Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 14 (1958)

Heft: 2

Artikel: Sucht, Missbrauch oder Gewöhnung

Autor: Wolff, P.O.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-307360

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 10.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

D. K. 614.35:615.754.7:616.89.003.441.33

Sucht, Mißbrauch oder Gewöhnung

Diskussionsvortrag

Von **P. O. Wolff †**, Genf

Eines der wesentlichen Probleme dieser Diskussion scheint mir die Frage, ob es sich überhaupt um eine *echte* Sucht handle. Was ist eine echte Sucht? Soweit es Opiate, natürliche wie synthetische, betrifft, ist die Fragestellung ziemlich einfach. Sobald man aber den gesicherten Boden der Opiate verläßt, wird die Symptomatologie immer verschwommener. Cocain z. B., das unter dem gleichen Titel international wie national kontrolliert wird, bietet ein völlig abweichendes klinisches Bild. Noch stärker kommt dies zum Ausdruck bei den Wirkungen des Cannabisharzes.

Mit der Zeit bin ich in der Benutzung der Bezeichnung «Sucht» immer vorsichtiger geworden, und mehr als in früheren Jahren denke ich daran, daß das klinische, suchtmäßige Verhalten einzelner (auch einiger) Personen noch nicht beweist, daß es sich um eine echte Sucht handelt, wenn nicht die betreffende Substanz schon an sich zu einer als suchtbildend charakteristischen chemischen Gruppe gehört. Aber auch hier gibt es wieder Ausnahmen, d. h. eine solche an sich zu den Suchtgiften zu rechnende Gruppe kann auch Substanzen enthalten, die keine Sucht erzeugen. Das praktisch bekannteste Beispiel der neuesten Zeit bietet hier wohl das Dextromethorphan (bekannter unter dem Markennamen Romilar), das optisch rechtsdrehend und hinsichtlich Sucht und Gewöhnung nach allem, was bisher bekannt ist, völlig ungefährlich ist, während die entsprechende linksdrehende Verbindung, also das Laevomethorphan, Sucht erzeugt wie die anderen bisher bekannten Morphinane (z. B. Dromoran). Es ist dies übrigens ein klares Beispiel der These, daß rechts- und linksdrehende Substanzen pharmakologisch durchaus nicht ähnlich, sondern sogar grundverschieden sein können.

Diese prinzipielle Feststellung hat uns allerdings etwas vom eigentlichen Thema dieser Diskussion abgebracht; sie sollte nur zeigen, wie weit die Schwierigkeit der «Sucht»-Bestimmung gehen kann und auf wie unerwartete Resultate man gefaßt sein muß.

Sie werden verstehen, daß ich mich hinsichtlich der *Definition der Sucht* an diejenige der Weltgesundheitsorganisation (WGO) halte, der

gerade letzthin ein ausführlicher Kommentar über Sucht und über Gewöhnung angefügt wurde, d. h. darüber, welche Substanz zu der einen oder der andern dieser Kategorien zu rechnen ist. Dabei muß man sich klar sein, daß es nicht immer so scharfe und charakteristische Phänomene gibt, wie sie das Morphin als Typ aufweist, und daß die Natur sich nicht immer in die engen Fesseln unserer Definitionen oder gar biologischen «Gesetze» zwängen läßt, die eben sehr oft gar keine Gesetze, sondern nur Regeln sind, wobei also der Häufigkeitsfaktor eine wesentliche Rolle spielt.

Die Definition der WGO, in ihrer Neufassung vom Oktober 1956, insistiert nach wie vor – und jetzt betont – auf der Unterscheidung von Sucht und Gewöhnung.

Sucht ist ein Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch die wiederholte Anwendung eines (natürlichen oder synthetischen) Mittels. Zu seinen charakteristischen Merkmalen gehören:	*Gewöhnung* an Medikamente ist ein Zustand, der durch die wiederholte Anwendung eines Mittels erzeugt wird. Zu seinen charakteristischen Merkmalen gehören:
1. ein übermächtiges Begehren oder Bedürfnis (Zwang), das Mittel weiter zu nehmen und es sich auf jede Weise zu verschaffen;	1. ein Begehren (aber kein Zwang), die Einnahme des Mittels fortzusetzen, da es gesteigertes Wohlbefinden erzeugt;
2. eine Tendenz, die Dosis zu steigern;	2. Tendenz zur Dosissteigerung ist nicht ein im Vordergrund stehendes Merkmal und kann fehlen;
3. psychische und gewöhnlich auch physische Abhängigkeit von den Wirkungen des Mittels;	3. ein gewisser Grad psychischer Abhängigkeit von der Wirkung des Mittels ist immer vorhanden, jedoch fehlt die physische Abhängigkeit (welche Abstinenzerscheinungen zur Folge hat);
4. eine schädliche Wirkung auf das Individuum und die Allgemeinheit.	4. Wenn schädliche Wirkungen auftreten, so betreffen sie in erster Linie das Individuum.

