ihrer Wirksamkeit gewisse Unterschiede. Die **Antitoxine** dienen der Neutralisation der Bakteriengifte. **Agglutinine** führen zur Zusammenballung der Erreger, während **Präcipitine** die von den Bakterien stammenden, toxischen Eiweißprodukte zur Ausfällung bringen. Daneben spielen noch **Bakteriolysine**, die die Bakterien zur Auflösung bringen, eine Rolle. Alle genannten Antikörper sind streng spezifisch auf einen bestimmten Erreger eingestellt. Allerdings ist bekannt, daß solche Antikörper in geringem Maße auch auf wesensverwandte Erreger wirken können (**Paragglutination**). Dies gilt vor allem für die Agglutinine, die in starker Verdünnung nur einen besonderen Erreger agglutinieren, jedoch bei höherer Konzentration auch andere verwandte Erreger mitagglutinieren können. Da die Agglutination diagnostisch eine große Bedeutung (Typhus, Paratyphus, Ruhr, Morbus BANG u. dgl.) hat,

ist die Kenntnis dieser Tatsache von Wichtigkeit. Agglutinine sind im übrigen auch im Serum präformiert, so daß geringe Agglutinationstiter diagnostisch unbrauchbar sind. Hohe Agglutinationstiter für zwei verschiedene Erreger weisen auf Doppelinfection hin. Diagnostisch wichtig sind schließlich die **komplementbindenden Immunkörper**, wie sie beispielsweise die Grundlage der **Wassermannschen Reaktion** bilden, die die Serodiagnose der Lues ermöglicht.

Wenn wir das, was bei der Immunisierung im Körper vor sich geht, auf einen gemeinsamen Nenner bringen, so handelt es sich dabei um eine Veränderung der Körperreaktion gegenüber exogenen Einflüssen. Dieses veränderte Verhalten des Organismus, wie wir es unter dem Einflusse von Mikroorganismen für die Infektionskrankheiten beschrieben haben, wird unter dem Begriffe der **Allergie** zusammengefaßt. Jedoch stellen die erworbenen Immunitätsverhältnisse bei Infektionskrankheiten und nach aktiver oder passiver Immunisierung nur eine der bekannten Allergieformen dar. Allergie wäre zu definieren als eine veränderte Reaktionsform des Körpers, wie sie sich nach Berührung mit speziellen körperfremden Substanzen einstellt. Dabei sollte der Allergiebegriff nur auf diejenigen Vorgänge Anwendung finden, bei denen die spezifische Wirksamkeit eines bestimmten Umweltproduktes nachgewiesen werden kann. Die veränderte Reaktion kann neben einer zeitlichen und qualitativen Abweichung sowohl in Form einer Unterempfindlichkeit als auch einer Überempfindlichkeit in Erscheinung treten. Beispiel einer Unterempfindlichkeitsreaktion wäre die Immunität nach Überstehen einer infektiösen Erkrankung. Die Überempfindlichkeitsreaktionen sind dem Kliniker bei wiederholter parenteraler Verabreichung von artfremdem Eiweiß bekannt geworden. Auch hier handelt es sich um ganz spezifische Reaktionen auf ein bestimmtes Serum, dessen einmalige Einverleibung nach einer gewissen Inkubationszeit einen Zustand von Überempfindlichkeit und Schutzlosigkeit hinterläßt, den wir als **Anaphylaxie** bezeichnen. Anaphylaxie wäre demnach die Allergie gegen Eiweißkörper, wobei bei der zweiten Einverleibung minimale Eiweißmengen genügen, während die erste Injektion größerer Eiweißmengen überhaupt keine Krankheitserscheinungen auslöste. Unter dem Begriffe der **Idiosynkrasie** fassen wir die klinischen Ausdrucksformen einer Allergie zusammen. Die typische Anaphylaxie äußert sich in Form eines schweren Vergiftungsbildes, wobei die einzelnen Organsymptome sehr verschieden ausgebildet sind, und kann unter dem Bilde eines Shocks mit schweren cerebralen Reiz- und Lähmungserscheinungen und Versagen der Vasomotoren zum Tode führen. Die **Anaphylaxie** kann auch **lokal** auftreten, wenn kleinste Mengen der sensibilisierenden Substanz intracutan verabreicht werden. Sie äußert sich dann in einer, an der Injektionsstelle auftretenden Hautreaktion, der deshalb eine besondere Bedeutung zukommt, als auf diese Weise eine bestehende Überempfindlichkeit gegen ein bestimmtes körperfremdes Produkt nachgewiesen werden kann. Die bei dieser Gelegenheit auftretenden Allgemeinerscheinungen, zu denen es ebenfalls kommen kann, stehen hinsichtlich ihrer Schwere den Erscheinungen des anaphylaktischen Shocks nach parenteraler Eiweißzufuhr in jedem Falle auch erheblich nach. Was an den Erscheinungen aber noch besonders wichtig ist, ist die Tatsache, daß der Zustand der Überempfindlichkeit in einen solchen einer Unterempfindlichkeit übergeführt werden kann. Wird ein anaphylaktischer Zustand überstanden, so fällt die nächste Reaktion auf den gleichen Eiweißkörper geringer aus, der Organismus wird also desensibilisiert. In gleicher Weise kann eine **Desensibilisierung** durch wiederholte intracutane Zufuhr kleinster Mengen der betreffenden Eiweißkörper erzielt werden, wobei die Dosen langsam immer mehr gesteigert werden können und trotzdem keine Lokal- oder Allgemeinreaktion mehr eintritt. Der spezifisch-anaphylaktische Zustand wäre demnach charakterisiert durch eine

vorausgegangene, auch passiv übertragbare Sensibilisierung, die sich in typischen lokalen und allgemeinen Überempfindlichkeitsreaktionen äußert, wobei grundsätzlich die Möglichkeit einer Desensibilisierung gegeben ist. Während man früher annahm, daß nur Eiweißkörper als sensibilisierende Substanzen wirken können, so läßt sich diese Auffassung heute nicht mehr aufrechterhalten. Sie gründete sich vor allem auf die Tatsache, daß es bei Wiederholung einer parenteralen Zufuhr artfremden Eiweißes grundsätzlich zu Überempfindlichkeitsreaktionen kommt, wenn auch Form und Schwere der Reaktion im einzelnen Fall verschieden sein können. Wir haben aber gelernt, daß eine Unmenge von Substanzen, auch Nichteiweißkörper, als **Allergene** wirken können. Ja, wir können sagen, daß fast alle körperfremden Produkte der belebten und unbelebten Natur einmal zum Ausbruch von allergischen Krankheitserscheinungen führen können, wobei die pathologische Reaktion bei Berührung mit einem ganz spezifischen, nicht selten jedoch mit mehreren Allergenen erfolgt. Hier gilt das Gesetzmäßige auch nicht mehr für alle Individuen, sondern für den einzelnen Fall. Wir müssen also eine gewisse Krankheitsbereitschaft annehmen, die einzelne Menschen betrifft. Inwieweit die Krankheitsbereitschaft rein konstitutionell besteht — Häufung von allergischen Krankheiten in bestimmten Familien kommt zweifellos vor — oder ob sie erworben wird und unter welchen Bedingungen, ist noch nicht zu entscheiden. Die große Schwierigkeit des Problems liegt vor allem noch in dem eindeutigen Nachweis einer allergischen Reaktion im einzelnen Falle, was bei der unabsehbaren Zahl der möglichen Allergene leicht verständlich ist. Aber selbst wenn eine Allergie einem bestimmten Umweltprodukt gegenüber nachweisbar geworden ist, so ist damit die Situation nicht für alle Zukunft geklärt. Wir stehen in einer nicht kleinen Zahl von Fällen der Tatsache gegenüber, daß nicht nur die Überempfindlichkeit sich auf immer mehr Stoffe ausdehnen kann, sondern auch, wohl über eine endogen zustandekommende Desensibilisierung, die Überempfindlichkeit gegen eine Substanz spontan verschwinden, gegen eine andere in Erscheinung treten kann. Für die theoretische und praktische Förderung des Problems, speziell hinsichtlich einer nutzbringenden Übertragung auf die Klinik, erscheint es unbedingt notwendig, nur solche Erkrankungen den allergischen Krankheiten zuzurechnen, bei denen die entscheidende Bedeutung eines bestimmten Allergens zweifelsfrei besteht. Auch gibt es Krankheiten, bei denen allergische Reaktionen beobachtet werden können, ohne daß wir sagen dürften, daß es sich um eine typisch allergische Krankheit handele. Wir erinnern in diesem Zusammenhang an unsere Ausführungen über die Gicht. Bei anderen Krankheiten, beispielsweise beim Asthma bronchiale, kann es sich um eine echte allergische Krankheit handeln. Für alle Fälle von Asthma trifft dies aber zweifellos nicht zu, wie wir an anderer Stelle auseinandersetzen. Die Form, in der sich **allergische Reaktionen**, die auch den Charakter **wohldefinierter Krankheiten** annehmen können, äußern, ist außerordentlich verschieden. Die Gründe der verschiedenartigen Ausdrucksformen sind uns völlig unbekannt. Bei dem Zustandekommen der Erscheinungen ist das vegetative Nervensystem häufig maßgebend beteiligt. An der Haut ist die bekannteste allergische Erscheinung die Urticaria. Pflaumen, Erdbeeren, Krebse führen besonders gern bei bestimmten Menschen zu vorübergehender Nesselsucht. Für das Zustandekommen des QUINCKESCHEN Ödems sind wohl auch allergische Momente von Bedeutung. Bei zahlreichen Dermatosen, die als selbständige Erkrankungen unklarer Ätiologie bekannt sind, vermutet man analoge Kausalverhältnisse. Als allergische Erscheinungen der Luftwege sind Heuschnupfen und Heuasthma besonders eindrucksvolle Ereignisse. Hier sind Gräserpollen die Ursache. Speziell für das allergische Asthma kommen

aber noch die verschiedensten anderen Allergene aus Tier- und Pflanzenreich in Betracht. Auch die Schleimhaut des Magendarmkanals kann in analoger Weise reagieren. Speziell gilt dies für die Colica mucosa, einer mit Produktion eines an eosinophilen Zellen reichen Schleimes einhergehenden Schleimhautschwellung des Colons. Solche Erscheinungen treten gelegentlich gleichzeitig mit asthmatischen Zuständen auf, mitunter wechseln verschiedene allergische Reaktionsformen miteinander ab. Die Klärung der vorliegenden Verhältnisse ist durch die intracutane **Allergenprobe** etwas erleichtert, wobei es neben der lokalen Reaktion an der Haut nicht selten auch zum Ausbruch beispielsweise eines Asthmaanfalls kommen kann, falls das für die Erkrankung anzuschuldige Allergen verwendet wurde. In den Fällen, bei denen auf diese Weise eine ätiologische Klärung herbeigeführt werden konnte, sind auch bereits erfolgreiche Versuche einer Desensibilisierung gemacht worden. Der definitive Erfolg einer solchen Maßnahme wird von der vorhandenen und bleibenden strengen Spezifität der vorliegenden allergischen Reaktion abhängen müssen. Jedoch muß nochmals hervorgehoben werden, daß unsere Kenntnisse noch sehr im Anfang stehen, und daß sich bei der komplizierten Materie erst für einige besonders markante Krankheitsbilder brauchbare Konsequenzen ergeben haben. Gleichwohl handelt es sich um Vorgänge von hoher Bedeutung, und es wird eine Frage der Zeit sein, daß die klarere Erkenntnis dieser Dinge auch dem Kliniker ein umfangreicheres Rüstzeug in die Hand gibt, um aus der Theorie die entsprechenden praktischen Konsequenzen ziehen zu können.



