

Ulcus cruris arteriosum

Typisch für das Ulcus cruris arteriosum ist die Claudicatio intermittens in der Anamnese. Das Ulcus entsteht in der Regel in der Folge von Bagatellverletzungen. Es wird aber oft als venöses Ulcus mit Salben und Kompressionsverbänden behandelt, während bei arteriellem Ulcus eine trockene Puderbehandlung indiziert ist (Klüken, Essen). – Hauptursache des arteriellen Ulcus ist die arterielle Verschlusskrankheit, die es dabei auch in erster Linie zu behandeln gilt (operativ, konservativ, physikalisch). Gegen ein venöses Ulcus sprechen starke Schmerzen, Freilegung von Knochen und Sehnen am Ulcusrand sowie Nekrosen am Rande. – Eine weitere häufige Ursache ist die diabetische Mikroangiopathie. Das Ulcus ist dabei oft in der Knöchelregion lokalisiert, mit entzündlicher Umgebung und feuchten Nekrosen. – Wichtig ist, daß beim Ulcus cruris auch an arterielle Genese gedacht wird. Dann ist die gesamte Diagnostik für arterielle Durchblutungsstörungen einzusetzen. KW

(32. Therapiekongreß, September 1980, Karlsruhe)

Behinderte Kinder

Unter Behinderungen werden im allgemeinen Körperbehinderungen und geistige Behinderungen verstanden. 1974 brachte die 3. Novelle zum BSHG eine wichtige Änderung, da § 39,1 BSHG keine Aufzählung mehr enthält. Zum Kreis der Behinderten gehören als körperlich Behinderte: Organranke, auch Kinder mit schweren chronischen Leiden innerer Organe oder der Haut (Menger, Norderney). So kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit für Kinder festgestellt werden – nach Veröffentlichung im Bundesversorgungsbogen II/1977 – bei Mukoviszidose, Asthmasyndrom, Phenylketonurie, Diabetes mellitus,

angeborenem Herzfehler, chronischen Nierenkrankheiten, Hämophilie, akuter Leukämie, Taubheit, geistiger und seelischer Behinderung, zerebralen Anfällen, chronischer Polyarthrit, Muskeldystrophie, Spina bifida, Sehstörungen. Der Anfang wurde durch Kinderärzte mit einer Zusammenstellung für Asthma bronchiale gemacht. Bei schwerem Asthma bronchiale und schwerem konstitutionellem Ekzem sind rechtzeitige Maßnahmen der Rehabilitation zur Ermöglichung des Schulbesuchs, zum Beispiel durch Internatsunterbringung in einem Heilklima, möglich geworden. KW

(32. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie, Juli 1980, München)

Chronizität der Virushepatitiden

Die akute A-Hepatitis wird im Gegensatz zu den anderen Erkrankungen nicht chronisch; sie hinterläßt eine wahrscheinlich lebenslange Immunität, dies gilt aber nicht für das B-Virus oder die Non-A-non-B-Hepatitis. Bei akuter B-Hepatitis ist in 10 Prozent der Fälle, bei akuter Non-A-non-B-Hepatitis in bis zu 50 Prozent der Fälle mit einem Übergang in eine chronische Verlaufsform zu rechnen (Maier, Esslingen). Die chronische Non-A-non-B-Hepatitis hat wahrscheinlich einen mildereren Verlauf als die chronisch aggressive Hepatitis B oder die chronisch lupoide Hepatitis. Virus-A- und Virus-B-Erkrankungen kann man immunserologisch gut voneinander abtrennen. Der oder die Erreger der Non-A-non-B-Hepatitis sind noch nicht bekannt. Die Diagnose erfolgt per exclusionem. Die Differenzierung in eine chronisch persistierende und chronisch aggressive Hepatitis erfolgt durch Histologie des Leberpunktates. KW

(25. Ärztliches Seminar in Föhrenkamp und Hellbachtal, Oktober 1980, Mölln)

Digitalistherapie

Vier Punkte sind für die moderne Behandlung der Herzinsuffizienz mit Digitalis beachtenswert (Große Brockhoff, Düsseldorf):

- 1 Vollwirk- und Erhaltungsdosis um 30 bis 50 Prozent gegenüber den früheren Mengen senken.
- 2 Digoxin oder Digitoxin sind keine Herzprophylaktika, sondern ausschließlich Therapeutika, allerdings auch schon bei leichter manifester Herzinsuffizienz.
- 3 Wegen seiner pharmakokinetischen Eigenschaften öfter an Digitoxin denken.
- 4 Die Therapie mit Saluretika, Nitraten und anderen gefäßwirksamen Mitteln ist als zusätzliche Behandlung wirksam, aber nicht statt Digitalis!

Ob Vasodilantien die Lebenserwartung des herzinsuffizienten Patienten wirklich verlängern können, ist noch offen. KW

(96. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für innere Medizin, Januar 1981, Hamburg)

Hepatitis-Schutzimpfung

Eine Immunisierungsprophylaxe gegen Hepatitis A und B ist möglich und weitgehend erfolgreich. Eine Therapie mit Immunerumglobulinen ist dagegen wirkungslos (Deinhardt, München). Eine aktive Immunisierung gegen Hepatitis A ist heute bereits möglich. Impfstoffe zur aktiven Immunisierung gegen Hepatitis B sind in der Entwicklung. Im Gegensatz dazu gibt es keinerlei wirksame Methoden zur passiven oder aktiven Immunisierung gegen Non-A-non-B-Hepatitis, weil der oder die Erreger dieser Hepatitisform bislang noch nicht identifiziert werden konnten. KW

(V. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ der Bundesärztekammer, Januar 1981, Köln)