Das vielgestaltige Bild der Sucht-Krankheiten oder dessen, was dafür gehalten wird, zwingt oft, die Phänomene vorzugsweise von dem einen oder andern Standpunkt zu betrachten, und demgemäß werden andere Definitionen formuliert. Die Definition der WGO muß natürlich den Erfordernissen des öffentlichen Gesundheitswesens Rechnung tragen und betont daher entschieden die soziale Note.

Manche Definitionen gehen z. B. vom psychiatrischen Blickfeld aus, so die wohlbekannte von *John Staehelin*, Basel, fraglos einer der besten Kenner der Materie, die nicht das Mittel, sondern die Persönlichkeit in den Vordergrund stellt:

«Sucht kann man umschreiben als dranghaftes Suchen nach Genuß, Erleichterung, Rausch oder Betäubung. Letzterdings liegt jeder Sucht das Bedürfnis zugrunde, entweder Lust zu gewinnen oder Unlust zu vermeiden bzw. zu vertreiben oder beides zugleich».

Ich habe mit großem Genuß wieder die sublimen, man möchte sagen klassischen Kommentare gelesen, die *Staehelin* dazu in seiner vor 25 Jahren geschriebenen und heute noch maßgebenden Arbeit macht. Jedoch beschäftigt sich diese Veröffentlichung natürlich nicht mit der Frage, ob eine bestimmte Substanz suchterzeugend ist oder nicht; das war nicht das Thema seiner Erörterung, und auch seine Definition kreist nicht um dieses Problem.

Hier können sich also, bei aller Zusammenarbeit und bei prinzipiell gleichen Zielen, die Geister scheiden.

Sehr vieles, was nur Gewohnheit oder Gewöhnung ist, wird klinisch oft – und oft allzu rasch – als Sucht katalogisiert.

Gewöhnung und Gewohnheit sind nicht identische Begriffe, und man ist auf diesem Gebiet oft im Zweifel, welcher von beiden im gegebenen Falle zutreffend ist. Die Grenzen sind oft verwaschen, und die begriffsreiche deutsche Sprache, an sich schon schwierig genug, bietet hier bisweilen komplizierte Fragestellungen, die in anderen Sprachen nicht auftauchen, da derart feine Unterschiede nicht gemacht werden.

Ähnliches gilt übrigens für die Herkunft des Begriffs «Sucht» – er kann von «siech», also krank, abgeleitet werden, aber auch von «suchen». Wenn z. B. vor wenigen Tagen die Bäckermeister von Flawil sich dem «Kampf gegen die Schlecksucht unter Schulkindern» angeschlossen haben, so sind wir wohl alle einmal süchtig gewesen – oder sind es noch –, aber nicht siech.

Niemand wird wohl zugeben, daß der gewohnheitsmäßige Gebrauch von Asa foetida, den man noch vor einigen Jahrzehnten finden konnte, als echte Sucht oder etwa die schon klassische «Karlsbadersalzistin» von *Kraepelin* als echte Süchtige zu bezeichnen sind. Eine echte Sucht ist doch etwas Zwangsläufiges. Es muß immer wieder betont werden, daß zur Entstehung einer echten Sucht zwei Hauptkomponenten gehören: die Individualität der betreffenden Person und die Individualität des Mittels. Beide müssen zusammentreffen, um eine echte Sucht zu erzeugen. Vom echten Morphinsüchtigen muß man z. B. den chronisch Morphinkranken unterscheiden, d. h. diejenige Person, die, psychisch gesund, aus strenger ärztlicher Indikation über längere Zeiträume z. B. Morphin erhält mit der bekannten Folge der Gewöhnung und Toleranz, die aber, da psychisch nicht an das Morphin fixiert, mit Erfolg entwöhnt werden kann, ohne rückfällig zu werden oder andere Stigmata des

echten, wenn auch zur Zeit entwöhnten Süchtigen aufzuweisen, der latent immer der Gefahr des Rückfalls ausgesetzt bleibt (z. B. bei *P. O. Wolff*).