## Sachverzeichnis.

- Abmagerung bei Zuckerkrankheit 11.  
 Abnutzungspigment 96.  
 Absolute Arrhythmie 145.  
 — — bei BASEDOWScher Krankheit und Mittelstenose 245.  
 — — Chinidinwirkung 145.  
 — — paroxysmale 145.  
 — — nach Starkstromverletzung 145.  
 Absturzerkrankung der Taucher 122.  
 Abwehrmaßnahmen gegen Infektionen 219.  
 Accelerans, Nervus 135.  
 Acetonkörperbildung bei Diabetes mellitus 12.  
 — bei Unterernährung 22.  
 Acholischer Stuhl 184.  
 Achylia gastrica 175.  
 — — bei perniziöser Anämie 87, 175.  
 — pancreatica 182.  
 Acidismus 178.  
 ADAMS-STOKESScher Symptomenkomplex 144.  
 ADDISONsche Krankheit 47.  
 — — Hypotonie 48.  
 — — Kohlehydratstoffwechsel 4, 48.  
 — — Pigmentierungen 49, 95.  
 Adrenale Hypertonie 156.  
 Adrenalin 46.  
 — und Kohlehydratstoffwechsel 4.  
 — und sympathisches Nervensystem 46.  
 Adrenalin ausschüttung, hypophysär bedingte 5.  
 Adrenalinzufuhr bei Glykogenspeicherkrankheit 3.  
 Adrenalsystem 46.  
 — Überfunktion 50.  
 — Unterfunktion 47.  
 Adynamie 47.  
 Agglutination 220.  
 Agglutinationstiter 220.  
 Agglutinine 221.  
 Agnosie 208.  
 Agranulocytose 82, 93.  
 Akkommodationsbreite des Herzens 124.  
 — bei Herzinsuffizienz 148.  
 Akromegalie 54, 67.  
 — und Diabetes 5, 54.  
 Akustisches Rindenzentrum 208.  
 Albuminurie 164.  
 — bei Diabetes 11.  
 — durch artfremdes Eiweiß 165.  
 — bei infektiösen Erkrankungen 165.  
 — nach Medikamenten und Giften 165.  
 — der Nierenkranken 164.  
 — bei Nierenpalpation 165.  
 — orthostatische 165.  
 Aleukämische Leukämie 83.  
 Aleukie 93.  
 Alexie 208.  
 Alexine 219.  
 Alimentäre Glykosurie 2.  
 — — Hyperglykämie 2.  
 — — bei Leberkranken 3.  
 Alkalichloride 70.  
 Alkalireserve 68.  
 — bei Diabetes 12, 68.  
 Alkalosen 69.  
 — bei Magentetanie 69, 180.  
 — bei Niereninsuffizienz 69.  
 — bei Überventilationstetanie 69.  
 Alkaptonurie 24, 96.  
 — Pigment 96.  
 Alkoholgastritis 176.  
 Alkoholneuritis 189.  
 Allergene 222.  
 Allergenprobe, intracutane 223.  
 Allergie 217, 221.  
 — bei Asthma 103, 222.  
 — bei Gicht 19.  
 — und vegetatives Nervensystem 222.  
 Allergische Reaktionen 222.  
 Allorhythmie, extrasystolische 140.  
 Altersemphysem 105.  
 Altersherz 134.  
 Alterspigment 96.  
 Amnesie, retrograde, bei Apoplexie 205.  
 Amyloid 26, 165.  
 Amyloidnephrose 26.  
 Amyotrophische Lateralsklerose 194.  
 Anacide Gastritis 176.  
 Anacidität 176.  
 — bei Chlormangel 176.  
 — bei Gallenerkrankungen 176.  
 — bei Magencarcinom 176.  
 — bei operiertem Magen 176.  
 — bei Ulcus ventriculi 176.  
 Anämie 83.  
 — aplastische 85, 93.  
 — und Atemstörungen 111.  
 — bei Blutverlust 84.  
 — bei Bothriocephalus latus 87.  
 — und Eisen 74.  
 — essentielle, perniziöse, BIERMERSche 87.  
 — hämolytische 86.  
 — hyperchrome 84.  
 — hypochrome 84.  
 — nach Magenresektion 181.  
 — der Nierenkranken 165, 167.  
 — primäre 84, 86.  
 — sekundäre 84.  
 Anästhesie, dissoziierte 195.  
 Anaphylaktischer Shock 221.  
 Anaphylaxie 221.  
 — lokale 221.  
 Anarthritische Sprache 208.  
 Androsteron 53.  
 Aneurin 28.  
 Angina abdominalis 159.  
 — agranulocytotica 82.  
 — pectoris 134, 153, 159.  
 — — durch Nicotin 154.  
 — — und Hypertonie 159.  
 — — vasomotoria 134.  
 Angioneurosen 160.  
 Anodenprävalenz bei Tetanie 45.  
 Antianämischer Faktor (Vitamin B) 29.  
 Antigene 220.  
 Antikörper 220.  
 Antiperniciosaprinzip 29, 88.  
 Antisterilitätsfaktor (Vitamin E) 32.  
 Antitoxine 220.  
 Anurie, reflektorische 164, 171.  
 — bei Prostatahypertrophie 171.  
 Aorteninsuffizienz 130.  
 Aortenstenose 129.  
 Aphasie, motorische 208.  
 — sensorische 209.  
 Aplastische Anämie 85, 93.  
 Apoplexie 159, 205.  
 — bei Gefäßkrankheiten 205.  
 — Herdsymptome 206.  
 — und Hypertonie 205.  
 Apraxie 209.  
 Arbeitsdyspnöe 120.  
 Arbeitshypertrophie des Herzens 124.  
 Areflexie 192, 193, 197.

- Arrhythmie 135.  
 — absolute (perpetuelle) 145.  
 — respiratorische 136.  
 Arterielle Blutdrucksteigerung 155.  
 Arterieller Gefäßverschluss 161.  
 — Leberpuls 130.  
 Arteriolentonus 156.  
 — und Sklerose 157.  
 Arteriosklerose 156.  
 Arteriosklerose 158.  
 — und Diabetes 9.  
 — und Fettsucht 63.  
 — und Gefäßspasmen 158.  
 — und Gefäßtonus 156.  
 — und Hypertonie 156, 157.  
 — und Vigantol 73.  
 Arteriosklerotische Gangrän 160.  
 Asbestose 117.  
 ASCHNEIM-ZONDEKSche Schwangerschaftsreaktion 53.  
 Ascorbinsäure 30.  
 — und melanotische Pigmentierungen 31.  
 Aspirationspneumonie 102, 173.  
 Asthma 102.  
 — bronchiale 102.  
 — — allergisches 103, 222.  
 — — Eosinophilie 82.  
 — cardiale 150.  
 — cerebrales 120.  
 Asthmaanfall 102.  
 Asthmaemphysem 105.  
 Asthmasputum 103.  
 Asthmaursachen 103.  
 A. T. 10 44.  
 Ataxie, cerebellare 194, 195, 209.  
 — cerebrale 208.  
 — FRIEDREICHsche 196.  
 — bei Läsion der Hinterstränge 196.  
 — — der hinteren Wurzeln 195.  
 Atemluft, pathologische Zusammensetzung 117.  
 Atemstörungen, lokale 69.  
 — der Cerebralsklerotiker und Hypertoniker 69, 120.  
 — der Nierenkranken 168.  
 Atemzentrum 118, 119.  
 — lokale Störungen 119.  
 Atethose 207.  
 Athyrose 40.  
 Atmen, periodisches 69, 119.  
 Atmung 97.  
 — bei Anämie 111.  
 — und Blutgefäßsystem 110.  
 — und Blutreaktion 118.  
 — und Brustkorb 98.  
 — bei Diabetes mellitus 13.  
 — große (KUSSMAUL) 13, 68, 118, 168.  
 — und Muskellähmungen 98.  
 — und obere Luftwege 99.  
 Atmung und Säurebasengleichgewicht 68, 118.  
 Atmungsferment, zweites gelbes 29.  
 Atmungsregulation, nervöse 119.  
 — physikalisch-chemische 118.  
 Atonie des Darms 187.  
 — des Magens 180.  
 Atophan bei Gicht 17.  
 Atrioventrikuläre Extrasystolen 140.  
 Atrioventrikularknoten 135.  
 Atrophie der Magenschleimhaut 175.  
 Aufstoßen 179.  
 Augenmuskellähmungen bei Tabes 196.  
 Aurikuläre Extrasystolen 139.  
 Automatie untergeordneter Herzzentren 143.  
 Automatische Zentren der Medulla oblongata bei Comotio cerebri 203, 210.  
 — — des Zentralnervensystems 197.  
 Automatischer Kammerrhythmus 142.  
 Autonome Spinalzentren 192.  
 Autonomes Nervensystem 210.  
 Autosuggestion 198.  
 Avitaminose A 27.  
 — B 28.  
 — C 30.  
 — D 31.  
 — E 32.  
 Azidose 68.  
 — bei Diabetes mellitus 13, 68.  
 — bei Muskelarbeit 68.  
 — der Nierenkranken 68, 168.  
 — urämische 68, 168.  
 Azotämische Urämie 167.  
 BABINSKISches Zeichen 192.  
 — — bei Neugeborenen 192.  
 Bacillenträger 217.  
 Bakterienflora des Darms 185.  
 Bakteriolyse 220.  
 Bakteriurie 171.  
 Barometerdruck und Sauerstoffsättigung des Blutes 112.  
 BASEDOWSche Krankheit 35.  
 — — Augensymptome 39.  
 — — Kreislaufsymptome 39, 136, 145.  
 — — und Hypophyse 37.  
 — — und Nervensystem 37, 39.  
 — — und Stoffwechsel 38.  
 — — und Verdauungsstörungen 38.  
 — — und Wasserstoffwechsel 39.  
 Basedowstruma 35, 39.  
 Bauchdeckenspannung 187.  
 Bauchfell 187.  
 Bauchwassersucht 188.  
 BENCE-JONESsche Eiweißkörper 26, 165.  
 Bergkrankheit 112.  
 Beriberi 28.  
 Bierherz 134.  
 BIERMERSche Anämie 87.  
 Bigeminus bei partieller Blockierung 143.  
 — extrasystolischer 140.  
 Bildungsfehler des Herzens 133.  
 Bilifuscin 97.  
 Bilirubin 96.  
 — -Ausscheidung 97.  
 — bei Blutzerfall 91.  
 — bei Hämoglobinurie 90.  
 — bei hämolytischer Anämie 87.  
 — -Kalksteine 81.  
 Biliverdin 97.  
 Blasensteine 171.  
 Blasen tuberkulose 171.  
 Blausucht bei Herzinsuffizienz 149.  
 Bleianämie 85.  
 Bleicht 19.  
 Bleilähmung 189.  
 Bleischumpfniere 19.  
 Bleispasmen 187.  
 Bleivergiftung, Porphyrinurie 92.  
 Block, partieller 142.  
 — totaler 142.  
 Blockierte Vorhofextrasystolen 139.  
 Blutdruck bei ADDISONscher Krankheit 48.  
 Blutdruckkrisen 158, 205.  
 Blutdrucksteigerung, arterielle 155.  
 — und Herz 147.  
 Blutdrüsensklerose 59.  
 Blutelemente 81.  
 Bluterbrechen 179.  
 Bluterkrankheit 93.  
 Blutfarbstoff 81.  
 — Sauerstofftransport 111.  
 Blutjod bei Schilddrüsenerkrankten 35, 41, 42.  
 Blutkörperchen, eosinophile 82.  
 — rote 83.  
 — — osmotische Resistenz 87.  
 — weiße 82.  
 Blutkrankheiten 82.  
 — Milztumoren 94.  
 Blutmenge bei Herzinsuffizienz 148.  
 Blutödem 78.  
 Blutplättchen 92.  
 Blutreaktion 67, 118.  
 — bei Diabetes mellitus 13.

