ALEXIS LABHART

KLINIK DER INNEREN SEKRETION

ALEXIS LABHART

KLINIK DER INNEREN SEKRETION

UNTER MITARBEIT VON

G. R. CONSTAM · CHR. HEDINGER · K. G. OBER
A. PRADER · P. H. ROSSIER · G. TONDURY
M. WERNLY · J. ZANDER

MIT 372 ZUM TEIL FARBIGEN ABBILDUNGEN

IN 614 EINZELDARSTELLUNGEN

14.19.6
L 150

SPRINGER-VERLAG
BERLIN · GÖTTINGEN · HEIDELBERG
1957

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten

Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es auch nicht gestattet, dieses Buch oder Teile daraus auf photomechanischem Wege (Photokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen

© by Springer-Verlag oHG. Berlin · Göttingen · Heidelberg 1957

Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinn der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften

Druck der Universitätsdruckerei H. Stürtz AG., Würzburg

Vorwort

Die Lehre von den Erkrankungen der Drüsen innerer Sekretion hat in den letzten 20 Jahren nicht nur grundlegende Fortschritte erzielt, sondern auch ihre Stellung innerhalb der Medizin geändert.

Aus der vorwiegend deskriptiv und morphologisch orientierten Wissenschaft ist die Endokrinologie mit der Erkenntnis der Hormone als Regulatoren des Stoffwechsels zu einem wesentlichen Teil der Lehre von den Stoffwechselkrankheiten geworden. Seitdem schließlich der Einfluß der Nebennierenhormone auf die Entzündung und die Beteiligung des Hypophysennebennierensystems an der Abwehr bekannt wurden, gibt es kaum mehr ein Gebiet der Medizin, das sich nicht mit Problemen der Endokrinologie auseinanderzusetzen hat.

Wesentliche Fortschritte fielen auf die Zeit der Kriegs- und ersten Nachkriegsjahre, während welchen die biochemisch orientierte Medizin in den USA einen unbestreitbaren Vorsprung erlangte. In Europa aber blieb die Tradition der auf morphologischen Grundlagen einerseits, auf der ärztlichen Beobachtung am Krankenbett anderseits begründeten Klinik erhalten.

Das vorliegende Lehrbuch erstrebt eine Synthese dieser beiden Richtungen.

Zentren der klinischen Endokrinologie in den USA [Peter Bent Brigham Hospital, Boston (G. W. Thorn), Johns Hopkins Hospital in Baltimore (L. Wilkins), Mayo-Clinic Rochester (R. M. Wilder), University of California medical school (H. D. Moon)] gaben uns in großzügiger Weise Gelegenheit, in ausgedehnten Studienaufenthalten mit der amerikanischen Medizin und ihren Forschungsmethoden vertraut zu werden und seither in engem Kontakt zu bleiben.

Drei der Mitarbeiter (Hedinger, Labhart und Wernly) sind Schüler von Prof. Schüpbach in Bern, der mit den letzten Fortschritten der endokrinologischen Forschung vertraut, deren Ergebnisse stets in die Klinik am Krankenbett aufzunehmen verstand. Er ist es, der in uns das Interesse und die Liebe zur Endokrinologie geweckt hat. Bis zu seinem Tode nahm er an der Entstehung dieses Buches regen Anteil.

Die Anregung, ein Lehrbuch der Endokrinologie zu schreiben, ging von Prof. P. H. Rossier aus, dessen medizinische Poliklinik Zürich als Ort der täglichen ärztlichen Tätigkeit und gleichzeitig als Institut für experimentelle Medizin den geeigneten Boden für den Versuch einer solchen Synthese bietet. Seinem Anliegen einer funktionellen Betrachtungsweise der Medizin haben wir uns bemüht Rechnung zu tragen. Ohne seine Ermutigung und Initiative hätten wir das Unternehmen nicht gewagt.

Die wohlwollende Unterstützung durch die Professoren G. Fanconi und C. Kaufmann ermöglichte uns, die für ein einheitliches Ganzes unabtrennbare pädiatrische und gynäkologische Endokrinologie in das Lehrbuch mit einzubeziehen. Prof. Uehlinger, Zürich, gebührt unser Dank für seinen vielfachen Rat und seine unermüdliche Hilfsbereitschaft in der Auswahl und im Beschaffen der Abbildungen.

Wir sind dem Springer-Verlag für seine nie versagende Mithilfe bei der Planung und Ausarbeitung des Lehrbuches in hohem Maße verpflichtet.

Es ist uns eine angenehme Pflicht, für Anregung, Kritik und Durchsicht den folgenden Kollegen zu danken:

Prof. M. Bleuler, Zürich; A. Bühlmann, Zürich; Prof. H. Buess, Basel; Prof. U. Cocchi, Zürich; R. Froesch, Boston; P. Galletti, Zürich; P. Häberlin, Zürich; Prof. M. Kiese, Tübingen; H. Korrodi, Zürich; H. Langemann, Zürich; G. Mayor, Zürich; A. F. Müller, Genf; K. Reber, Basel; A. E. Renold, Boston; Prof. K. Rohr, Zürich; F. Schaub, Zürich; R. E. Siebenmann, Zürich, der als besonderer Kenner des Gebietes die Pathologie des adrenogenitalen Syndroms verfaßt hat; D. Staehelin, Zug; G. Weber, Zürich; H. J. Wespi, Aarau; H. Winzeler, Zürich; Prof. A. Zuppinger, Bern.