Ich bedaure es sehr, gestehen zu müssen, daß auf dem Gebiet der hier zur Diskussion stehenden Mischpulver, wie ich sie voraussetzungslos gern nenne, mir die entsprechende Situation noch gar nicht klar ist.

Ohne Zweifel liegt in einer nicht unerheblichen, ja sogar in einer die berufenen höchsten Hüter der Volksgesundheit auf den Plan rufenden Zahl von Fällen ein z. T. gefährlicher Mißbrauch vor.

Sicher sind hier die *psychischen Beobachtungen* beunruhigend. Ein auf dem Gebiet der Suchtkrankheiten so erfahrener Psychiater wie *P. Kielholz* – und vor ihm bereits *R. Fahrni* – hat auf der Friedmatt in einer immerhin bedenklichen Zahl von Fällen sehr eindrucksvolle Beobachtungen gemacht. Seine Beschreibung des suchtmäßigen Verhaltens einer Reihe von Personen, im Schweiz. med. Jahrbuch 1955, ist höchst eindrucksvoll.

Hier ist wohl auch *Mikoreys* aufschlußreiche Analyse zu nennen, wonach auf den von ihm entwickelten Hintergründen jedes schmerzstillende Mittel im Rahmen eines neurotischen Schmerzzaubers zum Suchtmittel werden kann, wenn es von der entsprechend stigmatisierten Person mißbraucht wird.

Und ebenso gehört zur weiteren Illustrierung der Situation hierher die Feststellung *Schweingrubers*, daß die ständigen Verbraucher, wie z. B. Uhrenarbeiterinnen, durchaus nicht obligat «tablettensüchtig» sind; an freien Tagen und während der Ferien benötigen sie keine Analgetica; von irgendwelchen als Entziehungssymptome zu deutenden Phänomenen ist dabei nicht die Rede. Dieses Verhalten spricht mit Entschiedenheit gegen eine echte Sucht.

Auch konnten *Thölen* und Mitarb. in ihrer sehr genauen Analyse weder Psychosen noch neuropathologische Symptome als Folgen des Saridon-Abusus feststellen.

Weiter ist die Zahl der psychiatrischen Beobachtungen doch relativ sehr gering im Verhältnis zu dem jährlichen Verbrauch an diesen Präparaten, der, wie ich mir vorstelle, ganz erheblich sein muß, und zu ihrem, wie von verschiedenen Autoren angegeben wird, recht weit verbreiteten Mißbrauch. An sich würde die Kleinheit der Zahl noch nichts Entscheidendes aussagen, denn wenn es sich um Opiate handelte, würden mir die Beobachtungen sicherlich genügen, um Zetermordio zu schreien, wie ich es im Laufe von über drei Jahrzehnten bei Morphinderivaten und synthetischen Opiaten mehrfach mit Erfolg getan habe. Aber in jenen Fällen war mit der Vorgang klar.

Bei diesen Mischpulvern ist dies nicht der Fall. Hier sind, jedenfalls noch zur Zeit, zu viele Unbekannte im Spiel. Ich nehme an, daß man hier mit Tierexperimenten schwerlich vorankommen wird, wie ja schließlich selbst bei Opiaten letztlich die Beobachtung am Menschen – und vielleicht bald schon die an Affen – entscheidet.

Ich weiß auch nicht, was beim Analgeticamißbrauch *das Primäre* ist:

a) Kopfschmerzen und Ermüdbarkeit, etwa durch eine chronische, interstitielle Nephritis, die oft schleichend einsetzt, wobei der Beginn der Erkrankung sich meist nicht genau eruieren läßt, während aber die soeben angeführten Beschwerden, die zur Einnahme von Mischpulvern Veranlassung geben, schon bestehen und zur jahrelangen regelmäßigen Einnahme von «Kopfwehpulvern» führen, wie in der Beobachtung von *Hensler*; die Krankheit wird dann vielleicht erst Jahre später manifest, wenn ich völlig unterrichtet bin. Dieser Ansicht hat z. B. *Reubi* Ausdruck gegeben; oder

