DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

BEGRÜNDET VON DR. PAUL BÖRNER

HERAUSGEBER: PROF. DR. SCHWALBE
BERLIN W. AM KARLSBAD 5

VERLAG: GEORG THIEME
LEIPZIG, RABENSTEINPLATZ 2

№ 7

BERLIN, DEN 18. FEBRUAR 1909

35. JAHRGANG.

Die Behandlung der Trunksucht.

Klinischer Vortrag.

Von Prof. Dr. L. W. Weber in Göttingen.

Einer der wesentlichsten Erfolge der modernen Enthaltenskeits- und Mäßigkeitsbewegung ist der, daß auch in weiteren, nichtärztlichen Kreisen die Trunksucht nicht mehr als Laster verdammt, sondern als ein krankhafter Zustand betrachtet und einer ärztlichen Einwirkung für zugänglich erachtet wird. Erst diese Erkenntnis ermöglicht eine erfolgreiche therapeutische Bekämpfung des Alkoholismus; denn mehr noch als auf anderen Gebieten seiner Tätigkeit bedarf hier der Arzt der Mitarbeit anderer Faktoren. Vor allem bei der ersten und wichtigsten Hälfte dieser Aufgabe: der **Prophylaxe**. Sie kann sich bei drei Gruppen von Individuen erfolgreich betätigen: bei Jugendlichen, bei endogen Veranlagten und bei den durch exogene Schädlichkeiten Prädisponierten.

Wir kennen heute die Physiologie des Alkoholstoffwechsels genau genug, um zu wissen, daß wir von ihm keine kräftigende Wirkung des heranwachsenden Organismus erwarten dürfen, daß wir den Ersatz von Kohlehydraten und Fetten durch Alkohol und die damit zu erzielende Eiweißersparung mit einer schädlichen Dauereinwirkung auf das Zentralnervensystem erkaufen müssen. Die früher so beliebte Anwendung von Weinen, namentlich von schweren Südweinen (Tokayer) bei der Behandlung unterernährter, anämischer oder fiebernder Säuglinge und Kinder ist entschieden als Kunstfehler zu betrachten. Weiter soll aber der Hausarzt seinen Einfluß dahin geltend machen, daß die heranwachsende Jugend mindestens bis zum ungefähren Abschluß der Pubertätsentwicklung von allem gewohnheitsmäßigen Genuß auch nur geringer Mengen Alkohol ferngehalten wird. Das läßt sich nur erreichen, wenn auch die gelegentliche Verabfolgung von alkoholischen Genußmitteln an Kinder, etwa bei festlichen Anlässen, vermieden wird, nicht wegen der Schädlichkeit der einmaligen Darreichung, sondern wegen der Gefahr der Gewöhnung. Bis zu welchem Alter diese Abstinenz durchzuführen ist, muß individuell entschieden werden. Die Besorgnis, daß ein des Alkohols völlig Ungewohnter dann um so leichter der Verführung unterliegt, wenn er ins Leben tritt, ist unbegründet; Abstinenz macht niemals alkoholintolerant. Und wenn die heranwachsende Generation ohne äußeren Zwang dazu kommt, den Alkohol überhaupt nicht als erstrebenswerten Genuß zu betrachten, so ist das nur ein Vorteil.

Wenn wir weiter die Tatsache berücksichtigen, daß bei weitem die Mehrheit der Trunksüchtigen von vornherein degenerativ veranlagte Menschen sind, so muß sich der ärztliche Einfluß bei der Ernährung, Erziehung und Behandlung jugendlicher und Erwachsener, welche deutlich die Zeichen der Degeneration an sich tragen, dahin geltend machen, diese unter allen Umständen für ihr ganzes Leben an Alkoholabstinenz zu gewöhnen.

