

Levy, J. A., A. D. Hoffman, S. M. Kramer, J. A. Landis, J. M. Shimabukuro, L. S. Oshiro: Isolation of lymphocytotropic retroviruses from San Francisco patients with AIDS. *Science* 225: 840-842 (1984)

Martin, L. S., J. S. McDougal, S. L. Loskoski: Disinfection and inactivation of the human T lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus. *J. Infect. Dis.* 152: 400-403 (1985)

McDougal, J. S., L. S. Martin, S. P. Cort, M. Mozen, C. M. Heldebrant, B. L. Evatt: Thermal inactivation of the acquired immunodeficiency syndrome virus, human T-lymphotropic virus-III/lymphadenopathy-associated virus, with special reference to antihemophilic factor. *J. Clin. Invest.* 76: 875-877 (1985)

Peters, J., G. Spicher: Zur Auswahl der Desinfektionsmittel bei AIDS. *Bundesgesundheitsbl.* 30: 1-5 (1987)

Popovic, M., M. G. Sarngadharan, E. Read, R. C. Gallo: Detection, isolation and continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and Pre-AIDS. *Science* 224: 497-500 (1984)

Prince, A. M., B. Horowitz, H. Dichtelmüller, W. Stephan, R. C. Gallo: Quantitative assays for evaluation of HTLV-III inactivation procedures: tri(n-butyl) phosphate/sodium cholate and β -propiolactone. *Cancer Research Suppl.* 45: 4592 s-4594 s (1985)

Prince, A. M., B. Horowitz, B. Brotman: Sterilisation of hepatitis and HTLV-III viruses by exposure to tri(n-butyl)phosphate and sodium cholate. *Lancet* I: 706-710 (1986 a)

Prince, A. M., M. P. J. Piet, B. Horowitz: Effect of Cohn fractionation conditions on infectivity of the AIDS virus. *N. Engl. J. Med.* 314: 386-387 (1986 b)

Resnick, L., K. Veren, S. Z. Salahuddin, S. Tondreau, P. D. Markham: Stability and inactivation of HTLV-III/LAV under clinical and laboratory environments. *JAMA* 255: 1887-1891 (1986)

Spire, B., F. Barré-Sinoussi, L. Montagnier, J. C. Chermann: Inactivation of lymphadenopathy-associated virus by chemical disinfectants. *Lancet* II: 899-901 (1984)

Spire, B., D. Dormont, F. Barré-Sinoussi, L. Montagnier, J. C. Chermann: Inactivation of lymphadenopathy-associated virus by heat, gamma rays, and ultraviolet light. *Lancet* I: 188-190 (1985)

Wells, M. A., A. E. Wittek, J. S. Epstein, C. Marcus-Sekura, S. Daniel, D. L. Tankersley, M. S. Preston, G. V. Quinlan, Jr.: Inactivation and partition of human T-cell lymphotropic virus, type III, during ethanol fractionation of plasma. *Transfusion* 26: 210-213 (1986)

WHO (World Health Organization): Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). *Wkly. Epidem. Rec.* 18: 138-140 (1986 a)

WHO (World Health Organization): Guidelines for the prevention and control of infection with LAV/HTLV III, May 1986 (1986 b)

Zorr, B., H. Zeichhardt, H. Hampl, P. Willingmann, K.-O. Habermehl: Detection of HIV antibodies by a plaque reduction assay: in Vorbereitung (1987)

Anschrift für die Autoren:

Privatdozent Dr. Heinz Zeichhardt
Institut für Klinische und
Experimentelle Virologie der
Freien Universität Berlin
Hindenburgdamm 27
1000 Berlin 45

Diabetes-Erblindung ist oft vermeidbar

Bereits bei der Diagnosestellung des Diabetes mellitus haben 5 Prozent der Patienten eine Retinopathie, nach 10 bis 15 Jahren weisen etwa 50 Prozent aller Patienten Netzhautveränderungen auf. Eine augenärztliche Untersuchung sollte schon bei Stellung der Diagnose und nicht erst beim Auftreten von Sehstörungen veranlaßt werden, da ein Großteil der Retinopathieveränderungen sich außerhalb der Macula abspielen und daher nicht automatisch zu einer Visusminderung führen. Besonders der jugendliche Diabetes (Typ I) neigt zu foudroyantem Verlauf.