Schließlich möchten wir die Hilfe der Zürcher Universitätsspital-Bibliothekarin, Frl. O. Heini und die große, mit Hingabe erfüllte Arbeit der Sekretärin Frl. R. Brandenberg dankend erwähnen.

Zürich, Dezember 1956

Anschriften der Mitarbeiter

Dr. Georg R. Constam, Leiter der Diabetiker-Beratungsstelle der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, Zürich, Rämistraße 100.

Privatdozent Dr. Christoph Hedinger, Pathologisches Institut der Universität, Zürich, Schmelzbergstraße 12.

Dr. Alexis Labhart, Oberarzt der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, Kantonsspital, Zürich, Rämistraße 100.

Privatdozent Dr. Karl G. Ober, Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik, Köln-Lindenthal, Robert-Koch-Straße 10.

Dr. Andrea Prader, Oberarzt des Kinderspitals, Zürich, Steinwiesstraße 75.

Professor Dr. Paul Henry Rossier, Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, Kantonsspital, Zürich, Rämistraße 100.

Professor Dr. Gian Töndury, Direktor des Anatomischen Institutes der Universität, Zürich, Gloriastraße 19.

Privatdozent Dr. Markus Wernly, Spezialarzt für innere Medizin, Bern Schauplatzgasse 39.

Privatdozent Dr. Josef Zander, Universitäts-Frauenklinik, Köln-Lindenthal, Robert-Koch-Straße 10.

此为试读,需要完整PDF请访问: www.ertongbook.com

Inhaltsverzeichnis

Seite

I. Allgemeine Endokrinologie. Von A. LABHART 1

A. Abgrenzung des Hormonbegriffes 1
1. Definition der Hormone 1
2. Vorkommen der Hormone 2
a) Tierreich 2
b) Alter und Geschlecht 3
3. Hormonnachweis 3
a) Nachweis endokriner Aktivität eines Organs 3
b) Qualitativer und quantitativer Nachweis der Hormone 4

B. Allgemeine endokrine Physiologie 5
1. Wirkungsweg der Hormone 5
2. Bildung, Speicherung, Ausschüttung 5
3. Transport 5
a) Blutweg 5
b) Nervenbahnen 6
c) Blutzellen 6
4. Angriffspunkte, Erfolgsorgane 6
5. Ansprechbarkeit der Erfolgsorgane 6
6. Wirkungsweise der Hormone 7
a) Beziehung der Hormone zu Enzymsystemen 8
b) Der Einfluß der Hormone auf die Zellmembranpermeabilität 9
c) Diskrepanz zwischen in vitro- und in vivo-Wirkungen 9
d) Grenzen der hormonalen Steuerung des Stoffwechsels 9
e) Gegenseitige Beeinflussung der Hormone 9
f) Permissive Wirkung 10
7. Inaktivierung durch Konjugation und Umbau, Ausscheidung 10
8. „Verbrauch" („Utilisation") 11
9. Die Steuerung der Hormonsekretion 12
10. Antihormone 13
11. Künstliche Hormone 14

C. Allgemeine endokrine Pathologie 14
1. Unterfunktion (Hypohormonose), Überfunktion (Hyperhormonose), Dysfunktion (Dyshormonose) 14
2. Allgemeine endokrine Therapie 15
a) Substitution 15
b) Endokrine Hemmtherapie 15
c) Die pharmakologische Verwendung von Hormonen 16
3. Die Beziehungen der Endokrinopathien zur Konstitution, „Pseudoendokrinopathien" 16
Literatur 18

II. Wachstum und Entwicklung. Von A. PRADER 20

A. Allgemeines über Wachstum und Entwicklung 20
1. Allgemeine Wachstumsfaktoren 20
2. Körperwachstum und Wachstum der endokrinen Drüsen 21
a) Allgemeines Wachstum 21
b) Neurales Wachstum 22
c) Lymphatisches Wachstum 22
d) Genitales Wachstum 22

B. Der Einfluß der Hormone auf Wachstum und Knochenentwicklung 22
1. Übersicht 22
2. Das hypophysäre Wuchshormon (STH) 23
3. Schilddrüsenhormone 24

Seite

4. Insulin und Glucagon 25
5. Nebennierenrinden-Hormone 25
6. Gonadenhormone 26
a) Testes-Androgene 26
b) Ovar-Oestrogene 27
c) Hormonale Steuerung des Wachstums in der Pubertät 27

C. Störungen des Wachstums 28
1. Definition von Zwergwuchs und Riesenwuchs 28
2. Ätiologische Einteilung des Minderwuchses 28
3. Hypocalorischer Minderwuchs 29
4. Konstitutionelle Entwicklungsverzögerung 29
5. Primordialer Minderwuchs 30
6. Progerie 31
7. Klinische Abklärung des Minderwuchses 31
8. Prognose und Therapie des Minderwuchses 34
9. Großwuchs und Riesenwuchs 35

D. Pubertät 36
1. Übersicht 36
2. Äußere Merkmale und Verlauf 37
3. Hormonbefunde 41
4. Hormonale Abhängigkeit der sekundären Geschlechtsmerkmale 41
5. Die Rolle der Gonaden und der Nebennierenrinde (Gonadarche und Adrenarche) 42