Endlich rekrutiert sich eine Anzahl der Trunksüchtigen aus Leuten, welche bei einer schweren körperlichen Erkrankung

(z. B. Anämie, Phthise, Infektion) durch unangebrachte oder zu lange fortgesetzte therapeutische Anwendung der Alcoholicum dem Trunke verfallen sind. Diese Tatsache fordert zu sorgfältigster Indikationsstellung bei der therapeutischen Anwendung alkoholischer Getränke auf. Sie muß beschränkt werden auf die zweifellos vorhandene günstige Beeinflussung akut auftretender Herzschwäche (stimulierende Wirkung der Alcoholicum), auf die Hebung des Stoffwechsels und Ersparnis an Körper-eiweiß bei fiebernden, schlecht essenden Kranken und ist schließlich noch berechtigt, bei erschöpfenden, mit starkem Kräfteverfall, Schmerzen, Schlaflosigkeit oder Verstimmung einhergehenden körperlichen Erkrankungen (euphorisierende Wirkung der Alcoholicum).

Überall, wo es sich um die länger fortgesetzte Anwendung bei chronischen, nicht unheilbaren Erkrankungen handelt, kann der Alkohol ersetzt werden durch die anderen Herzmittel, Nährpräparate, Stomachica oder Narcotica; dazu gehört z. B. die früher so beliebte „kräftigende“ Wirkung des Rotweins bei anämischen Mädchen und Frauen, die Anwendung des Bieres in der Ernährungstherapie und bei stillenden Frauen. Auch das „Vinum lac senium“ darf im Lichte dieser Anschauung nur noch eine sehr beschränkte Berechtigung beanspruchen. In allen diesen Fällen ist die Gefahr der Gewöhnung an die Alcoholicum besonders groß, wenn es sich um von vornherein endogen veranlagte, nervöse Individuen handelt, wenn sich also mehrere der oben angeführten Bedingungen kombinieren.

Diese hier nur kurz anzudeutenden Gesichtspunkte muß der Hausarzt berücksichtigen, wenn er sich nicht den Vorwurf zuziehen will, daß er durch direkte ärztliche Maßnahmen oder durch Duldung von schädlichen Trinkgewohnheiten bei seiner Klientel der Entstehung der Trunksucht vorarbeitet.

Die **Behandlung** der Trunksucht selbst hat zwei Aufgaben zu erfüllen:

1. Der Kranke muß zur freiwilligen Abstinenz erzogen werden; d. h. er muß von dem regelmäßigen Genuß alkoholischer Getränke so nachhaltig entwöhnt werden, daß er später imstande ist, ihnen aus eigenem Willen vollständig zu entsagen.

2. Die durch die chronische Alkoholvergiftung entstandenen körperlichen und psychischen Veränderungen müssen behandelt und möglichst geheilt werden.

Es muß gleich hier betont werden, daß auch in schweren Fällen diese beiden therapeutischen Indikationen dankbare Aufgaben sind und Aussicht auf völlige Heilung versprechen, aber nur wenn die Behandlung in einer geeigneten Anstalt stattfindet. Jede Behandlungsmethode, sei sie diätetischer, medikamentöser oder suggestiver Art, die eine Heilung schwerer Trunksucht ohne Anstaltsaufnahme verspricht, bedeutet nichts als weggeworfenes Geld, vergeudete kostbare Zeit und enttäuschte Hoffnungen für den Kranken und seine Angehörigen. Mit dieser Feststellung halte ich aber das Thema dieses Vortrags nicht für erschöpft. Denn auch der Praktiker, der seine Klientel in einer so häufigen und tief in das gesamte Familien- und Berufsleben einschneidenden Erkrankung

sachgemäß beraten will, muß die Grundzüge der Anstaltsbehandlung der Trunksüchtigen kennen, ganz abgesehen davon, daß ihm doch gelegentlich die Behandlung der leichteren Formen nach denselben Prinzipien in der Familie und in allen Fällen die Nachbehandlung zufällt.

Wann sind Trinkgewohnheiten so stark und für den eigenen Willen des Individuums so unüberwindlich, daß eine krankhafte Trunksucht vorliegt, welche die Anstaltsbehandlung erforderlich macht? Das hängt in erster Linie nicht davon ab, wie oft und wieviel Alkohol getrunken wird, sondern ob infolge der Trinkgewohnheiten bereits deutliche psychische Veränderungen nachzuweisen sind.