b) andere, nicht auf körperliche Symptome zurückzuführende Ursachen, so z. B. Arbeitsbedingungen, Überanstrengung durch das heutige gehetzte Leben und andere psychische Ursachen, wobei dann bei entsprechender neurologischer Formel der betreffenden Person derartige Mischpulver als angenehm, vielleicht z. T. auch als euphorisch empfunden und deshalb unentwegt und in hohen Dosen genommen werden. Ich erinnere mich z. B. einer sehr kultivierten jungen Dame, die studiert und gleichzeitig ihren Lebensunterhalt als perfekte Sekretärin verdient; sie war dadurch ständig überarbeitet sowie unausgeschlafen und nahm – allerdings nicht regelmäßig – morgens 2–3 Dragées Optalidon, um wieder frisch zu sein. Mir ist dieser Vorgang nicht klar.

Es stellt sich jeden Tag mehr heraus, daß unsere althergebrachten guten Begriffe nicht ausreichen, da die *psychischen Reaktionen* vieler Menschen sich geändert haben.

Während auf der einen Seite immer mehr Berichte erscheinen, daß die Abstinenzsymptome bei echter Opiatsucht vielfach sehr erheblich an Heftigkeit verloren haben, werden andererseits immer mehr Substanzen «verdächtig», neuerdings schon die erst seit kurzem im Handel befindlichen und in manchen Ländern bereits in unglaublichen Mengen konsumierten «Tranquillizers».

Mit der Veränderung der psychischen Reaktionen hängt auch das allgemein bekannte Phänomen der z. T. unerwartet starken *Zunahme des Arzneimittelverbrauches* etwa im letzten Jahrzehnt zusammen. *Mikorey* hat auch hier zutreffende Formulierungen für die größere Schmerzempfindlichkeit des modernen Menschen und die fortschreitende Barbarisierung des menschlichen Seelenlebens gefunden. Seit Jahren

wird auf diesen Anstieg des Arzneimittelverbrauches immer wieder hingewiesen; er wird in vielen Ländern beobachtet. Der österreichische Ärztekongreß in Salzburg im September 1955 beschäftigte sich mit dieser Frage. Die österreichische Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit hat eine wirkungsvolle, zweckmäßig illustrierte Propagandabroschüre gegen den Medikamentenabusus mit den verschiedensten Mitteln herausgegeben. Im J. Amer. Med. Ass. *159*, 1145 (1955) heißt es, daß die Ausgaben der neuseeländischen Bevölkerung für Medikamente 3mal so hoch sind wie 10 Jahre zuvor. Dies nur als Beispiele. Viele Menschen sind heute unfähig, auch nur den geringsten körperlichen Schmerz oder Allgemeinbeschwerden selbst leichterer Art zu ertragen .Es muß sofort irgend etwas geschluckt werden .Meinem persönlichen Eindruck nach ist die Allgemeinsituation auf dem Lande oder bei vom Land zugewanderten Stadtbewohnern natürlicher und besser als bei den gehetzten Städtern.

Bei einer an sich erschreckend hohen, in Proportion zum chronischen Abusus dieser Mischpulver jedoch immerhin noch bescheidenen Zahl von Fällen chronischer interstitieller Nephritis haben nur einige Autoren, insbesondere *Spühler* und *Zollinger*, die sich ja um die Aufklärung dieses Krankeitsbildes besondere Verdienste erworben haben, einen erheblichen jahrelangen Abusus derartiger Mischpulver festgestellt, ebenso *Moeschlin*. Sie nehmen speziell das in derartigen Präparaten enthaltene *Phenacetin* als Ursache dieser Nephritisform an.

Jedoch ist bisher, soviel ich weiß, eine solche toxische Spätfolge noch nicht bewiesen. Die an sich sehr wichtigen Autopsiebefunde von chronischer interstitieller Nephritis bei jahre- oder jahrzehntelangem weitherzigem Mißbrauch von Saridon oder ähnlichen Mischpulvern sagen, soweit ich es übersehe, nicht aus, was dabei das Primäre ist; ein post hoc ergo propter hoc scheint mir nicht erwiesen zu sein. Dagegen ist im Fall von *Hensler* die Nephritis sicherlich das Primäre. In dem von *Zollinger* 1955 beschriebenen Fall dagegen, noch dazu dem eines Polizisten, der doch sicher gewissen ständigen Gesundheitskontrollen unterlag, ist leider nicht angegeben, aus welchem Grunde er 22 Jahre lang Saridon-Abusus trieb.

