

Belege, und zwar für die Sterbefälle der Zivilbevölkerung der Stadtgemeinde Berlin (ohne Vororte).

Die Zahlen der Tabelle ergeben ein sehr klares Bild, das auch durch die nachfolgende kritische Erläuterung keine wesentlichen Veränderungen erfährt. Vor dem Kriege, 1900 bis 1914, ein dauerndes, nur durch einzelne Schwankungen unterbrochenes Steigen der Todesfälle¹⁾ von 245 auf 444, von 1915—1918 ein ununterbrochenes Absinken bis auf 202.

Das Jahr 1914 kann in seiner Gänze unbedenklich zur Friedenszeit gerechnet werden, da erst ein sehr kleiner, und zwar der gesündeste Anteil der Männer eingezogen war und weil die Ernährung, abgesehen von einigen Luxusverboten (Schlagsahne), noch keine wesentliche Einschränkung erfahren hatte.

		Sämtliche Todesfälle in					
		absoluten Zahlen			relativen Zahlen		
					M. u. Fr.	Männer	Frauen
1900—1902	245				Die Todesfälle der Kriegsjahre		
1903—1906	365				in % der Friedensjahre		
1907—1910	384				1911—1914		
1911	441	251	190				Auf
1912	459	248	211				100 Männer
1913	409	230	179				Frauen
1914	468	273	194				
Mittel 11-14	444	251	193	100 %	100 %	100 %	77
1915	385	209	176	87 %	83 %	91 %	84
1916	332	177	155	75 %	70 %	80 %	88
1917	246	125	121	56 %	50 %	63 %	97
1918	202	122	80	46 %	49 %	42 %	66
							84

Ich vergleiche die Kriegsjahre mit dem Mittel der vier vorangegangenen Friedensjahre (444 Todesfälle). 1915—1918 erfolgten 385, 332, 246 und 202 Todesfälle (im ersten Halbjahr 1919 92). Der stärkste Abfall ist 1917; erst in diesem, nach dem üblen Kohl-rübenwinter, begann ja die Zeit der schweren Entbehrungen. — Im vierten Kriegsjahr sind nur mehr 202 Personen, 46% der Friedenszeit, an Diabetes gestorben.²⁾ Für das gleiche Jahr gibt G. Rosenfeld³⁾ den Rückgang in Breslau auf 49%, in München, in dem die Ernährung weit besser geblieben war, auf 77% an. An dem Absinken ist in den ersten drei Jahren das männliche Geschlecht stärker beteiligt als das weibliche, erst 1918 kehrt sich das Verhältnis um. Kamen im Frieden auf 100 Männer durchschnittlich 77 Frauen, so 1915—1918 84, 88, 97 und 66, im Mittel 84. Der größere Rückgang bei den Männern ist nur zum kleinsten Teil auf den Fortfall der Eingezogenen zurückzuführen (s. weiter unten). Ich glaube vielmehr, daß die Einschränkung der Luxusernährung die Männer stärker betroffen hat, wodurch bei ihnen die Sterbefälle mehr abgenommen haben. Die üppige Ernährung, die bei vorhandener Anlage Ausbruch, größere Schwere und schnelleren Ablauf der Zuckerkrankheit herbeiführt, ist sicher beim männlichen Geschlecht im Frieden weitaus stärker gewesen als beim weiblichen, die erzwungene Einschränkung hat es mehr betroffen.

Die Verminderung der männlichen Zivilbevölkerung durch die Einziehungen, die zuletzt an 30% betragen haben mögen, hat an dem Rückgang der männlichen Todesfälle nur einen geringen Anteil. Denn selbst in den letzten zwei Kriegsjahren, in denen alle nur irgend verwendbaren Männer eingestellt wurden, sind wohl nur wenige Diabetiker mit stärkerer Glykosurie ausgehoben worden. Die schlechten Risiken, die voraussichtlichen oder möglichen Todeskandidaten der nächsten zwei Jahre sind wohl größtenteils in der Zivilbevölkerung verblieben. Und so ist die auch im Frieden mäßige Beteiligung dieser Altersklasse an den Diabetes-todesfällen der Männer im Krieg nur wenig gesunken. Im wehrfähigen Alter von 20—50 Jahren starben in Prozenten aller an Diabetes gestorbenen Männer:

im Frieden 1911—14	24 %
„ Krieg 1915—18	20 „
„ „ 1917—18	20 „

¹⁾ Die Zahlen der einzelnen Jahre von 1900—14 sind: 193, 261, 281, 310, 393, 324, 413, 373, 367, 406, 390, 441, 459, 409, 468.

