

## FRAGEN AUS DER PRAXIS

**Frage: Haben die jetzt im Handel befindlichen schleimhautabschwellenden Nasentropfen und -sprays eine blutdruckerhöhende Wirkung?** Bestehen Bedenken, schleimhautabschwellende Nasentropfen und -sprays bei Hypertonikern anzuwenden?

Antwort: Unsere Erfahrungen aus der Vielzahl der im Handel befindlichen gefäßverengenden und schleimhautabschwellenden Nasentropfen beruhen vorwiegend auf zwei Präparaten: 1. Tetryzolin (Tyzine®). Die therapeutischen Einzeldosen bei der üblichen lokalen Schleimhautanwendung betragen beim Erwachsenen etwa 0,3 bis 0,4 mg. Setzt man eine drei- bis viermalige Anwendung pro Tag voraus, so kommen durchschnittliche Tagesdosen von 0,9 bis 1,6 mg zur Anwendung. Diese Dosen führen nach eigenen Beobachtungen und denen von Carlozzi, Menger, Olson u. a. zu keinerlei Systemreaktionen; sie beeinflussen auch den Blutdruck, selbst bei Hypertonikern, nicht. Experimentelle Ergebnisse: Nach intravenöser Anwendung, insbesondere wenn die Injektion schnell erfolgt, kann der Blutdruck vorübergehend ansteigen (Hutcheon und Mitarbeiter). Finnerty und Mitarbeiter sahen allerdings bei Hypertonikern nach oralen Gaben von Tyzine einen hypotensiven Effekt; es wurden Dosen von 6 bis 15 mg/Tag angewendet. — 2. Xylometazolin (Otriven®). Gleichartige Beobachtungen durch uns liegen auch bei diesem Präparat vor. Wir sahen bei der üblichen Dosierung keine Nebenwirkungen, insbesondere keine Blutdruckanstiege. Signifikantes Ansteigen des Blutdruckes — Beobachtungen erfolgten zum Teil auch bei Hypertonikern — wurde auch von DeBlasio, De Sa, Jacques, Kolondy und Peluse nicht festgestellt. — Tyzine und Otriven können somit bei durchschnittlicher Dosierung bei Hypertonikern angewendet werden. Einer Daueranwendung dieser gefäßverengenden und schleimhautabschwellenden Nasentropfen ist aber damit nicht das Wort zu reden. Sollte die Behinderung der Nasenatmung über längere Zeit bestehen, so ist durch eine rhinologische Untersuchung die Ursache festzustellen und eine kausale Therapie durchzuführen.

Prof. Dr. W. Becker, Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Mainz, Langenbeckstr. 1

**Frage: Maligne Entartung eines höckerigen Pigmentnävus?** Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit der malignen Entartung eines etwa 3 × 3 cm großen, höckerigen Pigmentnävus bei einem Neugeborenen? Verbessert eine Operation die Prognose, und in welchem Alter wäre diese Operation am zweckmäßigsten durchzuführen? Gibt es eine sinnvolle Therapie des metastasierenden Melanoms?

Antwort: Die differentialdiagnostische Abgrenzung des Melanoms und vor allem auch der einem Nävuszellnävus immer wieder sehr ähnlichen Melanosis circumscripta praeblastomatosa gehört zu den schwierigen und verantwortungsreichen Aufgaben des Arztes, insbesondere des Dermatologen. In der Annahme, daß im gegebenen Fall ein papillomatöser Nävuszellnävus vorliegt, wäre folgendes zu sagen: Die Wahrscheinlichkeit für die maligne Umwandlung eines (ruhenden) Nävuszellnävus — ohne oder mit Operation — liegt bei 1 : 1 000 000 oder (wesentlich)

darunter. Die Operation eines ruhenden Nävuszellnävus kann in jedem Alter, also auch während der Pubertät, erfolgen. Eine sinnvolle, das heißt wirkungsvolle Therapie eines metastasierenden Melanoms gibt es bis heute nicht. (Nikolowski: Dtsch. med. Wschr. 79 [1954], 1808; 85 [1960], 681.)