Experimentell – an Ratten – wurde Phenacetin als weniger toxisch und stärker analgetisch gefunden als eine Reihe ähnlich gebauter Verbindungen, jedoch wurden keine Versuche über lange Zeiträume vorgenommen (*Eagle* und *Carlson*). Diese haben dann *Studer* und *Zbinden* an Ratten in 6 ½monatigen Versuchen ausgeführt, also einer schon beträchtlichen Zeitdauer für diese Tiergattung; mit Phenacetin oder Saridon konnten jedoch keinerlei Veränderungen beobachtet werden,

die zur chronischen interstitiellen Nephritis beim Menschen in Analogie zu setzen wären. Auch spricht der schnelle Abbau des Phenacetins im menschlichen Organismus (*Brodie* und *Axelrod*) zu Substanzen, von denen bisher keine als nierenschädigend befunden wurde, gegen die nephrotoxische Wirkung dieser Verbindung (von Blutveränderungen wird hier abgesehen). Allerdings fehlen noch ergänzende Untersuchungen einiger Abbauprodukte des Phenacetins.

Das gute alte Phenacetin scheint mir also noch nicht reif zur Verurteilung zu sein. Eine weitere Aufklärung der ihm zugeschriebenen Schädigungen ist nunmehr nicht nur erwünscht, sondern dringend.

Eine in den allerletzten Tagen erschienene Arbeit von *Eichler* über Analgesieprüfung am Kaninchenzahn weist darauf hin, daß zu kleine Phenacetindosen sicher noch keinen analgetischen Effekt zeigen. Vielleicht sollte diese Beobachtung bei der beabsichtigten Herabsetzung der Phenacetinmenge in derartigen Mischpulvern berücksichtigt werden. Bei dem wie erwähnt raschen Abbau des Phenacetins im menschlichen Organismus bin ich nicht sicher, daß die auf viele Jahre verteilten Phenacetinmengen von ausschlaggebender Bedeutung sind, auch wenn sie zusammengezählt eine imposante Ziffer in Kilogrammen ergeben; ich kann dies natürlich nicht im einzelnen beweisen, die gegenteilige Auffassung ermangelt aber ebenfalls, soweit ich es übersehe, jeder entsprechenden festen Grundlage. Man tappt hier also noch im Dunkeln.

Mir ist etwas unheimlich zu Mute bei dem Gedanken, daß vielleicht bei diesen Mischpulvern, nicht nur beim Saridon, die *Wirkung eine andere ist als die der Einzelbestandteile;* es gibt dafür einige Vorgänge in der Pharmakologie. Vom klinischen Standpunkt aus weisen auch *Schaub*, *Bühlmann* und *Maier* daraufhin, es sei anzunehmen, daß individuelle Faktoren eine wichtige prädisponierende Rolle spielen; nicht alle ihre Patienten, die phenacetinhaltige Mittel in großen Mengen langdauernd eingenommen hatten, erkrankten an Symptomen einer Phenacetinanämie oder zeigten die beschriebenen Schäden in gleicher Stärke.

Wir kennen auch die Abhängigkeit der Arzneimittelwirkungen von der Umwelt und dem Ausgangszustand des Organismus, von Altersbesonderheiten, vom Typ der höheren Nerventätigkeit, bedingt reflektorischen Faktoren usw., kurz, die Gesichtspunkte, die in der Lehre von *Pawlow* besonders auftreten (siehe z. B. Sinicyn). Vielleicht spielen sie auch mit hinein?

Auch kann, soviel ich weiß, bei der Entstehung der chronischen interstitiellen Nephritis ein allergischer Einfluß vorhanden sein. Üben vielleicht gerade diese Mischungen einen solchen Einfluß aus, der bei den einzelnen Komponenten nicht oder nicht in gleicher Stärke nachweisbar

oder nicht vorhanden ist? Es klingt oft als Ausrede, mangels besserer Erklärung, wenn man eine allergische Reaktion als Ursache heranzieht. Ich wage mich nicht darüber zu äußern, sondern möchte nur die Frage stellen. Jedenfalls ist es eingenartig, daß *Schaub*, *Bühlmann* und *Maier* angeben, daß bei langem Gebrauch derartiger Analgetica die Kopfschmerzen nicht mehr gebessert sondern sogar verstärkt werden. Auch *Moeschlin* macht ähnliche Angaben, als direkte Folgen des Phenacetinabusus, wobei vermutlich nicht diese Substanz als solche, sondern Mischpulver gemeint waren.

