

Sein angelegten potentiellen Fähigkeiten genügen, um die Menschenwürde zu begründen“.

Daß man über passive Sterbehilfe diskutieren kann, gerade heute, wo es (leider auch) „Opfer“ der Intensivmedizin gibt – daß man ein Leben, das schon dem Tod geweiht ist, nicht mit allen Mitteln der ärztlichen Kunst am Sterben hindern muß, ist wohl erlaubt. Gefährlich ist es aber meines Erachtens, dazu Regeln aufzustellen, und schon gar, eine eigene Moralphilosophie entwickeln zu wollen.

Dr. med. Lothar Bösch, Eibenstraße 166, W-8721 Dittelbrunn

INSULIN

Zu dem Beitrag „Keine Entdeckung, die ‚vergessen‘ wurde“ in Heft 9/1991:

Ins Wespennest gestochen

Da haben Sie aber in ein Wespennest gestochen! ... Als ich mal einem Diabetologen die nachfolgende Geschichte vorlegte, schob er sie, ohne einen Blick darauf zu verschwenden, beiseite: „Uninteressant, es liegen aus der ganzen Welt Dutzende von Reklamationen wegen des Insulin-Nobelpreises vor, einschlägige Forscher, die alle behaupten, zur selben Zeit genauso nah am Insulin gewesen zu sein. So was lag eben in der Luft.“

Aber daß Ernst-Josef Lesser (1879–1928) einen Vorsprung von 8 Jahren hatte, lag das nun innerhalb oder außerhalb der Luft? Lesser, dessen Frau übrigens die Schwester von Elli Heuss-Knapp war, ist nicht „nahe“ am Insulin gewesen, er hatte es 1913/14 bereits in der Hand. Die isolierte Substanz, die die Zuckerausscheidung pankreasdiabetischer Frösche einwandfrei herabsetzte, wurde vom Freundeskreis Glukopausin getauft. (Ohne Zweifel ist es identisch mit dem von Paulescu in seiner Veröffentlichung vom August 1921

genannten Pancrein). Kurz vor dem Ersten Weltkrieg besuchte der Pole Parnas, ein bedeutender physiologischer Chemiker aus Lemberg, Lessers Labor im Keller der Mannheimer Krankenanstalten. Er bestätigte später in einem Nachruf auf Lesser die vor seinen Augen demonstrierte Wirkung des Glukopausins, leider „... das einzige objektive Zeugnis dieses grundlegenden Befundes... Die Toxizität seiner Extrakte deutete er damals auch richtig als hypoglykämische Reaktion“ (R. Ammon). Eine Publikation wurde immer wieder hinausgezögert, der überpenible und gewissenhafte Wissenschaftler wollte erst an einer ansehnlichen Zahl von Fällen die Wirksamkeit seiner Substanz beweisen und Risikofaktoren ausschließen. Es reichte gerade zu einem 1914 gehaltenen Vortrag im Naturhistorisch-Medizinischen Verein in Heidelberg, der offensichtlich nicht gedruckt wurde, jedenfalls später nicht aufzufinden war.

In den ersten Tagen der Mobilmachung meldete sich Lesser freiwillig als Sanitäts-offizier und Jude sofort an die Front. Nach Kriegsende fand er zwar seine Untersuchungsprotokolle unbeschädigt in diversen Schubladen seines Labors, aber die Tierställe waren leer. Der Hunger sorgte dafür, daß sie leer blieben und seine ausgetüftelte Methode der Insulingewinnung an Schweinen trocken lag. Wer reden und hätte bezeugen können, war der polnische Kollege, der aber damals schwieg. Er hätte seinen wissenschaftlichen Ruf aufs Spiel gesetzt, wenn er es in jener Zeit gewagt hätte, seine Stimme für einen Deutschen zu erheben. Als dann 1921 die Sensationsmeldung von Banting und Best um die Welt ging, war Lesser unter den ersten, die einen Glückwunsch kabelten, gefolgt von einem lebhaften Briefwechsel.

