

Am 28. März 1940 – also vor jetzt 50 Jahren – hat Gerhard Küntscher in einer denkwürdigen Sitzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin in seinem Vortrag über „Die Marknagelung von Knochenbrüchen“ erstmals über seine Erfahrungen und erste Ergebnisse bei der Marknagelung von Schaftfrakturen der langen Röhrenknochen berichtet.

Im Rückblick auf die vergangenen 50 Jahre der Knochenbruchbehandlung im allgemeinen und der operativen Osteosynthese im speziellen ist es ebenso gerechtfertigt wie faszinierend, diesem historischen Ereignis Aufmerksamkeit zu schenken. Die Geschichte der Marknagelung darf gleichsam als Protobeispiel für

Fünfzig Jahre Marknagelung nach Gerhard Küntscher

Siegfried Weller

und speziell unter den anwesenden chirurgischen Ordinarien eine äußerst interessante und für die damalige Situation der Knochenbruchbehandlung bezeichnende Diskussion entwickelt. Während eine Reihe von Diskussionsrednern, wie die Professoren Nordmann/Berlin, König/Würzburg, Schöne/Berlin und andere, dem Vorschlag Küntschers heftig

widersprachen, hat sich vor allem sein damaliger Chef A. W. Fischer/Kiel hinter seinen Schüler gestellt und der neuen Methode eine große Zukunft vorhergesagt. Immerhin gipfelte jedoch das Resümee und die allgemeine Meinung am Ende der Diskussion darin, daß man G. Küntscher davon abriet, „sein riskantes Verfahren“ weiterzuverfolgen. ▷

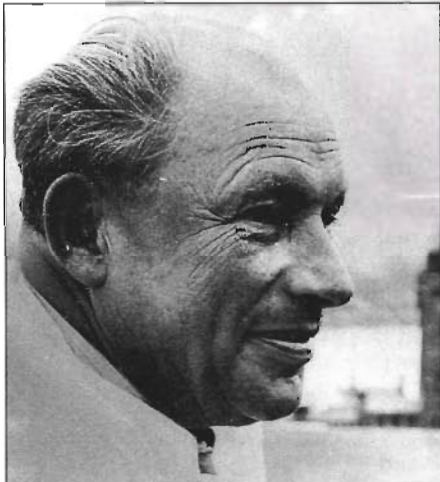


Abbildung 1: Gerhard Küntscher (1900 bis 1972)

die Eigengesetzlichkeit und Besonderheit, vielleicht aber auch als Ausdruck der Periodik im Ablauf medizinischer Entwicklungen gesehen und gewertet werden.

Aufbauend auf den Erfahrungen der operativen Behandlung von Schenkelhals- und pertrochantären Oberschenkelfrakturen hat Gerhard Küntscher damals in seinem sehr ausführlichen und aufsehenerregenden Referat bereits die wesentlichen biomechanischen Grundlagen der Osteosynthese im allgemeinen und der intramedullären Stabilisierung im speziellen angesprochen und dazu grundlegende Ausführungen gemacht.

