

Bereits auf den ersten Blick vermag der Arzt dem Kranken Nützliches für die weitere Untersuchung und Behandlung anzudeuten. Das Gespräch mit dem Kranken wird auf einen andern Ton gestimmt sein, je nachdem, ob wir einen ängstlichen und etwas schweigsamen Leptosomen oder einen gesprächigen Pykniker mit seinem gesunden Optimismus und seiner mangelnden Disziplin vor uns haben. Die Leptosomen sind Krankheiten gegenüber meist ängstlich, pessimistisch und brauchen vor allem, dass sie der Arzt von ihrer Angst befreit. Die Pykniker vernachlässigen dagegen ihre Beschwerden oft lange Zeit hindurch. Die Leptosomen sind folgsame und in der Lebenshaltung disziplinierte Patienten, die Pykniker das Gegenteil.

In der Diagnostik und Differentialdiagnostik bringt der konstitutionelle Aspekt dem Arzt ausgiebige Hilfe und beeinflusst auch die Krankheitsprognose. Nicht einmal bei der Wahl der Heilmittel dürfen wir das konstitutionelle Gelände und seine Reaktivität ausser acht lassen. Der konstitutionelle Typ des Menschen beeinflusst auch wesentlich seine Lebensdauer.

Der Konstitutionstyp ist erblich und bildet eine der wichtigsten Grundlagen der erblichen Familiendisposition zu bestimmten Krankheiten.

Die Entstehung und das symptomatische Bild der Krankheiten hängen von der Reaktivität des konstitutionellen Geländes auf das Einwirken pathogener Faktoren ab.

Die Konstitutionstypologie besitzt alle Möglichkeiten, eine bedeutende Rolle im präventiven Kampf gegen Krankheiten zu spielen, weil man nach beendeter Entwicklung des Menschen seinen Konstitutionstyp und damit auch seine weitere Lebenshaltung unter dem Aspekt der Krankheitsdispositionen des betreffenden Typs bestimmen kann.

Die Konstitutionslehre besitzt heute bereits feste wissenschaftliche Grundlagen und die Konstitutionstypologie verlässliche Methoden. Mit ihrer komplexen Auffassung vermag die Konstitutionslehre die Ärzte vor dem im Lauf der fortschreitenden Spezialisierung drohenden Verlust der synthetischen Wertung des Menschen zu schützen. Mediziner und Anthropologen können in enger Zusammenarbeit auf dem Gebiet der konstitutionstypologischen Forschung einen der wichtigsten Wege bahnen, der uns zum Ziel der Heilkunde, zur Individualdiagnostik, Therapie und Prävention von Krankheiten zu führen geeignet ist.