Bisher ist es noch nicht einmal sicher, ob das Krankheitsbild der chronischen interstitiellen Nephritis im Zunehmen begriffen ist (*Zollinger* 1955) oder ob es nur besser diagnostiziert wird als früher und ob, falls eine Zunahme der Fälle festgestellt ist, diese auf die Mischpulver oder speziell auf Phenacetin zurückgeführt werden kann.

Ich muß mich wohl entschuldigen, daß ich als Pharmakologe hier kurz klinische Aspekte gestreift habe; jedoch benötige ich diese Exkursion zur Erklärung meiner Position hinsichtlich der Rolle des Phenacetins.

Das einzige, was wir bisher wissen, sind einige Tatsachen; aber ihr Ablauf, ihre Verstrickung sind noch nicht aufgeklärt. Nichtsdestoweniger rufen die Beobachtungen, die bisher bekannt gegeben sind, nach Abwehr, nach Schutz der Bevölkerung, aber ich möchte es vorziehen, zumindest vorerst von *Mißbrauch*, in manchen Fällen vielleicht von Gewohnheit, aber *nicht von Sucht zu sprechen*.

Alle alarmierenden Elemente, so die Bezeichnung «Sucht», die höchstens noch gewisse unausgeglichene oder psychisch abwegige Personen anreizen würde, sich auf dieses Präparat zu stürzen, sollten vermieden werden. Bei der scharfen Kontrolle der echten Suchtmittel könnte eine Klassifizierung als «Sucht» – besonders wenn sie noch nicht eindeutig bewiesen ist – zu vielem Unfug Veranlassung geben.

Auch braucht die Bevölkerung, wie in allen Ländern, wirksame, rezeptfreie Mittel gegen leichte Schmerzen. Das ist wohl allgemein anerkannt. Werden aber diese Mittel durch zu starke Verwässerung unwirksam gemacht, so besteht erst recht die Gefahr der Überdosierung – ich spreche jetzt von normalen Menschen, die auch mal Schmerzen haben können und doch in der Überzahl sind.

Ich erinnere mich einer Konsultation seitens einer skandinavischen Regierung, die eine barbituratfreie Formel für ein rezeptfreies Analgeticum suchte, da die trinkende Jugend – vielleicht alle Lebensalter – erkannt hatte, daß der Barbituratzusatz die Alkoholwirkung erhöht und sie somit mehr alkoholischen Effekt aus der damals noch monatlich zugeteilten Schnapsmenge ziehen konnte, wenn sie gleichzeitig derartige

frei erhältliche Tabletten einnahm. Auch hier legte die betreffende Regierung Wert darauf, daß ein wirksames, rezeptfreies, leichtes Analgeticum für die Bevölkerung doch noch wichtiger sei als die Barbituratdrosselung für die alkoholisierende Jugend (trotzdem der Chef der Gesundheitsbehörde ein überzeugter und aktiver Abstinenzler war).

Warum dieser z. T. enorme Abusus, diese z. T. schon toxicomanoiden Phänomene regional auf die Schweiz beschränkt zu sein scheinen, ist mir ebenfalls nicht klar. Umfragen in anderen Ländern, namentlich in Deutschland, wo derartige Analgetica auch viel verbreitet sind, haben bisher zu einem negativen Resultat geführt; derart starker Konsum, derart suchtmäßige Erscheinungen sind nach meinen bisherigen Ermittlungen dort bis jetzt nicht festgestellt worden. Auch dies verdient aufgeklärt zu werden.