In ihren Anfangsstadien (Background-Retinopathie) scheint das Fortschreiten der Retinopathie von einer optimalen Stoffwechselführung einschließlich der Ausschaltung von Risikofaktoren (Rauchen, Hypertonie) abhängig zu sein.

Der Wert gefäßabdichtender Mittel gegen die pathologisch erhöhte Kapillarpermeabilität ist noch immer nicht zweifelsfrei bewiesen. Weitere Forschung ist hier dringend erforderlich.

Argon-Laserkoagulation führt in fortgeschrittenen Fällen zweifels-

frei zu einem Rückgang der Gefäßproliferation. Die Gefahr einer Glaskörperblutung oder Netzhautablösung wird so deutlich geringer. Durch Koagulation parafovealer Mikroaneurysmen und Leckage-Stellen kann auch die Rückbildung eines Macula-Ödems erreicht werden. Wird der Zeitpunkt für die Koagulations-Behandlung optimal abgefaßt, so hat der Patient eine doppelt so hohe Aussicht, die Sehkraft zu behalten, wie ohne Koagulation. Würde diese Chance verpaßt, so bleibt als letzte Möglichkeit die Glaskörperchirurgie. Sie birgt ein erheblich höheres Risiko; die erreichbaren Erfolge sind wegen des bereits eingetretenen Schadens eher bescheiden.

Mittel zur Beeinflussung der diabetischen Retinopathie sind also vorhanden, es bleibt gemeinsame Aufgabe von Internist und Augenarzt, sie auch zu nutzen! cas

Laqua, H.: Erblindung durch diabetische Retinopathie-Schicksal oder Versäumnis? *Dtsch. med. Wschr.*, 111 (1986), 1547-1548.

Prof. Dr. H. Laqua, Klinik für Augenheilkunde, Medizinische Universität, Ratzeburger Allee 160, 2400 Lübeck

Dialysearthropathie

Die Autoren untersuchten Gelenkerkrankungen bei 28 Patienten, die länger als 10 Jahre hämodialysiert wurden. Nur 6 Patienten zeigten keine Gelenksymptome, einer litt unter avaskulärer Nekrose, einer unter septischer Arthritis und vier unter Hyperparathyreoidismus. Bei den verbleibenden 16 Patienten konnte kein Hyperparathyreoidismus nachgewiesen werden, sie litten jedoch unter Arthropathie-Schmerzen und Steifheit in vielen Gelenken, besonders des Schulterbereichs. Zehn dieser 16 Patienten hatten ein rezidivierendes Karpaltunnelsyndrom, das wiederholt operative Dekompression erforderte mit lediglich teilweiser Besserung der Symptomatik. Von den acht Patienten mit Dialyse über mehr als 15

Jahre hatten sieben die sogenannte „Dialyse-Arthropathie“ und sechs ein rezidivierendes Karpaltunnelsyndrom.

Die Autoren folgern in dieser Studie, daß es sich bei der Dialyse-Arthropathie um eine häufige und oft schwere und schwächende Komplikation der Langzeitbehandlung mit der Hämodialyse handelt. Die Ursache ist nicht bekannt, doch wurde bei einem Patienten im Synovialbiopsiematerial Amyloid gefunden.

Lng

Brown, E. A.; Arnold, I. R.; Gower, P. E.: Dialysis arthropathy: a complication of long term treatment with haemodialysis, *Brit. Med. Journ.* 6514 (1986) 292, 163-166

Dr. E. A. Brown, Department of Medicine, Charing Cross and Westminster Medical School, London W6 8RF, Großbritannien