Prof. Dr. W. Nikolowski, Hautklinik der Städtischen Krankenanstalten, Augsburg, Langemarkstr. 11

**Frage: Ätiologie und Therapie nächtlicher Wadenkrämpfe?** Welche Ursache können nachts spontan aus dem Schlaf heraus auftretende Wadenkrämpfe haben und wie sind sie therapeutisch beeinflussbar?

Antwort: Wadenkrämpfe treten bei mannigfaltigen Zirkulations- und Stoffwechselstörungen im Bereich der unteren Gliedmaßen auf. Der nächtliche schmerzhafteste Wadenkrampf ist ein Frühsymptom des Diabetes mellitus, der Gicht und selbstverständlich jeder venösen Abflußbehinderung. Nächtliche Crampi sind uns auch von der amyotrophischen Lateralsklerose, um ein neurologisches Krankheitsbild als Beispiel zu nennen, bekannt. Die ursächliche Behandlung ergibt sich aus der Diagnose des den Crampi zugrunde liegenden Grundleidens. Symptomatisch hat sich allgemein das Chinin, abends zwei Tabletten zu 0,1 g, bewährt. Darüber hinaus ist die Hochlagerung der unteren Extremitäten oft eine gute therapeutische Hilfe. Die schmerzhaften Krämpfe der Muskulatur beim Myxödem treten eher als Bewegungsschmerz und mehr in der Oberschenkel- als in der Wadenmuskulatur auf. Das Zusammentreffen von Belastungsschmerz und Aufwachsmerz gilt allerdings auch für die Myxödemmyopathie. Sie gilt selbstverständlich auch für die Claudicatio intermittens, die auch einmal zu nächtlichen Spontanschmerzen führt, besonders dann, wenn Arteriosklerose und Varikosis zusammentreffen.

Prof. Dr. F. Erbslöh, Neurologische Universitätsklinik, Gießen, Am Steg 18

**Frage: Ab wann ist eine ausgestoßene menschliche Frucht als Lebendgeburt zu bezeichnen?** Ist eine etwa im vierten Graviditätsmonat ausgestoßene Frucht, bei der kurze Zeit deutliche Pulsationen der Nabelschnur und eine Herzreaktion nachweisbar waren, als Lebendgeburt zu bezeichnen?

Antwort: Die Weltgesundheitsorganisation in Genf hat 1950 folgende Definition vorgeschlagen: „Lebendgeburt liegt vor, wenn das aus einer Empfängnis Hervorgegangene, unabhängig von der Dauer der Schwangerschaft, aus dem Mutterleib vollständig ausgestoßen oder entnommen wurde, nach dieser Scheidung vom Mutterleib jedoch atmet oder ein anderes Merkmal des Lebens zeigt, so Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung willkürlicher Muskeln, wobei es keine Rolle spielt, ob die Nabelschnur durchgeschnitten worden war oder nicht, desgleichen, ob die Placenta noch anliegt oder nicht mehr anliegt. Jedes aus einer solchen Geburt Hervorgegangene wird als Lebendgeborenes angesehen.“ Hiernach handelt es sich auch im vorliegenden Falle um eine Lebendgeburt. — Literatur: Wolf, Naujoks: Anfang und Ende der Rechtsfähigkeit des Menschen (Frankfurt

1955). Frankfurter Wissenschaftl. Beiträge, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Reihe, Band 11.

Prof. Dr. A. Ponsold, Institut für Gerichtliche Medizin der Universität, Münster, von-Esmarch-Str. 86

