



# Hermann Werner Siemens (1891-1969)

Gerard Smeenk, dermatoloog

Dermatologie als apart vakgebied begon met de Weense arts Plenck, die in 1776 zijn *System der Hautkrankheiten* publiceerde, waarin huidziekten naar hun zogenaamde efflorescenties werden ingedeeld. In de volgende jaren werden grote stappen gezet in de ontwikkeling van de dermatologie (Hebra, Darier, Jadassohn en anderen). Een vooraanstaand exponent van het morfologisch-beschrijvend denken was H.W. Siemens, die van 1929 tot 1962 hoogleraar in Leiden was. Hij was afkomstig uit München en had zijn opleiding onder andere genoten bij Jadassohn in Breslau en bij Von Zumbusch in München. In de naoorlogse jaren deed hij niet mee met de ontwikkelingen in de dermatologie, maar bleef hij klinisch-morfoloog. "Die Dermatologie ist Morphologie oder Sie wird nicht sein", was een van zijn gevleugelde uitspraken. Zijn kliniek werd daarvoor een beetje een reservaat van een voorbijgeperiode. In deze sfeer kwam ik terecht, toen ik in 1961 begon als arts-assistent met de opleiding dermatologie in Leiden. Toch was het jaar, dat ik bij Siemens doorbracht (in 1962 werd hij opgevolgd door Polano, bij wie ik mijn opleiding voortzette) bijzonder leerzaam. Twee ochtenden per week maakte professor visite langs de opgenomen patiënten, die geacht werden geheel naakt in bed te liggen. Omdat dermatologie vooral 'kijken' betekende, was hij uitgerust met een voorhoofdloep, waarmee hij de patiënt van dichtbij inspecteerde. Zijn secretaresse en de medische fotograaf behoorden tot het directe gevolg. Soms zag hij een huidafwijking die hem in verrukking bracht.



"Juffrouw, schreiben Sie mal auf..." riep hij dan naar zijn secretaresse, waarna een gedetailleerde beschrijving volgde van hetgeen te zien was.

In de lunchpauze beklom Siemens zijn oude damesfiets die voor zijn kamerdeur stond, reed door de gang van de kliniek, stak de Rijnsburgerweg over en fietste naar zijn woonhuis aan de Boerhavelaan, om met zijn vrouw (ook van Duitse afkomst) de lunch, gereed gemaakt door de Duitse dienstbode Lenie, te gebruiken. Overigens distantieerde hij zich in de Tweede Wereldoorlog nadrukkelijk van nazi-Duitsland.

In de jaren voor de Tweede Wereldoorlog beschreef hij enkele ziektebeelden waar zijn naam aan werd verbonden (waaronder *incontinentia pigmenti* van Siemens-Bloch, varianten van *keratosis palmoplantaris* en varianten van *epidermolysis bullosa*). In 1937 beschreef Siemens op grond van klinische kenmerken het ziektebeeld 'ichthyosis bullosa', waarvan het bestaan door latere auteurs werd ontkend. Het zou een vorm van *erythrodermia ichthyosiformis congenita bullosa* zijn. In recent moleculair-biologisch onderzoek wist Steijlen echter aan te tonen dat *ichthyosis bullosa* een aparte entiteit is en dat Siemens dus gelijk had.

Sonderabdruck  
aus „Der Hautarzt“, 3. Jahrgang, 7. Heft, Juli 1952, S. 307—309.  
Springer-Verlag, Berlin · Göttingen · Heidelberg.

Aus der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Reichsuniversität Leiden (Vorstand: Prof. Dr. H. W. SIEMENS).

### Die Technik der Rechts-Links-Behandlung für den Praktiker.

Von H. W. SIEMENS.

Mit 1 Textabbildung.