- Blutreaktion bei Herzinsuffizienz 149.  
 Blutspeicher bei Herzinsuffizienz 148.  
 Blutungsneigung bei Leberschädigungen 93.  
 — bei Skorbut 30.  
 Blutverlustanämie 84.  
 Blutzucker 1.  
 — bei Diabetes mellitus 7.  
 — bei Glykogenspeicherkrankheit 3.  
 — bei Hypophysenstörungen 5.  
 — bei Nebennierenerkrankungen 4.  
 — bei Schilddrüsenstörungen 6, 39.  
 Blutzuckergehalt im Pfortaderblut 1.  
 Bothriocephalus latus 87.  
 Bradykardie 135.  
 Brechzentrum 179.  
 BROCASches Zentrum 208.  
 Bronchiektasen 101.  
 — bei Pleuraschwarten 107.  
 Bronchiolitis 101.  
 Bronchitis 100.  
 Bronchopneumonie 102.  
 Bronzediabetes 97.  
 Bronzekrankheit, Pigmentierungen 96.  
 Brustkorb 98.  
 Brustkorbmuskulatur 98.  
 Bulbärparalyse 210.  
 — und amyotrophische Lateralsklerose 194.  
 Bulbusdruckversuch 136.  
 BURDACHScher Strang 195.  
 Butterstuhl 182.
- Caissonkrankheit 121.  
 Calcium 71.  
 — und COLLIP-Hormon 72.  
 Calciumcarbonat 71.  
 Calciumphosphat 71.  
 — — Quotient 72.  
 — — bei Rachitis 72.  
 — — bei Tetanie 72.  
 Calorienhaushalt bei Zuckerkrankheit 11.  
 Capillarhypertonie 156, 169.  
 Capillartoxikose und hämorrhagische Diathese 93.  
 Carbolsäurevergiftung 24, 96.  
 Carbonatstein 81.  
 Carotin 27.  
 Cerebellare Ataxie 194, 195, 209.  
 — Hypotonie 209.  
 Cerebrale Ataxie 208.  
 — Dyspnöe 119.  
 — Erscheinungen bei Krampfurämie 170.  
 — Fettsucht 61.  
 — Kinderlähmung 207.
- Cerebrale Schmerzen 207.  
 — Störungen bei Blutdruckkranken 158.  
 Cerebralsklerose 120.  
 Cerebralsklerose 159, 204.  
 — Atemstörungen 119, 120.  
 CHARCOT-LEYDENsche Krystalle 103.  
 CHEYNE-STOKESSches Atmen 120.  
 Chinidinwirkung bei absoluter Arrhythmie 145.  
 Chlormangel und Magensaft 176.  
 Chlorom 83.  
 Chlorose 86.  
 Chlorverluste und Blutreaktion 69.  
 Cholangitis 184.  
 Choledochuskrampf 183.  
 Choledochusstein 183.  
 Cholelithiasis 183.  
 Cholesterin 81.  
 Cholesterinstoffwechsel 21.  
 Chondrodystrophie 67.  
 Chorea 207.  
 CHEVOSTEKSSches Phänomen 45.  
 Chylöse Ergüsse 162.  
 Chylothorax 162.  
 Chylurie 23, 162.  
 CLARKESche Säulen 195.  
 Cocain 189.  
 Colica mucosa 82, 223.  
 Colinfektion der Harnwege 171.  
 COLLIP-Hormon 43, 72.  
 — und Blutkalk 72.  
 Coma diabeticum 13, 68.  
 — hepaticum 182, 185.  
 — uraemicum 68, 168.  
 Commotio cerebri 200.  
 Concretio pericardii 146.  
 Corpus luteum-Hormon 57.  
 — striatum 207.  
 Coronarsklerose 159.  
 CURSCHMANNsche Spiralen 103.  
 CUSHINGSche Krankheit 50, 54.  
 Cyanose bei Herzinsuffizienz 149.  
 Cylindrurie 165.  
 Cysticusstein 183.  
 Cystin 23, 81.  
 Cystinurie 23.  
 Cystitis 171.  
 Cystopyelitis 171.
- DALRYMPLE-STELLWAGSches Symptom 39.  
 Darm 185.  
 Darmatonie 187.  
 Darmscheinungen bei Schwermetallvergiftungen 186.  
 Darmflora 185.  
 Darminhalt und Peristaltik 185.
- Darmmotorik bei Dyspepsie 186.  
 Darmparasiten 186.  
 Darmsaft 185.  
 Darmsekretion 185.  
 Darmspasmen 187.  
 Darmtumoren 187.  
 Darmverschluss 187.  
 Darmverschlingung 187.  
 Dauersekretion des Magens 177.  
 Degeneration von Nerven 190.  
 Degenerative Muskelatrophie 190.  
 DEITERScher Kern 210.  
 Dekompensation des Herzens 148.  
 Demineralisation 73.  
 — bei Diabetes mellitus 73.  
 Depotinsulin 57.  
 Dermatosen und Allergie 222.  
 Desensibilisierung 221.  
 — bei Allergie 222.  
 Diabetes insipidus 55, 76, 163.  
 — — Kochsalzausscheidung 77.  
 — — Zwangspolyurie 77.  
 — mellitus 7.  
 — — Acetonkörperbildung 12.  
 — — bei Akromegalie 5.  
 — — Alkalireserve 12.  
 — — Atemstörungen 13.  
 — — Azidose 13.  
 — — Blutreaktion 13.  
 — — Calorienhaushalt 11.  
 — — Demineralisation 73.  
 — — Eiweißempfindlichkeit 9.  
 — — Folgen 9.  
 — — Glykogenschwund 12.  
 — — Kohlehydratstoffwechsel 7.  
 — — Kohlensäurespannung 13.  
 — — Koma 13.  
 — — Konstitution und Vererbung 20.  
 — — latenter 7.  
 — — Lipämie 12, 22.  
 — — Nebennieren- 4.  
 — — und Niere 10.  
 — — Nierenschwelle 10.  
 — — renaler 11.  
 — — Sklerose der Pankreasgefäße 160.  
 — — Wasserstoffwechsel 11.  
 — — zentraler, traumatischer 5.
- Diaminurie 24.  
 Diarrhöe 186.  
 Diastase bei Pankreasinsuffizienz 182.  
 Dickdarmdurchfälle 186.  
 Digitaliswirkung und Reizleitungssystem 141.  
 Dijodtyrosin 35.

- Dilatation des Herzens 125.  
 — — aktive, tonogene 125.  
 — — passive, myogene 125.  
 Diphtherie 99.  
 Diphtherieserum 220.  
 Diphtherische Lähmung 189.  
 Disposition zur Infektionskrankheit 219.  
 Dissoziierte Anästhesie 195.  
 Dopa 95.  
 Dopaoxydase 95.  
 Doppelinfection 221.  
 Drehschwindel 210.  
 Ductus thoracicus, Verletzung 162.  
 Dünndarmdurchfälle 186.  
 Durchfall 186.  
 DUROZIEZscher Doppelton 330.  
 Durstgefühl, Störungen 77.  
 Dysbasia intermittens 160.  
 Dyskinese des Darms 187.  
 Dyspepsie 185.  
 Dysphagische Beschwerden bei Oesophaguserkrankungen 173.  
 Dyspnoe 119.  
 — Arbeits- 120.  
 — cerebrale 120.  
 — expiratorische, bei Asthma 102.  
 — hämatogene, azidotische 119.  
 — — — bei Diabetes mellitus 13.  
 — kardiale 120, 149.  
 — pulmonale 120.  
 — Sauerstoffmangel- 119.  
 Dyspragia intestinalis 159.  
 Dystrophia adiposogenitalis 55, 62.  
  
 Eigenreflexe 191.  
 Eintrittspforte der Infektionserreger 217.  
 Eisen 74.  
 — und Anämie 74.  
 Eiweiß, biologische Wertigkeit 25.  
 Eiweißausscheidung der Nierenkranken 164.  
 Eiweißempfindlichkeit bei Diabetes mellitus 9.  
 Eiweißfäulnis 185.  
 Eiweißkörper, BENCE-JONESscher 26.  
 — pathologische 26.  
 Eiweißminimum 25.  
 Eiweißstoffwechsel 23.  
 — endogener und exogener 24.  
 — intermediärer 23.  
 Eiweißverlust durch Albuminurie 165.  
 Eiweißzerfall, toxischer 25.  
 Eiweißzufuhr, parenterale 221.  
 Eklampsie 170.  
 Eklamptische Urämie 170.  
 Elektrischer Strom und absolute Arrhythmie 145.  
 Elektrokardiogramm 137.  
 Elephantiasis 162.  
 Embolie 161.  
 Embryonales Blutbild 87.  
 Emphysem 104.  
 — akutes 104.  
 — allgemeines 105.  
 — echtes, vesiculäres, substantielles 104.  
 — Entstehung 106.  
 — interlobuläres, interstitielles 104.  
 — Komplikationen 106.  
 — mediastinales 104.  
 — Respiration 105.  
 — Sport- 104.  
 — vikariierendes 104, 109.  
 Emphysematöser Thorax 105.  
 Encephalitis lethargica 200, 207.  
 Endemischer Kretinismus 41.  
 Endogene Fettsucht 62.  
 Endokarditis 128.  
 Endotoxine 218.  
 Energieverbrauch, vermehrter und verminderter 60.  
 Entartungsreaktion, elektrische 190.  
 Enterokinase 182.  
 Entwicklung und Wachstum 65.  
 Entzündliche Nierenerkrankungen 164.  
 Eosinophilie im Blut 82.  
 — im Darmschleim 82.  
 — im Sputum 82, 103.  
 Ephemiden 95.  
 Epidemie der Infektionskrankheiten 218.  
 Epilepsie 200.  
 — und Zuckerausscheidung 5.  
 Epileptische Krämpfe 203, 207.  
 Epiphyse 50.  
 Epithelkörperchen 43.  
 — Überfunktion 45, 72.  
 — Unterfunktion 43, 72.  
 Erbgesetze bei Stoffwechselerkrankungen 20.  
 Erbrechen 179.  
 — bei Ileus 187.  
 — kaffeesatzartiges 179.  
 — bei Magencorpus 179.  
 — bei Oesophaguserkrankungen 174.  
 — psychogenes 179.  
 — bei Pylorusstenose 180.  
 — reflektorisches 179.  
 ERBSches Phänomen bei Tetanie 45.  
 Erdalkalien 71.  
 Erfrierung 217.  
 — bei Alkoholintoxikation 216.  
 Ergosterin 31.  
 Erkältung 100.  
 Ermüdung des Reizleitungssystems 143.  
 Erweichungsherd des Gehirns 205.  
 — — roter 206.  
 Erythramie 83, 89.  
 Eunuchoidismus 58.  
 Exogene Fettsucht 62.  
 Exophthalmus bei BASEDOWscher Krankheit 39.  
 Extrakardiale Einflüsse und Herzarbeit 146.  
 — — und Herzbeschwerden 154.  
 — — und Herzrhythmus 135.  
 — — und Reizleitungsstörungen 141.  
 Extrasystolen 138.  
 — atrioventrikuläre 140.  
 — aurikuläre 139.  
 — Bedeutung 141.  
 — gekoppelte 140.  
 — Herzbeschwerden 153.  
 — interpolierte 139.  
 — Periodenbildung 140.  
 — Sinus- 139.  
 — Ursache 142.  
 — ventrikuläre 140.  
 — Vorhofs- 139.  
 Extrasystolische Allorhythmie 140.  
  