²⁾ Ich gebe, ohne es im einzelnen zu verwerten, anbei noch das gesamte Material gesondert nach einzelnen Kalenderjahren und nach den Lebensjahren oder Jahrzehnten zum Studium für daran Interessierte und für zukünftige Verwertung wieder:

Anzahl der Todesfälle nach Altersklassen beim männlichen (grade) und weiblichen Geschlecht (liegende Zahlen).

Jahres- klasse:	1—2	2—5	5—10	10—15	15—20	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	70—80	80—100
1911	1	1	1	3	7	18	9	8	27	13	74	46
1912	3	3	3	1	4	3	8	15	13	45	20	71
1913	1	2	5	3	6	12	6	19	10	27	11	62
1914	1	6	3	3	4	11	6	15	8	42	25	77
1911—1914 Sa.	1	6	11	5	12	21	18	29	65	39	181	69
1915	2	2	2	5	3	4	9	4	15	5	25	15
1916	1	2	2	2	6	4	4	8	10	6	15	7
1915—1916 Sa.	1	2	4	3	4	5	9	13	23	11	40	22
1917	1	1	1	1	1	1	6	5	8	3	7	11
1918	1	1	2	2	2	5	5	7	16	9	31	21
1917—1918 Sa.	1	1	2	1	3	3	11	10	15	8	23	20

Ueber den Diabetes in Kriege.²⁾

Von A. Magnus-Levy.

M. H.! Für die schon allgemein bekannte Abnahme des Diabetes in der Kriegszeit gebe ich in Folgendem statistische

¹⁾ Ringer-Lösung enthält: 6‰ Chlornatrium, 0,4‰ Chlorkalium, 0,20‰ Chlorkalzium und 0,03‰ Natrium bicarbonicum.

²⁾ Vortrag im Verein f. innere Medizin u. Kinderheilkunde zu Berlin am 20. X. 1919. Vgl. die Diskussion S. 1399.

³⁾ B. kl. W. 1919 S. 787.

Und aus dem Alter über 50 Jahren stellen doch die Offiziere mit beträchtlicher Glykosurie ein zu geringes Kontingent, um das Resultat zu beeinflussen.

Hinsichtlich der Beteiligung der Altersklassen überhaupt scheint mir bei der absoluten Kleinheit der Zahlen, namentlich der niederen Altersstufen, nur eine Scheidung in drei große Gruppen erlaubt zu sein, in die des Kindes, des Mannesalters und die der höheren Jahre. Auch für eine Berechnung nach den einzelnen Kriegsjahren, die ja Schwankungen aufweisen, sind die Zahlen zu niedrig, und so ist nur eine Gegenüberstellung aller vier Kriegs- und aller vier Friedensjahre zulässig.¹⁾ An den Gesamttodesfällen waren beteiligt:

Das Alter:	bis 15 Jahre	von 15—50 Jahre	50—100	1911—14 mit 2,6 %	1915—18 2,3 %
"	"	"	"	22,5	19,8
"	"	"	"	74,9	78,0

Die geringe prozentische Verminderung des mittleren Alters fällt, entsprechend den obigen Ausführungen, auf das männliche Geschlecht, auf den Ausfall der eingezogenen Männer. Ueberraschend dagegen ist das annähernde Gleichbleiben der Beteiligung des Kindesalters.

