

nen Hilfspersonal, im besonderen der Schwester, entwickelt. Diese Grundsätze entsprechen den Bedürfnissen der Krankenhauspraxis und stehen in ihren Grundzügen in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

Die wesentlichsten Kernsätze dieser Empfehlung lauten: „Der operierende Arzt ist verpflichtet, alle Maßnahmen zu treffen, die nach menschlichem Ermessen erforderlich sind, um einen ungestörten Ablauf der Operation zu gewährleisten. Weist er einzelne Aufgaben, z. B. die Narkose, nachgeordneten Ärzten, Krankenschwestern oder Krankenpflegern zu, so ist er dafür verantwortlich, daß nur solche Hilfskräfte mit diesen Aufgaben betraut werden, die hierfür nach ihrer Vorbildung, Erfahrung und Persönlichkeit die erforderliche Eignung besitzen.“

Narkosen mit starker Stoffwechselfämpfung oder mit Anwendung von Curare, ferner Narkosen im Überdruckverfahren bei der Thoraxchirurgie sollen nur durch Ärzte, die Fach-

ärzte für Anästhesie sind oder zumindest besondere Kenntnisse und Erfahrungen auf dem betreffenden Gebiet besitzen, vorgenommen werden. Auch intravenöse Narkosen können unter den obigen Voraussetzungen Krankenschwestern oder Krankenpflegern übertragen werden, wenn sie zur Ausführung der Narkose bereit sind.

Im Rahmen seiner Gesamtverantwortung für die Operation trägt hiernach der operierende Arzt die Verantwortung für die richtige Auswahl der beauftragten Hilfskräfte, während diese für die technisch und sachlich einwandfreie Ausführung der ihnen übertragenen Funktionen verantwortlich sind.“

Wenn der Arzt in diesem Rahmen Schwestern oder med.-techn. Assistentinnen zu Operationen heranzieht, können dagegen, weil diese Personen zu seinen „berufsmäßig tätigen Gehilfen“ im Sinne der Berufsordnung gehören, auch keine standesrechtlichen Bedenken erhoben werden.

Dr. jur. R. Bernhardt, Düsseldorf, Klosterst. 35

FRAGEN AUS DER PRAXIS

Frage: Pseudo-Croup? Ist es möglich, bei einem Pseudo-Croup eine Prophylaxe eventuell auch über längere Zeit durchzuführen?

Antwort: Die Bezeichnung Pseudo-Croup sollte möglichst nicht mehr gebraucht werden. Sie geht zurück auf eine Zeit, da man zwischen dem diphtherischen sogenannten „echten Croup“, dem „Würgeengel“ der Kinder, und dem sogenannten „Pseudo-Croup“, das heißt nichtdiphtherischer Natur, unterschied. Heute gibt es so gut wie keinen diphtherischen Croup mehr, jedoch häufig Croup-Erkrankungen durch unspezifische Erreger wie Staphylokokken, Streptokokken, Mischinfektionen sowie auch durch Virusinfektionen durch Adeno-Virus, durch Grippe-Virus. Es ist nicht einzusehen, warum man diesen Croup, der in jedem Fall lebensbedrohlich werden kann, nicht als Croup, sondern als Pseudo-Croup bezeichnen soll. Man spricht ja auch beispielsweise nicht von einem Pseudo-Ikterus, wenn der Ikterus nicht durch eine Hepatitis, sondern durch Zerfall der Blutkörperchen ausgelöst ist. — Zur eindeutigen Bezeichnung kann man auch den Ausdruck „Laryngo-Tracheo-Bronchitis“ verwenden, zumal meist eine Mitbeteiligung von Trachea und Bronchien vorhanden ist. Als „Laryngo-Tracheo-Bronchitis maligna“ wird eine Krankheitsform bezeichnet, wobei sich Membranen bilden, die sich bis in die Trachea und Bronchien entwickeln und dann häufig zur Erstickung des Kindes führen, so daß auch die Tracheotomie nicht immer erfolgreich ist. — Die Therapie ist einheitlich. Jeder Croup kann tödlich werden, selbst wenn er zuerst harmlos aussieht; je jünger das Kind, um so ernster ist die Prognose. Deshalb müssen diese Kinder ständig beobachtet werden. Tritt Atemnot auf, so gehören sie in die Klinik. Auch im Anfangsstadium ist die Behandlung als Frühbehandlung energisch durchzuführen, um eine Verschlimmerung sofort zu verhüten. — 1. Hochdosiertes Antibiotikum (Leukomycin® oder Terramycin® 50 bis 70 mg pro kg Körpergewicht und Tag). 2. 20 bis 30 mg Prednison (Decortin®) oder ein anderes Cortison-Präparat in entsprechender Dosierung; davon in schweren Fällen 20 mg intramuskulär oder intravenös. 3. Das Kind stets an die frische Luft bringen, Balkon oder offenes Fenster. 4. Beruhigungsmittel in Form von Aprobarbital (Somnifen®), je nach Alter 5 bis 10 Tropfen, oder Chlorpromazin (Megaphen®) 5 bis 15 Tropfen, oder Suppositorium Allional® „für Kinder“ 1/2 bis 1 Zäpfchen. 5. Bei starker Atemnot, also in der Klinik, Dauersonde zur Ernährung und Flüssigkeitszufuhr; außerdem ist sie notwendig, um die Kinder im Schlaf zu belassen, damit sie nicht bei jeder medikamentösen Zufuhr geweckt werden müssen. 6. Bei Diphtherie-Verdacht (Aphonie) 10 000 bis 20 000 Einheiten Diphtherie-Fermo-Serum. — Am schwierigsten ist die Entscheidung, ob und wann ein mechanischer Eingriff durchgeführt werden kann a. in Form der Intubation, b. in Form der Tracheotomie. — Die Intubation ist außerhalb einer Klinik undurch-