 Fäulnisdyspepsie 185.  
 Faßform des Thorax 105.  
 Febrile Albuminurie 165.  
 Fettabbau zu Acetonkörpern 12, 21.  
 Fettembolie 161.  
 Fettherz 134.  
 Fettstoffwechsel 21.  
 Fettstuhl bei Gallerverschluß 182.  
 — bei Pankreasinsuffizienz 182.  
 Fettsucht 61.  
 — Atemstörungen 63.  
 — Bedeutung 63.  
 — cerebrale 63.  
 — endogene 62.  
 — exogene 62.  
 — genitale 62, 58.  
 — bei Hypophysenkrankheiten 55, 58, 63.  
 — Konstitution und Vererbung 20.  
 — Kreislaufstörungen 63, 134, 146.  
 — Mast- 62.  
 — thyreogene 62.  
 — Verdauungsstörungen 64.  
 — Wärmeregulation 64, 213.  
 Fieber 214.  
 — Folgen 216.

- Fieber, Stoffwechsel 61.  
 — toxischer Eiweißzerfall 25, 216.  
 — Wasserhaushalt 216.  
 Fiebergift 214.  
 Flatterarrhythmie 145.  
 Flimmerarrhythmie 145.  
 FOERSTERSche Operation 193.  
 Follikelhormon 57.  
 Fortzüchtung der Erreger, Virulenzänderung 219.  
 FRIEDREICHSCHE Ataxie 196.  
 FROEHLICHSche Krankheit 55.  
 Frühkastrat 58, 67.  
 Fröhreife bei Epiphysentumoren 51.  
 — bei Nebennierenrindentumoren 50.  
 Frustane Kontraktionen des Herzens 139.  
 Funktion der kranken Niere 166.  
  
 Gärungsdyspepsie 185.  
 GAISBÖCKSCHE Polycythämie 89.  
 Galaktosebelastung bei Leberparenchymschädigungen 3.  
 Galleabsonderung 182.  
 Gallenbildung 183.  
 Gallenblase 183.  
 Gallenblasenersatz 183.  
 Gallenerkrankungen und Magensaft 176.  
 Gallenfarbstoff 182.  
 — im Harn 184.  
 Gallenkoliken 183.  
 Gallenrückfluß und Magensekretion 180.  
 Gallensäuren 182.  
 Gallenschmerz 183.  
 Gallenstauung 184.  
 Gallensteine 80, 183.  
 Gallenwege, Infektion 184.  
 Gangrän, arteriosklerotische 160.  
 Gasaustauschstörungen der Herzkranken 149.  
 Gasfüllung des Darmes 187.  
 Gasresorption im Pneumothorax 109.  
 Gastritis 176.  
 — Alkohol- 176.  
 — bei Urämie 176.  
 Gastroenterostomie 177, 180.  
 Gastrogene Diarrhöe 186.  
 Gastrokardialer Symptomenkomplex 154.  
 Gasvergiftung 117.  
 GAUCHERSche Krankheit 22, 95.  
 Gebiß 172.  
 Geburtshelferstellung bei Tetanie 45.  
 Gefäße 155.  
 Gefäßkollaps und Körpertemperatur 216.  
 Gefäßkrampf bei renaler Hypertonie 156.  
 Gefäßtonus und Gefäßsklerose 157.  
 Gefäßverschlüsse, arterielle 161.  
 Gefühlsstörungen 195.  
 Gehirn 197.  
 Gehirnblutung 205.  
 Gehirnembolie 161, 205.  
 Gehirnerschütterung 200.  
 Gehirntumor 204.  
 Gelbsucht 184.  
 Genitaldystrophie und Hypophysenerkrankungen 55, 58.  
 Genitale Fettsucht 58, 63.  
 Genius epidemicus 218.  
 Gesamtstoffwechsel 59.  
 Geschlechtsdrüsen 57.  
 — Stoffwechselwirkung 61.  
 Geschwürkrankheit des Magens 177.  
 Gesichtsoedem bei Nierenkranken 169.  
 Gicht 17.  
 — Konstitution und Vererbung 20.  
 — primäre und sekundäre 18.  
 — Purinstoffwechsel 17.  
 — Purinwirkung 19.  
 — reguläre und irreguläre 18.  
 Gichtanfall 17.  
 Gichtknoten 18.  
 Gichtschumpfniere 18.  
 Gichttheorien 18.  
 Giftstoffe der Infektionserreger 218.  
 Glasbläseremphysem 106.  
 Glomerulonephritis 164.  
 Glomerulusalbuminurie 165.  
 Glykogenbestand der Leber bei Thyreotoxikose 6, 39.  
 Glykogenschwund bei Diabetes mellitus, Folgen 12.  
 Glykogenspeicherungskrankheit 3.  
 Glykogensynthese bei Diabetes mellitus 7.  
 Glykosurie, alimentäre 2.  
 — bei Diabetes mellitus 10.  
 — bei Schwangerschaft 11.  
 — nach Zuckerstich 5.  
 GOLLScher Strang 195.  
 GOLTZSCHEr Klopfversuch 186.  
 Gonadotropes Hormon des Hypophysenvorderlappens 53.  
 GRAEFESches Symptom 39.  
 Gravidität, Herzbeschwerden 154.  
 Grippe 100.  
 Großhirnrinde 197.  
 Grünkreuz 117.  
 Grundumsatz 60.  
 Hämatemesis 179.  
 Hämato gene Pigmente 96.  
 Hämatorporphyrin 91.  
 Hämaturie und Hämoglobinurie 90.  
 — der Nierenkranken 165.  
 Hämoglobinurie 90, 91, 165.  
 — Kälte- 90.  
 — Malaria- 90.  
 — Marsch- 91.  
 — paroxysmale 90  
 — toxische 90.  
 Hämolyse 91.  
 Hämolytische Anämie 86.  
 Hämolytischer Ikterus 86.  
 Hämophilie 93.  
 Hämorrhagische Diathese 92.  
 — — Capillarschaden 93.  
 — — sekundäre 93.  
 Hämorrhoiden 161, 186.  
 Hämosiderin 87, 96.  
 Halbschlaf 199.  
 Halbseitenanästhesie 208.  
 Halbseitenlähmung 206.  
 Halbseitenläsion 197.  
 Halsrippe, Nervenschädigung 190.  
 Harnabflußbehinderung 171.  
 Harnndrang 171.  
 Harnentleerung bei Innervationstörungen 171.  
 Harnprolane 53.  
 Harnsäure, endogene 16.  
 — enterotropische 16.  
 — exogene 16.  
 Harnsäureausscheidung bei Gicht 17.  
 — bei Leukämie 83.  
 Harnsäurekonkremente 17, 81.  
 — nach Röntgenbestrahlungen 17, 83.  
 Harnsäurekonzentrationsfähigkeit der Nierenkranken 17.  
 Harnsäuresediment 81.  
 Harnsäurezentrum 18.  
 Harnstauung 171.  
 Harnsteine 80.  
 Harnträufeln 172.  
 Harnwege, ableitende 171.  
 Haut und Wärmeregulation 212.  
 Hautemphysem 104.  
 Hautfaktor (Vitamin H) 32.  
 Hautpigment 95.  
 Hautreaktion, anaphylaktische 221.  
 Hautreflexe 191.  
 Heilung von Infektionskrankheiten 219.  
 Hemeralopie 27.  
 Hemianopsie 208.  
 Hemiplegia alterna 206.  
 Hemiplegie 206.  
 Hepaticusstein 184.  
 Hepatitis 184.

- Herdsymptome bei Apoplexie 206.  
 Hermaphroditismus 58.  
 — bei Nebennierenrindentumor 50.  
 Herz 123.  
 Herzarbeit und extrakardiale Faktoren 146.  
 — bei erhöhtem Widerstand im Kreislauf 147.  
 Herzbeschwerden 152.  
 — bei extrakardialen Prozessen 154.  
 — bei körperlicher Erschöpfung 125.  
 — und Seelenleben 153.  
 — toxische 154.  
 Herzbildungsfehler 133.  
 Herzblock 142.  
 Herzdilatation 125.  
 Herzdynamik 123.  
 Herzerscheinungen bei BASEDOWScher Krankheit 39.  
 Herzfehlerzellen 150.  
 Herzfrequenz 135.  
 — bei Blockierung 142, 143.  
 Herzhypertrophie 124.  
 Herzinsuffizienz 147.  
 — der Nierenkranken 168.  
 Herzklappenfehler 128.  
 Herzmuskelerkrankungen 133.  
 Herzneurose 154.  
 Herzrhythmus, extrakardiale Einflüsse 135.  
 Herzrhythmusstörungen 135.  
 Herzschermerzen 153.  
 Herztamponade 146.  
 Herzüberanstrengung 125.  
 Herzveränderungen durch Sport 127.  
 Herzwassersucht 151.  
 Heuasthma 222.  
 Heuschnupfen 222.  
 Himbeerzunge 173.  
 Hinterhörner 193.  
 Hinterstränge 193.  
 Hinterstrangsataxie 196.  
 Hirndruck 201.  
 — und Bradykardie 135.  
 — und Zuckerausscheidung 5.  
 Hirndrucksteigerung, Folgen 203.  
 Hirnhäute 202.  
 Hirnhauterkrankungen 202.  
 Hirnödeme 204.  
 — und Krampfurämie 170.  
 Hirnstammläsionen 207.  
 Hisssches Bündel 135.  
 — — Blockierung 143.  
 Histamin 175.  
 Hitzschlag 213.  
 Hochdruck und Adrenalin 156, 169.  
 — blasser 156, 169.  
 — labiler und stabiler 158.  
 — roter 156.
- Hochwuchs, kümmernder infantilistischer 65.  
 Höhenkrankheit 113.  
 Höhlenhydrops der Herzkranke 151.  
 Hörbahn 208.  
 Homogentisinsäure 24, 96.  
 Hormone 33.  
 Hormonkrankheiten und Wärmeregulation 212.  
 Hormonregulation des Kohlehydratstoffwechsels 4.  
 Hunger, Stoffwechsel 60.  
 Hungeraceton 22.  
 Hungergefühl bei Insulinhypoglykämie 14.  
 Hungerödem 65, 79.  
 Hungerosteopathie 73.  
 HUNTERSche Zunge 173, 175.  
 Husten 100.  
 Hydrocephalus, angeborener 203.  
 — externus 203.  
 — internus 203.  
 Hydronephrose 171.  
 Hydrops 151.  
 — der Gallenblase 183.  
 Hyperglykämie, adenale 4.  
 — alimentäre 2.  
 — — bei Leberkrankheiten 3.  
 — bei BASEDOW-Kranken 6.  
 — cerebrale 5.  
 — diabetische 7.  
 — nach Zuckerstich 4.  
 Hyperglykämiefolgen 9.  
 Hyperinsulinismus 14.  
 Hyperkapnie 69.  
 Hypernephrom 50.  
 — und Diabetes 4.  
 Hyperperistaltik des Magens 179.  
 Hyperthermie 212.  
 — bei BASEDOWScher Krankheit 38.  
 Hyperthyreose 38.  
 Hypertonie 155.  
 — und Arteriolentonus 156.  
 — und Arteriosklerose 157.  
 — Atemstörungen 120.  
 — bei Capillarschaden 169, 156.  
 — essentielle 156.  
 — und Herz 147.  
 — und Hormone 157.  
 — bei Hypernephrom 50.  
 — bei Nephritis 168, 156.  
 — bei Nephrosklerose 156.  
 — bei Polycythämie 155.  
 — bei Prostatahypertrophie 169.  
 — renale 156, 169.  
 Hypertoniefolgen 158.  
 Hypertrophie des Herzens 124.  
 Hyperurikämie bei Gicht 17.  
 — und Niereninsuffizienz 17.  
 — bei vermehrtem Kernzerfall 16.
- Hypervitaminose A 28.  
 — — und Thyroxin 28.  
 Hypervitaminose D 32.  
 Hypnose 198.  
 Hypochlorämie 167.  
 Hypoglykämie bei ADDISONscher Krankheit 4.  
 — bei Insuffizienz des Hypophysenvorderlappens 5, 52.  
 — bei Leberinsuffizienz 2.  
 — bei Myxödem 6.  
 — sekundäre, reaktive 2.  
 Hypoglykämische Krisen, spontane, bei Insuffizienz des Hypophysenvorderlappens 6, 53.  
 Hypoglykämischer Shock 14.  
 Hypokapnie 68.  
 Hypophysäre Kachexie 53, 64.  
 — — und Kohlehydratstoffwechsel 5, 52.  
 — — und Nebenniere 57.  
 — Magersucht, Insulinmastkur 6.  
 Hypophysärer Basedow 37, 52.  
 — Riesenwuchs 53, 67.  
 — Zwergwuchs 52, 66.  
 — — und Kohlehydratstoffwechsel 5, 52.  
 Hypophyse 51.  
 — und Nebenniere 50.  
 — Stoffwechselwirkung 61.  
 Hypophysenadenom basophiles 50, 54.  
 — eosinophiles 54.  
 Hypophysenhinterlappen 55, 76.  
 — und Diabetes insipidus 55, 76.  
 Hypophysenvorderlappen, gonadotropes Hormon 53.  
 — und Kohlehydratstoffwechsel 5, 52, 54.  
 — kontrainsuläres Hormon 5, 52.  
 — Sexualhormon 53.  
 — thyreotropes Hormon 37, 51.  
 — Wachstumshormon 52.  
 Hypophyse-Zwischenhirnsystem 51.  
 Hyposthenurie 166.  
 Hypothermie 215.  
 Hypothyreose 40.  
 Hypotonie 157.  
 — bei ADDISONscher Krankheit 48.  
 — hormonale 157.  
 — im Kollaps 157.  
 — der Muskeln, cerebellare 209.

