

Besonderheiten der Synovialis

Sämtliche Epithelien der inneren und äußeren Oberflächen des Organismus besitzen eine Basalmembran. So haben wir es gelernt. Neu ist dabei die Information (Professor Dr. H.-G. Fassbender, Zentrum für Rheumatologie in Mainz), daß die Gelenkinnenhaut, also die Synovialis, keine Basalmembran besitzt. Diese Tatsache erklärt zwar nicht die Ätiologie der chronischen Polyarthritiden, aber einen wichtigen pathogenetischen Schritt. Fibrin, Immunkomplexe usw. treten im Bereich der Synovialkapillaren wesentlich ungehemmter ins darunterliegende Mesenchym über. Dort finden sie ein „transformiertes“ Mesenchym, das die Läsion nicht – wie es sonst im Organismus der Fall ist – narbig verschließt. Dieses transformierte Mesenchym proliferiert aufgrund der Fibrinreize. Bei jedem Fibrinaustritt flackern die Proliferationsprozesse von neuem auf. Die lysosomalen Enzyme dieses Mesenchyms zerstören den Knorpel. Der Pannus ist der narbige Endzustand.

(92. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für innere Medizin, Februar 1979, Hamburg)

Aortokoronarer Bypass

Notfalleingriffe haben stets eine höhere Frühmortalität als ausreichend vorbereitete Operationen. Das ist auch beim aortokoronaren Bypass der Fall. Bei 300 genügend vorbereiteten Eingriffen lag die Frühmortalität in Hamburg bei 2 Prozent, bei 16 Notfalleingriffen dagegen bei 12,5 Prozent (Dr. W. Bleese, Abteilung Herz- und Gefäßchirurgie der Chirurgischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf). Eine große Rolle spielt dabei die Methodik der hypothermen Kardioplegie, die den Sauerstoffverbrauch des

Myokards auf 0,1 bis 0,2 ml pro 100 g Myokard und Minute reduziert. Dadurch werden auch regionale Myokardhypoxämien gestoppt, die vor Beginn der Kardioplegie bestehen. Bei so geringem Sauerstoffverbrauch des Myokards kann man die Myokarddurchblutung durch multiple Venenbypass praktisch komplett revascularisieren. WP

(8. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, 15. bis 17. Februar 1979, Bad Nauheim)

Brustkrebsrisiko bei nahen Verwandten

Das Memorial Hospital in New York beobachtete von 1960 bis 1969 182 Mammakarzinompatienten mit Brustkrebs entweder bei der Mutter oder bei einer Schwester. 61 Fälle konnten näher ausgewertet werden. In diesen Familien fanden sich 21mal Brustkrebserkrankungen bei Mutter und Tochter, 34mal Brustkrebserkrankungen bei zwei oder mehr Schwestern und 5mal Brustkrebs bei Mutter und 2 Töchtern. In einer Familie erkrankten eine Schwester und ein Bruder an Brustkrebs. Während das Erkrankungsalter im allgemeinen bei 53 Jahren lag, waren Frauen, deren Mutter Brustkrebs hatte, bei Auftreten der Erkrankung 20 Jahre jünger, als dies die Mutter zum Zeitpunkt der Erkrankung gewesen war. Der doppelte Befall war größer bei den Töchtern von Müttern mit Brustkrebs. Histologisch war der häufigste Typ der Erkrankung das infiltrierende Milchgangskarzinom. Zwischen der Morphologie des Tumors konnte jedoch bei einer Aufarbeitung des histologischen Materials der verwandten Frauen keine Beziehung gefunden werden (Keith S. Heller et al., Vincent Memorial Hospital, Houston). PS

(XII. Internationaler Krebskongreß Buenos Aires, Oktober 1978)

Doppler-Sonographie bei Karotisstenose

Nach übereinstimmender Ansicht vieler Untersucher ist die Doppler-Sonographie die sicherste nichtinvasive Methodik, Karotisstenosen bei transitorischen ischämischen Attacken nachzuweisen. Die Diagnose muß rechtzeitig gestellt werden, da rund ein Drittel aller Patienten mit diesen vorübergehenden Hirndurchblutungsstörungen (sogenannten „Schlägelchen“) innerhalb von ein bis zwei Jahren aufgrund der fortschreitenden Strombahnverengung einen großen Schlaganfall bekommt (Hirninfrakt). Auch Stenosen der Carotis interna sind im Doppler-Sonogramm zu erkennen (Dr. A. Aulich, Neurologische Universitätsklinik Düsseldorf).

(Internationales Angiologisches und Angiographisches Seminar, 14. bis 18. März 1979 Baden-Baden)

Ökonomische Intensivmedizin

Der Einsatz zahlreicher elektronischer und biochemischer Überwachungsmethoden in der Geburtshilfe senkt die Kosten für die später eventuell notwendige Behandlung von Kindern mit Zerebralpareesen erheblich. Denn die Zahl dieser Kinder geht deutlich zurück. In Münsterlingen in der Schweiz zum Beispiel von über 2 auf etwas unter 1:1000 Geburten (Dr. R. Gysler, Frauenklinik Kantonsspital Münsterlingen/Schweiz). Dieses Ergebnis ist auf die Senkung der Azidosemortalität von 2,5 auf etwa 0,5 Prozent zurückzuführen. Die Kosten der Intensivgeburtshilfe bei 1000 Geburten sind um ein Vielfaches geringer als die Aufwendungen, die für ein zerebralspastisches Kind (Schulung, Pflege usw.) anfallen. WP

(42. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, September 1978, München)