E. Besondere Varianten der normalen Pubertätsentwicklung 43
1. Übersicht 43
2. Prämature Pubarche 44
3. Prämature Thelarche 44
4. Pubertätsgynäkomastie 45
5. Allgemeine somatische, psychische und psychosexuelle Variationen in „Männlichkeit" und „Weiblichkeit" 46
6. Präpubertäts- und Pubertätsadipositas 47
7. Pubertätsmagersucht 51

F. Pubertas praecox 51
1. Übersicht 51
a) Echte Pubertas praecox und Pseudopubertas praecox 51
b) Vollständige und unvollständige echte Pubertas praecox 52
c) Gemeinsame Merkmale aller Formen von Pubertas praecox 53
2. Idiopathische, echte Pubertas praecox 54
3. Echte Pubertas praecox bei organischen Hirnstörungen 55
4. Echte Pubertas praecox bei fibröser Dysplasie der Knochen 57
5. Pubertas praecox bei gonadotropinproduzierenden Tumoren 58
6. Pseudopubertas praecox bei Nebennierenrinden-Störungen 58
7. Pseudopubertas praecox bei Ovarialtumoren und -cysten 58
8. Pseudopubertas praecox bei Testestumoren 60
9. Pseudopubertas praecox exogener Ursache 60
10. Differentialdiagnose 61
11. Therapie 62

G. Pubertas tarda 63

Literatur 65

III. Das Hypothalamus-Adenohypophysensystem. Von A. Labhart. Mit Beiträgen von Chr. Hedinger und G. Töndury 70

A. Einteilung 70

B. Embryologie und Anatomie. Von G. Töndury 70

C. Physiologie 72
1. Steuerung der gonadotropen Hypophysenfunktion 72
2. Steuerung der adrenocorticotropen Hypophysenfunktion 73
3. Steuerung der thyreotropen Hypophysenfunktion 74
4. Steuerung der somatotropen Hypophysenfunktion 74

D. Pathologische Anatomie 74

Seite

E. Klinik der hypothalamisch bedingten Endokrinopathien 75
1. Unterfunktion 75
Dystopie des Hypophysenhinterlappens 76
2. Überfunktion 76
Literatur 77

IV. Das Hypothalamus-Neurohypophysensystem. Von A. Labhart. Mit Beiträgen von G. Töndury 79
A. Historische Daten 79
B. Embryologie und Normalanatomie. Von G. Töndury 79
C. Chemie und physiologische Chemie 83
D. Physiologie 84
1. Bildungsort des Vasopressins 84
2. Ausschüttung 85
3. Wirkung der Neurohypophysenhormone 87
a) Oxytocin 87
b) Vasopressin 87
4. Korrelationen 90
a) Adenohypophyse 90
b) Cortexon-„Pseudodiabetes insipidus" 90
E. Unterfunktion des Hypothalamus-Neurohypophysensystems: Diabetes insipidus 91
1. Definition 91
2. Vorkommen und Häufigkeit 91
3. Ätiologie, pathologische Anatomie und Pathogenese des Diabetes insipidus 91
Pathogenese des symptomatischen und idiopathischen Diabetes insipidus 92
4. Klinisches Krankheitsbild und Symptomatologie des idiopathischen und symptomatischen Diabetes insipidus 93
a) Anamnese 93
b) Symptomatologie 93
c) Laboratoriumsbefunde und Tests 94
5. Besondere Formen des Diabetes insipidus 94
a) Diabetes insipidus nach therapeutischer Hypophysektomie 94
b) Hereditärer Diabetes insipidus 94
c) Nephrogener, vasopressinresistenter Diabetes insipidus 95
d) Okkulter Diabetes insipidus 95
e) Transitorischer Diabetes insipidus 95
6. Diagnose und Differentialdiagnose 95
7. Untersuchungsgang 96
8. Prognose und Verlauf 96
9. Therapie 96
F. Überfunktion 97
Literatur 97

V. Die Adenohypophyse. Von A. Labhart. Mit Beiträgen von Chr. Hedinger, A. Prader und G. Töndury 99
A. Historische Daten 99
B. Embryologie und Normalanatomie. Von G. Töndury 99
C. Chemie und physiologische Chemie 103
Wuchshormon (STH) 104
Bestimmungsmethoden 104
D. Physiologie 104
1. Wirkungen des Wuchshormons auf den Stoffwechsel 104
a) Eiweißstoffwechsel 104
b) Kohlenhydratstoffwechsel 104
c) Fettstoffwechsel 105
2. Korrelationen und Wirkung auf den Gesamtorganismus 105
a) Wachstumswirkung 105
b) Pankreas 105
c) STH-Diabetes 106

Seite

d) Wirkung der Wuchshormonpräparate auf den Menschen 107
e) STH-Tumorwachstum 107
f) STH-Niere 107
g) STH-Erythropoese 107