- Idiopsynkrasie 221.  
 Ikterus bei Blutzerfall 91.  
 — durch Gallenstauung 184.  
 — hämolytischer 86, 184.  
 — intrahepatischer 184.  
 — katarthaler 184.  
 — bei Leberparenchym-  
 schädigung 184.  
 — Pigmentierung 96.  
 Ileus 187.  
 Ileuserscheinungen bei  
 Porphyrinurie 92.  
 Immunisierung, aktive 220.  
 — passive 220.  
 Immunität 217.  
 — angeborene 219.  
 — erworbene 219.  
 — natürliche 219.  
 Infantilismus 65.  
 Infektion 217.  
 Infektionskrankheiten 217.  
 Influenza 100.  
 Inkubationszeit 218.  
 Innere Kapsel 206.  
 Inselapparat im Pankreas 7.  
 — Überfunktion 14.  
 Insuläre Insuffizienz bei Dia-  
 betes mellitus 7.  
 Insulin 56.  
 — und Wasserstoffwechsel 15.  
 Insulinempfindlichkeit bei  
 ADDINSONScher Krank-  
 heit 4, 14.  
 — bei Insuffizienz des Hypo-  
 physenvorderlappens 5,  
 14.  
 Insulinhypoglykämie 14.  
 Insulinmastkur 14.  
 Insulinödeme 15.  
 Insulinwirkung bei Glykogen-  
 speicherungskrankheit 3.  
 — bei hypophysärem Diabe-  
 tes 5.  
 Insulom 14.  
 Intentionsträmpfe bei Tetanie  
 45.  
 Intentionstremor 207.  
 Interferenzdissoziation 144.  
 Intermittierendes Hinken 160.  
 Interpolierte Extrasystolen  
 139.  
 Interrenalsystem 46.  
 Ischias 190.  
 Isohydrie 67.  
 Isoionie 67, 69.  
 Isothenurie 166.  
 Isothermie 211.  
 Isotonie 67, 69.  
 Jodbasedow 36.  
 Jodkali bei Kretinismus 43.  
 Jodmangel 43.  
 Jodprophylaxe 43.  
 Jodstoffwechsel 42.  
 Jodwirkung auf die Schild-  
 drüse 42.  
 Kachektisches Ödem 79.  
 Kältealbuminurie 165.  
 Kälteanästhesie 190.  
 Kältehämoglobinurie 90.  
 Kalium 71.  
 Kalkgicht 73.  
 Kalkstoffwechsel bei Epithel-  
 körperchenadenom 45.  
 — bei Rachitis 31.  
 — bei Tetanie 44.  
 Kammerautomatie 142.  
 Kammerflimmern 146.  
 Kanzerogene Substanzen 59.  
 Kardiale Dyspnoe 120, 149.  
 Kardiales Ödem 79, 151.  
 — — bei Nephrosklerose 169.  
 Kardiospasmus 173, 179.  
 Karan 32.  
 Karottenpigment 97.  
 Kastrat 58.  
 Kauakt 172.  
 Keimdrüsen, Überfunktion 58.  
 — Unterfunktion 58.  
 Keratomalacie 27.  
 KERNIGSches Zeichen 203.  
 Ketonurie bei Diabetes melli-  
 tus 12.  
 — bei Glykogenspeicherungs-  
 krankheit 4.  
 Keuchhusten 100.  
 Kieselsäure und Silikose 117.  
 Kinderlähmung, cerebrale 207.  
 — spinale 192, 194.  
 Klappeninsuffizienz, relative  
 129.  
 Kleinhirn 209.  
 Kleinhirnataxie 194, 195, 209.  
 Klimakterium 58.  
 Klonus 192.  
 Knochenveränderungen bei  
 Rachitis 31.  
 — bei Skorbut 30.  
 Knotenrhythmus 144.  
 Koagulationsvitamin 32.  
 Kochsalz 70.  
 — bei Diabetes insipidus 77.  
 — — mellitus 12.  
 — bei Fieber 71.  
 — und Magensalzsäure 71.  
 — und Ödembildung 71.  
 — und Wärmeregulation 71.  
 — und Wasserstoffwechsel 71.  
 Kochsalzretention 71.  
 Körperliche Erschöpfung,  
 Herzbeschwerden 125.  
 Körpertemperatur 211.  
 Kohlehydratbedarf bei Gly-  
 kogenspeicherungskrank-  
 heit 3.  
 Kohlehydrate, verschiedene,  
 im Harn 15.  
 Kohlehydratgärung 185.  
 Kohlehydratstoffwechsel 1.  
 — bei ADDISONscher Krank-  
 heit 4, 48.  
 — bei Avitaminose B 28.  
 Kohlehydratstoffwechse bei  
 Hypophysenkrank-  
 heiten 5.  
 — und vegetatives Nerven-  
 system 4.  
 Kohlehydrattoleranz bei BA-  
 SEDOWScher Krankheit  
 6, 39.  
 — bei Diabetes mellitus 7.  
 — bei Leberkrankheiten 2.  
 — bei Myxödem 6, 40.  
 Kohlenoxydhämoglobin 111.  
 Kohensäure 117.  
 Kohensäureazidose 68.  
 Kohensäurespannung, alveo-  
 lare, bei Diabetes mellitus 13.  
 Kohensäurestauung 118.  
 Kollaps 152.  
 Kollapstemperatur 216.  
 Kollateralkreislauf bei Venen-  
 verschluß 161.  
 Koma 69, 200.  
 Kompensation des Herzens 148.  
 Kompensatorische Pause des  
 Herzens 139.  
 Komplementärluft 105.  
 Konstitution und Stoffwech-  
 selkrankheiten 20.  
 Kontrainsuläres Hormon des  
 Hypophysenvorderlappens  
 5, 52.  
 Kopfschmerzen als meninge-  
 ales Symptom 202.  
 Koproporphyrin 92.  
 Kortikosteron 46.  
 Koterbrechen 187.  
 Krämpfe bei Tetanie 45.  
 Kraftwechsel 59.  
 Krampfadern 161.  
 Krampfurämie 170.  
 Kreatorrhöe 182.  
 Kreislauf 122.  
 — kleiner, Drucksteigerung 147.  
 Kretinismus, echter endemi-  
 scher 41, 66.  
 — sporadischer 41.  
 Kropf 41.  
 Kümmerwuchs 65.  
 — bei Unterernährung 25.  
 Kupfer 75.  
 KUSSMAULSche Atmung bei  
 Diabetes mellitus 13.  
 Kyphoskoliose und Lungen-  
 affektionen 98.  
 Labferment 174.  
 Labyrinthwindel 210.  
 Lähmung, schlaffe 189, 192.  
 — spastische 192.  
 Lävulosebelastung bei Le-  
 berkrankheiten 3.  
 Lävuloseurie 15.  
 — bei Leberinsuffizienz 15.  
 Laktationshormon 55.  
 Laktoflavin 29.