Im Anschluß an den Vortrag Küntschers hat sich im Auditorium

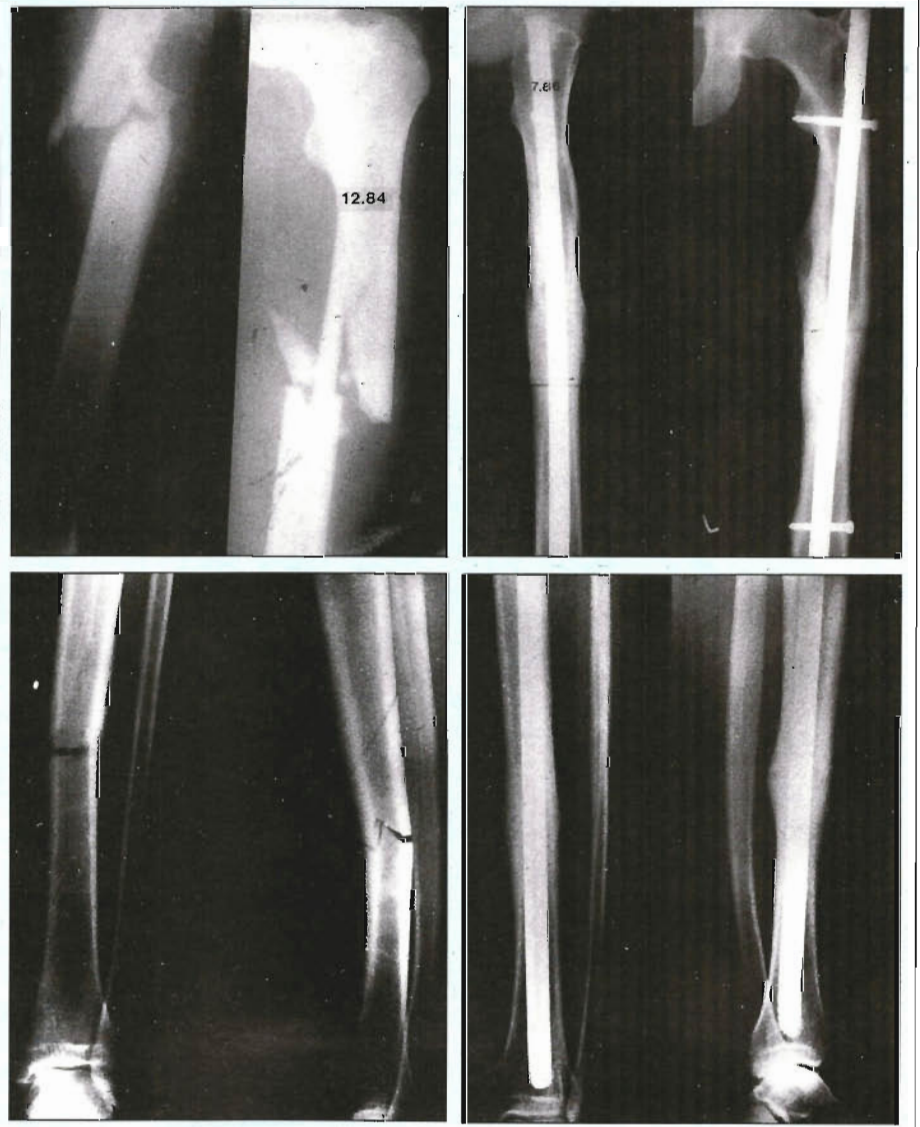


Abbildung 2

Zum Verständnis der mehrheitlich ablehnenden Meinung muß zweifellos die damalige Situation im Hinblick auf den Kenntnisstand und die Infrastruktur der Medizin, speziell der Chirurgie (Asepsis und Sterilität, Röntgen und Bildverstärker im OP, keine Antibiotika, Möglichkeit des Blutersatzes, Anästhesie usw.) berücksichtigt werden.

Wer die Person Küntscher noch erlebt und ihn gekannt hat, dem war klar, daß er den ernsthaften Mahnungen und Ratschlägen nicht folgen würde. So ist aus diesen ersten, recht turbulenten Anfängen ein Lebenswerk entstanden, welches einerseits von der Persönlichkeit und Eigenheit Küntschers geprägt wurde, andererseits in eine Entwicklungsperiode der Chirurgie, speziell der Knochenbruchbehandlung, gefallen ist, die mit zu den großen und bemerkenswerten Perioden der moder-

nen Medizin unseres Jahrhunderts gehört. In seiner 1962 erschienenen Monographie „Praxis der Marknagelung“ hat G. Küntscher bereits die bis heute noch gültige Beschreibung und Wertung des Marknagelverfahrens bis ins Detail dargestellt. Er schreibt dort (Zitat): „Der Marknagel stellt keinen Ersatz der bisherigen Osteosynthesemittel, wie etwa Schraube oder Draht, dar, deren Anwendung in der Chirurgie genau dieselbe ist wie in der Technik. Er wurde nach ganz besonderen Prinzipien einzig und allein für den lebenden Knochen geschaffen. Seine Benutzung stellt eine ganz neue Form der Chirurgie dar. Sie erfordert eine sehr große Erfahrung und Übung. Es gibt hier nicht – wie so häufig in der Medizin – Unklarheiten und Ungenauigkeiten. Die Ursache des Mißerfolges ist stets klar zu sehen, andererseits ist beim peinlich genauen Arbeiten

die Garantie des Erfolges gegeben.“ (Soweit G. Küntscher im Jahre 1962, das heißt vor jetzt 28 Jahren!)