Ich hätte ein Gleichbleiben der absoluten Zahlen und somit ein Ansteigen auf das Doppelte bei dem prozentischen Verhältnis erwartet. Denn der Diabetes der Kinder gilt allgemein als eine reine Konstitutionsanomalie, bei der die anderen begünstigenden Einflüsse der späteren Jahre, insbesondere die Ueberernährung, noch gar keine Rolle spielen. Somit wäre zu erwarten gewesen, daß die Einschränkung der Ernährung, die in den anderen Lebensaltern eine so gewaltige Abnahme der absoluten Zahl der Todesfälle bewirkt hat, hier ganz einflußlos geblieben wäre. Man wird zunächst daran denken, daß die diagnostische und statistische Erfassung der Krankheiten und der Todesursachen im Kriege unvollkommener gewesen und daß das namentlich für den Diabetes der Kinder der Fall gewesen sei. Für die Erwachsenen läßt es sich bestimmt widerlegen.

An sich ist ja ausreichende ärztliche Versorgung von Jahr zu Jahr mehr erschwert gewesen, da schließlich nur noch ein Drittel der Aerzte der Zivilbevölkerung zur Verfügung stand. Aber gerade für den Diabetes wurde dieser Umstand mehr als ausgeglichen durch das starke Interesse, das der Kranke und der Arzt an der Stellung und amtlichen Beglaubigung gerade dieser Diagnose wegen der Gewährung der Nahrungsmittelzulagen hatten. Wessen Hunger und Abmagerung über das durchschnittliche Maß herausging, ließ sich „auf Zucker“ untersuchen. Und wer seinen Diabetes bescheinigt erhalten hatte, blieb, aus begreiflichen Gründen, selbst bei Verschwinden der Glykosurie, offiziell Diabetiker bis zu seinem Tod und kam dann auch zumeist in der Todesstatistik in diese Rubrik. Ganz im Gegensatz zur Friedenszeit. Da hatte bei den leichten Ernährungsmöglichkeiten mancher Zuckerkranker den Arzt wegen seines Leidens nicht mehr bemüht. Starb er dann an einer der vielen Komplikationen, wie Nephritis, Arteriosklerose, Gangrän, Pneumonie, Tuberkulose, so kam er oft nicht in die Liste der an Diabetes Gestorbenen. Anders im Krieg. Wie die statistische Erfassung der lebenden Diabetiker überhaupt erst im Krieg möglich geworden ist, so war, glaube ich, auch die Zählung der an Diabetes Gestorbenen im Krieg vollständiger, der Rückgang der Todesfälle ist also nicht nur kein scheinbarer, sondern er ging vielleicht noch über das Verhältnis heraus, das in den Zahlen der Statistik zum Ausdruck kommt, da die Friedenszahlen nicht alle Todesfälle enthielten. Nur für das Kindesalter ist ein Zweifel möglich. Es ist das einzige, bei dem im Frieden die Diagnose noch öfters verfehlt wurde. Im erwachsenen Alter sind mir in Berlin

¹⁾ Die Zahl der Todesfälle nach Altersgruppen und Kalenderjahren betrug

	0—15 Jahre		15—50 Jahre		50—100 Jahre	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.
1911	5	4	68	34	178	152
1912	7	4	57	43	184	164
1913	8	4	64	31	158	144
1914	10	4	72	40	191	151
1911—1914 Sa.	30	16	261	148	711	611
1915	4	8	52	28	153	140
1916	5	2	35	22	137	131
1915—1916 Sa.	9	10	87	50	290	271
1917	1	1	22	20	102	100
1918	4	1	30	21	88	58
1917—1918 Sa.	5	2	52	41	190	158

doch im letzten Jahrzehnt nur sehr wenig Fälle aufgestoßen, bei dem eine etwas stärkere Glykosurie längere Zeit un-erkannt geblieben wäre. Bei Kindern hingegen wurde und wird die Diagnose nicht ganz selten erst gestellt, wenn sie im Koma ins Krankenhaus gebracht wurden. Die Versorgung im Krankenhaus aber war im Krieg sehr erleichtert, und die Mütter machten für ernährungsranke und namentlich für sterbende Kinder einen reichlicheren Gebrauch davon. Es ist daher möglich, daß die seltenere Feststellung des Kinderdiabetes im Elternhaus durch die erleichterte und daher häufigere Erkennung im Krankenhaus ausgeglichen wurde und daß auch der Rückgang der Krankheit bei den Kindern nicht scheinbar war, sondern wirklich existierte.