- Laktosurie 15.  
 LANDRYSche Paralyse 190, 195.  
 Lanzinierende Schmerzen 193.  
 Laryngospasmus bei Tetanie 45, 99.  
 Latenter Diabetes 8.  
 Leber 182.  
 Leberatrophie, akute gelbe 184.  
 Lebercirrhose 184.  
 — bei Herzinsuffizienz 150.  
 Lebererkrankungen und Kohlehydratstoffwechsel 2.  
 Leberfunktionsprüfungen durch Kohlehydratbelastungen 2.  
 Leberglykogen bei Thyreotoxikose 6.  
 Leberinsuffizienz 184.  
 — bei Herzinsuffizienz 150.  
 — Kohlehydrattoleranz 2.  
 Leberkrankheiten, Blutungsneigung 93.  
 Leberpuls, arterieller 130.  
 Leberschädigungen bei Stauung 184.  
 — bei Stauungsikterus 184.  
 — toxische 184.  
 Lebertumoren 184.  
 Lebervenenpuls, systolischer 132.  
 Leberwirkung bei perniziöser Anämie 87.  
 LEDERER-Anämie 86.  
 Leitfähigkeit des Bündels, Verschlechterung 142.  
 Leitungsanästhesie 189.  
 Leitungsbahnen des Rückenmarks 193.  
 Lesezentrum 208.  
 Leukämie, aleukämische 83.  
 — lymphatische 83.  
 — Monocyten 83.  
 — myeloische 83.  
 — Stammzellen- 83.  
 Leukocyten, eosinophile 82.  
 Leukocytose 82.  
 Leukopenie 82.  
 Lipämie 22.  
 — bei Diabetes 12.  
 Lipatrophia circumscripta 65.  
 Lipochrome 97.  
 — und Vitamin A 27.  
 Lipodystrophie 65.  
 Lipide im Blut 22.  
 Lipoidnephrose 165.  
 Lipoidspeicherungskrankheiten 22.  
 Lipidstoffwechsel 21.  
 — bei Avitaminose B 28.  
 Lipom 62.  
 Liquor cerebrospinalis 201.  
 Liquorcysten 202.  
 Liquorresorption 202.  
 Liquorvermehrung 201.  
 LITTLEsche Krankheit 207.  
 Lochdefekte bei Gicht 18.  
 Lokalanästhesie 189.  
 Lues des Herzens 128.  
 Luftembolie 109, 161.  
 Luftwege, obere 99.  
 Lumbaldruck 202.  
 Lungenaffektionen und Herz 147.  
 Lungenembolie 110, 161.  
 Lungenemphysem 104.  
 — bei Asthma 106.  
 Lungenödem 150, 151.  
 Lungentuberkulose 102.  
 — Pneumothoraxbehandlung 109.  
 — und Silikose 117.  
 Lungentumor 102.  
 Luxuskonsumption 60.  
 Lymphatische Leukämie 83.  
 Lymphgefäße 162.  
 Lymphstauung 162.  
 Magen 174.  
 — trockener 175.  
 Magenausheberung, fraktionierte 175.  
 Magencarcinom 176.  
 Magendarmsymptome bei Urämie 167.  
 Magenfistel 178.  
 Magengeschwür 177.  
 Magenmotorik nach Magenoperationen 181.  
 Magenoperationen 180.  
 Magenresektion und Anämie 181.  
 Magensaft 174.  
 — bei operiertem Magen 180.  
 Magensaftsekretion 174.  
 Magensalzsäure bei Kochsalzverarmung 71, 176.  
 Magenstoff bei perniziöser Anämie 88.  
 Magenstraße und Ulcusentstehung 178.  
 Magentetanie 44, 69, 168.  
 Magersucht 59, 64.  
 — cerebrale 65.  
 — endogene 64.  
 — exogene 64.  
 — hypophysäre 64.  
 — thyreogene 38, 64.  
 Magnesium 71.  
 MAJOCHSche Purpura 94.  
 Makrophagen 219.  
 MARCHAND-WATERHOUSE-FRIDERICHSENSches Syndrom 48.  
 Marschhämoglobinurie 91.  
 Maskengesicht 207.  
 Massenpsychose 198.  
 Massensuggestion 198.  
 Mastfettsucht 62.  
 Mastlipämie 22.  
 Mediastinalemphysem 104.  
 Mediastinalerkrankungen und Atmung 99.  
 Mediastinalerkrankungen und Herz 146.  
 Mediastinalflattern 108.  
 Mediastinum mobile 108.  
 Medulla oblongata, automatische Zentren 197, 210.  
 Megaloblasten 87.  
 Megaesophagus 173.  
 Melanine 95, 97.  
 Melanocarcinom 95.  
 Melanosarkom 95.  
 MENÈRESche Krankheit 210.  
 Meningeale Reizerscheinungen 202.  
 Meningismus 202.  
 Meningitis 202.  
 Menstruationsalbuminurie 165.  
 Merseburger Trias 39.  
 Meteorismus 187.  
 Methämoglobin 111.  
 Migräne 159, 205.  
 Mikroorganismen, pathogene 217.  
 Mikrophagen 219.  
 Miliartuberkulose 102.  
 Milz 94.  
 — bei Blutkrankheiten 94.  
 Mimische Starre 207.  
 Mineralien 69.  
 Mineralmangel 70, 73.  
 Mineralstoffwechsel 67.  
 Mineralverluste 70.  
 Miserere 187.  
 Mitralinsuffizienz 131.  
 Mitralstenose 130.  
 — und absolute Arrhythmie 145.  
 MÖBIUSSches Symptom 39.  
 MÖLLER-BARLOWSche Krankheit 31.  
 MONAKOWSches Bündel 194.  
 Monocytenleukämie 83.  
 Monoplegie 206.  
 Morbus BASEDOW 35.  
 — BIERMER 87.  
 — coeruleus 133.  
 — GAUCHER 22.  
 — maculosus WERLHOFFII 92.  
 — OSLER 94.  
 — SCHOENLEIN-HENOCH 94.  
 — SIMMONDS 53.  
 Motilitätsstörungen des Darms 185.  
 Multiple Blutdrüsenklerose 59.  
 — Sklerose 197.  
 Mundatmung 99.  
 Mundverdauung 172.  
 Muskelatrophie, degenerative 190.  
 — spinale progressive 194.  
 Muskeldystrophie 99, 194.  
 Muskulentwicklung des Herzens 124.  
 Muskelklonus 192.  
 Muskellähmungen und Atmung 98.



- Muskelrigidität, extrapyramidale 207.  
Muskeltonus 191, 192.  
— erhöhter 192.  
Muskuläre, relative Klappeninsuffizienz 129.  
Muttermal 95.  
Myeloische Leukämie 83.  
Myelom 26.  
Myogene Dilatation 125.  
Myoglobin 91.  
Myoglobininurie 91.  
Myokarditis 133.  
— Bradykardie 136.  
— Reizleitungsstörungen 141.  
Myoklonie 207.  
Myxödem 40.  
— kindliches 41.  
— Kohlehydratstoffwechsel 6, 40.  
— Kreislauf 40.  
— Stoffwechsel 40.  
— Verdauung 40.
- Nachsekretion des Magens 177.  
Nachtwandler 198.  
Nackensteifigkeit 202.  
Naevus pigmentosus 95.  
Nanosomie 66.  
Narkose 198.  
— und Zuckerausscheidung 5.  
Narkoseschlaf 199.  
Narkotica 198.  
Natrium 71.  
Nebenniere 46.  
— und Hypophyse 47.  
Nebennierendiabetes 4.  
Nebenniereninsuffizienz bei Hypophysenerkrankungen 53.  
— bei Lipoidspeicherung 23.  
Nebennierenrinde und Kohlehydratstoffwechsel 4.  
— Überfunktion 50.  
Nebennierenrindenzweig 50, 66.  
Nekrosen der Niere 165.  
Nephrolithiasis 171.  
Nephropathia diabetica 11.  
Nephrose 164, 165.  
— Amyloid- 26.  
Nephrosklerose 164.  
— und Hypertonie 156.  
Nerven, periphere 188.  
Nervendegeneration 190.  
Nervendurchtrennung 189.  
Nervenpfropfung 191.  
Nervenregeneration 190.  
Nervenschädigungen, lokale 189.  
Nervensystem 188.  
— und **BASÉDOWSche** Krankheit 39.  
— Erregbarkeit bei Hypocalcämie 72.  
— — bei Tetanie 45.
- Nervensystem und Niere 163.  
— sympathisches und Kohlehydratstoffwechsel 4.  
Nesselsucht 222.  
Neuralgie 189.  
Neuritis 189.  
Neurotisches Ödem 79.  
**NIEMANN-PICKSche** Krankheit 22, 95.  
Niere 162.  
— bei Diabetes mellitus 11.  
— bei Gicht 18.  
— bei Herzinsuffizienz 150, 164.  
— und Wasserhaushalt 76.  
Nierenerkrankungen 164.  
— Azidose 68.  
— Harnsäurekonzentrationsfähigkeit 17.  
— und Zuckerausscheidung 10.  
Nierenfunktion der gesunden Niere 162, 163.  
— der kranken Niere 166.  
— und Nervensystem 163.  
Niereninsuffizienz, absolute 166.  
— Alkalose 69.  
Nierenkoliken 171.  
Nierennekrosen 165.  
Nierenrest 166.  
Nierenschwelle für Zucker bei Diabetes mellitus 10.  
Nierensiechtum 165.  
Nierenstein 171.  
Nierentuberkulose 171  
Nieren 100.  
Nicotinsäure 29.  
Normoblasten 87.  
Nüchternsekretion des Magens 177.  
Nykturie der Nierenkranken 77, 166.  
Nystagmus 210.
- O**bere Luftwege 99.  
Obstipation 186.  
Ochronose 24, 96.  
— Pigmentierung 96.  
Ödem 78.  
— diabetisches 12.  
— kachektisches 65, 79.  
— kardiales 79, 151.  
— lokales 80, 161.  
— neurotisches 79.  
— **QUINCKESches** 79.  
— renales 78, 169.  
Oesophagus 173.  
Oesophaguscarcinom 174.  
Oesophagusdilatation 173.  
Oesophagusdivertikel 174.  
Oesophaguserkrankungen 173.  
Oesophagusspasmen 173.  
Oesophagusstenose 173.  
Oesophagusvarizen 161.
- Ohraffektionen und **MENIÈRE-**sche Krankheit 210.  
Oktavuskrise 210.  
Oligurie 78.  
— der Herzkranken 150.  
— der Nierenkranken 166.  
— primäre 80.  
Operierter Magen, Funktion 180.  
Opisthotonus 203.  
**OPPENHEIMSches** Zeichen 192.  
Optisches Rindenfeld 208.  
Orasthin 56.  
Orthostatische Albuminurie 165.  
**OSLERSche** Krankheit 94.  
Osmotische Resistenz der roten Blutkörperchen 87.  
Osteomalacie, Kalkstoffwechsel 73.  
— und Rachitis 73.  
— und Tetanie 44.  
Osteoporose, Kalkstoffwechsel 73.  
Ostitis fibrosa generalisata 45, 72.  
Oxalate im Harn 81.  
Oxalatsteine 81.
- Pankarditis 133.  
Pankreas, Inselapparat 7, 56.  
Pankreasinsuffizienz 182.  
Pankreassaft 182.  
Pankreasschmerz 182.  
Pankreasstuhl 182.  
Panmyelophthise 82, 85, 93.  
Panophthalmie bei Avitaminose A 27.  
Parästhesie 193.  
Paragglutination 220.  
Paralyse, **LANDRYsche** 190, 195.  
Paralysis agitans 207.  
Paraplegie 197.  
Parasitäre Erkrankungen, Eosinophilie 82.  
Parasympathisches Nervensystem 210.  
Parasystolie 140.  
Parese, spastische, bei Pyramidenläsion 192.  
**PARKINSONSche** Krankheit 207.  
Paroxysmale absolute Arrhythmie 145.  
— Hämoglobinurie 90.  
— Tachykardie 137.  
Partieller Herzblock 142.  
Pathogene Mikroorganismen 217.  
Pellagra 29.  
— Schutzstoff 29.  
Pendelluft 108.  
Penetration des Ulcus ventriculi 179.  
Pentosurie 15.