Dr. med. D. Volhard, Schwaighofstraße 15/2, W-8180 Tegernsee-Süd ▷

LOMIR®. Zusammensetzung: 1 LOMIR®-Tablette enthält 2,5 mg Isradipin. **Anwendungsgebiet:** Essentielle Hypertonie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff. Patienten mit Leberfunktionsstörungen, Hepatitis und primären Lebererkrankungen sind von der Therapie mit LOMIR® auszuschließen. Nicht im Herz-Kreislauf-Schock anwenden. Nicht anwenden bei Patienten mit akutem Herzinfarkt oder schwerer Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance kleiner als 30 ml/min, Dialysepatienten), da noch keine ausreichenden Therapieerfahrungen vorliegen. Vorsicht bei ausgeprägter Aortenstenose sowie Sick-Sinus-Syndrom, solange kein Herzschrittmacher eingesetzt ist, bei Patienten mit ausgeprägter Hypotension (weniger als 90 mm Hg systolisch) sowie dekompensierter Herzinsuffizienz. Wegen fehlender Erfahrung sind Kinder von einer Therapie mit LOMIR® auszuschließen. In vor-klinischen Untersuchungen ergaben sich keine Hinweise auf eine Schädigung des Ungeborenen. Experimentelle Untersuchungen lassen erwarten, daß der Wirkstoff nur in klinisch unbedeutenden Mengen (ca. 0,1% der eingenommenen Menge) in die Muttermilch übertritt. Während Schwangerschaft und Stillzeit darf LOMIR® nicht eingenommen werden, da noch keine ausreichenden Erfahrungen vorliegen. **Nebenwirkungen:** Häufig Kopfschmerzen, Flush, Wärmegefühl, lokalisierte Ödeme. Gelegentlich verstärkter Blutdruckabfall und daraus folgend Bewußtlosigkeit (Synkopen), Herzrhythmusstörungen, z. B. Tachykardien (auch ventrikulären Ursprungs), Vorhofflimmern, ventrikuläre Extrasystolen, Palpitationen. In den ersten 30 Minuten nach LOMIR®-Einnahme kann es bei Patienten mit KHK zur Auslösung oder Verstärkung einer Angina pectoris, sehr vereinzelt mit nachfolgendem Herzinfarkt kommen. Nach plötzlichem Absetzen können hypertensive Krisen oder myokardiale Ischämie durch ein „Rebound-Phänomen“ ausgelöst werden. Gelegentlich gastro-intestinale Störungen, Gewichtszunahme, Schwindel, Müdigkeit, Hautreaktionen, Potenzstörungen. Selten Schmerzen im Brustbereich (Angina pectoris-Symptome), Gelenkschmerzen, Appetitlosigkeit, Dyspnoe. Sehr selten Schwitzen, Gynäkomastie, Gingiva-Hyperplasie. Gelegentlich Anstieg von Leberwerten (alkalische Phosphatase, Transaminasen, Bilirubin), wobei in Einzelfällen beträchtliche Anstiege beobachtet wurden. Die Leberwerte (alkalische Phosphatase, Transaminasen, Bilirubin) sollten regelmäßig kontrolliert werden. In Einzelfällen Blutbildveränderungen wie Anämie, Leukopenie, Thrombopenie und thrombozytopenische Purpura. In seltenen Fällen – insbesondere bei Diabetikern – wurde eine Erhöhung des Blutzuckers beobachtet, so daß eine Kontrolle des Blutzuckerspiegels empfohlen wird. Bei Verdacht auf Hypophysenfunktionsstörungen sollten während des ersten Behandlungsjahres 1/2jährlich entsprechende Hormonkontrollen erfolgen. Bei krankhaften Veränderungen (z. B. der Schilddrüse oder der Schilddrüsenhormonparameter, Testosteron- und LH-Plasmaspiegel), die auf Änderungen der Hypophysensekretion hinweisen, sollte LOMIR® abgesetzt werden. Die Hypertoniebehandlung mit diesem Arzneimittel bedarf der regelmäßigen ärztlichen Kontrolle. Die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen kann beeinträchtigt werden, in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatewechsel sowie in Zusammenwirkung mit Alkohol. **Wechselwirkungen:** Wechselwirkungen mit anderen Kalziumantagonisten, blutdrucksenkenden Arzneimitteln, Antiarrhythmika, Herzglykosiden, trizyklischen Antidepressiva, H-2-Blockern, Tuberkulostatika, Narkosemitteln, Antikonvulsiva, Cyclosporin, Theophyllin. **Dosierung:** 2 x 1 Tablette täglich, bei nicht ausreichender Blutdrucksenkung nach 4 Wochen Zugabe eines weiteren Antihypertensivums oder Steigerung auf 2 x 2 Tabletten. Ältere Patienten sowie Patienten mit Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance > 30 ml/min): Beginn mit 2 x 1/2 Tablette täglich. Bei gleichzeitiger Verabreichung von LOMIR® und Cimetidin Halbierung der LOMIR®-Dosis. **Packungsgrößen:** Originalpackungen zu 30 (N1), 50 (N2) und 100 (N3) Tabletten DM 31,74, DM 48,83 und DM 89,50. Weitere Hinweise: siehe Gebrauchsinformation oder Fachinformation. Stand der Information: Januar 1991. **Wander Pharma GmbH · 8500 Nürnberg**