E. Die Hypophyseninsuffizienz, Panhypopituitarismus 107
1. Einteilung 107
2. Vorkommen und Häufigkeit 108
3. Ätiologie und Pathogenese 108
4. Pathologische Anatomie. Von Chr. Hedinger 108
Hypophyse 108
5. Klinisches Krankheitsbild und Symptomatologie 111
a) Anamnese, psychische Veränderungen 111
b) Allgemeinuntersuchung 112
c) Laboratoriumsuntersuchungen 114
6. Differentialdiagnose 115
7. Besondere Formen 117
a) Partieller Hypopituitarismus 117
b) Hypophysärer Zwergwuchs. Von A. Prader 117
c) „Funktioneller Hypopituitarismus" 123
8. Verlauf und Prognose 123
9. Therapie 124
a) Substitution 124
b) Behebung der Atrophie 124

F. Überfunktion der Adenohypophyse 125
1. Einteilung 125
2. Syndrom der Galaktorrhoe und Amenorrhoe bei tiefem FSH 125
3. Hypophysärer Riesenwuchs. Von A. Prader 125
4. Akromegalie 126
a) Vorkommen und Häufigkeit 126
b) Ätiologie 127
c) Pathogenese 127
d) Pathologische Anatomie. Von Chr. Hedinger 127
e) Klinisches Krankheitsbild und Symptomatologie 128
f) Verlauf und Prognose, besondere Formen 134
g) Differentialdiagnose 135
h) Therapie 136
i) Untersuchungsgang und Häufigkeit der Symptome 137

G. Hormonal inaktive Hypophysentumoren 138
1. Pathologische Anatomie. Von Chr. Hedinger 138
a) Einteilung 138
b) Chromophobes Adenom 139
c) Cysten 140
d) Kraniopharyngeome 141
e) Metastasen 141
2. Klinische Symptomatik 141
a) Chromophobes Adenom 141
b) Das Kraniopharyngeom 141
3. Therapie 142

Literatur 143

VI. Die Schilddrüse. Von A. Labhart. Mit Beiträgen von Chr. Hedinger, A. Prader und G. Töndury 147

A. Historische Daten 147

B. Embryologie und Normalanatomie. Von G. Töndury 148

C. Chemie und physiologische Chemie 152
1. Chemie der Schilddrüsenhormone 152
2. Aufbau 153
3. Abbau 155
4. Chemie des thyreotropen Hormons TSH 155

Seite

D. Physiologie 156

1. Regulation der Bildung und Ausschüttung der Schilddrüsenhormone . 156
   a) Der Einfluß der Blutjodide auf die Schilddrüsenfunktion 156
   b) Der Einfluß der Schilddrüsenhormone (Thyroxin und Trijodothyronin) auf die Schilddrüsenfunktion 156
   c) Wirkung des thyreotropen Hormons TSH 156
   d) Die Wirkung thyreostatischer Substanzen 157
   e) Zusammenfassung der Schilddrüsenregulation 157
2. Die Wirkung der Schilddrüsenhormone 157
   a) Wirkungsweise 157
   b) Wirkung auf Wachstum und Reifung 158
   c) Stoffwechselwirkungen 158
   d) Nervensystem 159
   e) Muskelsystem 159
   f) Lymphatisches System und Thymus 159
   g) Wirkung auf die Kreislauforgane 160
3. Korrelationen der Schilddrüse mit anderen endokrinen Drüsen 160
   a) Adenohypophyse—Schilddrüse 160
   Schilddrüse—Wuchshormon 161
   b) Schilddrüse-Neurohypophyse 161
   c) Schilddrüse—Ovar 161
   d) Schilddrüse—Testes 162
   e) Schilddrüse—Nebenschilddrüse 162
   f) Schilddrüse—Nebennieren 162
   g) Die Beziehungen zwischen Schilddrüse und Vitaminen 163

E. Die Hypothyreose im Erwachsenenalter 163

1. Einteilung 163
2. Das primäre Myxödem 164
   a) Ätiologie und Pathogenese 164
   b) Vorkommen und Häufigkeit 164
   c) Pathologische Anatomie. Von Chr. Hedinger 165
   d) Klinisches Krankheitsbild und Symptomatik 166
3. Die sekundäre Hypothyreose 170
4. Hypometabolismus ohne Hypothyreose 171
5. Differentialdiagnose 171
6. Verlauf und Prognose 172
7. Therapie der Hypothyreose im Erwachsenenalter 173

F. Die Hypothyreose im Kindesalter. Von A. Prader 174

1. Einteilung der Hypothyreosen im Kindesalter 175
2. Ätiologie 175
3. Das klinische Bild im frühesten Säuglingsalter 175
4. Das klinische Bild im späteren Säuglings- und im Kindesalter 176
5. Die besonderen Merkmale des Entwicklungsrückstandes 178
6. Skeletveränderungen 179
7. Hautveränderungen 181
8. Muskulatur und Nervensystem 181
9. Kreislauf und Blut 182
10. Stoffwechselbefunde 182
11. Diagnose und Differentialdiagnose 183
12. Unterscheidung der verschiedenen Hypothyreoseformen 184
13. Therapie und Prognose 186

G. Der endemische Kretinismus 188

1. Definition 188
2. Vorkommen und Häufigkeit 189
3. Ätiologie und Pathogenese 189
4. Einteilung 190
5. Klinische Symptomatologie 191
6. Diagnose und Differentialdiagnose 197
7. Verlauf und Prognose 197
8. Therapie und Prophylaxe 197

