

# Briefe an die SÄZ



## Gaswerktherapie und Schneckensirup gegen Keuchhusten

Zum Hundert-Jahr-Jubiläum des Gaswerkes von Flawil wurde kürzlich im Ortsmuseum Lindengut eine Ausstellung eröffnet. Bei seinen Recherchen stiess der Flawiler Historiker Anton Heer auf die in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts praktizierte Keuchhustentherapie in den Gaswerken Flawil, Niederuzwil, Goldach und Schlieren. Man erhoffte sich eine Besserung durch die Einatmung von Ammoniakdämpfen, die bei der Verkokung von Kohle entstehen. Im Gaswerk Schlieren durften an Keuchhusten erkrankte Kinder mit Sand aus der Gasreinigungsanlage spielen und in Chur hielten sich Kinder ein bis zwei Stunden in der Nähe von Kokshaufen auf. Anton Heer gelangte an mich mit der Frage, ob mir etwas über diese Gaswerktherapie der Pertussis bekannt sei. Ich hatte meinen zermürbenden Keuchhusten etwa 1939 im Alter von sechs Jahren und erinnere mich, dass meine Mutter mit mir häufig in den Wald ging. Von der Möglichkeit, mich im Gaswerk Flawil Ammoniak «schnüfele» zu lassen, wussten meine Eltern anscheinend nichts, oder hielten nichts von dieser Methode. Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass ich mich einfach nicht mehr daran erinnere. Hingegen war der Schneckensirup ein Hoffnungsträger. Apotheker und Drogisten liessen Schnecken (Weinberg-[-?] oder Rossschnecken) zur Gewinnung des Hustensafts über ein Gitter kriechen. Dabei verflüssigte sich der Schleim und tropfte ab. Es scheint, dass dieser Sirup für damalige Verhältnisse recht teuer war. So entschloss man sich zur Selbsthilfe. Mein Vater weckte mich einmal beim Morgengrauen und wir begaben uns ins feuchte Tüfentobel in Flawil, wo wir einige Dutzend rote Rossschnecken sammelten. Sie wurden gründlich gewaschen und in einem Gefäss mit Zucker bedeckt. Der verflüssigte Schleim wurde dekantiert, verdünnt und nachgezuckert. Der Sirup schmeckte gut, war süss und wurde dreimal täglich als Dessert teelöffelweise verabreicht. Wir Kinder waren auch noch nicht so zart besaitet, dass wir uns geweigert hätten, die Medizin zu schlucken. Ganz im Gegenteil: im

Gegensatz zur Misshandlung mit dem ewigen Fischtran war das Schneckenprodukt sehr lecker. Das Schicksal der Schnecken vergällte uns den Genuss nicht.

Wir möchten gerne etwas mehr über Gastherapie und Schneckensirup erfahren. Sicher erinnern sich noch viele Kollegen an den Kampf gegen den gefürchteten Keuchhusten und griffen nach jedem Strohalm. Wir freuen uns über jeden Hinweis zu Ammoniak und Schnecken. Sicher leben noch einige Kollegen, die diese Therapien in ihrem Arsenal hatten oder selbst mit Gaswerkluft und Schneckenschleim behandelt wurden.

*Dr. med. René Flammer, Wittenbach*



## Atemhilfe

Der Beitrag von Collega Rippmann [1] illustriert eindrücklich, welch seltsame Blüten das Kausalitätsbedürfnis von Patienten treiben kann. Er schildert aber auch sehr anschaulich die Manifestation eines «adult onset asthma». Aus Sicht eines Pneumologen sind Ergänzungen zum ganzheitlichen Verständnis des Krankheitsbildes notwendig. Die Klassifikation der Asthma-Phänotypen beinhaltet das Intrinsic Asthma [2], bei dem keine Allergie als Auslöser nachweisbar ist. Die Erstbeschreibung erfolgte durch Rackemann [3], die erste Charakterisierung in der deutschsprachigen Literatur durch Virchow 1973 [4]. Es ist durch eine eosinophile Entzündung sowohl der Bronchialschleimhaut als auch der Schleimhaut der oberen Atemwege gekennzeichnet. In Exazerbationsphasen lässt sich eine deutliche Bluteosinophilie nachweisen. Die im Beitrag dargestellte Patientin schildert den typischen Krankheitsverlauf eines Intrinsic-Asthmas. Es begann mit einer Laufnase (Rhinitis vasomotorica), wie man sie bei Polyposis nasi oft sieht. Im Verlauf beschreibt sie wiederholt einen frontalen Druck als Ausdruck der Exazerbation einer chronischen Sinusitis, einen zunehmenden Reizhusten, Distanzgiemen und anhaltende Atemnot. Bei dieser Konstellation findet man in bis zu 40% eine Analgetika-Intoleranz.