Prof. MUDr. Stan. Mentl
Poliklinika Praha 1, Hybernská 12

DIE GRUNDLEGENDEN ANTHROPOMETRISCHEN WERTE UNSERER BEVÖLKERUNG

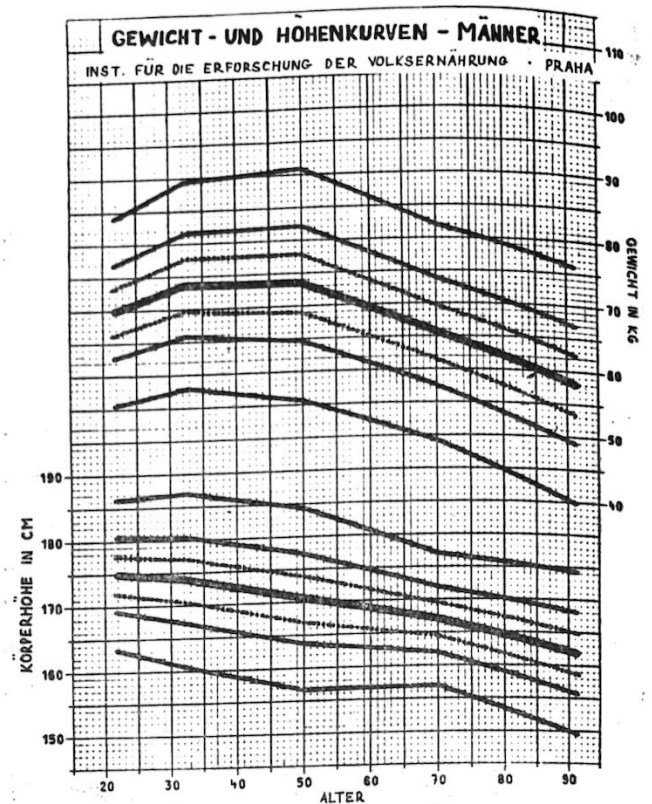
ST. HEJDA, K. OŠANCOVÁ, K. ZVOLÁNKOVÁ

Vorgetragen auf der anthropologischen Konferenz in Luhačovice

Bei der Untersuchung und Beurteilung des Ernährungszustandes unserer Bevölkerung konnten wir uns seit Jahren mit der Frage des Normalgewichts nicht auseinandersetzen. Wir wussten zwar von den umfangreichen Forschungszügen während der Spartakiaden, benötigten jedoch für unsere Zwecke geänderte Aspekte der Auswahl und versuchten deshalb im Jahre 1960 selbst ein sog. Gewichte- und Höhenkurvenbett aufzustellen, indem wir von einer gesunden, erwachsenen, sich richtig ernährenden Population ausgingen.

Als Material verwendeten wir Daten dreier umfangreicher Ensembles aus Böhmen, die für gewisse Regionen repräsentativ waren. Dabei bestimmten wir relativ strenge Kriterien der Auswahl, und zwar:

1. Gesundheit, d. h. einen klinischen Normalbefund. Alle Individuen wurden klinisch untersucht, wobei wir bewusst auch nur spurweise vorhandene Symptome einer schlechten Ernährung beachteten. Solche Personen wurden nicht in die Untersuchungsgruppen eingereiht. Wir zogen auch manche

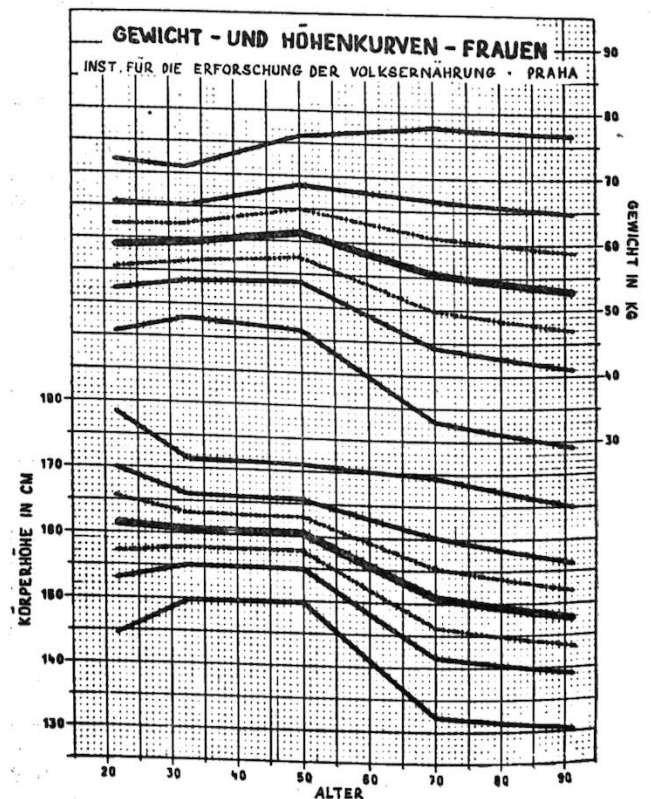


GRAF Nr 1

grundlegende Laborbefunde in Betracht, wie den Blutfarbstoffwert, die Zahl der Erythrozyten und Leukozyten, die Ergebnisse der chemischen Harnanalyse.