Zwei Einwände wäre noch zu gedenken, die auf die Statistik und deren Beurteilung Einfluß haben könnten: Erstens des Fortfalls der zahlreichen, früher in Berlin behandelten auswärtigen Zuckerkranken. Aber ich glaube nicht, daß unter ihnen so gar viele Todeskandidaten gewesen seien, als daß ihr Ausfall einen wesentlichen Einfluß auf das Absinken der Kriegsjahre gehabt hätte. Um so weniger, als die übergroße Zahl der Privatkliniken nicht in Berlin selbst, sondern in den Vororten gelegen ist. — Hat ferner eine Veränderung der Bevölkerungszahl und eine Verschiebung der Altersklassen auf das Ergebnis der Statistik einen Einfluß gehabt? Der starke Rückgang der Kinder im Alter bis zu vier Jahren infolge des Geburtenrückganges kommt wegen der geringen Beteiligung dieses Alters am Diabetes nicht in Betracht. Die Wirkung des Fortfalls der Wehrpflichtigen wurde schon erörtert. In den übrigen Altersklassen und beim weiblichen Geschlecht ist nicht nur kein Rückgang der Einwohnerzahl erfolgt, sondern ein recht beträchtlicher Zugang durch Zuzug. Er ist aus der Bevölkerungszählung Ende 1916 klar ersichtlich und hat in der späteren Kriegszeit noch zugenommen. Und dieser Zugang setzte sich auch beim weiblichen Geschlecht ganz überwiegend aus den höheren Altersklassen über 50 Jahren zusammen, eben jenen, die mit drei Viertel aller Fälle an der Sterblichkeit am Diabetes beteiligt sind. An dem Rückgang des Diabetes ist somit die Bevölkerungsverschiebung ohne Einfluß gewesen.

Wenn ich früher unter den Ursachen für die Zunahme des Diabetes im letzten halben Jahrhundert die reichliche Ernährung hinter die ungeheure Zermürbung des Nervensystems im Zeitalter der Maschinen zurückzustellen geneigt war, so muß diese Ansicht geändert werden. Der Diabetes ist zurückgegangen trotz der ins Ungemessene gestiegenen Vermehrung der seelischen und geistigen Inanspruchnahme, die Krieg und Revolution über unser Land gebracht haben. In der Begünstigung des Diabetes steht die luxuriöse Ernährung durchaus an erster Stelle.

Die aus den Sterbefällen ersichtliche Veränderung des Diabetes findet ihre Bestätigung und Ergänzung in den klinischen Beobachtungen im Spital. Ein ganz getreues Spiegelbild kann nicht erwartet werden, weil erstens die Zahl der behandelten Fälle in einer relativ kleinen Abteilung an sich von Zufälligkeiten abhängt und weil diese Kranken, wie auch andere, sich wegen des lockenden hohen Verdienstes seltener und später ins Krankenhaus aufnehmen ließen.

Die Zahl der von mir im Friedrichshain behandelten Zuckerkranken nahm stark ab. Unter Mitzählung aller Personen, die nicht wegen des kranken Stoffwechsels, sondern wegen der im Vordergrund stehenden Komplikationen, Phthise, Erysipel usw., aufgenommen wurden, waren es in den letzten Friedensjahren 23, 22 und 27, im Mittel 24 Diabetiker, in den vier Kriegsjahren 16, 11, 9 und 8 Fälle. In drei Friedensjahren insgesamt sieben Kinder unter 16 Jahren, in vier Kriegsjahren nur drei. Von 72 Friedensdiabetikern starben im Krankenhaus 28, das sind fast 40 %, und von diesen 15 an Koma. Von 44 Kranken im Krieg starben 13, gleich 30 %, darunter nur drei an Koma (7 % der aufgenommenen Fälle, gegen 20 % vorher). Weitere prozentische Berechnungen sind wegen der Kleinheit der Zahlen nicht zulässig.