Schon früher habe ich darauf hingewiesen, daß der Grundgedanke der Einseitenbehandlung<sup>1</sup> lange bekannt war (SIEMENS 1942). Er versteht sich wohl auch von selbst. Sogar der Quacksalber SCHWENINGER, der Arzt *Bismarcks*, hat in seinem Kolleg einen Krankheitsherd in 4 Teile geteilt und jeden Teil mit einer anderen Salbe bestrichen, um den Studenten in der nächsten Stunde zu zeigen, daß alle 4 Teile gleich sind, daß also die äußere Behandlung gar keinen Zweck hat. Auch der Polizeiarzt DREUW hat den Glauben an seine „DREUWsche Salbe“ dadurch gefestigt, daß er ein paar Einzelherde bei einem Psoriasispatienten verschieden behandelt und über das Resultat in der Dermatologischen Wochenschrift

berichtet hat. Freilich hat auch er eine ungenügende Technik angewandt, so daß er trotz seiner vermeintlichen Vorsicht unrichtige Resultate bekam. Auch in neuerer Zeit haben einzelne Untersucher gelegentlich rechts und links verschieden behandelt, wie HOWARD FOX, um Röntgen und Steinkohlenteer zu vergleichen, SCHMIDT-LA BAUME, um Salbengrundlagen zu untersuchen, SULZBERGER, um 2 verschiedene Mittel bei Fußmykose zu erproben. SULZBERGER hat auch der Meinung Ausdruck gegeben, daß dieser Methode eine *allgemeine* Bedeutung zukäme. Eine Weiterverfolgung solcher tastenden Versuche hat aber niemand unternommen. Offenbar hat man sich doch nicht viel davon versprochen.

Dies ist nun aber meiner Meinung nach ein großer Irrtum, dessen Ursache sich übrigens leicht aufzeigen läßt. Wie andere Untersuchungsmethoden, so erfordert nämlich auch die Rechts-Links-Methode eine besondere *Technik*. Bevor man diese nicht studiert hat und ihre Regeln nicht bekannt sind, kann man deshalb auch keine wirklichen Resultate erwarten.

Die Technik der Rechts-Links-Behandlung ist nicht so einfach, wie sie sich SCHWENINGER und DREUW vorgestellt haben. Mich selbst hat es 6 Jahre fruchtloser Versuche gekostet, bis ich endlich wußte, wie man es machen muß. Wenn man dann aber über die elementaren Fehler hinweg ist, gibt die Methode sehr viel mehr, als selbst ihre Fürsprecher davon erwartet haben.

<sup>1</sup> Statt von Einseitenbehandlung wird auch von „Simultanbehandlung“ (bzw. simultaneous paired comparison method) gesprochen. Dieser Ausdruck scheint mir nicht glücklich. Oft — zumal am Anfang — handelt es sich ja wirklich nur um die Behandlung der *einen* Seite. Aber auch wenn beide Seiten eine Behandlung bekommen, pflegt man dabei im Prinzip doch von *einem* Mittel auszugehen, zu dem das andere bloß die Kontrolle bildet. Außerdem kommt es, wenn keine *reine* Einseitenbehandlung vorliegt, nicht darauf an, daß 2 Hautstellen *gleichzeitig* („simultan“) behandelt werden, sondern gleichzeitig mit *verschiedenen* Mitteln. Und schließlich sollte es ein leitender Gesichtspunkt bleiben, daß es nicht eine beliebige Hautstelle, sondern eine *Körperseite* ist, die — mit oder ohne Kontrollbehandlung der andern Seite — behandelt wird. Denn Vergleiche nicht-symmetrischer Hautstellen, also Vergleiche in vertikaler Richtung, sind bei wohlüberlegter Anwendung der Methode unzulässig (vgl. meine „Allgemeine Dermatologie“). Eine gute Übersetzung von Einseitenbehandlung wäre deshalb *half-body-treatment*.

Der Ausdruck „Rechts-Links-Behandlung“ ist aus den angeführten Gründen ebenfalls nicht ganz korrekt. Er gibt aber zum mindesten das Wesentliche des Prinzips richtig wieder und hat außerdem eine große Anschaulichkeit und eine gewisse humoristische Note für sich.