**Frage: Was versteht man unter pyknoleptischen Anfällen, Impulsiv Anfällen, synkopalen Anfällen?**

Antwort: Der Begriff Pyknoleptie wurde 1916 von Sauer für gehäuft auftretende kurze Bewußtseinsstörungen im Kindesalter in die Literatur eingeführt. Da die Patienten in der Regel weder Wesensveränderungen noch Intelligenzdefekte hatten und die gegen die damaligen Antiepileptika resistenten Anfälle in der Pubertät oft seltener wurden, ja, mitunter spontan sistierten, trennte man diese Paroxysmen nosologisch von der Epilepsie ab. Erst durch die Elektroenzephalographie konnte 1945 die epileptische Natur dieser Paroxysmen einwandfrei geklärt werden. Heute versteht man unter Pyknoleptie eine besondere Verlaufsform kindlicher Epilepsien unter dem Bild gehäufte Absencen. Die Paroxysmen treten meist im Schulalter bevorzugt bei Mädchen auf und lassen sich durch Hyperventilation provozieren. Bei spontanem Verlauf ist in etwa 50% der Fälle mit einem Übergang in Aufwach-Grand-Mal zu rechnen. Das klassische elektroenzephalographische Korrelat der pyknoleptischen Absencen sind die 3/sec spike-waves. Den Begriff Impulsiv-Petit-Mal prägte Janz in Anlehnung an Herpin für folgenden epileptischen Anfallstyp: bevorzugt nach dem Erwachen auftretende, meist symmetrische, Kopf-, Rumpf- und proximale Extremitätenabschnitte befallende isolierte oder salvenförmige Bewegungsstöße. Bei Mitbeteiligung des Zwerchfells kommt es oft zu einem inspiratorischen „Juchzen“. Das Bewußtsein ist bei kurzen Stößen erhalten, bei längeren Schauern getrübt. Typisches intervalläres und paroxysmales elektroenzephalographisches Korrelat sind poly-spikes. Im angloamerikanischen Schrifttum werden diese Anfälle als „myoclonic seizures“ bezeichnet. — Unter synkopalen Anfällen versteht man nichtepileptische Paroxysmen, die in der Regel mit Bewußtseins- und Tonusverlust einhergehen. Pathogenetisch werden neben kreislauf- oder kardialbedingten zerebralen Hypoxämien auch psychische, auf das Hirnstamm-Hypophysensystem wirkende Faktoren (Schulte) diskutiert.

Privatdozent Dr. A. Matthes, Universitäts-Kinderklinik, Heidelberg, Luisenheilanstalt

**Frage: Sind die üblichen Fernsprechapparate explosions-sicher? Darf in einem Raum, in dem eine gasvergiftete Person aufgefunden wurde, nach Abstellen der Gaszufuhr und Öffnen der Fenster ein im Raum befindliches Telefon benutzt werden oder besteht Explosionsgefahr?**

Antwort: Grundsätzlich gilt der im normalen Fernsprechgebrauch benutzte Telefonapparat nicht als explosions-sicher. Wird der Apparat also in einem Raum benutzt, in dem sich zündfähige Gase oder Gasgemische befinden, so kann dies zu einer Explosion führen. Eine sichere Voraussage, unter welcher Bedingung es zu einer Zündung kommt, läßt sich nicht machen, da der Zeitpunkt von einer Reihe kritischer Faktoren abhängig ist. Wir möchten deshalb unbedingt empfehlen, beim Auffinden von Personen in gasverseuchten Räumen nicht den im gleichen Zimmer vorhandenen Fernsprechapparat zu benutzen, sondern von anderer Stelle telefonisch Hilfe herbeizurufen. Die Fernmelde-Industrie stellt selbstverständlich für Bergwerke und chemische Betriebe auch Fernsprechapparate her, die an Stellen benützt werden können, an denen mit der Bildung von kritischen Gemischen zu rechnen ist. Diese Apparate sind aber speziell für diese Aufgaben

konstruiert und unterliegen Bestimmungen, die für den normalen Fernsprechapparat nicht gefordert werden.