Was vor allem notwendig erscheint, ist die *Eliminierung des Mißbrauchs* dieser Mischpulver. Wenn es sich so verhält, daß bei gewisser Feinstarbeit, die zu den in aller Welt anerkannt großen schweizerischen Leistungen gehört, Überanstrengung der Augen oder Sinne eintritt, die zu dem maßlosen Mißbrauch jener Analgetica führt, so lassen sich heutzutage sicherlich entsprechende Mittel und Wege finden, um mechanisch, durch entsprechende Arbeitsinstrumente, oder ernährungstherapeutisch oder medikamentös oder sozial Wandel zu schaffen, so daß keine Kopfschmerzen und ähnliches mehr auftreten. Soeben ist eine Arbeitszeitherabsetzung in der Uhrenindustrie beschlossen worden, ein sozialer Fortschritt in unserem Sinne, wenn vielleicht zur Schonung der überanstrengten Augen auch noch nicht ausreichend. Durch Maßnahmen wie die soeben aufgezählten würden die Analgetica ja dann in jenen Fabriken überflüssig.

Wenn dann die toxischen körperlichen wie psychischen Phänomene nicht mehr beobachtet werden, so ist der beste Beweis gegeben, daß es sich um keine echte Sucht handelt, denn sie müßte sonst trotzdem weiterhin zwangsweise auftreten, wie oben angeführt.

Das Problem der Überarbeiteten, der vielen Hausfrauen usw. muß wohl auf anderem Weg eine Lösung finden. Solange man noch nicht genauer über diese Kategorie unterrichtet ist, fällt es einigermaßen schwer, Abwehrmaßnahmen vorzuschlagen.

Die «Kommission zur Behandlung des Problems des Medikamentenmißbrauchs» hat ja diese Dinge genau und gründlich erfaßt und wohl die zweckmäßigsten Maßnahmen angegeben, die man z. T. erwägen und durchführen könnte. Das in ihrem Bericht enthaltene Material ist sehr wertvoll und dürfte bei statistischer Auswertung noch weitere Hinweise und Resultate ergeben. Namentlich die erschreckend hohe Zahl der

durch Medikamentenmißbrauch geschädigten Patienten, nämlich 5500, bedarf wohl einer genaueren Analyse auf einheitlicher Grundlage, um verwertbar zu sein. Ich persönlich möchte auch gern die sogenannten Weckamine, also die Substanzen der Amphetamingruppe, von den Analgetica usw. abtrennen. Wir wissen zwar noch nicht sehr viel über sie, jedoch dürfte der Wirkungsablauf ein anderer sein. Insgesamt ist diese Erhebung, die wohl zum ersten Mal in diesem Umfange in der Weltliteratur durchgeführt wird, von grundlegender Bedeutung.

Im Grunde handelt es sich ja bei den heute diskutierten Phänomenen um eine Art «Therapieschäden», nach der kürzlich von *Letterer* gegebenen Definition:

«Therapieschäden sind Folgen einer Therapie, die, bei einem großen Kollektiv von Kranken angewandt, durchaus günstige Erfolge zeitigt und die sozusagen im Nebenschluß zu dem Ergebnis führt, daß im Gegensatz zu vielen hundert anderen ein Einzelner neben guten Wirkungen auch mit schädlichen Folgen oder nur mit diesen auf die angewandte Therapie anspricht.»

Jedoch scheint es mir, wenn ich dies noch einmal wiederholen darf, zumindest vorerst, im Interesse der Vermeidung vielleicht unnötigen Alarms zweckmäßig, nicht von Sucht, sondern von Mißbrauch zu sprechen und nicht einer seit Jahrzehnten bewährten Substanz qualitativ und quantitativ die Schuld zu geben, bevor Widersprüche im Ablauf geklärt sind und man somit sicher ist, daß sie sie hat.

Zusammenfassung

Es wird ausführlich unter Heranziehung zahlreicher Beispiele diskutiert, daß und warum man nicht berechtigt ist, von einer echten Phenacetinsucht zu sprechen. Zugestanden wird der suchtmäßige Mißbrauch durch eine im Verhältnis zu der großen Menge der Konsumenten relativ kleine Anzahl von Personen, wie er auch bei anderen Substanzen vorkommt, ohne daß sie als Suchtgift (stupéfiants, addiction-producing drugs) bezeichnet werden. Auch ist die Ätiologie der renalen Schädigungen noch nicht aufgeklärt. Vielleicht ist die Wirkung der Mischpulver eine andere als die der Einzelbestandteile. Man darf also sicherlich nicht von echter Sucht sprechen. Unabhängig davon sind gewisse Mißstände so schleunig wie möglich abzustellen.

