

## AUSSPRACHE

dazu im Widerspruch seine Äußerung: „Immer wieder stellt sie (die K. e.) Augenkliniken und Augenpraxen vor große organisatorische Probleme“.

Ich konnte schon 1954 anlässlich einer Berliner Epidemie der K. e. (veröffentlicht) nachweisen, daß von 55 Patienten, die wir in der Klinik, der ich damals angehörte, behandelten, nur 13 die Krankheit sicher außerhalb der Klinik bzw. Poliklinik bekommen hatten.

Die Hälfte der Patienten hatte die Krankheit aus Anlaß der Tonometrie akquiriert. Aus dieser Erkenntnis heraus veranlaßte ich damals, daß die Schiötz-Tonometer nicht, wie zu der Zeit üblich war, nur an Fußplatte und Stempel mit Alkohol oder Benzin abgerieben wurden, sondern daß die Apparate ständig in einem Wasserglas aufbewahrt wurden, das bis zum Tellergewicht mit einhalbprozentiger Zephirollösung gefüllt war.

Hierdurch und durch begleitende hygienische Maßnahmen hörten die Erkrankungen aus dieser Quelle schlagartig auf.

Zwei weitere Male – nämlich 1958 und 1970, kurz nach Eröffnung meiner jetzigen Abteilung – hatten diese Maßnahmen vollen Erfolg, als die K. e. aus der Stadt eingeschleppt wurde. Sowie die Virusinfektion als solche erkannt war – und das gelang nach wenigen Fällen – wurde jede weitere Ausbreitung verhindert.

Meine und meiner Mitarbeiter Erfahrung zeigt also sehr eindrucksvoll, daß erstens ohne Zweifel eine Weiterverbreitung des Virus von Patient zu Patient in Augenkliniken und Praxen leicht möglich ist und daß zweitens durch gar nicht mal übertriebene Maßnahmen die Weiterverbreitung schlagartig abgebrochen werden kann.

Es war in keinem Fall nötig, die Klinik oder auch nur Abteilungen vorübergehend zu schließen oder den Operationsbetrieb einzuschränken oder gar einzustellen.

Die Einstellung gewisser, mir bekannter Klinikchefs, daß die K. e. aus den Kliniken nicht ausrottbar sei, was aber nicht weiter schlimm sei, da fast nie eine bleibende Sehschwäche resultiere, ist also nicht mehr haltbar. Die wochenlangen Unannehmlichkeiten der Patienten während der Entzündungsphase sind nicht belanglos. Auch kommen durchaus bleibende Herabsetzungen der Sehschärfe gelegentlich vor.

Professor Dr. med.  
Eberhard Kleberger  
Chefarzt der Augenabteilung  
der Schloßpark-Klinik  
Heubnerweg 2  
1000 Berlin 19

#### IV.

Herr Kollege Vetter versucht die augenärztlichen Praxen von der Verbreitung der epidemischen Keratokonjunktivitis quantitativ zu exkulpieren. Mit dieser Äußerung stellt er sich in Gegensatz zu vielfältig andersartiger Erfahrung, die schließlich zur Formulierung von Ratschlägen zur Verhütung der Verbreitung der Keratokonjunktivitis führte (Merkblatt Nr. 42 des Bundesgesundheitsamtes: Keratoconjunctivitis epidemica, Erkennung und Verhütung, Ratschläge an Ärzte, 1975, Bundesgesundhbl. 19 [1976] 11–12).

An diesem Merkblatt haben mehrere Augenärzte aus Praxis und Klinik mitgewirkt. Gewiß treten die Erstinfektionen außerhalb der Arztpraxis auf. Durch Beachtung der hygienischen Maßnahmen kann der Augenarzt jedoch viel dazu beitragen, die Verbreitung der Infektion in seiner Praxis zu verhindern.

Es ist allerdings einzuräumen, daß auch bei Beachtung aller Maßnahmen in praxi eine iatrogene Verbreitung kaum völlig ausgeschlossen werden kann, insbesondere dann, wenn Patienten ohne eindeutigen ophthalmologischen Befund zur Untersuchung kommen. Eine „Pogromstimmung“ gegen Augenärzte wäre daher völlig unangebracht.

Der Haupterreger der Erkrankung ist Adenovirus Typ 8 (die Bezeichnung APC-Viren ist überholt); daneben kommen auch Adenovirus 19 und seltener andere Typen in Betracht.

Akute respiratorische Erkrankungen (hauptsächlich durch Ad-3, 4, 7) sind die wichtigsten anderen durch Adenoviren des Menschen bedingten klinischen Syndrome.

Adenoviren sind isometrische, „nackte“ Viren von 750 bis 800 Å Durchmesser. Sie enthalten eine Doppelstrang-DNS als genetisches Material, geschützt lediglich von einer Proteinhülle. Adenoviren werden daher nicht durch Lipidlösungsmittel inaktiviert, da das Virion keine Lipide enthält.

Aldehyd- und/oder chlorhaltige Desinfektionsmittel sind dagegen, wie die Instrumentendesinfektion durch Autoklavieren, bei sachgerechter Anwendung voll wirksam.

Zur Labordiagnostik von Ad-8-Infektionen können Konjunktivalabstriche zur Virusanzüchtung und Typisierung eingesandt werden. Auch hier – in der Diagnostik – erweist sich Ad-8 durch diffiziles Kulturverhalten als ein problematisches Agens. Adenovirusinfektionen können daher auch serologisch durch Nachweis eines mindestens vierfachen Antikörpertiteranstieges in zwei zeitgerecht entnommenen Blutproben mit Hilfe der gruppenspezifischen Komplementbindungsreaktion oder mit typenspezifischen Tests verifiziert werden.

Professor Dr. med. R. Wigand  
Nationales  
Referenzzentrum  
für Adenoviren  
Virologische Abteilung  
des Institutes für  
Hygiene und Mikrobiologie  
der Universität  
des Saarlandes  
6650 Homburg/Saar

Dr. med. H. Gelderblom  
Robert Koch-Institut des  
Bundesgesundheitsamtes  
1000 Berlin 65