Auch hinsichtlich des klinischen Bildes im Krieg und seiner Unterschiede gegen die glücklicheren Zeiten verzichte ich auf eine vollständige Schilderung und hebe nur einzelne wichtigere Punkte heraus. Meine Erfahrungen decken sich größtenteils mit denen anderer Autoren (K. Klemperer, Rosenfeld, Albu u. a.).

Leichte Fälle. Im Gegensatz zu vielen anderen Anstalten konnte ich meine Kranken selbst in den letzten zwei Jahren noch leidlich ernähren, ihnen wenigstens einige Zeit 100—150 g Fett bieten. So gelang die Entzuckerung, selbst bei starker Glykosurie, bei vielen, oft schon ohne vollständige Kohlehydratentziehung, und die meisten Kranken konnten in kurzer Zeit auf eine leidlich gute Toleranz gebracht werden. Daß auch außerhalb klinischer Ueberwachung, bei recht

freier Kost viele Kranke eine geringere Glykosurie hatten als bei den Fleischtöpfen des Friedens, ist allgemein bekannt.

Ein gutes Beispiel: Ein seit zehn Jahren von mir behandelter, sehr zuverlässiger Patient, den ich auch bei vollständiger Kohlenhydratzuzug nur vorübergehend hatte entzuckern können, schied jahrelang bei einer Aufnahme von 100—150 g Brot etwa 30—40 g Glykose aus. In den letzten zwei Jahren lebte er sehr dürrig, von äußerst geringen Mengen Eiweiß, höchstens 50 g Fett, im übrigen von den Gesamtrationen Brot, Kartoffeln und Zerealien der allgemeinen Kost inklusive dreier Mittagsportionen der Massenspeisung. Bei einer Einfuhr von gewiß 500 g Kohlenhydraten schied er nie über 70 g Zucker aus. Er nahm an Gewicht kaum ab. Daß bei den leichten Diabetikern, die sich noch größere Mengen Fett verschaffen konnten, eine Glykosurie trotz erhöhten Brot- und Kartoffelgenusses zurückging oder verschwand, haben ja auch viele praktische Aerzte in eigener Tätigkeit erfahren.

Während früher auf den Abteilungen für Tuberkulose und Erysipel leichte Diabetesfälle nicht ganz selten zufällig entdeckt wurden, kam das in der Kriegszeit kaum noch vor. Die Anamnese ergab aber, daß manche dieser Kranken früher einen Diabetes gehabt hatten.

Mit der bedeutenden Abnahme des Eiweißbestandes und des Fettpolsters ging eine starke Verminderung der Kohlenhydratvorräte, d. h. des Glykogens, einher, nicht nur bei den Kranken, sondern natürlich bei der ganzen Bevölkerung. Das wird u. a. durch folgende Tatsache beleuchtet. Während im Frieden fast kein Fall von schwerer Leuchtgasvergiftung ohne Glykosurie verlief, habe ich eine solche bei diesen auch im Kriege häufigen Vergiftungen nur zwei- bis dreimal gesehen, und dann nur bei recht gut ernährten Personen.