2. Als zweites Kriterium galt die richtige Ernährung. Dies ist ein ziemlich weiter Begriff, weshalb wir ihn durch folgende Teilkriterien konkretisierten:

a) kalorischer Wert der Kost zwischen 80 und 120 % der Norm,



GRAF Nr 2

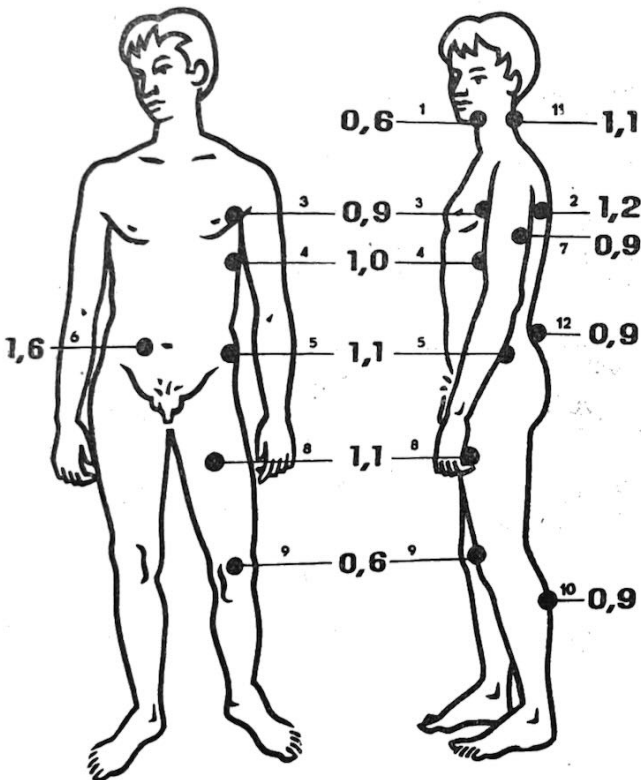
b) annähernd entsprechendes Verhältnis zwischen Eiweissstoffen, Fetten und Glyziden,

c) eine Ernährung, die den Rahmen der örtlichen und zeitgegebenen Gewohnheiten nicht allzustark überschreitet (Psychopathen, Ernährungsfanatiker u. a.).

Den Nahrungsverbrauch liessen wir mit Hilfe der modifizierten inventarischen Methode 14 Tage lang von unseren in dieser Tätigkeit erfahrenen Mitarbeiterinnen verfolgen.

Bei sämtlichen Untersuchungspersonen hatten wir auch das Körpergewicht und die Körperhöhe zu erfassen. Wir massen und wogen sie unter den üblichen Bedingungen, grundsätzlich barfuss und in der notwendigsten Bekleidung, die wir abrechneten.

Die Ergebnisse stellten wir nach dem Geschlecht und Alter in Diagrammen zusammen (1 und 2), die wir und andere Forschungsstätten nun mehrere Jahre lang benützen. Auf Grund unserer Normkurven bearbeiteten Ripka und Srb ein etwa 12 000 Personen umfassendes Ensemble aus dem ganzen Staatsgebiet. Diese Normkurven wurden von Stellen der Gesundheitserziehung wiederholt als einfache Behelfe zur Beurteilung des Körpergewichts verwendet. Wir sind uns dessen bewusst, dass die Werte des angemessenen Körpergewichts nach unseren Berechnungen ziemlich hoch liegen, machen jedoch darauf aufmerksam, dass wir sie nicht als Norm der ganzen Population, sondern nach den Ergebnissen gesunder und richtig ernährter Populationsmuster bestimmten. Auf dem Kongress der Internisten-Sektion der Tsch. Ärztesell-