Vor allem nämlich darf man nicht glauben, daß es eine Methode ist, die nur den Wissenschaftler interessieren kann, der Salbengrundlagen, neue Mittel u. dgl. untersuchen und erforschen will. Freilich liegt ein enormes Forschungsfeld für sie noch offen (SIEMENS 1943). Das ist aber nur die eine Seite der Sache. Die andere Seite ist die, daß die Rechts-Links-Behandlung in allen schwierigen Fällen von Hautkrankheiten, die äußerlich behandelt werden müssen, schon heute die *Methode des Praktikers* sein kann. Und daß sie die Methode des Praktikers sein muß. Denn nur mit ihrer Hilfe kann es gelingen, auch in schwierigen Fällen noch zu einem Erfolg zu kommen. Ohne sie ist keine „reaktionsgemäße“ äußere Behand-

gwinnt der Patient, wenn er es selbst tun muß, den Eindruck, daß der Arzt nur „herumprobiert“, wodurch er jedes Vertrauen in die Behandlung verliert. Auch in der Klinik aber sollte man sich bei Einführung dieser Behandlungsweise daran gewöhnen, die Schwestern zu kontrollieren, die die Behandlung auszuführen haben. Natürlich muß man es ihnen auch leicht machen, und darum muß alle Sorgfalt darauf verwendet werden, die beabsichtigte Therapie leichtverständlich aufzuschreiben. Solange man bloß rechts und links verschieden behandelt, mag die gebräuchliche Fieber- und Therapie-Kurve genügen. Will man aber bei ausgedehnten Ausschlägen die 6-Feldermethode verwenden (Arme, Rumpf und Beine

## THERAPIEFORMULAR PROF. SIEMENS, KLINIK VOOR HUIDZIEKTEN

Name: <i>JANSEN, Pieter</i>		No 50-301 Bogen: <i>7</i>		Hg. ~~~~~												
Diagn. <i>Ekt. prur. ff</i>		Lokal: <i>Gesicht, Ellbogen, Stamm.</i>														
Seit: <i>12 Jahren</i>		Etiol.: <i>pap.-eros., lich.</i>														
1950	R	ARME	L	R	STAMM	L	R	BEINE	L	R	Gesicht	L	R	INT. THER.	UNTERSUCHUNG	VERLAUF
3. 11.	⊕	10 Zink-Vas.	⊕	10 Zink-Vas.	⊕	⊕					10 Zink-Vas.			Antall. 3 x 1	Blut. Leite.	
4. 11.																
5. 11.																
6. 11.				*	<											*) auch R. Sensor
7. 11.		10 Z. Vas. Lig. carb.		10 Z. Vas.		25 Lia. Z. Vas.										
8. 11.		"		"		"								⊕		
9. 11.		"		"		"										
10. 11.		"		"		<										
11. 11.		"		"		33 Sulf. Vas.					⊕					
12. 11.		"		"		"										
13. 11.		"		"		"										
14. 11.		"		"		"										
15. 11.		"		"		"										
16. 11.		"		"		*										*) noch sq. Rechte, sonst geheilt

Abb. 1. Vordruck zur Durchführung der Einseiten-Behandlung.

lung<sup>1</sup> möglich; ohne sie bleibt die „Maximal-Behandlung“, die wir auch bei der äußeren Therapie anstreben müssen, oft bloß ein frommer Wunsch; und ohne sie muß man darauf gefaßt sein, immer wieder von neuem geradezu grotesken Irrtümern über die Wirkung der von uns benutzten Heilmittel zum Opfer zu fallen. Der Praktiker, der klinische Fälle behandelt, wird sich deshalb der Notwendigkeit, die Einseitenmethode anzuwenden, auf die Dauer nicht entziehen können.

Bisher war eine allgemeine Anwendung der Einseitenmethode nicht möglich. Denn jeder, der mit dieser Methode anfängt, läuft Gefahr, seine Verwirrung zu mehren, statt seine Einsicht. Man darf sich nämlich nicht etwa vorstellen, daß man bei der Einseitenbehandlung das, was man wissen muß, mit Hilfe der Kontrollseite von der Haut einfach ablesen kann. Wenn man aber die Klippen kennt, auf denen man dabei strandet, dann kann man sie auch vermeiden und aus der Methode den größten Nutzen ziehen: Nutzen für die Vermehrung der eigenen Erfahrung und Nutzen für den behandelten Patienten.

