

Tabelle 3: EKG-Kriterien der rechtsventrikulären Hypertrophie

1. Steiltyp oder Rechtstyp (jenseits des 25. Lebensjahres)
2. R hoch in $V_1, 2$ und VR_{3-5} ($R \geq 0,7$ mV), klein in $V_{5, 6}$
3. QRS meist nicht verbreitert in V_1
4. S klein in V_1 , groß in $V_{5,6}$ ($\geq 0,7$ mV)
5. ST normal, isoelektrisch oder gesenkt in V_{1-3}
6. T biphasisch oder negativ in V_{1-3} und VR_{3-5}
7. Indizes: R/S in $V_1 \geq 1$
 $R_{V_1} + S_{V_5} \geq 1,05$ mV

Brustkorb ist aus den beiden Zeichnungen zu entnehmen. Links darunter finden sich normale und pathologische rechtspräkordiale Brustwandableitungen.

► Beispiel 1 (Darstellung 15): A. P., männlich, 21 Jahre: Valvuläre Pulmonalstenose. EKG-Befund: Rechtstyp, rsR-Komplex in Ableitung V_1 . QRS-Dauer in V_1 mit 0,08 sec nicht verbreitert. R in V_1 sehr hoch und schmal, ebenso in VR_{3-5} . Abwärts gerichteter ST-Verlauf mit Übergang in eine negative T-Welle in Ableitung V_1 und VR_{3-5} sowie III. EKG-Beurteilung: Rechtstyp, ausgeprägte Rechtshypertrophie (Druckbelastung) mit Störung des Erregungsrückgangs.

► Beispiel 2 (Darstellung 16): Sch. S., weiblich, 16 Jahre: Vorhofseptumdefekt. EKG-Befund: Rechtstyp, aufgesplitterter QRS-Komplex in Ableitung V_1 (rsr-Typ). R-Zacken in VR_{3-5} deutlich überhöht. Persistierende S-Zacken bis V_6 . EKG-Beurteilung: Rechtstyp, Rechts-herzbelastungszeichen (Volumenbelastung) in den rechtspräkordialen Brustwandableitungen. Der Lagetyp allein wäre bei dem Alter der Patientin nicht als pathologisch anzusehen. Die Kombination mit der Aufsplitterung des QRS-Komplexes in V_1 und der überhöhten R-Zacke in VR_{3-5} läßt jedoch die Diagnose Rechtshypertrophie zu. Der Vorhofseptumdefekt wurde

durch Herzkatheteruntersuchung bestätigt

● Wird fortgesetzt

Anschrift der Verfasser:
Dr. med. Becker
Dr. med. Kober
6 Frankfurt am Main 70
Theodor-Stern-Kai 7

ECHO

Zu: „Hautschäden durch externe Kombinationstherapie“ von Dr. med. Zouhair S. Itani und Privatdozent Dr. med. Günter Goerz, in Heft 20/1974, Seite 1461 ff.

„Zur Vorsicht bei der Anwendung von bestimmten Medikamenten gegen Hautpilz-erkrankungen“, rät das DEUTSCHE ÄRZTEBLATT. Bei äußerlich anzuwendenden Kombinationspräparaten, die Glukokortikoide (Wirkstoffe der Nebennierenrinde) und möglicherweise ein Antibiotikum enthalten, könnten als Nebenwirkungen nicht mehr rückgängig zu machen- de Hautschäden entstehen . . .“ (Kölnische Rundschau und viele andere Tageszeitungen)

Diagnostik

Bildung einer Doppelniere ist eine der häufig zu beobachtenden Malformationen im Urogenitalsystem. Da Doppelniere eine schlechte Funktion haben, sind sie sehr infektionsanfällig; auch Steine können sich leicht bilden. Häufig geht eine Doppelniere mit einer Ureterozele oder ektopen Harnleitermündungen einher. Das diagnostische Vorgehen ist meist einfach. Nach einem Ausscheidungsurogramm wird zystoskopiert. Danach schließt sich die Aortorenovasographie an, die, falls erforderlich, auch in retrograder Darstellung durchgeführt werden kann. Verursacht eine Doppelniere keine Beschwerden, ist keine Therapie erforderlich. Erkrankt das Organ sekundär, sollte man versuchen, es zu erhalten. cb

(Kollias, G.; Boeminghaus, F.: Med. Klin. 69 [1974] 141–145)

Deformierte Nasen Neugeborener können meist per inspectionem erkannt werden. Das dislozierte Septum nasi ist die Ursache asymmetrisch gestalteter Nasenlöcher. Die Nasenspitze weist meist auf die kontralaterale Seite der Septumdislokation. Einfach zu diagnostizieren sind auch Deviationen der Nasenpyramide von der Mittellinie sowie Weichteiltraumen. Ob allerdings trotz gerader Nasenspitze ein Septum nasi disloziert ist, kann mittels Inspektion nicht nachgewiesen werden. In solchen Fällen sollte man den Kompressionstest durchführen. Dabei ist mit einem Finger die Nasenspitze in Richtung Oberkiefer zu drücken, und zwar so lange, bis der Widerstand des geraden Septumknorpels zu spüren ist. Bei einer Septumdislokation kann man die Nasenspitze fast vollständig zusammendrücken, ohne daß man einen Widerstand fühlt. cb

(Pirsig, W.: HNO 22 [1974] 1–5)