föhrbar, da Kinder vom Augenblick der Intubation ab ständig bewacht werden müssen, und die Möglichkeit einer Re-Intubation gegeben sein muß, da die Kinder den Tubus aushusten können. — Die Tracheotomie schafft momentan einen eklatanten Erfolg; aber der Dauererfolg wird leider oft beeinträchtigt durch das Tiefersteigen der Membranen, eine eitrig Bronchiolitis oder Bronchopneumonie oder erschwertes Décanulement. Man soll sich daher nicht leichtfertig zur Tracheotomie entschließen und sie nur dort durchführen, wo die Garantie besteht, daß bei dem operierten Kind eine Dauersitzwache Tag und Nacht bleibt, die so erfahren ist, daß sie die sehr subtile Pflege beherrscht, und wo auch ein Arzt innerhalb von ein bis zwei Minuten zur Stelle sein kann, wenn Komplikationen eintreten. — Im allgemeinen ist also zu raten: Leichte Fälle von Croup ohne Atemnot können noch zu Hause behandelt werden mit der oben angegebenen Therapie, wobei den Eltern eingeschärft werden muß, daß das Auftreten von Atemnot, das heißt Einziehungen im Jugulum und im Epigastrium, die sofortige Einweisung in die Klinik verlangen. — Es gibt Kinder, die zum Croup besonders neigen, meist adipöse ältere Säuglinge oder Kleinkinder. Eine gewisse Prophylaxe ist möglich. Man wird bei diesen Kindern jeden katarrhalischen Infekt der oberen Luftwege mit Antibiotika behandeln, um das Übergreifen auf den Kehlkopf zu verhindern. Gleichzeitig Prednisongaben per os. Ferner mit Freiluft behandeln und durch Gewöhnung an die frische Luft abhärten.

Prof. Dr. A. Windorfer, Universitäts-Kinderklinik, Erlangen

Frage: Konzeptionsverhütung durch Anovlar? Bestehen Bedenken, wenn man aus medizinischen Gründen von einer weiteren Schwangerschaft abraten muß, das Präparat Anovlar zu verordnen?

Antwort: Wenn das Eintreten einer Gravidität aus medizinischer Indikation vermieden werden soll, bestehen gegen die Anwendung von Anovlar kaum Bedenken. Bei dieser Methode der Fertilitätskontrolle wird durch die kombinierte Anwendung von Oestrogenen und Gestagenen über eine Bremsung des Hypophysenvorderlappens die Ovulation unterdrückt. Man sollte die Anwendungsdauer noch auf sechs Monate oder ein Jahr begrenzen, bis die völlige Unbedenklichkeit dieses Vorgehens an einem sehr großen Kreis von Frauen bewiesen ist. Die bisher vorliegenden Ergebnisse, daß nach dem Absetzen des Präparates nach einer ein- bis zweijährigen Anwendung prompt wieder Konzeptionen eintreten, sprechen für die Ungefährlichkeit der Methode. Die allenfalls trotzdem vorhandenen Bedenken wird man bei Vorhandensein einer medizinischen Indikation überwinden in Anbetracht der außerordentlich hohen Zuverlässigkeit, die zur Zeit von keiner anderen Methode der Empfängnisverhütung erreicht wird. Bis zum Beweis der absoluten Unschädlich-

keit sollte Anovlar nicht verordnet werden bei Neigung zu thromboembolischen Erkrankungen und bei Leberfunktionsstörungen.

