

730-40

1969

Monatskurse für

die ärztliche Fortbildung

ZEITSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN · HERAUSGEGEBEN VON PROF. DR. A. SCHRETZENMAYR

Beirat: Professor Bauer, Heidelberg · Professor Bossert, Essen · Professor Coste, Paris · Professor Denning, Stuttgart · Professor Derra, Düsseldorf · Professor Eyer, München · Professor Fromm, Hamburg · Professor Hittmair, Innsbruck · Professor Hopmann, Köln · Professor Junghanns, Frankfurt a. M. · Dr. Kaiser, Augsburg · Professor Knipping, Köln · Dr. Lippross, Dortmund · Ob.-Med.-Rat Niederberger, Linz a. d. D. · Dozent Obé, Saarbrücken · Dozent Pilgerstorfer, Linz a. d. D. · Professor Pillat, Wien · Professor Riechert, Freiburg i. Br. · Professor Schoen, Göttingen · Professor Stötter, Augsburg · Dozent Trummert, München · Professor Vosschulte, Gießen

SCHRIFTFLEITER: DR. G. WEISS UND PROF. DR. A. SCHRETZENMAYR

19. JAHRGANG 1969

J. F. LEHMANNS VERLAG MÜNCHEN

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG DER FORTBILDUNGSVORTRÄGE

Vorträge des 5. Fortbildungskongresses für praktische Medizin der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg in Stuttgart, November 1968	Heft 1
Vorträge des Internationalen Fortbildungskongresses für praktische Medizin in Davos und Badgastein vom 9. (10.) bis 22. März 1969	Heft 2, 3 und 4
Vorträge des 43. Fortbildungskongresses für praktische Medizin in Augsburg, 28.–30. März 1969	Heft 5
Vorträge des Internationalen Fortbildungskongresses für praktische Medizin in Grado vom 2. bis 14. Juni 1969 und Montecatini vom 24. Mai bis 7. Juni 1969	Heft 6, 7 und 8
Vorträge des 17. Internationalen Fortbildungskongresses für praktische Medizin in Meran vom 25. 8. bis 6. 9. 1969	Heft 9, 10 und 11
Vorträge des 44. Fortbildungskongresses für praktische Medizin in Augsburg vom 26. bis 28. 9. 1969	Heft 12

Heft 1 (Januar)

MODERNE CHIRURGIE, ANGIOLOGIE, LABORDIAGNOSTIK, ORTHOPÄDIE

Zukschwerdt, L.: Möglichkeiten und Grenzen der Chirurgie	7
Bücherl, E. S.: Stand der Entwicklung des künstlichen Herzens	9
Floersheim, G. L.: Der immunologische Widerstand gegen Organtransplantate und seine Überwindung	11
Gütgemann, A. und M. Siedek: Wann ist bei chronischem Nierenversagen die Nierentransplantation, wann die Dialyse angezeigt?	14
Bay, V.: Lungenchirurgie im Säuglings- und Kindesalter	17
Zukschwerdt, L.: Wandlungen in der Chirurgie der Schilddrüse	25
Waibel, P.: Chirurgische Behandlung arterieller Durchblutungsstörungen	29
May, R.: Der akute Venenverschluß	30
Kappert, A.: Möglichkeiten der Therapie bei akutem Venenverschluß der Gliedmaßen	36
Senn, A.: Thrombektomie bei akuter Venenthrombose	38

Weitbrecht, H. J.: Funktionell-nervöse Störungen	40
Christian, P.: Neuere Untersuchungsmethoden und Verlaufsbeobachtungen bei funktionellen Herz- und Kreislaufstörungen	42
Held, F.: Diagnostik und Therapie des nervösen Kindes	44
Weitbrecht, H. J.: Funktionell-nervöse Störungen in ihrer Bedeutung für die psychiatrische Differentialdiagnostik	50
Fromm, E.: Moderne Laboratoriumsdiagnostik und deren Grenzen	57
Albers, D.: Möglichkeiten und Grenzen der Schnellmethoden für den praktischen Arzt	58
Breddin, K.: Gerinnungsuntersuchungen in der ärztlichen Praxis	59
Moeller, J.: Die Diagnostik der Nierenkrankheiten (Labordiagnostik für den niedergelassenen Arzt)	63
Kolb, H.: Blutgruppenserologische Untersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge für den praktischen Arzt	68
Müller, W. A.: Sinn und Unsinn der Laboratoriumsdiagnostik aus der Sicht des Internisten	69
Keller, H.: Sinn und Unsinn der Laboratoriumsdiagnostik aus der Sicht des Laborfacharztes	72
Gsell, O.: Hämoptye und deren Differenzierung	73
Gartmann, J.: Differentialdiagnose der pleuritischen Erkrankungen	78
Sommer, E.: Das klinische Bild und die Therapie der Boeckschen Sarkoidose der Lungen	83
Schmid, H. J.: Differentialdiagnose der Staublungenkrankheiten	87
Rettig, H.: Die Behandlung der präarthrotischen Deformität, insbesondere der Hüfte	90
Witt, A. N.: Der derzeitige Stand der Behandlung der Koxarthrose	95
Gschwend, N.: Die operative Behandlung rheumatischer Erkrankungen	95
Mittelmeier, H.: Die Tendopathie; Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie	96
Weitzel, G.: Biochemische Forschung und ihre Auswirkung auf die Medizin	96