福建医学院
图书馆藏书

Seite

H. Die Hyperthyreose 198
1. Einteilung 198
2. Vorkommen und Häufigkeit 198
3. Ätiologie und Pathogenese 199
a) Einfluß des Nervensystems 200
b) Konstitution 200
c) Auslösende Faktoren 200
d) Jodbasedow 200
e) Zusammenfassung 201
4. Pathologische Anatomie. Von Chr. Hedinger 201
a) Schilddrüse 201
b) Hypophyse 202
5. Krankheitsbild und klinische Symptomatologie 203
a) Anamnese 203
b) Allgemeinuntersuchung 203
6. Differentialdiagnose 211
7. Verlauf und Prognose 212
8. Die hyperthyreotische Krise (Thyreotoxische Krise, Basedow-Koma, Thyroid storm) 213
a) Pathogenese 213
b) Symptome 213
c) Therapie 214
9. Die Therapie der Hyperthyreose 214
a) Thyreostatica 215
b) Die subtotale Thyreoidektomie 218
c) Die Radiojodtherapie der Hyperthyreose 220
d) Vor- und Nachteile der einzelnen Behandlungsarten 222
e) Therapie des Exophthalmus 223

J. Die Diagnostik der Schilddrüsenfunktion 225
1. Die Grundumsatzbestimmung 226
2. Die Funktionsprüfungen der Schilddrüse mit Radiojod (J^{131}) 228
a) Die Radiojodaufnahme 228
b) Radiojodausschüttungs-Tests 230
c) Fehlerquellen der Radiojodtests 231
d) Lokalisationsmessungen 232
3. Eiweißgebundenes Plasmajod 232
4. Serumcholesterin 233
5. Kreatin-Kreatininbestimmungen 234
6. TSH-Test 234
7. Test mit TSH-Hemmung durch Thyroxin 235

K. Thyreoiditis (Strumitis) 235
1. Einteilung 235
2. Vorkommen und Häufigkeit 235
3. Ätiologie und Pathogenese 235
4. Pathologische Anatomie. Von Chr. Hedinger 236
a) Akute und subakute nicht eitrige Thyreoiditis de Quervain 236
b) Akute und subakute eitrige Thyreoiditis 236
c) Struma lymphomatosa Hashimoto 236
d) Chronische hypertrophische Thyreoiditis, eisenharte Struma Riedel . 236
e) Chronische atrophische Thyreoiditis 237
f) Spezifische Schilddrüsenentzündungen 239
5. Klinisches Krankheitsbild und Symptomatologie 239
a) Akute und subakute Thyreoiditis 239
b) Chronische, unspezifische Thyreoiditis 240
c) Chronische, spezifische Thyreoiditis 241

L. Die euthyreote Struma 241
1. Definition 241
2. Ätiologie und Pathogenese 241
3. Vorkommen und Häufigkeit 243
4. Pathologische Anatomie. Von Chr. Hedinger 243
5. Klinik der euthyreoten Struma 247
6. Therapie 248
7. Die Kropfprophylaxe 249

此为试读,需要完整PDF请访问: www.ertongbook.com

Seite

M. Schilddrüsentumoren 250
1. Pathologische Anatomie und Häufigkeit. Von Chr. Hedinger 250
a) Benigne Schilddrüsentumoren 250
b) Maligne Schilddrüsentumoren 251
2. Klinik 253
3. Therapie 254
N. Schilddrüsendystopien 255
Literatur 256

VII. Die Nebennierenrinde. Von A. Labhart. Mit Beiträgen von Chr. Hedinger, A. Prader und G. Töndury 266
A. Historische Daten 266
B. Embryologie und Normalanatomie. Von G. Töndury 266
C. Chemie und physiologische Chemie 271
1. Allgemeines über Steroidhormone 271
2. Stereoisomerie und Nomenklatur 272
3. Die Nebennierenrinden-Hormone 273
4. Der Aufbau der Nebennierenrinden-Hormone 275
5. Abbau und Ausscheidung der Nebennierenrinden-Hormone 277
6. Nachweis der Nebennierenrinden-Hormone und ihrer Abbauprodukte im Urin 278
7. Chemie und Titration des Corticotropins (ACTH) 279
8. Abbau und Ausscheidung des Corticotropins 281
9. Beziehungen zwischen Corticotropin, dem melanocytenstimulierenden Hormon (MSH, Intermedin) und den Nebennierenhormonen 281
D. Physiologie 282
1. Die Steuerung der Nebennierenrinden-Hormonsekretion 282
a) Hormonausschüttung und Hormonbildung 283
b) Abnahme des Gehaltes an Cholesterin und Ascorbinsäure 284
c) Wachstumsfördernde Wirkung auf die Nebennierenrinde 285
d) Nebennieren-„Apoplexie" durch exzessive ACTH-Stimulation 285
2. Die Steuerung der ACTH-Sekretion 285
a) Steuerung durch die Hemmwirkung der Nebennierenrinden-Hormone . 286
b) Hypothalamische Regulation durch Neurohormone 287
3. Tagesrhythmik der Nebennierenrinden-Sekretion 288
4. Die Wirkung der Nebennierenrinden-Hormone 288
Mineralocorticoide 289
a) Aldosteron 289
b) Cortexon (Desoxycorticosteron) 290
c) Natrium-diuretischer Faktor 291
Glucocorticoide 291
d) Corticosteron 291
e) Fluorocortisol (9α-Fluorohydrocortison) 292
f) Cortisol (Hydrocortison, „S-Hormon") 292
g) Cortison 299
h) Prednison, Prednisolon 299
Die Nebennierenandrogene („N-Hormone") 300
5. Das allgemeine Adaptationssyndrom 300
E. Die Unterfunktion der Nebennierenrinde 302
1. Einteilung 302
2. Die primäre, chronische Nebenniereninsuffizienz, Morbus Addison . . . 304
a) Häufigkeit 304
b) Ätiologie und Pathogenese 304
c) Pathologische Anatomie. Von Chr. Hedinger 305
d) Klinisches Krankheitsbild und Symptomatologie 306
e) Verlauf des Morbus Addison 315
3. Die übrigen Formen der Nebenniereninsuffizienz 316
a) Akute Nebenniereninsuffizienz 316
b) Akute Nebenniereninsuffizienz bei hämorrhagischer Infarzierung („Nebennierenapoplexie") 317
c) Die kongenitale chronische Nebenniereninsuffizienz. Von A. Prader 319