Selbstverständlich sind damit nicht nur die sogenannten Alkoholpsychosen gemeint, also die auf der Basis des chronischen Alkoholmißbrauchs entstehenden akuten, wohl ausgebildeten Psychosen, wie das Delirium tremens, die Paranoiaformen, die Korsakowsche Psychose und andere — denn diese Dinge sind so handgreiflich, daß sie schon für sich allein eine Anstaltsbehandlung erfordern —, sondern in erster Linie der psychische Zustand, den wir psychiatrisch als Alkoholismus im engeren Sinn bezeichnen: eine mehr oder weniger stark ausgesprochene Abschwächung der meisten gemüthlichen und intellektuellen Leistungen. Nebenbei bemerkt, ist dieser Zustand nicht nur viel häufiger als die ausgesprochenen alkoholischen Psychosen, sondern auch in sozialer und wirtschaftlicher Beziehung viel bedeutsamer: die von ihm Befallenen imponieren, wenigstens dem ferner Stehenden, nicht als geisteskrank; sie befinden sich noch im Besitz ihrer familiären und beruflichen Position und können dabei lange Zeit großen Schaden stiften. Der Nachweis dieser Defekte ist nicht leicht und gewöhnlich nicht bei einer Untersuchung in der Sprechstunde zu liefern. Es gehört dazu die Kenntnis des beruflichen und gesellschaftlichen Verhaltens des Untersuchten, wie sie an besten der Hausarzt aus eigener Beobachtung besitzen kann. Dann läßt sich eine Veränderung seines Verhaltens, eine Abnahme seiner Leistungsfähigkeit feststellen. Dazu kommen unter Umständen einzelne objektive Zeichen des chronischen Alkoholismus, Befunde an den inneren Organen und am Nervensystem, und endlich die Angaben der Umgebung über Alkoholgewohnheiten.

Für die Wahl der Anstalt darf nur maßgebend sein die Aufgabe, die sie zu erfüllen hat: eine so genaue Aufsicht, daß jeder, auch der geringste Alkoholgenuß verhindert werden kann, und sachverständige ärztliche Leitung für die Behandlung der körperlichen und psychischen Störungen. Das leistet eine gute, modern eingerichtete, öffentliche oder private Trinkerheilstätte ebensogut wie eine Irrenanstalt, gewöhnlich aber nicht ein offenes Nervensanatorium, eine Kaltwasserheilstätte oder ein ähnliches Institut, deren Patienten völlige Bewegungsfreiheit genießen.

Für die Technik der Aufnahme mag hier folgendes bemerkt werden: Leichtere Fälle, bei denen eine gewisse Krankheitseinsicht und der Wunsch nach Behandlung besteht, eignen sich zum freiwilligen Eintritt in Trinkerheilstätten. Leider sind die Privatanstalten meist teuer und die öffentlichen Trinkerheilstätten noch nicht in genügender Zahl vorhanden. Wo daher die pekuniären Verhältnisse beschränkt sind oder Dringlichkeit vorliegt, ferner in schweren Fällen, bei denen man auf einen freiwilligen Eintritt der Patienten nicht rechnen kann, ist die Aufnahme in eine Irrenanstalt zu empfehlen; dabei müssen allerdings dem Reglement der meisten Anstalten entsprechend im Aufnahmegutachten die psychischen Störungen und Defekte in den Vordergrund bei der Aufnahmebegutachtung gestellt werden.

Ein Hilfsmittel, um den Patienten zum Eintritt in eine Behandlung zu veranlassen, ist schließlich noch die Einleitung des Entmündigungsverfahrens wegen Trunksucht nach § 6 Abs. 3 BGB.; der entmündigte Trinker kann auch gegen seinen Willen durch den Vormund in einem Trinkerasyll untergebracht werden. Die Beschlußfassung über die Entmündigung kann aber auch ausgesetzt werden, wenn der zu Entmündigende sich bessern will (§ 681 ZPO.); man kann damit einen gewissen Druck auf ihn ausüben, damit er sich freiwillig in eine Anstalt begibt. Die Schwierigkeiten, welche trotz dieser Bestimmungen einer ausgiebigen praktischen Anwendung der Entmündigung wegen Trunksucht im Wege stehen, können hier nicht im einzelnen erörtert werden.