Prof. Dr. G. K. Döring, I. Universitäts-Frauenklinik, München 15, Maistr. 11

Frage: „Heilspeck“. Was ist „Heilspeck nach Dr. Folberth?“

Antwort: Seit den Untersuchungen amerikanischer Autoren wissen wir, daß Schweinefett einen höheren Gehalt an hochungesättigten Fettsäuren, vor allem Linolsäure, hat als Butterfett. Nachdem Untersuchungen von A. Hansen in Amerika wahrscheinlich gemacht hatten, daß beim Säuglingsekzem ein Mangel an solchen hochungesättigten Fettsäuren, vor allem Linolsäure, besteht, wurde von Glanzmann in Bern für das Säuglingsekzem der „Speckschoppen“ empfohlen (E. Glanzmann, Einführung in die Kinderheilkunde, 4. Auflage 1958, Seite 211). Der Kinderarzt Dr. Folberth in Lörrach hat diese Anregung von Glanzmann mit ausdrücklicher Billigung des Autors aufgegriffen und sich bemüht, dem praktisch tätigen Arzt einen Speck zur Verfügung zu stellen, der einen möglichst konstanten Linolsäuregehalt aufweist. Dieser Speck wird als „Heilspeck nach Dr. Folberth“ bezeichnet. Er wird von der WUFA GmbH in Lörrach/Baden hergestellt und vertrieben. Die Heilspeckbehandlung ist später von Dr. Folberth auch auf andere Erkrankungen ausgedehnt worden.

Prof. Dr. W. Droese, Universitäts-Kinderklinik, München, Lindwurmstr. 4

Frage: Werden Lebewesen durch Fernsehstrahlungen geschädigt? Es soll eine Empfehlung geben, Blumen und Vögel während des Fernsehens aus dem Raum zu entfernen.

Antwort: Die Vorschrift beziehungsweise die Anregung, Blumen und Vögel aus dem Raum zu entfernen, in welchem ein Fernsehgerät in Betrieb ist, beruht auf der Erfahrung, daß bestimmte Pflanzen und Vögel gegen die hohen Schallfrequenzen im Ultraschallbereich, die vom Menschen nicht wahrgenommen werden, empfindlich sind. Zumindest für die Vögel sind auch noch die Helligkeit des Bildschirms und die allgemeine Unruhe zur Schlafenszeit dieser Tiere die Ursache dafür, daß sie unter Umständen eingehen können. Man weiß zwar, daß die bei Fernsehgeräten verwendeten Kathodenstrahlröhren im gewissen Umfange Röntgenstrahlen erzeugen. Die Arbeitsspannung dieser Röhren ist jedoch so niedrig, daß nur ganz weiche Strahlen erzeugt werden, die praktisch von den Wänden der Röhre, dem umgebenden Gehäuse und der Schutzplatte des Bildschirms absorbiert werden. Die Untersuchung einer Reihe deutscher Markengeräte ergab nach Beck, Dresel und Melching in 10 cm Abstand vom Bildschirm eine Strahlenbelastung, die unterhalb von

einem Millionstel Röntgen pro Stunde liegt. Die Strahlenbelastung durch Fernsehgeräte spielt daher praktisch überhaupt keine Rolle, da nach dem Abstandsgesetz und der ausgesprochen weichen Strahlung in dem Abstand, in welchem normalerweise der Fernsehzuschauer dem Gerät gegenüber sitzt, keine Strahlung mehr zu messen sein wird.

Prof. Dr. Dr. G. Barth, Wilhelm-Conrad-Röntgen-Klinik der Universität, Gießen, Friedrichstr. 25

Frage: Desinfektion von Woldecken und Matratzen. Welche Verfahren zur wiederholten und möglichst schonenden Desinfektion von Woldecken und Matratzen aus Krankenzimmern können derzeit empfohlen werden?