Seite

d) Primäre, relative Nebenniereninsuffizienz 320
e) Sekundäre, absolute Nebenniereninsuffizienz 321
f) Funktionelle Nebenniereninsuffizienz 321
4. Differentialdiagnose der Nebenniereninsuffizienz 323
5. Die Therapie der Nebenniereninsuffizienz 325
a) Diät 325
b) Organtransplantation 325
c) Die Nebennierenrinden-Hormonpräparate und ihre Anwendungsformen 325
d) Die Substitutionstherapie des Morbus Addison 327
e) Therapie bei Komplikationen 328
f) Das Verhalten bei operativen Eingriffen 329
g) Therapie der akuten Nebenniereninsuffizienz 329
h) Therapie während und nach der totalen Adrenalektomie 330
i) Therapie des latenten Morbus Addison 331
k) Therapie der Insuffizienz bei Panhypopituitarismus und nach Cortisontherapie 331
l) Therapie der funktionellen Nebenniereninsuffizienz 332
6. Die Prognose der Nebenniereninsuffizienz 332

F. Die Überfunktion der Nebennierenrinde 333
1. Einteilung 333
2. Aldosteronüberproduktion 334
a) Primärer Hyperaldosteronismus (CONN-Syndrom) 334
b) Sekundärer Hyperaldosteronismus 335
c) Diagnose der Hyperaldosteronurie 335
3. Das CUSHING-Syndrom 335
a) Definition 335
b) Häufigkeit 335
c) Pathogenese und Ätiologie. Von CHR. HEDINGER 336
d) Pathologische Anatomie. Von CHR. HEDINGER 337
e) Klinisches Krankheitsbild, Symptomatologie und Diagnostik 344
f) Differentialdiagnose des CUSHING-Syndroms 355
g) Verlauf und Prognose, Todesursache 356
h) Die Therapie des CUSHING-Syndroms 356
4. Das adrenogenitale Syndrom. Von A. PRADER[1] 359
a) Einteilung, Definition 359
b) Das hereditäre, kongenitale adrenogenitale Syndrom 360
c) Das erworbene adrenogenitale Syndrom im Kindesalter 383
d) Das erworbene adrenogenitale Syndrom beim Erwachsenen 387
e) Der idiopathische Hirsutismus 388
5. Die adrenale Feminisierung. Von A. PRADER 390

Literatur 391

VIII. Das Nebennierenmark. Von A. LABHART. Mit Beiträgen von CHR. HEDINGER und G. TÖNDURY 403

A. Historische Daten 403

B. Embryologie und Normalanatomie. Von G. TÖNDURY 403

C. Chemie und physiologische Chemie der Nebennierenmark-Hormone 404
1. Chemie 404
2. Bildungsort 404
3. Ausschüttung 405
4. Abbau und Ausscheidung 405

D. Physiologie der Nebennierenmark-Hormone 405
1. Organwirkungen 405
2. Stoffwechselwirkungen 406
3. Beziehungen zwischen Nebennierenmark und -rinde 406
4. Die physiologische Bedeutung der Markhormone 406
5. Wirkungsweise adrenergisch blockierender Stoffe 407

E. Unterfunktion 407

[1] Mit einem Beitrag von R. E. SIEBENMANN

Seite

F. Überfunktion: Das Phäochromocytom 407

1. Häufigkeit 407
2. Pathologische Anatomie. Von CHR. HEDINGER 408
3. Klinisches Krankheitsbild und Symptomatologie 410
   a) Paroxysmale Form 410
   b) Persistierende Form 411
4. Diagnostik 411
   a) Tests zur Auslösung einer paroxysmalen Hypertonie 412
   b) Blutdrucksenkende Tests 412
   c) Chemischer und biologischer Nachweis der Katecholamine in Plasma und Urin 412
   d) Radiologische Diagnostik 412
   e) Zusammenfassung 413
5. Die Prognose 413
6. Therapie 413

Literatur 414

IX. Testis. Von CHR. HEDINGER (Pathologische Anatomie) und A. LABHART (Klinik). Mit Beiträgen von A. PRADER und G. TÖNDURY 416