Die erste Aufgabe der ärztlichen Behandlung ist die Entziehung der alkoholischen Genußmittel. In jeder gutgeleiteten, mit den nötigen Ueberwachungseinrichtungen versehenen Anstalt macht diese Aufgabe keine großen Schwierigkeiten und erfordert durchaus keinen Zwang. In den allermeisten, auch sehr schweren Fällen, kann jeder Alkohol sofort vom Beginn der Behandlung an wegbleiben, wenn der Patient

unter genauer, Tag und Nacht während der Kontrolle bezüglich seines psychischen Verhaltens, seiner Herz- und Nierentätigkeit steht. Die Abstinenzerscheinungen sind auch bei schweren, an jahrelangen Abusus gewöhnten Alkoholikern viel geringer als bei Morphinisten, besonders wenn die durch körperliche Organveränderungen bedingten Beschwerden gleichzeitig behandelt werden. Die Befürchtung, bei einem Fall von unkompliziertem Alkoholismus ein sogenanntes „Abstinenzdelirium“ hervorzurufen, braucht uns nicht von der sofortigen Totalentziehung abzuhalten; denn diese Fälle sind, obwohl sicher beobachtet, so selten, daß sie praktisch nicht in Betracht kommen.

Ob man notorischen Trinkern, die wegen einer chirurgischen oder internen Erkrankung ins Krankenhaus kommen, den gewohnten Alkohol entziehen will, ist eine Frage, die mit der Behandlung der Trunksucht als solcher nichts zu tun hat; hier ist in erster Linie das körperliche Grundeiden und seine Behandlungsmöglichkeit bei einem etwa ausbrechenden Abstinenzdelirium maßgebend. Eine vorübergehende Alkoholentziehung, an die sich keine weitere Behandlung der Trunksucht anschließt, hat im ganzen wenig Zweck.

Die zur Erleichterung der Entziehung empfohlene Atropin-Strychnindarreichung (Atropin sulf. 0,01—0,02, Strychnin. nitr. 0,01—0,03 dreimal täglich subkutan) ist bei Anstaltsbehandlung unnötig; außerhalb der Anstalt genügt sie aber auch nach den meisten Berichten englischer Beobachter nicht, um wirklich Trunksüchtige sicher zu entwöhnen. Das gleiche trifft zu für die sogenannten Verekelungskuren und die Suggestiv- oder Hypnosebehandlung. Die Verabfolgung von narkotischen Mitteln zum Ersatz für Alcoholica ist auch schon aus dem Grunde zu widerraten, weil der chronische Alkoholiker sehr häufig ein von vornherein weniger widerstandsfähiges Nervensystem besitzt und infolgedessen leicht dem Mißbrauch anderer Narcotica an Stelle des Alkohols verfällt.

Außerhalb der Anstaltsüberwachung haben wir bei allen Behandlungsmethoden keine Garantie dafür, daß dem Patienten wirklich kein Tropfen Alkohol zugeführt wird, noch viel weniger, daß er dann abstinent bleibt. In der Anstalt muß uns die ganze Organisation des ärztlichen und Pflegerdienstes diese Gewähr geben; suggestive Momente: die persönliche Einwirkung des Arztes, das Beispiel abstinenten Kranker und abstinenten Personals, die ganze Auffassung seiner Sucht als einer Krankheit erleichtert dem Patienten wesentlich das Abgewöhnen. Eine weitere Erleichterung ist die ausgiebige Gewährung von durstlöschenden, leicht angesäuerten Getränken und von Obst sowie die Vermeidung stark gewürzter, schwer verdaulicher Speisen.

Nicht selten gibt den ersten Anlaß zur Behandlung der Trunksucht eine akut einsetzende Alkoholpsychose, namentlich das Delirium tremens, das bei der Entziehung einige besondere Maßregeln erfordert. Bei der Anstaltsbehandlung der Deliranten — und in den allermeisten Fällen ist diese erforderlich — kann man auch hier mit der sofortigen Totalentziehung des Alkohols beginnen. Eine Ausnahme braucht man höchstens bei den mit schwer fieberhaften Erkrankungen, besonders Pneumonien, einhergehenden Fällen zu machen; hier ist für einige Zeit weitere Darreichung alkoholischer Getränke gerechtfertigt.

