

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Ernährung und Stoffwechselkrankheiten

Umber, Friedrich

Berlin [u.a.], 1925

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Shelf Mark: Ui VI 1900

C. Heptosurie [...]

[urn:nbn:de:hbz:38m:1-126153](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:38m:1-126153)

Assimilationskraft wieder. Auch der Gesunde vermag übrigens nach Lävuloseverabreichung per os 0·1–0·7 g Lävulose im Harn wieder auszuscheiden (Wörner u. Reiß¹⁾), und Isaac vermochte beim Gesunden eine halbe Stunde nach Lävulosedarreichung noch relativ beträchtliche Mengen im Blut nachzuweisen. Er betont daher mit Recht den beschränkten diagnostischen Wert der Lävulosurie.

C. Heptosurie

ist von F. Rosenberger²⁾ zeitweise in einem Fall, zusammen mit Traubenzuckerausscheidung, beobachtet worden. Auf die Heptosenatur des ausgeschiedenen Zuckers schloß er aus der Elementaranalyse und dem Schmelzpunkt der Osazone. Es handelte sich um einen reduzierenden, optisch inaktiven Zucker, der möglicherweise die racemische Form der von Leo seinerzeit in einem Diabetikerharn nachgewiesenen linksdrehenden Laiose darstellt. Die Kranke Rosenbergers hatte normale Harnmengen, keine Polydipsie und litt an Furunkulose nebst einer auffallenden milchkaffeebraunen Färbung der Haut. Die Zuckerausscheidung war auffällig schwankend, zeitweise wurde Dextrose, zeitweise Gemische von Dextrose und Heptose nachgewiesen. Bestimmte Wechselbeziehungen zwischen Kost, Zuckerausscheidung, Allgemeinbefinden bestanden nicht. Rosenberger hielt die Anwesenheit von Pankreassteinen mit daraus hervorgehender Schädigung des Organs für möglich.

¹⁾ Wörner u. Reiß, Deutsche med. Wochenschr. 1914, Nr. 18. — ²⁾ F. Rosenberger, Zeitschr. f. phys. Chem. 1906, Bd. 49, S. 202; Deutsches Arch. f. klin. Med. 1907, Bd. 88, S. 603.

VII. Diabetes insipidus.

I. Pathologie.

Der Diabetes insipidus beruht in einer Störung des Wasser- und Mineralstoffwechsels, die klinisch gekennzeichnet wird durch eine längerdauernde, krankhaft gesteigerte Harnflut bei gesunder Niere und konsekutivem quälenden Durst mit gesteigerter Wasseraufnahme. Der dünne, wasserhelle Urin, der sich in seinem spezifischen Gewicht zwischen 1000 und 1004 zu bewegen pflegt, ist in der Regel zuckerfrei, also für die prüfende Zunge, das Zuckerreagens der alten Ärzte, im Gegensatz zum Zuckerharn geschmacklos = insipidus. Das führende Symptom ist die primäre Polyurie. Sie hat ihre Ursache in einer gesteigerten Wasserausschwemmung aus den Geweben und führt zu ihrer Wasserverarmung mit dadurch hervorgerufenem unersättlichen Durst, der Hauptbeschwerde des Kranken. Die Harnmengen können 5, 7, 16 l und mehr im Tag betragen. Trousseau sah sogar einen Kranken mit 43 l Urin! Der Harn stellt eine im Verhältnis zum Blut erhebliche hypotonische Lösung dar, und dementsprechend bewegt sich auch die Gesamtkonzentration der Moleküle im Harn, speziell diejenigen der Chloride, in der Regel unter der des Blutes. Diese Harnflut ist von der Wasserzufuhr ziemlich unabhängig, selbst bei erheblicher Flüssigkeitsbeschränkung bleibt die Polyurie bestehen. Das ausgeschwemmte Wasser wird bei fehlender Wasserzufuhr — im sog. Durstversuch — den Geweben des Körpers entnommen und führt hierbei zu einer erheblichen Wasserverarmung desselben sowie zur Eindickung des Blutes, dessen spezifisches Gewicht bis um 17 %, dessen Eiweißgehalt bis auf 10·36 % und dessen Kochsalzgehalt im Serum bis auf 1·03 % ¹⁾ ansteigen kann (Strubell, Veil, Socin), bei schnell absteigendem Körpergewicht. Die Folgen sind un-

¹⁾ Normaler Kochsalzgehalt des Serums 0·57–0·63 % bei gemischter Kost, also im Durchschnitt 0·60; nach Veil, Bioch. Zeitschr. 1918, Bd. 91, S. 270.