Entwicklung und Einführung des Marknagels in die Knochenbruchbehandlung zählen mit zu den herausragenden medizinisch/chirurgischen Pionierleistungen unseres Jahrhunderts. Der heutigen Ärzte- und Chirurgengeneration steht es gut an, sich an ein solch denkwürdiges Ereignis der Medizingeschichte zu erinnern, dessen Tragweite erst heute – nach fünfzig Jahren – angemessen gewürdigt wird.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Dr. h. c.
Siegfried Weller
Ärztlicher Direktor der
Berufsgenossenschaftlichen
Unfallklinik
Schnarrenbergstraße 95
7400 Tübingen

Aspirin-Prävention mit niedriger Dosis

Die Autoren berichten über die Ergebnisse randomisierter Studien zur Wirkung von niedrig-dosiertem Aspirin bei der Behandlung und Verhütung kardiovaskulärer Erkrankungen. Diese Studien umfaßten a) Personen mit einem durchgemachten kardiovaskulären Ereignis – Myokardinfarkt, Apoplex, instabile Angina pectoris, b) Patienten mit einem sich entwickelnden Myokardinfarkt, c) gesunde Individuen.

In der *Primärprävention* führt die Behandlung mit Aspirin zu einer eindeutigen Reduzierung des Risikos, einen Erstinfarkt zu erleiden. Aufgrund der unzureichenden Anzahl kardiovaskulärer Endpunktereignisse in den US-amerikanischen und britischen Studien besteht jedoch Unsicherheit bezüglich der Wirkung auf die Mortalität durch Apoplex und Infarkt.

Gesichert ist dagegen die Wirkung in der *Sekundärprävention*. Bei Patienten mit durchgemachtem Infarkt, Apoplex oder instabiler Angina reduziert Aspirin eindeutig das

Risiko eines zweiten Ereignisses beziehungsweise der kardiovaskulären Mortalität; 1985 wurde die Rezeptierung von Aspirin zur Behandlung von Patienten mit durchgemachtem Myokardinfarkt oder instabiler Angina von der Amerikanischen Food and Drug Administration ausdrücklich gebilligt. Ebenso wurde ein eindeutig günstiger Effekt bei der Behandlung eines vermutlich sich entwickelnden kardiovaskulären Ereignisses festgestellt. Für die Dosierung genügen dabei offenbar täglich etwa 80 mg, 325 mg sind nicht weniger effektiv als 1–1,5 g täglich. Diese hohen Dosen sind nicht mehr angezeigt.

Diese Ergebnisse müssen natürlich im Zusammenhang mit den bereits bekannten Daten über die Beeinflussung der kardiovaskulären Risikofaktoren betrachtet werden. So wird durch eine zehnpromtente Senkung des Blutcholesterins das Risiko einer koronaren Herzkrankheit um etwa 20 Prozent gesenkt, eine Senkung des diastolischen Blutdrucks

FÜR SIE REFERIERT

um 6 mmHg führt zu einer zehnpromtente Senkung des KHK-Risikos und zu einer fast 40promtente Senkung des Apoplexrisikos. Und schließlich senkt die Einstellung des Zigarettenrauchens das KHK-Risiko um 37 Prozent. Daher sollte eine Behandlung mit Aspirin nur als mögliche Zusatzmaßnahme, niemals als Alternative zur Risikofaktorreduzierung betrachtet werden und nur durch den Arzt vorgenommen werden. Im Einzelfall muß das kardiovaskuläre Risikoprofil des betreffenden Patienten ebenso mitberücksichtigt werden wie die bekannten Nebenwirkungen des Medikaments und seine nachgewiesenen günstigen Wirkungen bei verschiedenen Patientengruppen. sht

Hennekens, C. H., R. Peto: Low-dose aspirin in the treatment and prevention of cardiovascular disease. *Heartbeat* 1989, 3, 1–2.

Dr. Charles H. Hennekens, Departments of Medicine and Preventive Medicine, Harvard Medical School, Boston, MA, USA