Vor allem sollte der, welcher Anfänger in der Methode ist, niemals probieren, sie *ambulant* anzuwenden. Bei der notorischen Unzuverlässigkeit vieler Patienten, die selber gerne „probieren“ wollen, kann er dadurch zu Fehlerfahrungen kommen, die sich nur schwer wieder korrigieren lassen. Außerdem

<sup>1</sup> SIEMENS, Die reaktionsgemäße Ekzembehandlung. Münch. med. Wschr. 1939. 1145.

apart behandelt), oder gar die 8-Feldermethode (noch das Gesicht dazu), dann muß man sich über die Art der Aufzeichnung gut schlüssig werden. Um das Material zu vergrößern (bei klinisch-experimentellen Forschungen), oder um Zeit zu sparen (für den Patienten in der gewöhnlichen Praxis), wird man nun aber stets sehr leicht zu der Teilung der Körperseiten in Felder kommen. Darum ist zur ordnungsgemäßen Durchführung der Einseitenbehandlung die Benutzung eines *Therapieformulars* nötig, in dem eigene Kolonnen vorhanden sind für die Behandlung von Armen, Rumpf, Beinen, Gesicht und sonstigen Regionen, jedesmal getrennt in „Rechts“ und „Links“. Einen brauchbaren Vordruck haben wir im Laufe der Jahre allmählich an der Leidener Klinik entwickelt (Abb. 1). Die beobachteten Unterschiede zwischen den Seiten werden zweckmäßig mit Hilfe von Zeichen (z. B. <, bzw. =, bzw. >) eingetragen, spezielle Befunde aber in einer dafür vorhandenen Kolonne bzw. rückseitig aufgeschrieben oder während der Visite einer Sekretärin diktiert (vgl. SIEMENS, Über die Protokollierung unserer klinischen Erfahrungen. Hautarzt, 184 (1952).

Bei der eigentlichen Durchführung der Methode ist dann im einzelnen folgendes zu beachten:

Vor allem muß man sich davor hüten, zu *kleine Felder* abzustecken. Mehr als 6 (mit Gesicht 8) Unterteilungen zu machen scheint als Routinebehandlung auf jeden Fall unzulässig. Wer aber noch keine

Erfahrung mit der Methode hat, sollte möglichst auch *darauf* verzichten und grundsätzlich nur die ganzen Körperseiten vergleichen, also nicht mehr als zwei Behandlungen zugleich anwenden. Sind die Felder klein, dann fällt man nämlich leicht dem „Fehler des kleinen Feldes“ zum Opfer, der dem „Fehler der kleinen Zahl“ analog ist. Denn bei dem einen läßt die kleine Anzahl der Fälle, bei dem andern der kleine Umfang des Raumes den Zufall übermächtig werden. *Asymmetrische Felder* sollten überhaupt nicht verglichen werden, weil bei ihnen unberechenbare Unterschiede in der Hautempfindlichkeit vorhanden sein können. Natürlich muß *Überschmieren der Salbe* auf benachbarte Felder verhindert werden, eventuell durch geeignete Schutzverbände; auf alle Fälle muß bei der Rechts-Links-Behandlung der Beine eine Hose (Unterhose oder Pyjama) getragen werden. Treten Reizungen auf, so muß man auf Wanderung, Überspringen auf symmetrische Hautbezirke und Fernreizungen achten.

Bei dem Verschreiben der Mittel muß dafür gesorgt werden, daß die rechts und links verwendeten Salben *niemals mehr als einen Unterschied* aufweisen. Das ist oft gar nicht so einfach. Denn es kommt ziemlich häufig vor, daß man auf der einen Seite z. B. ein Mittel hat, das sich in Schminke löst, auf der anderen eines, das in höheren Konzentrationen nur in Paste verwendbar ist. Dann tritt bei beiderseitiger Steigerung der Konzentration der Zustand ein, daß auf beiden Seiten nicht nur das Medikament, sondern auch die Applikationsform differiert. Wir erhalten eine „Gleichung mit zwei Unbekannten“, welche die Beurteilung der Resultate unendlich erschwert, wenn nicht unmöglich machen kann.

Um deutliche Unterschiede zu bekommen, muß man sich bemühen, stets *maximal* zu behandeln. Unentschlossenheit beim Rezeptieren führt dazu, daß die vorhandenen Unterschiede in der Wirksamkeit der Salben nicht genügend zum Ausdruck kommen.