Standard Elektrik Lorenz AG, Stuttgart-Zuffenhausen

**Frage: Siebenstündiger Schulunterricht für 13jährige Mädchen?**

Antwort: Da die Leistungsfähigkeit und auch die Erholungsfähigkeit des jüngeren Schulkindes wesentlich geringer sind als die des älteren, ist es notwendig, während der Schulzeit für jedes Schuljahr eine altersspezifische Differenzierung von Beanspruchung und Erholung zu beachten. Dies ist um so wichtiger, als der — gegenüber dem Erwachsenen — verminderten körperlichen Leistungs- und Erholungsfähigkeit des Schulkindes eine höhere biologische Lebensleistung gegenübersteht. Wegen der großen biologischen An- und Umpassungsfähigkeit des Schulkindes — Morbidität und Mortalität erreichen im Schulalter die geringsten Werte während des ganzen Lebens — finden gesundheitliche Schädigungen nicht in dieser Altersklasse ihren Niederschlag, sondern treten erst später zutage, wenn die An- und Umpassungsfähigkeit geringer geworden ist. Der meines Wissens beste Vorschlag für eine Tageseinteilung in den verschiedenen Schuljahren wurde schon vor Jahrzehnten vom Schulkomitee der Schwedischen Gesellschaft der Ärzte nach langjährigen Beobachtungen von Kindern in Familien und nach eingehenden Beratungen mit Pädagogen erarbeitet. Nach dieser auch heute noch als vorbildlich geltenden Einteilung soll die tägliche maximale Beanspruchung als „Arbeits- und Zwangszeit“ in Schule und Haus für 17- bis 18jährige 9 Stunden, für 15- bis 16jährige 8,5 Stunden, für 14jährige 8 Stunden, für 12- bis 13jährige 7 Stunden, für 10- bis 11jährige 6 Stunden nicht überschreiten. Diese täglichen Beanspruchungszeiten setzen sich zusammen aus Anwesenheitszeit in der Schule einschließlich 15 Minuten Pause zwischen den aufeinanderfolgenden Unterrichtsstunden von je 45 Minuten sowie aus den Zeiten für Hausaufgaben und Schulweg. Entsprechend diesen Vorschlägen könnte ein siebenstündiger Vormittagsunterricht, falls jeder Stunde eine durchschnittliche Pause von 15 Minuten zugeordnet wäre, ärztlicherseits gerade noch vertreten werden, wenn keine Hausaufgaben gestellt würden. Da dies bei 13jährigen Kindern in der Regel nicht der Fall sein dürfte, kann man die gestellte Frage ohne weiteres verneinen. In diesem Zusammenhang sei darauf aufmerksam gemacht, daß nach den Untersuchungen von Laufer und Boucour die tägliche in der Schule nutzbringend verbrachte Zeit für die verschiedenen Altersstufen nicht gleich ist. Sie beträgt im Alter von 6 bis 7 Jahren etwa 2 Stunden, von 8 bis 9 Jahren etwa 3,5 Stunden, von 10 bis 12 Jahren etwa 4,5 bis 5 Stunden und von 12 bis 13 Jahren etwa 5,25 bis 5,5 Stunden. Die Zeit, in welcher sich ein Kind kontinuierlich konzentrieren kann, beträgt nach den Angaben von Chadwick im Alter von 5 bis 7 Jahren etwa 15 Minuten, von 7 bis 10 Jahren etwa 20 Minuten, von 10 bis 12 Jahren etwa 25 Minuten und von 12 bis 16 Jahren etwa 30 Minuten. Unter Betrachtung dieser Erkenntnisse vermag die Schule ohne Leistungseinschränkung vermutlich sogar bei Verbesserung der Arbeitsleistungen sowohl bezüglich der Unterrichtszeiten als auch bezüglich der Gesamtstundenzahl mit weniger Zeit auszukommen, als es bisher praktiziert wird. Um dies jedoch durchzusetzen, ist es in erster Linie notwendig, aus der öffentlichen Meinung die Vorstellung zu eliminieren, daß bei geistiger Arbeit etwa wie bei Fließbandarbeit die Länge der Zeit für die Produktivität ausschlaggebend sei. — Literatur: Hellbrügge, Th., J. Rutenfranz, O. Graf: „Gesundheit und Leistungsfähigkeit im Kindes- und Jugendalter“.

Prof. Dr. Th. Hellbrügge, Kinderpoliklinik der Universität, München, Pettenkoferstr. 8 a