Heft 2 (Februar)

MOLEKULARBIOLOGIE UND PRAKTISCHE MEDIZIN I

Wallenfels, K.: Die Entstehung des Lebens	1000
Zahn, R. K.: Funktion und Bedeutung der Desoxyribonukleinsäure	1005

Wacker, A.: Der genetische Code und die Protein-synthese	112
Vogel, F.: Klassische und molekulare Genetik	116
Schmidt-Ruppin, K.-H.: Antivirale Therapie	121
Pöldinger, W.: Molekularbiologie und Psychiatrie	127
Grundmann, E.: Kanzerogenese aus molekularer Sicht	132
Pöldinger, W. und F. Gnirrs: Der Kopfschmerz als Symptom seelischer Krankheit	136
Hemmer, R.: Hirndruck beim Kind	140
Gottstein, U.: Zerebrales Ischämiesyndrom, Sofortbehandlung und Rehabilitation	144
Graul, E. H.: Prinzipien der Futurologie	148

Heft 3 (März)

MOLEKULARBIOLOGIE UND PRAKTISCHE MEDIZIN II

Altmann, H.-W.: Regeneration	156
Scheurlen, P. G.: Regulation der Immunsysteme	159
Schwick, H. G. und K. Heide: Prophylaxe und Therapie mit Human-Immunglobulinen	164
Pichlmaier: Organtransplantation	167
Jung, E. G.: Physiologie und Pathologie der Lichtwirkung auf die Haut	169
Gross, F.: Molekulare Pharmakologie	172
Plempel, M.: Chemotherapie aus molekularbiologischer Sicht	177
Hofschneider, P. H.: Viren aus der Sicht der Genetik und Biochemie	181
Kommerell, B., B. Frosch und Th. Pfeleiderer: Probleme der Hepatitis	183
Patzschke, K.: Zur Pharmakokinetik mit radioaktiv markierten Präparaten – Verteilungsstudien mittels Ganzkörper-Autoradiographie	186

Heft 4 (April)

MOLEKULARBIOLOGIE UND PRAKTISCHE MEDIZIN III

Heberer, G.: Makromolekulare Kunststoffe – Bedeutung und Probleme für die Chirurgie von heute und morgen	196
Kühnau, J.: Das Prinzip der metabolischen Konkurrenz in Molekularbiologie und Klinik	205
Lenz, W.: Erbanlage und Umwelt bei Verhaltensstörungen und Psychosen	212
Heller, L.: Molekularbiologische Aspekte in der Frauenheilkunde	218
Drews, J.: Wirkungsmechanismus der Hormone	223
Lutzeyer, W.: Renaler Hochdruck bei einseitiger Nierenerkrankung	227
Klosterhalfen, H.: Fertilität und Sterilität des Mannes	230
Gros, M. und J. P. Walter: Von der Diagnostik des Mammakarzinoms zur Rehabilitation	234

Heft 5 (Mai)

MODERNE TRANSPLANTATIONSPROBLEME

Fleischhacker, H.: Die humorale und zelluläre Abwehr	240
Steffen, C.: Klinische Immunologie – diagnostisches Mittel bei Autoimmunopathien	244
Müller, W.: Die Immunologie endokriner Erkrankungen (Schilddrüse, Nebennieren, Gonaden)	249
Boos, R.: Immunologie endokriner Erkrankungen: Diabetes mellitus	257
Pichlmayr, R.: Moderne Transplantationsprobleme	263
Geering, H.: Prophylaxe und Therapie mit Immunglobulinen	266
Deicher, H.: Immunsuppression als therapeutisches Prinzip	270
Gerlach, U.: Mesenchymsuppression als therapeutisches Prinzip bei der Behandlung von primär-chronischer Polyarthritits mit Zytostatika	276
Seidl, S.: Immunserologische Probleme entzündlicher Lebererkrankungen	279

