

Insulinreserven des Diabetikers

Daß beim Altersdiabetes zumindest anfangs nur ein relativer Insulinmangel vorliegt, wird schon lange postuliert. Bei genauer Messung des endogenen Insulins bei Diabetikern kann das noch weiter differenziert werden (R. J. Krebs, Zentrum innere Medizin, Zentralkrankenhaus Bremen Nord): Adipöse Diabetiker haben anfangs einen relativen, später jedoch auch absoluten Insulinmangel. Die Insulinreserve nimmt also mit der Dauer des Altersdiabetes ab. Aber auch bei Ideal- und Normgewicht wird die Insulinreserve des Diabetikers im Laufe der Jahre geringer. — Fazit für die Therapie (Krebs):

- ① bei großer Insulinreserve: Diät (plus orale Antidiabetika) *kein* Insulin;
- ② bei mittlerer Insulinreserve: orale Antidiabetika;
- ③ bei geringer Insulinreserve: Insulinsubstitution erforderlich, und zwar gleich.

(86. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für innere Medizin, Januar 1976, Hamburg)

Pankreas-Screening

Mit den Untersuchungsmöglichkeiten der Praxis und des konventionellen Krankenhauses kann man kein verlässliches Pankreas-Screening durchführen. Dazu braucht man gastroenterologisch besonders erfahrene Ärztgruppen. Diese Erfahrung braucht man aber auch bei der Szintigraphie des Pankreas, die wegen der geringen Belastung der Patienten bei einschlägigem Verdacht noch am ehesten als erstes orientierendes Untersuchungsverfahren in Betracht kommt. Wenn man mit der Auswertung der Pankreas-Szintigramme ausreichend Erfahrung hat, findet man bereits mit dieser Methode etwa neun von zehn malignen Ver-

änderungen dieses Organs (C. Clausen, Universitäts-Strahlenklinik Heidelberg). Oft stellt sich das Pankreas bei einem Karzinom überhaupt nicht dar. Pathologische Szintigrammbefunde bedürfen natürlich stets einer anschließenden gründlichen Differentialdiagnose. Immerhin: Bei einem normalen Szintigramm ist das Pankreas mit großer Wahrscheinlichkeit gesund.

(12. Internationales Isotopen-Symposium, Januar 1976, Badgastein)

„Langfinger“ retten

Damit sind nicht die Diebe unserer Zeit gemeint, sondern die Finger nach einer Handverletzung. Man darf sie nur dann amputieren, wenn keine Chance mehr besteht, die arterielle Blutversorgung zu erhalten oder wiederherzustellen (Privatdozent Dr. H. R. Mittelbach, Chirurgische Abteilung, Städtisches Krankenhaus Pirmasens). Eine einzige Arterie genügt für die Versorgung eines „Langfingers“, aber auch für den Daumen. Weichteildefekte sind niemals eine Indikation zur Amputation. Bei abgetrennten Fingerkuppen wird die Sensibilität durch Deckung mit Hautlappen wiederhergestellt. Traumatisch amputierte Fingerkuppen können nur innerhalb von 15 bis 20 Minuten replantiert werden, wenn der Versuch einen Sinn haben soll. Solche kleinen Amputate halten sich abgetrennt nicht annähernd so lange wie beispielsweise ganze Finger oder Hände.

(3. Jahreskongreß des Kölner Fortbildungseminars für deutschsprachige freiberufliche Chirurgen und Orthopäden, Januar 1976)

Behandlungserfolg und kritisches Therapieurteil

Therapieerfolg und kritisches Urteil über die Wirksamkeit einer Behandlungsmaßnahme sind nicht dasselbe. Gerade in der Chemotherapie maligner Tumoren muß

man das auseinanderhalten. Jeder Arzt, der einen therapeutischen Erfolg erzielt, hat in diesem speziellen Fall recht. Er hat aber keinen Anspruch darauf, daß seine Erkenntnis zur Grundlage einer allgemeinen Therapie gemacht wird. — Kontrollierte prospektive Studien sind gerade für die Karzinomtherapie unerlässlich. Sie sollten sich nur nicht bloß auf die Großzahlenstatistik beschränken (U. Dold, Zentralkrankenhaus Gauting). Je umfangreicher eine Studie wird und je länger sie dauert, desto ungenauer wird sie. Lieber mehr Einzelparameter bei überschaubarer Patientenzahl erfassen, um einen Mittelweg zwischen „empirischem Gerede“ und einer hinlänglich objektiveren therapeutischen Effizienz zu finden.

(Symposium des österreichischen Arbeitskreises für Chemotherapie und der österreichischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Pharmakologie, Januar 1976, Wien)

Messungen der Skelettdurchblutung

Fluor wird im Knochenmark selektiv aus dem Serum geholt. Die Fluoraufnahme im Knochen entspricht dem Umfang der Skelettdurchblutung. Mit Hilfe des Plasma-clearance für radioaktives Fluor 18 kann die Knochendurchblutung gemessen werden. R. Wootton und Mitarbeiter (London) errechneten mit diesem Verfahren einen normalen Knochenblutstrom von 290 ml pro Minute. Die mittlere Diffusionsrate bei einem 70 Kilogramm schweren Menschen beträgt demnach 3,4 bis 4,8, im Mittel 4 ml pro 100 Gramm Knochen in der Minute. — Die Durchblutungsgrößen korrelieren eng mit dem Phosphatasegehalt im Serum. Die Korrelation ist gleichsinnig: Bei erhöhter Osteoplastentätigkeit sind Durchblutung und Phosphatasewerte erhöht. Unter Calcitonineinwirkung ist die Knochenmarkdurchblutung gedrosselt und der Phosphatasespiegel niedrig. WP

(12. Internationales Isotopensymposium, Januar 1976, Badgastein)