Die mit dem Delirium gewöhnlich verbundene motorische Unruhe und die lebhaftesten Sinnestäuschungen auf allen Gebieten bedürfen in der Irrenanstalt keiner weiteren Behandlung als einer dauernden Ueberwachung, zu der man ja in den Wachsälen eingerichtet ist. Irgendwelche Medikamente, um diese Unruhe sicher abzukürzen, gibt es nicht; ebenso sind hydrotherapeutische Maßnahmen (warme Dauerbäder, feuchte Einpackungen), ferner Heißluft-, Dampf- oder Schwitzbäder wegen der auch bei körperlich kräftigen Deliranten stets drohenden Gefahr des Herzkollapses nur mit größter Vorsicht anzuwenden. Auch durch Isolieren soll man die motorische Unruhe der Deliranten nicht künstlich beschränken, sondern, wo die äußeren Verhältnisse und der Herzzustand dies erlauben, ihnen lieber möglichst ausgiebige Bewegung gestatten.

In kleineren Krankenhäusern, in denen Wachabteilungen nicht zur Verfügung stehen, kommt man mit dieser abwartenden Therapie des Erregungszustandes der Deliranten schon aus Rücksicht auf die Mitpatienten nicht aus. Das gewöhnlich beliebte Mittel des Isolierens ist entschieden zu widerraten wegen der im Isolierzimmer

möglichen Beschädigungen der unruhigen Kranken und weil auf der Höhe des Delirs schwere epileptische Anfälle auftreten können. Eine Isolierung kann man höchstens vornehmen, wenn man eine Wache dazu setzt. Die meisten Narcotica sind gleichzeitig schwere Herzgifte; namentlich sollen Chloralhydrat, Sulfonal, Trional bei Deliranten vermieden werden. Unter steter Kontrolle der Herz-tätigkeit kann man noch eher von Paraldehyd (5–10 g), Veronal (1–2 g), Chloralformamid (5–10 g) täglich Gebrauch machen; subkutan können bei ganz schwerer Erregung Duboisin (0,0025 pro Spritze) oder Skopomorphin ($\frac{1}{2}$ Spritze von der käuflichen Lösung) gebraucht werden. Auch kann man warme Dauerbäder (höchstens 4–6 Stunden 35 C) zur Beruhigung versuchen. Wenn irgend an-gänglich, soll man auch im Krankenhaus die Unruhe der Deliranten nach den oben angegebenen arzeneilosen Grundsätzen behandeln.

Möglichst reichliche Flüssigkeitszufuhr in Gestalt leicht angesäuerten Wassers (z. B. 1 %ige Lösung von Natrium aceticum mit etwas Syrup. simpl.) wirkt sicher günstig, einerseits um Durstgefühl und Trinkgewohnheiten der Kranken zu be-friedigen, anderseits um durch die erhöhte Diurese die für das Delirium angenommenen Eigengifte des Körpers wegzuschaffen (Ganser, Eichelberg); demselben Zweck dient die Regelung der Verdauung.

Besondere Sorgfalt erfordert bei allen akuten Zuständen des chronischen Alkoholismus die Verhütung eines Herz-kollapses, der namentlich die Prognose des Deliriums am meisten verschlechtert. Neben der erwähnten Vermeidung dif-ferenter Narcotica gibt man am besten bei jedem Delirium von vornherein Digitalisinfus (Ganser) und außerdem bei bedroh-lichen Zuständen Strophanthus, Kampfer per os oder per clysmata oder, namentlich bei Komplikation mit fieberhaften Erkrank-ungen, Pneumonien etc., auch Alkohol, besonders Sekt.

Die häufig bei Delirium und anderen akuten Alkohol-psychose bestehenden Albuminurie weist auf eine besondere Vulnerabilität der Nieren beim chronischen Alkoholismus hin und bedarf ebenso wie die häufig vorhandenen Störungen der Verdauungstractus (Pharyngitis, Gastritis, Darmkatarrhe) einer mit der Entziehung Hand in Hand gehenden und auch nachher noch fortgesetzten Behandlung. Ebenso wird man bald nach Ablauf der akuten Zustände die neuritischen Be-schwerden, welche dem Patienten häufig als Rheumatismen imponieren, in Angriff nehmen. Die Einzelheiten dieser Maß-nahmen, die nicht spezifische alkoholische Leiden betreffen, richten sich nach allgemeinen therapeutischen Grundsätzen.