Résumé

L'auteur discute, à l'aide de nombreux exemples, pourquoi l'on n'est pas en droit de parler d'une vraie toxicomanie à la phénacétine. Il admet

l'abus habituel relevant de la toxicomanie dans un nombre de cas restreint, et petit, par rapport au grand nombre des consommateurs, abus qui existe d'ailleurs avec d'autres médicaments sans que l'on parle de stupéfiants (addiction-producing drugs, Suchtgifte). D'autre part, l'étiologie des lésions rénales n'est pas encore éclaircie. Il est possible que l'action d'un mélange soit différente de celle des médicaments pris isolément. L'auteur estime que l'on n'est pas encore en droit de parler d'une vraie toxicomanie. Cela n'empêche pas que l'on doit faire cesser aussi rapidement que possible certains abus.

Riassunto

Sulla base di numerosi esempi si discute esaurientemente come e perchè non sia lecito parlare di una vera e propria fenacetinomania. Si ammette l'abuso abituale da parte di un numero di persone relativamente piccolo in confronto alla grande massa dei consumatori, come avviene anche per altre sostanze, senza che queste pertanto vengano considerate stupefacenti (*stupéfiants*, addiction-producing drugs). Inoltre l'etiologia delle alterazioni renali non è ancora chiara. Forse l'azione combinata dei vari componenti è diversa da quella di ognuno di essi preso singolarmente. Certamente quindi non si può parlare di vera e propria mania. Indipendentemente da ciò occorre allontanare il più presto possibile certi stati d'incertezza.

Summary

It is discussed extensively, on the basis of many examples, why it is not permissible to speak of a true addiction to phenacetin. An addiction-like misuse does undoubtedly occur on the part of a relatively small number of people, in comparison with the great number of consumers, as it is also the case with certain other substances, without such substances being included in the actual addiction-producing drugs. The ethiology of the renal damage is not yet cleared up. It is possible that the action of the mixed powder is different to that of the individual parts. It is certainly not justified to speak of a true addiction, but nevertheless some forms of misuse should be abolished as soon as possible.

Brodie, B., und *Axelrod, G.:* J. Pharmacol. **97,** 58 (1949). – *Eagle, E.*, und *Carlson, A.:* J. Pharmacol. **99,** 450 (1950). – *Eichler, O.*, *Hertle, F.*, und *Staib, J.:* Arzneimittel-Forsch. **7,** No 6, 349 (1956). – *Fahrni, R.:* Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **65,** 62 (1950). – *Haas, H. G.:* Schweiz. med. Wschr. **86,** 401 (1956). – *Hensler, L.:* Dtsch. med. Wschr. **82,** 202 (1957). – *Kielholz, P.:* Schweiz. med. Wschr. **84,** 753 (1954); Schweiz. med. Jahrb. 1955. – *Letterer, E.:* Medizinische **1956,** 1331. – *Mikorey, M.:* Regensburg. Jb. ärztl. Fortbild. IV, 58 (1954). – *Moeschlin, S.:* Schweiz. med. Wschr. **87,** 123 (1957). –

Reubi, F.: J. Urol. méd. chir. **60,** 816 (1954). – *Schaub, F., Bühlmann, A.,* und *Maier, C.:* Schweiz. med. Wschr. **83,** 626 (1953). – *Schweingruber, R.:* Schweiz. med. Wschr. **85,** 1162 (1955). – *Sinicyn:* Dtsch. Apoth.-Ztg. **96,** 687 (1956). – *Spühler, O.:* Schweiz. med. Wschr. **83,** 145 (1953). – *Spühler, O.,* und *Zollinger, H. U.:* Z. klin. Med. **151,** 1 (1953). – *Staehelin, J. E.:* Schweiz. med. Wschr. **62,** 893 (1932); Schweiz. med. Jahrb. 1952. – *Thölen, H., Voegtli, J., Renschler, H.,* und *Schaeffer, A.:* Schweiz. med. Wschr. **86,** 946, 978 (1956). – *Wolff, P. O.:* N. Dtsch. Klin. **7,** 509 (1931). – World Health Organization: Techn. Rep. Ser. No 116 (1957). – *Zollinger, H. U.:* Schweiz. med. Wschr. **85,** 746 (1955); J. Urol. **61,** 581 (1955).