A. Historische Daten 416

B. Anatomie und Embryologie. Von G. TÖNDURY 416
Bau des Hodens in verschiedenen Entwicklungsphasen 424

C. Chemie und physiologische Chemie 427

1. Androgene 427
2. Testosteron 427
   a) Aufbau 427
   b) Abbau und Ausscheidung 427
3. Oestrogene 428

D. Physiologie 429

1. Lokalisation der Hormonproduktion 429
2. Hypophysäre Steuerung 429
3. Wirkungen des Testosterons 430
   a) Wirkung auf das Genitale 430
   b) Wirkung auf die sekundären Geschlechtsmerkmale 431
   c) Stoffwechselwirkungen 431
   d) Psychische Wirkungen 432
4. Spermaproduktion 432
   a) Spermatozoen 432
   b) Spermaflüssigkeit 433

E. Der männliche Hypogonadismus 433

1. Definition 433
2. Vorkommen und Häufigkeit 433
3. Allgemeine Symptomatologie des Androgenausfalles 434
4. Untersuchungsgang und Einteilung 438
5. Die verschiedenen Formen des männlichen Hypogonadismus, ihre Pathogenese, pathologische Anatomie und spezielle Symptomatologie . 439
   a) Primäre Testesinsuffizienz (Hypergonadotroper Hypogonadismus) . . 440
   b) Sekundäre Testesinsuffizienz (Hypogonadotroper Hypogonadismus) . 448
   c) Hypogonadismus ohne hormonale Störungen 453
6. Differentialdiagnose und Synopsis des männlichen Hypogonadismus . . 454
7. Therapie 454
   a) Substitution 456
   b) Stimulation der Reifung 457

F. Kryptorchismus (Retentio testis). Von A. PRADER 560

1. Definition und Häufigkeit 460
2. Ätiologie 460
3. Folgen des Kryptorchismus 461
4. Pathologische Anatomie 461
5. Inkretorische und sekretorische Funktion des kryptorchen Testis . . . 462
6. Untersuchungstechnik und Einteilung 463
7. Therapie 463

Seite

G. Sterilität 465
1. Ätiologie und Pathogenese 465
a) Funktionelle und anatomische Störungen 465
b) Urologische Ursachen 465
c) Störungen der Spermatogenese 466
d) Sterilität unbekannter Ursache 466
2. Diagnose, Untersuchungsgang 466
3. Therapie 467
H. Impotenz 469
J. Gynäkomastie 470
1. Pubertätsgynäkomastie 473
2. Gynäkomastie bei Hypogonadismus 473
3. Gynäkomastie durch Medikamente 473
4. Gynäkomastie bei nichtendokrinen Krankheiten 473
5. Therapie 473
K. Der männliche Hypergonadismus 473
Hodentumoren 473
a) Adenoma tubulare testis (Pick) 474
b) Zwischenzelltumoren 475
c) Seminome 478
d) Teratome 479
Literatur 480

X. Ovar. Von K. G. Ober 488
A. Geschichte 488
B. Die Anatomie der Ovarien 489
C. Die Hormone des Ovars 494
a) Chemie 495
b) Wirkungsweise der Sexualhormone 496
c) Stoffwechsel und Ausscheidung 496
D. Die Erfolgsorgane der Ovarialhormone 498
1. Die Eileiter 498
2. Das Myometrium 498
3. Das Endometrium 498
4. Die Cervix 500
5. Die Scheide 500
6. Äußere Genitalien 503
7. Die Mamma 503
8. Die Wirkung androgener Hormone auf die Genitalorgane 504
9. Extragenitale Angriffspunkte 504
E. Der Hypophysenvorderlappen 506
a) Gonadotropine 506
b) Chemie 507
c) BiologischeWirkung 507
d) Beziehungen des HVL zur Peripherie 508
e) Beziehungen des HVL zum Hypothalamus 509
f) Schwangerschaftsgonadotropine 510
F. Der Cyclus 510
G. Die Ovulation 518
Bestimmung des Ovulationstermins 519
H. Die Menstruation 521
J. Pubertät und Menarche 524
K. Klimakterium, Menopause und Postmenopause 525
L. Applikationsformen und Dosierungsrichtlinien für Sexualhormone 526
a) Anwendungsformen 527
b) Grundbegriffe und klinische Möglichkeiten 528
c) Das Prinzip der Methoden 528
d) Beispiele und Folgerungen 529
e) Die praktische Durchführung wichtiger Teste 531
f) Die Bewertung besonderer Hormonzubereitungen 533

Seite

g) Angaben über Wirkungen handelsüblicher Präparate zur parenteralen Anwendung . . . 535
h) Die Größenordnung der physiologischen Hormonbildung . . . 537
i) Androgene Hormone . . . 538
M. Die Amenorrhoe . . . 539
a) Primäre Amenorrhoe . . . 539
b) Die sekundäre Amenorrhoe . . . 540
c) Spezielle Diagnostik der Amenorrhoe . . . 543
N. Die funktionellen Blutungen . . . 546
O. Die Rhythmusabweichungen . . . 556
P. Hypo- und Hypermenorrhoe . . . 558
Q. Der anovulatorische Cyclus . . . 560
R. Das Stein-Leventhal-Syndrom . . . 561
S. Dysmenorrhoe, prämenstruelles Syndrom und Endometriose . . . 563
T. Die Sterilität . . . 565
U. Das Menopausensyndrom . . . 565
V. Die hormonbildenden Ovarialgeschwülste . . . 568
W. Die Anwendung der Sexualhormone in der Gynäkologie bei Zuständen, die nicht durch endokrine Störungen bedingt sind . . . 574
X. Die Bestimmung der fruchtbaren und unfruchtbaren Tage der Frau . . . 576
Literatur . . . 578