Will man dann schließlich die Resultate ablesen, dann darf man vor allem nicht den Fehler machen, *unbedeutende Unterschiede zu beachten*. Es gibt Methoden, bei denen es den Stolz des Untersuchers ausmacht, daß er gewissenhaft jede Kleinigkeit notiert. Dazu gehört die Einseitenmethode *nicht*. Unterschiede, die nicht deutlich sind, sind oft zufälliger Natur; auf jeden Fall sind sie unsicher. Sie dürfen deshalb nicht beachtet und nicht registriert werden, weil die Verwendung zweifelhafter Befunde Verwirrung stiftet.

Aber auch wenn der Unterschied deutlich ist, sollte man sich noch nicht dabei beruhigen. Alle *wichtigen* Beobachtungen jedenfalls sollten, soweit möglich, durch *Wiederholung des Versuchs*, eventuell unter Seitenumkehrung, gesichert werden.

So wie das Protokollieren undeutlicher Befunde Verwirrung stiftet, so tut das auch die Beachtung von Unterschieden nach zu *kurzer Beobachtungszeit*.

Man sollte im allgemeinen 14 Tage behandeln, bevor man das Resultat protokolliert. Aber auch dann sollte man erst noch einige behandlungsfreie Tage einschalten, bevor man sein endgültiges Urteil fällt.

In dieser Weise vorbereitet und kritisch angewendet, ist die Methode in jedem Krankenhaus durchführbar. Natürlich muß man die Schwestern dafür interessieren. Es ist aber nicht schwer, ihnen begreiflich zu machen, *welch ein Wert* in dieser Art der Behandlung liegt. Ist doch bei der gewöhnlichen Salbenapplikation das Urteil über die Wirkung der verwendeten Mittel so blind und so reich an falschen Auslegungen, daß es der Arzt in jedem schwierigen Fall als eine Erlösung empfinden wird, wenn er sich *instande sieht*, im Laufe der Behandlung zu einem schärferen Urteil über das zu kommen, was in dem betreffenden Fall eine Chance hat und was nicht. Wer einmal angefangen hat, die Rechts-Links-Behandlung zu verwenden, wird deshalb nicht mehr von ihr lassen können, und er wird sich wundern, daß man nicht eher dazu gekommen ist, in ihr nicht nur ein wissenschaftliches Hilfsmittel, sondern — zumal in allen resistenten Fällen — *die unentbehrliche Routinebehandlung des Praktikers* zu erkennen.

*Zusammenfassung.* Daß man die Bedeutung der Rechts-Links-Behandlung — auch für die Praxis — bisher verkannt hat, liegt an dem Umstand, daß sie ohne richtige Technik keine gehörigen Resultate ergibt.

Bei richtiger Technik kann sie auch heute schon in allen schwierigen, äußerlich zu behandelnden Fällen *die Methode des Praktikers* sein, die es ihm ermöglicht, seine Patienten „reaktionsgemäß“ zu behandeln und dadurch seine Heilerfolge zu verbessern.

Die Methode eignet sich nicht zur ambulanten Behandlung, kann aber *in jedem Krankenhaus* durchgeführt werden. Allerdings geht das nicht ohne Verwendung eines geeigneten *Therapieformulars*.

Die *wichtigsten Fehler*, auf die man achten muß, sind: das Abstecken zu kleiner Felder, das Überschmieren benachbarter Hautpartien, die Behandlung mit Salben, welche mehr als einen Unterschied aufweisen, das Unterlassen der Maximalbehandlung, das Beachten unbedeutender Unterschiede, die Inspektion nach zu kurzer Beobachtungszeit, die Unterlassung der Wiederholung bzw. Umkehrung des Versuchs bei wichtigen Beobachtungen.

Wer sich mit der Methode erst einmal vertraut gemacht hat, wird sich gar nicht mehr vorstellen können, wie er bis dahin schwierige Fälle ohne Kontrollbehandlung der anderen Seite — also gewissermaßen blind — hat behandeln können, und er wird sehr bald dazu kommen, in ihr die *Routinebehandlung des Praktikers* zu sehen.

*Literatur.* SIEMENS: Arch. f. Dermat. 183, 223; 183, 439 (1942/43). — Allgemeine Dermatologie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer (im Druck).

*Anschrift:* Prof. Dr. H. W. SIEMENS, Leiden, Dermatologische Klinik und Poliklinik der Reichsuniversität Leiden.