In der Vor-Kortisonära starben am Intrinsic Asthma viele Patienten aufgrund von multiplen Bronchialausgüssen aus zähem Sekret. Die Erkrankung spricht gut auf Kortikosteroide an. Bronchospasmolytika therapieren nur den Bronchospasmus, nicht aber die entzündliche Schwellung der Schleimhaut. Ohne Zugabe von Steroiden können Betastimulatoren die Asthama mortalität sogar erhöhen. Ich bin überzeugt, dass sich mit einer modernen Asthmatherapie die Atemnot der Patientin so gut bessern liesse, dass ihr «Konzept» der Krankheit, das Gewicht des barometrischen Luftdrucks drücke ihr im Liegen die Atmung ab, rasch für sie an Bedeutung verlore.

Sigmund Freud interpretierte den Asthmaanfall als einen Schrei nach der Mutter. Die Psychosomatiker sahen anfangs im Asthma eines der typischen Leiden ihrer «holy seven». Gemeinsam hingen sie der gleichen Idee an, wie sie Collega Rippmann vertritt: Das Asthma stelle die somatische Auswirkung einer psychischen Belastung dar. Diese Ansicht wird heute von Pneumologen, aber auch von vielen Psychosomatikern in Frage gestellt. Die Ursache des Intrinsic-Asthmas, also einer ätiologisch unklaren Entzündung, die zu einer strukturellen Schädigung des Lungengewebes (airway remodelling) und zum Tode führen kann, ist genauso durch die Psyche bzw. nicht dadurch bedingt, wie die Entzündung der Gelenksynovia bei der rheumatoiden Arthritis. Dagegen ist unbestritten, dass Asthmatiker mit chronischem Verlauf der Erkrankung und Einschränkung der Lebensqualität, genauso wie Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen, oft an einer ängstlich gefärbten Depression leiden [5]. Die Gruppe um Klaus Rabe [6] an der Universität Leiden/Holland konnte zeigen, dass psychische Belastungsfaktoren zu den fünf wichtigsten Ursachen einer akuten asthmatischen Exazerbation gehören. Es ist wichtig, diese Patienten zu identifizieren und sie einer Psychotherapie zuzuführen. Psychotherapeuten sollten mit dem Anspruch an ihre Arbeit gehen, den Patienten bei den aktuellen Problemen zu helfen, und nicht ihnen das Asthma wieder weg therapieren zu wollen.

*Dr. med. Thomas Rothe,  
Facharzt Innere Medizin, Pneumologie FMH  
und FA Psychosomatik, Psychosoziale Medizin  
APPM, Co-Chefarzt, Leiter Abt. für Psycho-  
somatik, Luzerner Höhenklinik Montana*

- 1 Rippmann ET. Atemhilfe. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(38):1664-6.
- 2 Ruffilli A, Bonini S. Susceptibility genes for asthma and allergy. Allergy. 1997;52:256-73.

- 3 Rackemann FM. Intrinsic Asthma. J Allergy. 1940; 11:147.
- 4 Virchow C. Intrinsic Asthma: Symptomatik, Serum-IgE-Spiegel und Pathophysiologie. Prax Pneumol. 1973;27:578-91.
- 5 Janson C, et al. Anxiety and depression in relation to respiratory symptoms and asthma. Am J Respir Crit Care Med. 1994;149:930-4.
- 6 ten Brinke A et al. Risk factors of frequent exacerbations in difficult-to-treat asthma. Eur Respir J. 2005;26:812-8.



### Telefonberatung auf wessen Kosten? [1]

Telefonberatung und Triage kann sehr sinnvoll sein, sie kann – verantwortungsvoll angewandt – Patienten oder Eltern von Kindern rasch eine Orientierung geben sowie öfters auch den Gang zum Arzt ersparen. Dadurch werden gleichzeitig die Arbeitslast des Arztes sowie die Gesundheitskosten verringert. In der Kinderarztpraxis ist dies seit langem gelebte Realität. Die medizinische Praxisassistentin beurteilt am Telefon die Krankheitssituation sowie den Leidensdruck der Familie. Bei vielen sogenannten Bagatellerkrankungen kann mit einer telefonischen Beratung geholfen werden. Dies erfordert natürlich eine wiederholte Schulung des Personals. In der Winterzeit kommt es in Kinderarztpraxen nicht selten vor, dass eine Assistentin praktisch ganztags am Telefon beschäftigt ist, vorwiegend mit Beratung. Diese Leistung wird aber nicht entgolten! Weder gibt es dafür eine Tarifposition, noch ist dies in der sogenannten technischen Leistungskomponente (TL) des TARMED enthalten. Medizinische Praxisassistentinnen in einer Kinderarztpraxis verrichten sehr wenige tarifwirksame Leistungen (wie z.B. EKG, Röntgen, Labor), verbringen dafür um so mehr Zeit mit Telefonberatung oder auch Beratung in der Praxis ohne Arztkontakt. Es wäre an der Zeit, diese Besonderheit der pädiatrischen Praxis im Tarif zu berücksichtigen. Bis anhin zahlt der Pädiater diese Leistung, ohne dass dafür der Patient, die Krankenkasse oder die Gemeinde dies auch entschädigt.

*Dr. med. Oliver Dätwyler, Dietikon*

- 1 Schwarz R. Nutzung und Akzeptanz von medizinischer Telefonberatung in der Bevölkerung. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(36):1551-4.