

... linksen Unterschenkel fand sich ein toter, tiefer Ulkus mit einem Durchmesser von 5 cm. Die Arteria tibialis pedis war nicht tastbar, die Arteria tibialis post. nur schwach zu fühlen. Nach Haupter-Behandlung mit DP bildete sich ein dicker Schorf, der den Defekt total deckte. Zu diesem Zeitpunkt war der Patient bereits subjektiv beschwerdefrei. Im weiteren Verlauf schwand die bläuliche Verfärbung. Bei Lösung des Schorfes in der 6. Behandlungswoche fanden wir das Ulkus flach und wesentlich verkleinert (Durchmesser 2 cm). Nach weiteren Gaben von DP kam es zu einer erneuten Schorfbildung über dem Restulkus. Patient erhielt insgesamt 74 Injektionen DP.

Ergebnisse:		Übersicht		
Nr. d. Falle	Diagnose	gut	befriedigend	unbeeinflusst
1	M. Raynaud	1 (14)	1 (16)	—
2	Trophoneurose	2 (13, 14)	—	—
3	Endangitis	1 (11)	—	1 (12)
4	Arteriosklerose	4 (2, 4, 5)	2 (1, 3)	—
5	Arteriosklerose-Diabetes	2 (6, 8)	2 (7, 10)	1 (9)
6	Ulkus cruris	4 (17—20)	—	—

Als guten Behandlungserfolg berechneten wir die Wiederherstellung einer guten Durchblutung in der Peripherie mit Eintritt von Beschwerden und vollständiger Erholung des bereits geschädigten Gewebes. Als unbefriedigendes Behandlungsergebnis führten wir die Fälle an, bei denen die Durchblutung so weit gebessert wurde, daß eine chirurgische Behandlung nicht mehr notwendig war.

Besonders bei den Fällen mit sichtbarer Durchblutungsstörung ließ sich im Laufe der Behandlung der allmähliche Eintritt einer besseren Blutversorgung verfolgen. Häufig wurde von den Patienten schon subjektive Beschwerdefreiheit angegeben, bevor noch die bessere Durchblutung objektiv feststellbar war. Charakteristisch für die Behandlung mit DP war die Abheilung der Gewebdefekte unter Schorfbildung. Unter den Schorfen entwickelte sich ein festes Narbengewebe. Ob eine Wirkung auf die zugrundeliegenden Gefäßleiden eingetreten ist, bleibt natürlich zweifelhaft, da das Padutin nur über die Erweiterung des noch auf vasodilatatorische Reize reaktionsfähigen Gefäßsystems wirkt. Diese Wirkungsweise erklärt den Mißerfolg in Fall 12: bei weitgehender Obliteration sämtlicher Unterschenkelarterien konnte durch DP keine Besserung der Durchblutung erreicht werden. Eine chirurgische Therapie bleibt unumgänglich, wenn der Gefäß-

... der Hauptarterie mit ihren Kollateralen obliteriert sind. Damit sind die Grenzen einer DP-Wirkung klar aufgezeigt.

Unsere Untersuchungen lassen erkennen, daß durch Einführung der Depotform des Indikationsgebiet für Padutinbehandlung auch auf Fälle mit schweren Durchblutungsstörungen ausgedehnt werden kann. Bei rechtzeitiger Anwendung ist es möglich, eine ausreichende Blutversorgung des geschädigten Bezirkes wiederherzustellen, sogar in Fällen, bei denen bis jetzt eine chirurgische Behandlung in Erwägung gezogen werden mußte. Wesentliche Neue einer Behandlung mit der Depotform des Padutins sehen wir in der Einschränkung der Indikation zu einem chirurgischen Eingriff.

Zusammenfassung

Wir behandelten 20 Fälle vorwiegend prognostisch ungünstiger Durchblutungsstörungen mit Depot-Padutin, bei denen teilweise bereits zu einer erheblichen Gewebeschädigung gekommen war. Bei 3 Fällen war bereits eine chirurgische Behandlung (Amputation) in Erwägung gezogen. In 13 Fällen beobachteten wir eine gute, in 5 Fällen eine befriedigende Wirkung; 2 Fälle blieben unbeeinflusst. In der Einschränkung der Indikation zur chirurgischen Behandlung der schweren peripheren Durchblutungsstörungen mit Gewebeschädigung sehen wir da neue der Therapie mit der Depotform des Padutins. Voraussetzung ist das Fehlen einer weitgehenden Obliteration der Hauptarterien und ihrer Kollateralen.

Nach unseren Erfahrungen ist die Gabe von täglich eine Ampulle Depot-Padutin (= 40 Einheiten Kallikrein) auch bei schweren peripheren Durchblutungsstörungen ausreichend.