Antwort: Die bakteriologischen Untersuchungen von Woldecken und Matratzen haben ergeben, daß diese Keimträger bei der Ausbreitung von Hospitalkeimen eine große Rolle spielen. Deshalb wurde zu Recht die Forderung aufgestellt, jedem Patienten nicht nur frische Bettwäsche, sondern auch eine saubere und desinfizierte Woldecke und Matratze zu geben. Die Desinfektion von Woldecken stieß jedoch bis in die jüngste Zeit auf große Schwierigkeiten. Es ist möglich, Woldecken in sauren oder neutralen Desinfektionslösungen zu waschen. Die Handhabung der schweren, nassen Decken, die lange Trockenzeit in großen Trockenräumen oder die Notwendigkeit der Heißluftbehandlung im Tumbler haben sich in der Praxis als hinderlich erwiesen. Auch waren auf die Dauer Faserschädigungen und Verfilzung nicht ganz vermeidbar. Durch die Arbeiten von Ostertag, Reploh und Otte scheint nunmehr die glückliche Synthese von Trockenreinigung und Desinfektion in einem Arbeitsgang gefunden zu sein. Bei dem Estex-Verfahren erfolgt die Reinigung in einer Flotte von Perchloräthylen und Emulgatoren, wodurch der wasserlösliche und wasserunlösliche Schmutz entfernt wird; die Desinfektion erfolgt durch Formaldehyd mit nachfolgender Neutralisation durch Ammoniak. Die maschinelle Reinigung und Desinfektion (Typ Böwe) ist zudem faserschonend. — Die Desinfektion von Matratzen aus Naturfasern kann in strömendem Dampf erfolgen. Hierfür wurden in den letzten Jahren transportable Bettendesinfektionsanlagen — zum Beispiel der Firma Poensgen — entwickelt (Grün). Bei Latexschaummatratzen kann der Drell entfernt und gewaschen werden. Der Matratzenkörper läßt sich mit Grobdesinfektionsmitteln entseuchen. Latexschaummatratzen verschiedener Fabrikate besitzen zudem eine Eigenbakterizidie. — Grün, L.: *Gesdhts-W. u. Desinf.* 54/54 (1962), Ostertag, H.: *Gesdhts-W. u. Desinf.* 54/49 (1962), Otte, H.: *Das Krankenhaus* 11/449 (1961), Reploh, H., H. Otte: *Arch. Hyg.* 146/17 (1962).

Prof. Dr. L. Grün, Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Medizinischen Akademie Düsseldorf, Witzelstr. 109

LITERATURBERICHTE

Buchbesprechungen

Akutes Nierenversagen. 1. Symposium der Gesellschaft für Nephrologie in Freiburg/Br. am 20. und 21. Oktober 1961. Hrsg. v. H. Sarre und K. Rother. 1962. VIII, 277 S., 153 Abb., 18 Tab. (Georg Thieme Verlag, Stuttgart.) Kart. DM 48.— (20% ermäßigter Vorzugspreis für die Mitglieder der Gesellschaft für Nephrologie.)

Die neugegründete Gesellschaft für Nephrologie legt Vorträge und Diskussionen ihres ersten Symposions im Druck vor. Wie Sarre in seiner Einleitung ausführt, kommen in Westdeutschland im Jahre weit über 1000 Fälle des (in 50—80% tödlichen) akuten Nierenversagens vor. Die Ursachen liegen teils in der enormen Zunahme der Behandlung mit Blutkonserven, teils im Kontakt mit differentiellen Chemikalien und Medikamenten, die zu toxischen und toxisch-allergischen Schädigungen führen, teils auch in der Zunahme von schweren Unfällen mit Crush, Myo- und Hämolyse. Internisten (Sarre, Reubi und Schüler, Wollheim), Physiologen (Kramer), Pathologen, Chirurgen (Koslowski), Pädiater (Hungerland) kommen zu Wort. Die Einteilung ist: Pathologische Anatomie (Bohle, Zollinger, Nol-

tenius, Heinzl), Experimente zur Pathogenese (Kramer und seine Schüler, Sarre und seine Schüler u. a.), Klinik, Therapie und Beiträge zur Dialysebehandlung. Buchborn berichtet über die Abgrenzung des Begriffs der Schockniere im Rahmen des akuten Nierenversagens, Sartorius über die Ätiologie. Scheler, Reubi und Gossweiler behandeln den Kreislauf bei der akuten Niereninsuffizienz. Natürlich sind auch Befunde über Atemregulation (Pauli) und Ionenhaushalt (Losse, Heintz) vertreten. Zur Essigsäure-Intoxikation mit Nierenversagen sprechen Krecke und Mitarbeiter sowie Jutzler. Zum Foetor uraemicus nehmen Heintz und Losse Stellung: Bei deutlicher Niereninsuffizienz spricht das Fehlen eines Foetor uraemicus für eine akute, das Vorhandensein eines Foetor uraemicus für eine chronische Niereninsuffizienz. Chronische Niereninsuffizienzen ohne Foetor uraemicus zeigten niemals erhöhte Ammoniakwerte in der Ausatemungsluft; es gab aber auch chronische Niereninsuffizienzen mit Foetor uraemicus, bei denen der Ammoniknachweis mißlang. Bei akuter Niereninsuffizienz ist Foetor uraemicus ab 5. Woche zu erwarten. Eine Adaptation