Fälle mit schwerem Diabetes. Energische Entzuckerungsversuche längere Zeit durchzuführen, war bei dem Fettmangel nicht möglich, auch die Einstellung auf eine niedrige Zuckerausscheidung bot Schwierigkeiten. Daß die Kranken mit geringer Toleranz bei unzureichender Fettzufuhr schneller an Gewicht abnehmen mußten als im Frieden, ist ein Postulat, das ich aber nicht mit Zahlen belegen kann. Man könnte auch folgern, daß sie deswegen der Krankheit schneller erliegen mußten als früher. Es läßt sich das zuverlässig weder beweisen, noch widerlegen. Aber mein allgemeiner Eindruck spricht durchaus nicht dafür. Mir scheint, daß das Leben dieser Kranken durch Fettmangel und schnelleren Körperschwund keineswegs immer verkürzt worden sei, weil nämlich das Ereignis, das sonst ihrem Leben vorzeitig, d. h. vor Eintritt des vollen Aufbrauchs, ein Ende setzte, das Koma, sehr viel seltener geworden ist. Nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in der allgemeinen Praxis. Die Konsilien wegen Komas sind selten geworden. Im Einklang damit steht das merkliche Zurücktreten der Azidosis, auch in den schweren Fällen. Zwar konnten quantitative Bestimmungen, namentlich der Oxybuttersäure, im Krieg nicht ausgeführt werden. Aber die Farbreaktionen auf Azeton und Azetessigsäure fielen nie entfernt so intensiv aus, wie im Frieden. Zur Erreichung neutraler Reaktion im Urin reichten im Vergleich mit früher verhältnismäßig kleine Mengen Natron aus. Und auch das Koma selbst trug da, wo es wirklich eintrat, nicht mehr so gewaltsame Züge wie einst. Wohl war das eigentümliche Gepräge der dyspnoischen Atmung noch erkennbar, aber die Atmung war nie so vertieft, nie so gewaltsam wie früher. Die Todesart näherte sich mehr einem ruhigen Einschlafen. Auch fehlten die das Koma sonst öfters einleitenden Störungen, die Durchfälle, die schweren Magenverstimungen mit der Oppression in der Magengegend usw. — Ausgesprochene Lipämie war sehr selten, doch habe ich sie — wohl zufällig — auch früher nicht häufig gesehen.

Auch in anderen Krankheiten, in denen die Überlastung des Körpers durch die Ernährung eine gewisse Rolle spielt, traten manche Symptome milder auf. So scheinen die akuten Gichtanfälle nicht nur seltener geworden zu sein, sondern auch weniger schmerzhaft, weniger ausgebreitet und mit geringeren Entzündungen zu verlaufen. Bei der Hypertonie der Nephritiker und der Arteriosklerotiker habe ich die früher häufig beobachteten Werte über 200 mm Hg im Krieg nur selten gesehen.

Wesentlich häufiger scheint der Ausgang in Tuberkulose geworden zu sein. Auch bei den schweren Diabetikern.

Sie blieben vom Koma verschont und starben mit mäßiger Azidose an ihrem Lungenleiden. Teufel und Beelzebub! Ueber die Häufigkeit der diabetischen Gangrän habe ich kein Urteil, weil die Fälle meistens gleich auf die chirurgische Station kommen. Nach Ansicht unseres Chirurgen Neumann sei dies Vorkommnis nicht seltener geworden.⁴⁾

Das wäre verständlich, da die Gangrän, wenn auch durch die Stoffwechselstörung begünstigt und modifiziert, doch nicht deren direkte Folge ist, vielmehr die der Arteriosklerose. Und wenngleich auch die letztere durch den falschen Ablauf des Umsatzes gefördert wird, so wird sie doch, einmal entstanden, durch andere Ernährung nicht mehr rückgängig, die im Krieg aufgetretene Gangrän fällt noch der Friedenszeit zur Last.

Die Erfahrung, daß die Abspernung einer Bevölkerung die Zuckerkrankheit abnehmen läßt, ist schon einmal gemacht, bei der Belagerung von Paris 1870/71. Aber diese hat nur soviel Monate gedauert, wie die Blockade Deutschlands Jahre, die Wirkung muß sehr viel geringer gewesen sein. Ein genauer Bericht mit Einzelangaben liegt mir nicht vor.