XI. Die Schwangerschaft. Von J. Zander . . . 587
A. Physiologie . . . 587
1. Die Hypophyse . . . 587
2. Das Ovarium . . . 588
Das Corpus luteum graviditatis . . . 588
3. Die Placenta . . . 591
a) Entwicklung und Anatomie der Placenta . . . 591
b) Hormonbildung . . . 595
4. Die Wirkungen von HCG, Gestagenen und Oestrogenen in der Schwangerschaft . . . 604
a) Choriongonadotropin (HCG) . . . 604
b) Progesteron und Oestrogene . . . 606
5. Die Nebennierenrinde . . . 614
6. Beziehungen zwischen Placenta, mütterlichem und fetalem Endokrinium 616
B. Pathologie . . . 618
1. Die Fehlgeburt . . . 618
a) Häufigkeit und Pathogenese . . . 618
b) Behandlung . . . 622
2. Blasenmole und Chorionepitheliom . . . 624
a) Anatomie . . . 624
b) Hormonbildung . . . 627
3. Die Gestosen . . . 629
a) Die Frühgestose . . . 629
b) Die Spätgestose . . . 631
C. Post-partum-Periode . . . 633
1. Involutionserscheinungen . . . 633
2. Cyclus . . . 634
3. Die Lactation . . . 635
a) Physiologie . . . 635
b) Pathologie . . . 637
c) Behandlung . . . 638
4. Die Unterfunktion der Hypophyse nach der Geburt . . . 638
Literatur . . . 639

XII. Intersexualität und Gonadendysgenesie. Von A. Prader. Mit Beiträgen von G. Töndury . . . 645
A. Intersexualität . . . 645
1. Definition und Terminologie . . . 645
2. Häufigkeit . . . 645

Seite

3. Embryologie und Pathogenese 646
4. Untersuchungsmethoden 651
5. Übersicht über die kongenitalen Intersexformen 654
6. Adrenogenitaler Pseudohermaphroditismus femininus 654
7. Nichtadrenaler Pseudohermaphroditismus femininus 656
8. Das KLINEFELTER-Syndrom 656
9. Pseudohermaphroditismus masculinus mit intersexuellem oder männlichem äußerem Genitale 656
10. Pseudohermaphroditismus masculinus mit weiblichem äußerem Genitale 658
a) Testisdysgenesie 659
b) Testiculäre Feminisierung 659
c) Partielle testiculäre Feminisierung 662
d) Pseudohermaphroditismus masculinus bei kongenitaler Lipoidhyperplasie der Nebennieren 662
11. Echter Hermaphroditismus 662
12. Diagnose und Differentialdiagnose 664
a) Bei intersexuellem Genitalaspekt 664
b) Bei weiblichem Genitalaspekt 665
c) Bei männlichem Genitalaspekt 665
13. Die Psychosexualität 666
14. Therapie und Wahl des Geschlechtes 666

B. Gonadendysgenesie (Gonadenagenesie, Ovaragenesie, TURNER-Syndrom) . 668
1. Einleitung 668
2. Terminologie und chromosomales Geschlecht 668
3. Ätiologie und Pathogenese 668
4. Pathologie 669
5. Klinik 669
6. Partielle Gonadendysgenesie 674
7. Diagnose und Differentialdiagnose 675
8. Therapie 677

Literatur 678

XIII. Das Pankreas. Von G. R. CONSTAM. Mit Beitägen von CHR. HEDINGER und G. TÖNDURY 681

A. Historisches 681

B. Anatomie und Embryologie. Von G. TÖNDURY 683
Die LANGERHANSschen Inseln des Pankreas 683

C. Physiologie 684
1. Aufnahme des Zuckers 684
2. Speicherung des Zuckers 685
a) Glykogenbildung 685
b) Fettbildung 685
3. Blutzuckerbildung 686
4. Transport des Zuckers 686
5. Abbau des Traubenzuckers 687
6. Ketonkörperbildung 694
7. Ausscheidung des Traubenzuckers 695
8. Die Regulation des Kohlenhydratstoffwechsels 696
a) Die humorale Blutzuckerregulation 696
b) Die hormonale Blutzuckerregulation 696
c) Die neurogene Blutzuckerregulation 700
d) Übersicht über die Blutzuckerregulation 702
9. Übersicht über die Hormone und die Störungen des Inselapparates . . . 702
a) Das Insulin 703
b) Das Glucagon 707

D. Der Diabetes mellitus 710
1. Pathologische Anatomie. Von CHR. HEDINGER 710
a) Pankreas 710
b) Hypophyse 712
2. Pathogenese des Diabetes mellitus 713
3. Diagnose und Differentialdiagnose der Zuckerkrankheit 717

此为试读,需要完整PDF请访问: www.ertongbook.com