- Pepsin 174.  
 Perikard 146.  
 — Erguß 146, 154.  
 — Verwachsung 146, 154.  
 Periodenbildung bei Extrasystolen 140.  
 Periphere Nerven 188.  
 Peritonealcarcinose 187.  
 Peritonitis 187.  
 Perniziöse Anämie 87.  
 — — Achylie 87.  
 — — Leberstoff 82.  
 — — Magenstoff 82.  
 — — Rückenmarkerscheinungen 82.  
 — — und Vitamin B 82.  
 Perpetuelle Arrhythmie 145.  
 Pfortnerfunktion, künstliche 181.  
 Pfötchenstellung bei Tetanie 45.  
 Pfortaderstauung 161.  
 Phagocytose 219.  
 Phlorrhizindiabetes 11.  
 Phosgen 117.  
 Phosphat 71.  
 — bei Rachitis 72.  
 — bei Tetanie 72.  
 Phosphatsteine 81.  
 Phosphaturie 74, 81.  
 Photosensibilisierung bei Porphyrinurie 92.  
 Phrenicoexairese 110.  
 Pigmentausscheidung im Harn 97.  
 Pigmente 95.  
 — hämatogene 96.  
 Pigmentierung bei ADDISONscher Krankheit 49.  
 — bei Lipoidspeicherungskrankheiten 22.  
 Pleura 106.  
 Pleuradruck 107.  
 Pleuraerguß 106.  
 Pleuraerkrankungen und Herz 147.  
 Pleuraschwarte 107.  
 Pleuritis exsudativa 106.  
 — sicca 106.  
 Pluriglanduläre Erkrankungen 59.  
 Pneumonie, genuine 102.  
 Pneumonose 111, 120, 149.  
 Pneumothorax 104, 107.  
 — doppelseitiger 109.  
 — Gasresorption 109.  
 — geschlossener 108.  
 — künstlicher 109.  
 — bei Lungentuberkulose 109.  
 — offener 108.  
 — Ventil- 108.  
 Pockenimpfung 220.  
 Podagra 18.  
 Poikilopikrie der Nierenkranken 168.  
 Poliomyelitis anterior acuta 192, 194.  
 Polycythämie 89.  
 — und Blutdrucksteigerung 155.  
 — kompensatorische 89, 133, 149.  
 — primäre 89.  
 Polydipsie bei Diabetes mellitus 12, 77.  
 Polyneuritis 189.  
 — bei Beriberi 28.  
 Polyphagie bei Diabetes mellitus 11.  
 Polyurie 77.  
 — bei Diabetes insipidus 76.  
 — bei Diabetes mellitus 11, 77.  
 — bei Nierenkranken 77.  
 — bei Störungen des Durstgefühls 77.  
 Porphyrinurie 92, 97.  
 Präcipitine 220.  
 Präödem 78.  
 Preßluftkrankheiten 120.  
 Primordialzwerge 66.  
 Progesteron 57.  
 Prolane im Harn 53.  
 Prostatahypertrophie und Anurie 171.  
 — und Hypertonie 169.  
 Pseudobulbärparalyse 207.  
 Pseudoikterus durch Karotenpigment 97.  
 Pseudoleukämie 83.  
 Pseudourämie 170.  
 Psychische Störungen und Herzbeschwerden 153.  
 Psychooptisches Rindenzentrum 208.  
 Psychosen bei BASEDOWScher Krankheit 39.  
 Ptyalin 172.  
 Pubertas praecox 50.  
 Pulmonale Dyspnoe 120.  
 Pulmonalfehler 133.  
 Pulmonalsklerose 147, 159.  
 Pulsfrequenz bei partiellem Herzblock 143.  
 — bei totalem Herzblock 142.  
 Pulsus bigeminus bei Extrasystolie 140.  
 — — bei partiellem Herzblock 143.  
 — celer et altus 130.  
 — tardus 129.  
 Pupillenstarre, reflektorische 196.  
 Purinstoffwechsel 15.  
 Purinwirkung bei Gicht 19.  
 Purpura 92.  
 — МАНОСОСНН 94.  
 Pyelitis 171.  
 Pyelonephritis 171.  
 Pylorus 179.  
 Pylorusinsuffizienz 180.  
 Pylorusspasmus 179.  
 Pylorusstenose 179.  
 Pyonephrose 171.  
 Pyramidenbahn 192.  
 Pyramidenläsion 192.  
 Pyriferkur 215.  
 Quecksilbervergiftung und Niere 165.  
 Querschnittsläsion 197.  
 QUINCKESches Ödem 79.  
 Rachitis 31.  
 — Calcium- und Phosphatstoffwechsel 72.  
 — und Tetanie 44.  
 Rachitischer Zwergwuchs 67.  
 RAYNAUDSche Krankheit 160.  
 Recurrenslähmung 190.  
 Reflektorische Anurie 164.  
 — Beeinflussung der Nierentätigkeit 163.  
 — Bradykardie 135.  
 Reflexbogen 191.  
 Reflexe 191.  
 — innerer Organe 192.  
 — und Rückenmarksbahnen 192.  
 Reflexhemmung 193.  
 Reflexkrämpfe 192.  
 Reflexphänomene 191.  
 Reflexsteigerung 192.  
 Reflexverlust 192, 193, 197.  
 Reflexzentren, spinale 191.  
 Refraktäre Phase des Herzens 138.  
 Regeneration von Nerven 190.  
 Reizbildung im Herzen 135.  
 Reizerscheinungen, motorische 190, 195.  
 — sensible 189, 193.  
 Reizleitung im Herzen 135.  
 Reizleitungsstörungen 141.  
 — und Digitalis 141.  
 — extrakardiale Einflüsse 141.  
 — funktionelle Bedeutung 144.  
 — und Vagus 141.  
 Rekonvaleszentenserum 220.  
 Relaxatio diaphragmatis, Herzbeschwerden 154.  
 Renale Hypertonie 156, 168.  
 — Hyperurikämie 17.  
 Renaler Diabetes 11.  
 Renales Ödem 78, 169.  
 Reservekraft des Herzens 124.  
 Reserveluft 105.  
 Residualluft 105.  
 Respirationsluft 105.  
 Respiratorische Arrhythmie 136.  
 — Fläche bei Lungenerkrankungen 102.  
 Reststickstoff bei Urämie 167.  
 Retentionsurämie 167.  
 Retinitis albuminurica 169.  
 — angiospastica 169.  
 Retrosternale Struma 99.

- Riesenwuchs, akromegaler 59, 67.  
 — genitaler 67.  
 — hypophysärer 53, 67.  
 — pluriglandulärer 59.  
 — thyreogener 67.  
 Rippenknorpel, Verknochenerung 98.  
 Röntgenbestrahlung und Harnsäurekonkremente 83.  
 Rückenmark 191.  
 — Leitungsbahnen 193.  
 — motorische Bahnen 194.  
 — sensible Bahnen 195.  
 Rückenmarksaffektion und Blasenstörung 171.  
 — und Mastdarmstörung 186.  
 Rückenmarksbahnen und Reflexe 191.  
 Rückenmarksdegeneration, motorische 195.  
 Rückenmarkerscheinungen bei perniziöser Anämie 82.  
 Rückenmarkswurzeln, Resektion 193.  
 Säurebeschwerden 178.  
 Säureproduktion des Magens bei Gallerrückfluß 186.  
 Säurevergiftung im Koma 69.  
 Säureverlust bei Pylorusstenose 180.  
 Säurewecker 179.  
 Salzfeber 71, 215.  
 Salzsäure des Magensaftes 174.  
 Sanduhrmagen 180.  
 Sauerstoffmangel 113.  
 Sauerstoffsättigung des Blutes 112.  
 Sauerstofftransport 111.  
 Sauerstoffversorgung bei Herzinsuffizienz 149.  
 Schenkelblock 143.  
 Schilddrüse 35.  
 — Jodwirkung 42.  
 — und Kohlehydratstoffwechsel 6.  
 — und Kretinismus 41.  
 — Überfunktion 35.  
 — Unterfunktion 40.  
 — und Wasserstoffwechsel 76.  
 Schilddrüsenhormon, Stoffwechselwirkung 61.  
 Schilddrüsenzweig 41, 66.  
 Schlaf 198.  
 Schläffe Lähmung 189, 192.  
 Schlafmittelvergiftung und Porphyrinurie 92.  
 Schlafstörungen 199.  
 Schlafzentrum 199.  
 Schlaganfall 159, 205.  
 Schluckakt 173.  
 Schlucklähmung 173.  
 Schlund 173.  
 Schmerzen bei Muskelspasmen 193.  
 Schneeberger Lungenkrebs 117.  
 SCHÖNLEIN-HENOCHSche Krankheit 94.  
 Schrumpfbilse 171.  
 Schrumpfnieren 164.  
 SCHÜLLER-CHRISTIANsche Krankheit 23.  
 Schüttelbewegungen 207.  
 Schuster- und Schneidertetanie 44.  
 Schutzimpfung 220.  
 Schutzlosigkeit 221.  
 Schwangerschaftsglykosurie 11.  
 Schwangerschaftshypophyse 53.  
 Schwangerschaftsnieren 170.  
 Schwangerschaftsreaktion (ASCHHEIM-ZONDEK) 53.  
 Schwarzwasserfieber 90.  
 Schweißabsonderung und Wärmeregulation 212, 216.  
 Schwermetallvergiftungen, Darmerscheinungen 186.  
 Sedimentbildungen 80.  
 Seekrankheit 210.  
 Seelenblindheit 208.  
 Seelenleben und Herzbeschwerden 153.  
 Seelentaubheit 208.  
 Sehbahn 208.  
 Seitenstrangunterbrechung 194.  
 Sekundärinfektionen bei Diabetes mellitus 9.  
 Sensibilisierung 221.  
 — passive Übertragbarkeit 222.  
 Sensibilitätsstörungen 193.  
 — alternierende 207.  
 — bei Rückenmarkserkrankungen 195.  
 — zentrale 208.  
 Sexualhormone 57.  
 — des Hypophysenvorderrappens 53.  
 Shock 152.  
 — anaphylaktischer 221.  
 Silikose 117.  
 — und Tuberkulose 117.  
 SIMMONDSSche Krankheit 53.  
 Sinneszentren 208.  
 Sinusarrhythmie 136, 138.  
 Sinusextrasystolie 139.  
 Sinusknoten 135.  
 Sinus-Vorhoffblock 143.  
 Sklerose der Herzklappen 128.  
 Skorbut 30.  
 — und Beriberi 30.  
 — und Sprue 30.  
 Sodbrennen 179.  
 Sommersprossen 95.  
 Spätkastrat 58.  
 Spätsekretion des Magens 177.  
 Spasmophilie 43.  
 Spastische Lähmung 192.  
 — Spinalparalyse 195.  
 Speiseröhre 173.  
 Spezifisch-dynamische Nahrungsmittelwirkung 60.  
 Spinale progressive Muskelatrophie 194.  
 Spinalganglien des Rückenmarks 195.  
 Spinalparalyse, spastische 195.  
 Splanchnomegalie 54.  
 Splanchnomikrie 53.  
 Splenomegalie 94.  
 — durch Lipoidspeicherung 22, 94.  
 Spondylose 98.  
 Sportharz 127.  
 Sprache 208.  
 Sprachzentrum, motorisches 208.  
 — sensorisches 208.  
 Sprue 29, 30.  
 Stammganglien 200, 207.  
 Stammganglienaffektion 207.  
 Stammzellenleukämie 83.  
 Starbildung bei Tetanie 45.  
 Status asthmaticus 103.  
 — thymolympathicus 59.  
 Staubschädigungen der Atmungsorgane 117.  
 Stauungsascites 161.  
 Stauungsatrophie des Sehnerven 203.  
 Stauungsbronchitis und -bronchopneumonie 150.  
 Stauungsdilatation des Herzens 148.  
 Stauungserweiterung des Magens 180.  
 Stauungsharn 150.  
 Stauungsikterus 184.  
 — und Bradykardie 135.  
 Stauungsinduration der Leber 150.  
 Stauungsleber 150.  
 Stauungslunge 120, 149.  
 Stauungsnieren 150.  
 Stauungspapille 203.  
 Stauungsschrumpfnieren 150.  
 Steatorrhöe 182.  
 Steinbildner in Galle und Harn 80.  
 Steinbildung 80.  
 Steinkoliken bei Nephrolithiasis 171.  
 Steinkrankheit der Gallenwege 183.  
 — der Harnwege 171.  
 Steinnieren, hydronphrotische 171.  
 — pyonephrotische 171.  
 Steinstaublunge 117.  
 Steinverschluß 171.  
 — reflektorische Anurie 164, 171.  
 Stereocagnosie 208.  
 Stille Urämie 167.  
 STOFFELSche Operation 193.