Literatur

- (1) Assmann: Dtsch. med. Wschr. 35: 1334 (1932). — (2) Eisenreich: Therapiewoche 1934/35, 4. Folge, 217. — (3) Frey u. Kraut: Kallikrein, Ferd. Enke-Verlag, 1930. — (4) Hartenbach: Dtsch. med. Wschr. 76: 1064 (1951), derselbe: Dtsch. med. Wschr. 75: 751 (1950). — (5) Field: Western Medical Times, 1931. — (6) Helms: Ugeskr. f. Læge, 1931. — (7) Hopt: Zbl. f. Haut u. Geschl. Khtl., 43: 79 (1933). — (8) Linser: Dermatol. Wochenschrift 46: 1470 (1936). — (9) Löwenack u. Madlger: Ztschr. f. Chirurgie 218: 709 (1937). — (10) Lommel: Revist. Med. Germ. ob. Americ. 34: 67 (1933). — (11) Nordmann: Ztschr. f. Chirurgie 217: 145 (1931). — (12) Schneider: Münch. Med. Wschr. 13: 485 (1911). — (13) Theissen: Münch. Med. Wschr. 7: 37 (1935). — (14) Triemann: Der praktische Arzt 17 (1931). — (15) Tuschfeld: Wiener Med. Wschr. 538 (1932). — (16) van der Velden: Fortschritte der Therapie 10 (1932). — (17) Zorn: Dtsch. med. Wschr. 47: 1754 (1921).

KASUISTISCHE MITTEILUNGEN

Pleurakrebs bei Lungenasbestose, in vivo morphologisch gesichert.

Aus der Röntgenabteilung (Chefarzt Dr. habil. Pieller) sowie der Medizinischen und Neurologischen Klinik (Chefarzt Prof. Dr. Hessel) des Oldenburgischen Landeskrankenhauses Sanderbusch i. O.

Dozent Dr. habil. ARNOLD WEISS, Oberarzt der Klinik

Über den Lungenkrebs der Asbestarbeiter brachte Nordmann zuerst auf Grund zweier Eigenbeobachtungen und vier weiterer Fälle aus der anglo-amerikanischen Literatur seine Meinung zum Ausdruck, daß hier ein Berufskrebs vorliege. Fund 1/2 aller bis 1930 sezierten Asbestosefälle hatten nach Nordmann ein Lungenkarzinom, meist vom Typ des verhörmenden Plattenepithelkrebesses, also metaplastisch und — in mehreren Fällen — zudem multipel. 1940 gelang Nordmann und Sorge im Mäuseversuch durch Einatmenlassen von asbeststaubhaltiger Luft über 6 bzw. 13 Wochen die Erzeugung epithelialer Neubildungen aller Stadien bis zum verhörmenden multipel-streusenden Plattenepithelkarzinom der Bronchien, letzteres wiederum bei 1/2 der überlebenden Mäuse. Damit war der kausale Zusammenhang zwischen Asbestose der Lungen und Lungenkrebs so wahrscheinlich gemacht, daß er als Berufskrebs nach Liste Nr. 10b in der 4. Verordnung für die Anerkennung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 1. 1. 1938 anerkannt wurde. Weitere einschlägige Beobachtungen veröffentlichten danach Wedler und Linzbach, Fehrer und Welz. 1947 waren nach der unseres Wissens

letzten zusammenfassenden Veröffentlichung von Wedler 31 Asbestosefälle in Deutschland seziert worden, darunter 6 Lungenkrebs, also weiter etwa 1/3, außerdem aber zwei bösartige Geschwülste der Pleura, beide unveröffentlicht (zitiert nach Wedler, Fall 1. Teutschländer: „Pseudoalveoläres Mesotheliom der Pleura mit Metastasen“; Fall 2. Alwens, Fischer-Wasels, Wedler: „Brustfellkrebs“). Diese letztere Tatsache berechtigt schon zu der Vermutung, daß der Pleurakrebs neben dem eigentlichen Lungenkrebs, dem Bronchialkarzinom mit den oben erwähnten besonderen Eigenschaften, eine Sonderform des Berufskrebesses der Asbestarbeiter darstellt. Bei Koelsch wird er jedoch nicht aufgeführt, was wohl in der fehlenden Veröffentlichung der beiden oben erwähnten Fälle seine Erklärung finden dürfte.

Wir haben nun einen weiteren Fall von Pleurakrebs bei Lungenasbestose beobachtet, bei dem es in vivo gelang, die Diagnose morphologisch in jeder Hinsicht zu sichern. Die von uns in den letzten Jahren entwickelte Taktik und Technik der aktiven diagnostischen Maßnahmen zur anatomischen Sicher-