

## FRAGEN AUS DER PRAXIS

**Frage: Wann sollen Kinder ins Bett gehen?** Großstadt, befreundete Kollegen lassen ihre Kinder — 9jähriger Junge, 7jähriges Mädchen — regelmäßig bis 1/210 Uhr aufbleiben, auch Mittagsschlaf ganz selten. Angeblich unauffällige Entwicklung der durchschnittlich intelligenten Kinder. In der eigenen Familie wird streng auf regelmäßige Ruhe, 19 Uhr, gesehen. Sind Schäden psychischer und somatischer Art bei langem Aufbleiben der Kinder sicher nachgewiesen?

**Antwort:** Das Schlafbedürfnis von Kindern schwankt nach Feststellungen an größeren unbeeinflussten Untersuchungsreihen sehr beträchtlich; für das Alter von 7 bis 9 Jahren finden sich Zahlenangaben zwischen 9 und 15 Stunden. Eine einheitliche Durchschnittsdauer läßt sich also nicht angeben — genau so wenig wie beim Erwachsenen; sie ist durch den Eigenrhythmus der jeweiligen Persönlichkeit bestimmt. Daneben werden auch Gewohnheiten, Klima usw. wirksam; es ist immer wieder erstaunlich, zu welcher späten Abendstunden sich noch quicklebende Kinder in südlichen Ländern auf der Straße aufhalten. Als Zeichen ungenügenden Schlafes werden Blässe, tiefliegende Augen, Gereiztheit und Verdrößlichkeit beobachtet. Das tritt bei Kindern auf, die aus Trotz oder aus einem Unverständnis der Eltern heraus nicht einen ihrem Bedürfnis entsprechenden Schlaf haben. Etwaige psychische Schäden bei solchen Kindern dürften aber eher aus der zur Schlafverkürzung führenden neuropathischen Grundhaltung stammen. Längerdauernde somatische Schäden sind unwahrscheinlich. In einem Versuch von Lee erhielten sich Studenten, die 160 Std. (!) künstlich wach gehalten wurden, vollständig nach ausgiebigem Schlaf, der aber in der Dauer nicht im entferntesten dem entzogenen Schlaf nahe kam. — Zur Frage des Mittagsschlafes: Der Erwachsene hat durchschnittlich einen monophasischen Ablauf seines Wach-Schlaf-Rhythmus, Säuglinge dagegen einen polyphasischen (5—6maliger Wechsel). Der Ausgleich vollzieht sich allmählich. Spontan wird der Mittagsschlaf von gesunden Kindern etwa beim Übergang zum Schulalter aufgegeben, doch kommen auch hier große Schwankungen vor. Wenn Kinder die Zeit des Mittagsschlafes zu allerlei Unfug benutzen, dann sollten sie nicht mehr dazu genötigt werden, insbesondere dann nicht, wenn das abendliche Einschlafen dadurch verzögert wird.

Prof. Klinker, Düsseldorf, Akademische Kinderklinik

**Frage: Vegetative Dystonie und Hormonhaushalt.** 44jähriger Patient, Dr. jur., Staatsbeamter, leidet an hochgradigen vegetativ-dystonischen Störungen, leichter Schilddrüsenüberfunktion, Sexualstörungen, herabgesetzter geistiger Leistungsfähigkeit, rascher Ermüdbarkeit, mangelhafter Konzentrationsfähigkeit. Vor 4 Jahren (August 1949) zweimalige Tetanus-Seruminjektion (gleichartiges Serum) mit deutlichen Symptomen einer hyperallergischen Reaktion (anaphylaktischer Schock). In die gleiche Zeit fällt die in unregelmäßigen Zeitabständen erfolgte Verabreichung von ungefähr 10 bis 20 Perandren-Injektionen à 25 mg wegen Störungen in der Sexualsphäre. Im Anschluß an beide genannten therapeutischen Maßnahmen traten die oben erwähnten Störungen auf.

Bemerkenswerte Störung im Hormonspiegel. Bestimmung aus dem Harn ergibt:

Gonadotropin 8 i.E.	Follikelhormon 490 i.E. !!
17-Ketosteroide 18,6 mg	Pregnanol 24,2 mg !!

Welche Therapie wird zur Wiederherstellung des hormonalen Gleichgewichtes sowie zur Beseitigung der vegetativ-dystonischen Störungen vorgeschlagen?

**Antwort:** Um die gefundenen Veränderungen in der Hormonausscheidung beurteilen zu können, ist es notwendig, die Methodik zu erfahren, mit welcher die einzelnen Bestimmungen ausgeführt wurden. Auch möchte ich mir den Hinweis erlauben, daß die Brauchbarkeit der einzelnen Methoden zur Follikelhormon- und Pregnanolbestimmung im Urin noch immer strittig ist. Unter der Annahme aber, daß die vorgewiesenen Laborergebnisse verwertbar sind, besteht der Verdacht, daß möglicherweise eine Nebennierenrindenhypertrophie bzw. ein NNR-Tumor mit femininisierender Wirkung vorliegt, wie das z. B. von Mason und Kepler u. a. beschrieben worden ist. Um diese Annahme beweisen zu können, ist eine nochmalige Hormon-Analyse in einem anerkannten Laboratorium und unter Umständen eine morphologische Nebennierenendiagnostik mit Retropneumoperitoneum usw. notwendig. Die Therapie richtet sich nach dem dann erhobenen Befund.

Prof. Dr. Appel, Medizinische Universitätsklinik, Kiel.