- Stoffwechselkrankheiten und Konstitution 20.  
 Stoffwechselzentren 210.  
**Stridor** 99.  
**Struma retrosternalis** 99.  
**Strychnin** 192.  
**Stuhl**drang 186.  
 — bei Rückenmarksaffektionen 186.  
**Stuhle**ntleerung 186.  
**Stuhl**verhaltung 186.  
**Stur**zentleerung des Magens 181.  
**Sub**acide Gastritis 176.  
**Sub**acidität 176.  
**Sug**gestion 198.  
 — und Harnabsonderung 164.  
**Super**acide Gastritis 176.  
**Super**acidität 176.  
 — und Supersekretion bei Ulcus 177.  
**Super**sekretion 177.  
**Symp**athicotonie 211.  
**Symp**athisches Nervensystem 210.  
 — — und Kohlehydratstoffwechsel 4.  
**Sy**ringomyelie 196.  
**Sy**stolische Lebervenenpuls 130.  
 — Venenpuls 130.  
**Tabes dorsalis** 193, 196.  
**Tachy**kardie 136.  
 — bei **BAS**EDOW-Kranken 39.  
 — paroxysmale 137.  
**Tachy**pnoe 120.  
**Taub**stummheit bei Kretinismus 42.  
**Taucher**krankheit 122.  
**Tenes**men der Blase 171.  
**Tetan**ie, alkalotische 44, 69, 192.  
 — Calcium- und Phosphatstoffwechsel 44, 72.  
 — bei Dimethylguanidinvergiftung 44.  
 — endemische 44.  
 — erhöhte Erregbarkeit des Nervensystems 45.  
 — idiopathische 43.  
 — der Kinder 43.  
 — latente 44.  
 — Magen- 44, 69.  
 — parathyreoprive 43, 192.  
 — der Schuster und Schneider 44.  
 — bei Schwangerschaft 44.  
 — bei Überventilation 69.  
**Tetan**us der Muskeln 192.  
**Tetan**usinfektion 192.  
**Tetra**plegie 197.  
**Thalam**us opticus 207.  
**Thiamin** 28.  
**Thor**akoplastik 110.  
**Thor**axdeformierung durch Pleuraschwarten 107.  
**Thor**axdeformitäten 98.  
 — und Herz 147.  
**Thor**axstarre 98.  
**Throm**basthenie 92.  
**Throm**benbildung 161.  
**Throm**binbildung bei Hämophilie 93.  
**Throm**bocyten 92.  
**Throm**bopenie 92.  
**Thym**us 59.  
**Thym**uszwerg 66.  
**Thyre**ogene Fettsucht 62.  
 — Magersucht 64.  
**Thyre**otoxikose 35.  
 — und Pubertät 37.  
 — und Schwangerschaft 37.  
**Thyre**otropes Hormon des Hypophysenvorderlappens 37, 51.  
**Thyroxin** 35.  
 — und Hypervitaminose A 28.  
**Tic** 207.  
**Tone**phin 56.  
**Ton**ogene Dilatation 125.  
**Toph**us 18.  
**Total**er Herzblock 142.  
**Total**kapazität 105.  
**Toxine** der Infektionserreger 218.  
**Tractus rubrospinalis** 194.  
 — tectospinalis 194.  
 — vestibulospinalis 194.  
**Training** des Herzens 194.  
**Trans**mineralisation 70.  
**Traum** 198.  
**Traum**atischer Diabetes 5.  
**Tremor**, feinschlägiger 39.  
 — grobschlägiger 207.  
 — Intentions- 207.  
**Tricuspidalinsuffizienz** 132.  
 — relative, bei Pulmonalfehlern 132.  
**Tricuspidalstenose** 133.  
**Trigemin**us, Pulsus bei Extrasystolen 140.  
 — — bei partieller Blockierung 143.  
**Trophische** Störungen nach Nervenschädigungen 190.  
**TROUSSEAU**sches Phänomen 45.  
**Trypsin** 182.  
**Tubuläre** Nierenerkrankungen 164.  
**Tubul**usalbuminurie 165.  
**Tumoren**, Eiweißzerfall 26.  
**Typhus abdominalis**, Bradykardie 136.  
**Typh**uszunge 173.  
**Tyramin** 157, 169.  
**Über**anstrengung des Herzens 125.  
**Über**empfindlichkeit 221.  
**Über**ernährung, Stoffwechsel 60.  
**Über**leitungszeit des Herzens 142.  
**Über**ventilation bei Azidose 118.  
 — bei Diabetes mellitus 13.  
**Über**ventilationstetanie 69.  
**Ulcus ad pylorum** 177.  
 — cruris 161.  
 — duodeni 177.  
 — nach Magenoperation 177.  
 — pepticum 177.  
 — — jejuni 177.  
 — ventriculi 177.  
 — — Entstehung 177.  
 — — Folgen 179.  
 — — und Magensaft 177.  
 — — Schmerzen 178.  
**Unter**empfindlichkeit 221.  
**Unter**ernährung, Acetonkörperbildung 22.  
 — Stoffwechsel 60.  
**Urämie**, echte, stille, azotämische Retentionsurämie 167.  
 — eklamptische 170.  
 — kardiale, adynamische 150.  
**Urämie**gift 167.  
**Urämie**symptome 151.  
**Urämische** Azidose 68, 168.  
**Urat**histechie 19.  
**Urat**steine 17, 81.  
**Urina spastica** 78, 163.  
**Uro**bilin 97, 150.  
**Uro**bilinogen 97, 150.  
**Uroporphyrin** 92.  
**Urticaria** 222.  
**Vago**tonie 135, 211.  
**Vagus** und Atmung 119.  
 — und Herz 135.  
 — und Magenfunktion 175.  
 — und Reizleitungsstörungen 141.  
**Vagus**druckversuch 136.  
**VAQUEZ**sche Polycythämie 89.  
**Varicen** 161.  
**Vegetative** Labilität 211.  
 — Neurose 211.  
 — Stigmatisierung 211.  
 — Störungen bei Querschnittsläsion 197.  
**Vegetatives** Nervensystem 210.  
 — — und Allergie 222.  
 — — und Herzbeschwerden 153.  
 — — und Ulcusentstehung 178.  
**Venen** 161.  
**Venendruck** bei Herzinsuffizienz 148.  
**Venenerweiterungen** 161.

- Ventilpneumothorax 102.  
 Ventrikuläre Extrasystolen 140.  
 Verdauungsgeschwür 177.  
 Verdauungskanal 172.  
 Verdauungsleukocytose 82.  
 Verdauungsorgane bei Herzinsuffizienz 151.  
 Vererbung bei Stoffwechsellkrankheiten 20.  
 Verkalkung 73.  
 — nach Vigantol 32, 73.  
 Verschlucken 173.  
 Verstopfung 186.  
 Vestibularis 210.  
 Vigantol 32, 73.  
 Vigantolvergiftung 73.  
 Virulenz der Infektionserreger 218.  
 — — Änderung durch Fortzucht 219.  
 Vitalkapazität 105.  
 Vitamin 26.  
 — A, antixerophthalmisches keratomalazisches 27.  
 — B, antineuritische 28.  
 — C, antiskorbutische 30.  
 — — und Nebennierenrinde 31.  
 — D, antirachitische 31.  
 — E 32.  
 — — und Hypophysenvorderlappen 32.  
 — H 32.  
 — K 32.  
 Vogan 27.  
 Volumen pulmonum auctum 102.  
 Vorderhornkrankungen 192.  
 Vorhofkammerblock 142, 143.  
 Vorhofextrasystolen 139.  
 — blockierte 139.  
 Vorhofsflattern und -flimmern 145.  
 Vorhofspropfung bei atrioventrikulärer Extrasystolie 140.  
 — bei Vorhofkammerblock 144.
- Wachstum, Entwicklung und 65.  
 — und Schilddrüse 40.  
 Wachstumshormon des Hypophysenvorderlappens 52.  
 Wärmehaushalt 211.  
 Wärmeregulation 211.  
 — bei Fettsucht 64, 213.  
 — bei Hormonkrankheiten 212.  
 Wärmeschutz 215.  
 Wärmestauung 213.  
 Wärmestich 215.  
 Wärmezentrum 215.  
 Wasserabgabe, extrarenale 75.  
 — — bei Diabetes mellitus 11.  
 Wasserhaushalt, endogene Faktoren 76.  
 — und Fieber 216.  
 — und Hypophysenhinterlappen 76.  
 — und Schilddrüse 76.  
 — und Zwischenhirn 76.  
 WASSERMANNsche Reaktion 221.  
 — — bei Kältehämoglobinurie 91.  
 Wasserstoffwechsel 67, 75.  
 — bei Avitaminose B 28.  
 — bei Diabetes mellitus 11.  
 — und Kochsalz 70.  
 — und Niere 76.  
 Wassersucht der Herzkranken 151.  
 — der Nierenkranken 169.  
 Wasserverluste 76.  
 WENCKEBACHsche Periode 143.  
 WERLHOFFSche Purpura 92.  
 WERNICKESches Zentrum 208.  
 Widerstandspersistenz des Magens 180.  
 Wortblindheit 208.  
 Wundheilung bei Diabetes mellitus 9.  
 Wurzelschmerzen 193.  
 — bei Tabes dorsalis 196.
- Xanthinsteine 81.  
 Xanthosis diabetica 97.  
 Xerophthalmie 27.
- Zahnfleischentzündung 173.  
 Zahnkrankheiten 173.  
 Zahnveränderungen bei Rachitis 31.  
 — bei Skorbut 30.  
 — bei Tetanie 45.  
 Zentraler traumatischer Diabetes 5.  
 Zentralnervensystem bei Herzinsuffizienz 151.  
 — bei Kretinismus 41.  
 Zentrifugalkraft 116.  
 Ziegenmilchanämie 85.  
 Zirkulationsstörungen des Gehirns 204.  
 Zuckerausscheidung, Folgen 11.  
 Zuckerkrankheit 7.  
 Zuckerstich 4.  
 Zuckerzentrum 5.  
 Zungenbelag 173.  
 Zungenerkrankungen 173.  
 Zwangsbewegungen 207.  
 Zwangspolyurie bei Diabetes insipidus 76.  
 — bei Nierenkranken 77, 166.  
 Zwangsschlaf 199.  
 Zwerchfelllähmung 99.  
 Zwerchfellhernien und Herzbeschwerden 154.  
 Zwerchfellhochstand und Herzbeschwerden 154.  
 Zwergwuchs 66.  
 — chondrodystrophischer 67.  
 — bei endemischem Kretinismus 66.  
 — hypophysärer 52, 66.  
 — infantilistischer 41, 52, 66.  
 — primordialer 66.  
 — rachitischer 67.  
 — thyreogener 41, 66.  
 — unproportionierter 66.  
 Zwischenhirn 210.  
 — und Hypophyse 51, 55.  
 — und Wasserstoffwechsel 176.  
 Zyklusomalien 58.

**Einführung in die pathologische Physiologie.** Von Professor Dr. **Max Bürger**, Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Bonn a. Rh. Zweite Auflage der „Pathologisch-physiologischen Propädeutik“. Mit 43 Abbildungen. VIII, 454 Seiten. 1936. RM 24.—

---

**Die Entstehung innerer Krankheiten: Pathologische Physiologie.** Von Dr. **Ludolf Krehl**, Professor in Heidelberg. (Entstehung, Erkennung und Behandlung innerer Krankheiten, 1. Band.) Vierzehnte Auflage. XII, 716 Seiten. 1932. RM 39.60

---

**Einführung in die Physiologie des Menschen.** Von Professor Dr. **Hermann Rein**, Direktor des Physiologischen Instituts der Universität Göttingen. Siebente und achte Auflage. Erscheint im Sommer 1943

---

**Einführung in die chemische Physiologie.** Von Professor Dr. **E. Lehnartz**, Direktor des Physiologisch-Chemischen Instituts der Universität Münster i. W. Sechste Auflage. Erscheint im Sommer 1943

---

**Physiologisches Praktikum.** Von Dr. **Ferdinand Scheminzky**, a. o. Professor für Physiologie an der Universität Wien. Zweite, neubearbeitete Auflage des „Leitfaden für die physiologischen Übungen“. Mit 93 Abbildungen. VII, 255 Seiten. 1940. (Springer-Verlag/Wien.) RM 12.—

---

**Vergleichend-physiologisches Praktikum** mit besonderer Berücksichtigung der niederen Tiere. Von Professor Dr. **Wolfgang v. Buddenbrock** und Dr. **G. v. Studnitz**, Halle a. d. S. Mit 43 Abbildungen. VI, 127 Seiten. 1936. RM 9.60

---

**Tierphysiologisches Praktikum** für Studierende der Landwirtschaft und Veterinärmedizin. Von Dr. med. et phil. **E. Mangold**, Professor der Physiologie und Direktor des Tierphysiologischen Institutes der Landwirtschaftlichen Hochschule Berlin. IV, 53 Seiten. 1928. RM 2.70

---

---