Die Lehre, daß beim Diabetes die Einschränkung der Kohlenhydrate allein nicht genüge, daß eine weitgehende Mäßigkeit in der gesamten Kost notwendig sei, ist seit langem von Bouchardat, Cantani, Naunyn vertreten worden. Unser deutscher Kliniker hat im besonderen die Schädlichkeit der Eiweißüberfütterung gezeigt. Die Lehre von der Zuckerbildung aus Eiweiß wurde begründet und bewiesen. Fraglich wäre nur noch, ob auch im Fettgenuß weitgehende Zurückhaltung von Nutzen ist, oder, schärfer gefaßt, ob unter sonst gleichen Verhältnissen sich der Diabetiker bei 60—65 oder bei 80—85 kg Gewicht besser befindet. Davon ist ja natürlich nicht die Rede, die jetzt stark abgemagerten Diabetiker noch weiter auch mit Fett unter dem Erhaltungsbedarf zu halten. Auch eine Auffüllung verlorener Fettreserven bis zu dem Normalgewicht eines Gesunden, 60—70 kg, je nach Länge und Körperbau, ist zu wünschen. Aber ist es vorteilhaft, ihm darüber hinaus die 10—20 kg Fettgewebe wieder anzumästen, ohne welche Reserven der Kranke sich einst unmittelbar von seinem Leiden bedroht glaubte?

Größere Fettzulagen über den Bedarf führen als solche nicht zu einer Steigerung der Zuckerausscheidung und auch nicht direkt zu einer stärkeren Erhöhung der Verbrennungen. Ebenso wenig vermehren sie, wenn wir von den niedrigen Glyzeriden der Butter und von dem allerschwersten Diabetes absehen, eine vorhandene Azidosos unmittelbar. Für eine derartige Annahme sehe ich keine sicheren Beweise. Insofern schiene also eine weitgehende Auffüllung früheren Fettreichtums nicht bedenklich.

Dennoch halte ich sie nicht für besonders erstrebenswert. Selbst wenn sie ohne wesentliche Erhöhung der knappen Eiweißrationen, denen sich viele Kranke jetzt angepaßt haben, gelingen sollte, würde es allmählich doch direkt und indirekt zu einer gewissen Eiweißmast und Glykogenanhäufung kommen. Und diese, die stärkere Füllung und Überlastung der Zellen mit Reservestoffen, scheint es doch zu sein, die die Zuckerverwertung schädigt und die nicht nur infolge des Zuckerausfalls, sondern auch unmittelbar die Azidosis steigert. Diese Anschauung läßt sich nicht direkt beweisen, diese Erklärung ist nicht viel mehr als eine Umschreibung früherer Einzelbeobachtungen und der jetzigen Massenerfahrung im Kriege. Aber vielleicht wird in dieser Fassung der Erfahrungssatz von dem Nutzen weitgehender Mäßigkeit sich fester einprägen als früher.

Zunächst freilich werden wir unsere Kranken und auch die Gesunden nicht ernähren wie wir wollen, sondern wie wir können. Gar zu reichlich werden selbst für den wohlhabenden Diabetiker die Fettquellen nicht fließen, und an Fleisch, Milch und Eiern wird kein Übermaß für ihn zu besorgen sein. Unter diesen neuen knappen Bedingungen wird es angezeigt sein, die Ernährungsverhältnisse der Diabetiker und anderer Kranker, wie vor allem der Gesunden neuerdings exakt zu studieren. Im Verlauf des Krieges haben die Anhänger einer weitgehenden Zurückdrängung des Eiweißgenusses etwas zu sehr das Wort geführt, jetzt an seinem

⁴⁾ Die alleinigen Zahlen der in den großen Krankenhäusern behandelten Gangränfälle bewiesen übrigens eine Nichtabnahme keineswegs, weil zahlreiche chirurgische Fälle aller Art (auch die Perityphliden, über deren Abnahme man sich gestritten hat), die sonst in Privatkliniken behandelt worden waren, wegen deren Schließung im Krieg in die allgemeinen Anstalten kamen.

Ende ist ein gewisser Rückschlag zu den Forderungen Voits bezüglich hoher Eiweißzufuhr usw. nicht zu verkennen. Zu genauen Untersuchungen, die unsere Kenntnisse vertieft hätten, ist aus äußeren Gründen keine Möglichkeit gewesen. Hier Fehlendes nachzuholen, muß die Aufgabe der nächsten Zeit sein.