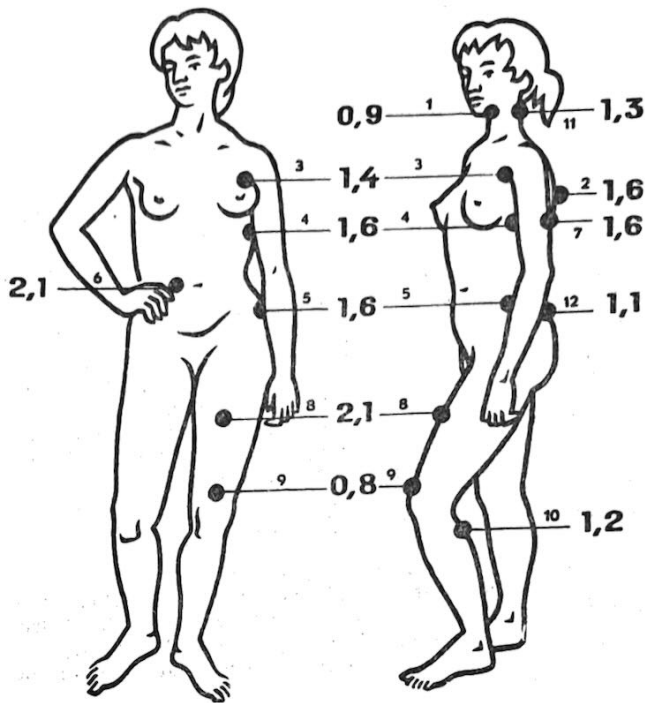
GRAF Nr 3

schaft J. E. Purkyně im Jahr 1960 wurden unsere Gewichtskurven zur praktischen Anwendung, insbesondere bei Beurteilung der Fettleibigkeit, empfohlen. Doch bieten sie natürlich keine feste Grenze der Fettleibigkeit, deren Bewertung immer konventionell ist.

Wir bemühten uns auch die Inzidenz der Fettleibigkeit zu beurteilen und gelangten zum Schluss, dass in der ČSSR 44 % der Männer und 59 % der Frauen über 105 % des „Idealgewichts“ aufweisen. Ein solches Gewicht halten wir bereits für übermässig. In diesen Zahlen verbergen sich die Gruppen der ausgesprochen Fettleibigen, d. h. der Menschen mit mehr als 115 % des „Idealgewichts“; es gibt bei uns ebenfalls genug solcher Personen: 20 % Männer und 38 % Frauen. Die meisten Männer dieser Gruppe findet man in der Slowakei (22,3 %), die meisten Frauen in Böhmen (39,0 %).

Vom Ensemble gesunder Personen, die nach unseren Kurven als normal hervorgingen, gewannen wir die Durchschnittswerte des Unterhautfettgewebes. Es waren klinisch untersuchte, gesunde Personen. Die Mittelwerte findet man auf den Diagrammen (3 und 4).

Wir massen diese Werte an 12 Körperstellen, immer an der rechten Seite: 1) Kinn, 2) Rücken, knapp unter dem unteren Schulterblattwinkel, 3) Brustkorb, an der Achselhöhlenkante des m. pectoralis maior, 4) Seite des Brustkorbs, 5) Hüfte, 6)



GRAF Nr 4

Bauch, knapp rechts neben dem Nabel, 7) Arm, über dem m. triceps in der halben Länge, 8) Schenkel, in seiner halben Länge, 9) Knie, 10) am grössten Umfang der Wade, 11) Nacken, 12) Steissbein.

In der letzten Zeit interessierte uns auch die Beziehung zwischen den einzelnen gemessenen Stellen und ihren Durchschnittswerten, sowie ihre Beziehung zum Gewichtsindex. Die Ensembles der Untersuchungspersonen (etwa je 300 pro Geschlecht) klassifizierten wir nach Altersgruppen und bestimmten den Korrelationskoeffizienten: Vorläufig handelte es sich um die Bestimmung der engsten Beziehungen für das ganze Ensemble der Männer und Frauen, d. i. die Feststellung jener Stellen, die mit dem Gesamtdurchschnitt am besten korrespondieren. Unser Ziel ist es nämlich, künftig weniger Stellen zu messen. Die Arbeit ist noch nicht beendet, und die Wertung, die eine eingehende Bestimmung der Signifikanzindexe der festgestellten Korrelationskoeffizienten voraussetzt, steht noch aus. Doch zeigen schon die Vorergebnisse, dass bei Männern folgende Mittelwerte am besten entsprechen: 1) Seite des Brustkorbs, 2) Brustkorb, 3) Rücken, 4) Bauch. Bei den Frauen: 1) Bauch, 2) Brustkorb, 3) Seite des Brustkorbs, 4) Schenkel.

Die zweite Frage, die wir uns stellten, lautete nach der Beziehung zwischen den gemessenen Stellen einschliesslich der Mittelwerte und dem Gewichtsindex. Am besten korrespondieren bei Männern: 1) Seite des Brustkorbs, 2) Rücken, 3) Bauch, 4) Mittelwerte; bei Frauen: 1) Rücken, 2) Mittelwert, 3) Seite des Brustkorbs, 4) Schenkel.

In Aussicht genommen wurde eine Verbesserung unserer Gewicht- und Höhenkurven mit Hilfe der Densitometrie.

MUDr. St. Hejda, CSc., RNDr. K. Ošancová, CSc., Ing. K. Zvolánková,

Ústav pro výzkum výživy obyvatel Praha