**Frage: Asphyxie bei der Geburt und angeborene Vitien.** Nach meinem Eindruck in der Praxis zeigen sich bei Kindern, die infolge

pathologischer Entbindungsverhältnisse asphyktisch geboren wurden, im weiteren Verlauf des Lebens Herzfehler, die mit größter Wahrscheinlichkeit nach den heutigen Definitionen als angeboren zu bezeichnen sind, häufiger, als es nach dem durchschnittlichen Vorkommen solcher Herzstörungen zu erwarten ist. Ist in dem Schrifttum über eine solche positive Korrelation zwischen Asphyxie bei der Geburt und angeborenen Herzfehlern berichtet worden?

**Antwort:** Die Entwicklung des Herzens ist bis auf den Verschuß des Foramens ovale und des Ductus Botalli im 3. Embryonalmonat spätestens abgeschlossen. Nur Schädigungen, die vor dieser Zeit den embryonalen Organismus treffen (auch Anoxie, siehe die Untersuchungen von Büchner und Mitarb.), können Ursache für die Ausbildung congenitaler Vitien sein. Ob die angeborene Pulmonalklappenstenose, — die vielfach als Folge einer embryonalen Endocarditis angesehen wird — durch Asphyxie unter der Geburt verursacht sein kann, ist nicht wahrscheinlich. Es wäre interessant, darauf zu achten, ob der offene Ductus Botalli das häufigere congenitale Vitium nach Geburtsasphyxie ist, denn der Verschuß des Ductus Botalli, der im allgemeinen in den ersten drei Lebensmonaten stattfindet, wäre während dieser Zeit durch exogene Faktoren zu beeinflussen. Aus dem eigenen Krankengut und auch aus der Literatur sind bisher dazu keine Beobachtungen gemacht worden.

Prof. Dr. H. W. Knipping und Dr. H. Venrath, Medizinische Univ.-Klinik Köln-Lindenthal.

**Frage: Daumenlutschen.** Dürfte ich vom hygienischen, kieferchirurgischen, pädiatrischen, psychologischen, meinetwegen auch psychiatrischen Standpunkte aus um Stellungnahme zu dem Problem des Daumenlutschens beim Säugling bitten. Mit welchen Mitteln kann man das Lutschen verhindern, bzw. dem Säugling oder Kind abgewöhnen?

**Antwort:** Das Daumenlutschen kann nicht ohne weiteres verhindert werden. Das Lutschen entspringt dem primitivsten Reflex, dem Saugreflex. Zur Befriedigung dieses Reflexes gebrauchen die Kinder entweder ihre Finger oder sie erhalten einen Schnuller. Manche Säuglinge lehnen den Schnuller ab und ziehen die eigenen Finger vor. Beide Methoden haben ihre Vor- und Nachteile. Der Schnuller ist dem Kind durch plötzlichen Entzug leichter abzugewöhnen. Die Reinlichkeit dürfte aber beim Schnullergebrauch noch mehr zu wünschen übrig lassen. Durch häufiges Fallen auf den Boden wird der Schnuller beschmutzt und keineswegs immer in heißem Wasser abgewaschen, oft nur an der Schürze zur Reinigung pro forma „abgestreift“. Besonders gefährlich ist der Schnuller dann, wenn er regelmäßig in Honig oder Zuckerlösung getaucht wird. Schwere Karies der Zähne ist die Folge. — Die beiden letzten Nachteile entfallen beim Daumenlutschen. Dagegen ist das Daumenlutschen schwieriger abzugewöhnen, da man den Daumen nicht „entziehen“ kann. Kommt man mit gutem Zuspruch nicht aus, müssen Handschuhe oder Daumenüberzug, auch Festbinden des Armes, helfen. — Das Daumenlutschen ist im 1. Lebensjahr ungefährlich. Im 2. Lebensjahr sollte man das Lutschen abgewöhnen. Vielfach bleibt es dann nur noch als „Tröster“ zum Einschlafen übrig; dies ist ohne Nachteil. Erst wenn es über das 2.—3. Lebensjahr hinaus dauernd erfolgt, entstehen Schäden des Gebisses. Das lange Daumenlutschen ist Zeichen einer neuropathischen Veranlagung. Hier muß auch die Gesamthaltung des Kindes behandelt werden.

Professor Dr. A. Windorfer, Städt. Kinderklinik Stuttgart.

**Frage: Was ist der Hogben-Test?**

**Antwort:** Unter dem Hogben-Test wird die Schwangerschaftsreaktion mit Hilfe des südafrikanischen Krallenfrosches (*Xenopus laevis* Daudin) verstanden. Der Kapstadter Zoologe Hogben fand im Jahre 1930, daß die weiblichen Krallenfrösche auf die Injektion von gonadotropem Hormon nach wenigen Stunden mit Eiablage reagieren. Die Schnelligkeit der Reaktion, die bereits nach 6—10 Stunden abgelesen werden konnte, war seinerzeit der größte Vorteil des Hogben-Testes gegenüber der auf demselben Prinzip beruhenden und damals am meisten verbreiteten Schwangerschaftsreaktion nach Ascheim und Zondek, bei der das Ergebnis erst nach 100 Stunden beurteilt werden kann. Trotz dieser Vorteile scheiterte die allgemeine Einführung des Hogben-Testes an dem Einfuhrproblem und der Schwierigkeit der Aufzucht der Krallenfrösche. Auch waren besondere Maßnahmen erforderlich, um bei den in Gefangenschaft aufgezogenen Tieren die spontane Eiablage zu unterdrücken (siehe Bickenbach, Zbl. Gynäk. 69 [1947], S. 32). Seit der Entdeckung, daß die Spermatorrhöe männlicher Frösche eine noch schnellere und zuverlässige Prolanreaktion darstellt (Galli-Mainini 1947), wird die Verwendung des Hogben-Testes als Schwangerschaftsnachweis kaum noch diskutiert.

Prof. Dr. W. Bickenbach, Universitäts-Frauenklinik Tübingen