Die Dipsomanie ist eine periodisch auftretende, krank-haft bedingte Begierde nach sinnlosem Genuß geistiger Ge-tränke, während in den Zwischenzeiten der Betreffende sehr mäßig sein kann. Auch hier wird man zunächst totale Ab-stinenz fordern, die sich hier manchmal zu Hause durchführen läßt. Liegt eine degenerative oder epileptische Prädisposition vor, so kann man versuchen, durch Darreichung von Brom vor der Zeit der zu erwartenden Attacke die Reizbarkeit herab-zusetzen. Weiter ist eine sorgfältige körperliche Behandlung erforderlich, weil sehr häufig Störungen von seiten des Gefäß-systems, des Magendarmtraktus etc. den äußeren Anlaß zum Auftreten einer dipsomanischen Attacke geben. Ferner muß versucht werden, während der Attacke die Trinkneigung des Kranken durch andere als alkoholische Getränke zu befriedigen. Manchmal handelt es sich bei der Dipsomanie um periodische Geistesstörungen, die Anstaltsbehandlung erforderlich machen.

Ein geheilter Delirant ist ein ungeheilter Alkoholiker! Erst jetzt, wenn die akuten Komplikationen des chronischen Alko-holismus abgelaufen, das durch die Entziehung bedingte Un-behagen geschwunden ist, beginnt die zweite, schwerere Auf-gabe bei der Behandlung der Trunksucht: die Gewöhnung an die Abstinenz. Dazu ist eine ein- bis anderthalb-jährige Anstaltsbehandlung erforderlich. Einen Trinker nach der Entziehung noch in der Anstalt zurückzuhalten, ist um so schwerer, als er nicht nur bei der ersten, sondern genau ebenso bei jeder folgenden Gelegenheit in diesem Stadium der Behandlung sich völlig genesen, arbeitsfähig und imstande glaubt, aus eigener Kraft die jetzt überschwenglich und massenhaft geäußerten guten Vorsätze durchzuführen. Dazu kommt noch bei dem Wiedererwachen ethischer Gefühle die Reue und Scham über das frühere Verhalten und der dringende Wunsch, das Versäumte an seinen Angehörigen

wieder gut zu machen. Glaubt man seinen Gelöbnissen und gibt seinem Drängen auf Entlassung nach, so erfolgt mit der Sicherheit eines Experiments in aller kürzester Zeit der Rück-fall, oft schon bei der Feier des Wiedersehens mit seinen Familienangehörigen und Freunden. Andererseits kann man aus formalen Gründen nicht entmündigte Trinker gegen ihren Willen weder in Trinkerasylen noch in Irrenanstalten halten, wenn sie kein deutliches Zeichen psychischer Störung mehr aufweisen; daran scheitern sehr viele Heilungsversuche auch bei prognostisch günstig gelagerten Fällen, ganz abgesehen davon, daß häufig für die weitere Anstaltsbehandlung keine Mittel zur Verfügung stehen. Hier muß durch persönlichen Einfluß auf den Kranken und seine Angehörigen versucht werden, diesen frühzeitigen Austritt zu verhindern.

Für die Gewöhnung an die Abstinenz kommen hauptsäch-lich psychische Faktoren in Betracht: der suggestive Einfluß des Arztes, das Beispiel der abstinenten Umgebung, die Ein-wirkung eines geordneten Regimes und namentlich einer regel-mäßigen, womöglich körperlichen Beschäftigung. Daneben muß mindestens für $\frac{3}{4}$ Jahr noch eine sehr sorgfältige Ueber-wachung andauern, die entsprechend dem wiedererwachenden Ehrgefühl des Kranken diskret gehandhabt werden muß.

In größeren Anstalten wird man den Kranken allmählich von der Wachstation weg auf ruhigere, freiere Abteilungen legen, ihn, immer unter sorgfältiger Beaufsichtigung, an körper-licher Beschäftigung im Freien, Spaziergängen etc. teilnehmen lassen; später muß man ihm versuchsweise freien Ausgang gewähren, dabei aber fortgesetzt kontrollieren, ob der Kranke dabei nicht, wenn auch nur ganz geringe Mengen alkoholischer Getränke nimmt; ein Rückfall wird dem sorgfältigen Beob-achter schon an einer Veränderung des psychischen Verhaltens ersichtlich. Im allgemeinen sind chronische Alkoholiker lenk-bar und bestimmbar, sodaß sie sich im Anstaltsbetrieb unter eine wohlwollende, aber energische Leitung fügen, freilich auch durch unzufriedene Elemente, durch hysterische, degener-ative oder schwachsinnige Kranke leicht ungünstig beeinflusst werden; von diesen muß man sie also trennen.

Hand in Hand mit diesen Maßnahmen muß die weitere Be-handlung der körperlichen und psychischen Folgen des chronischen Alkoholismus gehen, und hier muß her-vorgehoben werden, daß auch sehr schwere Erscheinungen, die anfangs als dauernde Ausfälle auf körperlichem und physischem Gebiet imponieren, oft überraschend weit zurückgehen.

Dahin gehören z. B. einzelne Störungen des Korsakowschen Symptomenkomplexes. In einem Fall von alkoholischem Kor-sakow sah ich schwere, neuritisch bedingte Atrophien und Lähmungen an allen Extremitäten unter Jodkali, elektrischer und Massagebehandlung sich weitgehend zurückbilden. Auch die Merkfähigkeit- und Orientierungsstörungen können durch systematische Gedächtnisübungen sehr gebessert, beinahe völlig behoben werden. Endlich verschwinden in vielen Fällen nach einjähriger Abstinenz manche andere Ausfälle auf ethi-schem und affektivem Gebiet, soweit sie durch die chronische Alkoholvergiftung, nicht durch die dabei oft vorhandene dege-nerative Grundlage gesetzt worden sind, sodaß also auch in dieser Richtung eine Behandlung nicht so sehr aussichtslos erscheint.

Je weitgehender diese psychischen Leistungen wiederher-gestellt werden, um so sicherer erscheint nach der Entlassung aus der Anstalt die Aussicht auf eine Dauerheilung der Trunksucht. Weiter dürfen wir aber auf einen Bestand der Heilung nur rechnen, wenn der Genesene absolute Absti-nenz von allen geistigen Getränken streng durch-führt. Für früher Trunksüchtige gibt es keinen „mäßigen Ge-nuß“; hier ist jeder Tropfen vom Uebel. Hier muß die Tätig-keit des Hausarztes einsetzen, teils mit den oben schon an-gegebenen prophylaktischen Maßregeln, teils durch Belehrung Familienangehöriger und Ueberwachung des Genesenen, na-mentlich in Zeiten körperlicher Erkrankung oder psychischer Inanspruchnahme. Eine wertvolle Hilfe gewähren bei dieser Festigung genesener Trunksüchtiger die Abstinenzvereine (in Deutschland namentlich der Guttemplerorden und das blaue Kreuz); der Beitritt zu einem dieser Vereine ist namentlich wegen des suggestiven Beispiels und des dadurch gegebenen

Rückhalts bei öffentlichen und gesellschaftlichen Veranstaltungen zu empfehlen. Auch in den besser situierten sozialen Schichten ist die Reform der Trinksitten heute soweit gediehen, daß niemand mehr sich wegen Enthaltung von geistigen Getränken vom geselligen Verkehr auszuschließen braucht.

Endlich bleibt auf diesem Gebiet wie auf dem der Prophylaxe der Wohlfahrtstätigkeit von einzelnen, von Vereinen und Behörden ein reiches Feld der Betätigung in Gestalt von Arbeitsnachweis, Entfernung ehemaliger Trinker aus Beschäftigungen im Bereich der Alkoholindustrie, Besserung der wirtschaftlichen Lage, der Wohnungs- und Familienverhältnisse der Arbeiterbevölkerung, Beschränkung der Fabrikarbeit der Frauen zugunsten ihres eigentlichen Berufs, Gründung von Haushaltungsschulen, Erholungsstätten ohne Alkoholzwang, um nur einige Stichworte auf diesem Gebiet der sozialen Fürsorge zu nennen. An allen diesen Bestrebungen muß der Arzt in seinem Wirkungskreis und mit der Autorität seines Wissens und Könnens regen Anteil nehmen.