Heft 6 (Juni)

DER NOTFALL – ERSTVERSORGUNG UND NACHSORGE I

Birkmayer, W.: Dringliche Neurologie	288
Neumayer, E.: Der akute und chronische Kopfschmerz	294
Gratzl, O. und F. Marguth: Dringliche Neurochirurgie	301
Stephan, U.: Das zerebrale Anfallsleiden beim Kind	304
Gnirrs, F. und W. Pöldinger: Die akute Psychose	307
Oettel, H.: Giftinformationsstelle und Entgiftungszentren als Hilfe für Praxis und Klinik	311
Truckenbrodt, H.: Vergiftungen bei Kindern	316
Pöldinger, W. und F. Gnirrs: Der suizidale Patient in der Praxis	320
Graul, E. H.: Die Bedeutung der Nuklearmedizin für Klinik und pharmakologische Forschung unter molekularbiologischen Aspekten. I. Mitteilung: Molekularkrankheiten	324

Heft 7 (Juli)

DER NOTFALL – ERSTVERSORGUNG UND NACHSORGE II

Klinner, W.: Chirurgische Therapie kardialer Notfälle	341
Schmidt-Voigt, J.: Das akute Kreislaufversagen	345
Pflüger, H.: Reanimation und Nachsorge	351
Riecker, G.: Asthma cardiale und Lungenödem	355
Rosenbaum, S.: Asthmaanfall des Kindes – Sofortmaßnahmen und Prophylaxe	358

<i>Deutsch, E.</i> : Thrombose, Embolie und Blutung. Akute Notfälle	363
<i>Denck, H.</i> : Blutung und Thrombose aus chirurgischer Sicht	368
<i>Rezza, E.</i> : Ikterus des Neugeborenen	371
<i>Richterich, R.</i> und <i>J. P. Colombo</i> : Molekularbiologie und Labordiagnostik am Beispiel der Kreatinkinase	376
<i>Gathof, A. G.</i> : Immunologische Schwangerschaftstests	383

Heft 8 (August)

DER NOTFALL – ERSTVERSORGUNG UND NACHSORGE III

<i>Halhuber, M. J.</i> : Zur Differentialdiagnose des akuten Thoraxschmerzes	392
<i>Bühlmeyer, K.</i> : Akute Herz-Kreislauf-Störungen beim Kind	399
<i>Ungeheuer, E.</i> und <i>G. Schade</i> : Das akute Abdomen	405
<i>Kuntz, E.</i> : Die akute Hepatitis und ihre Folgekrankheiten	410
<i>Kuntz, E.</i> : Die Gallenkolik	415
<i>Borelli, S.</i> : Notfall, Soforttherapie und ärztliche Nachsorge in der Dermatologie	417

Heft 9 (September)

MODERNE PHARMAKOTHERAPIE I

<i>Gillmann, H.</i> : Moderne Glykosidtherapie	432
<i>Schmidt-Voigt, J.</i> : Therapiefortschritte bei Herzrhythmusstörungen	436
<i>Bock, K. D.</i> : Moderne Hochdruckbehandlung	442
<i>Bretschneider, H. J.</i> : Moderne Koronartherapie	446
<i>Mehnert, H.</i> : Aktuelle Probleme der Diabetestherapie	449
<i>Brücke, F. Th.</i> : Über Probleme der Arzneimittelkombination	452
<i>Rosenbaum, S.</i> : Fallstricke der Antibiotikatherapie im Kindesalter	456
<i>Graul, E. H.</i> : Die Bedeutung der Nuklearmedizin für Klinik und pharmakologische Forschung unter molekularbiologischen Aspekten	459

Heft 10 (Oktober)

MODERNE PHARMAKOTHERAPIE II

<i>Dost, F. H.</i> : Was ist Pharmakokinetik?	479
<i>Kobyletzki, D. von</i> : Pharmakokinetik in der Schwangerschaft und unter der Geburt	485
<i>Brenndorf, A. Irtel von</i> : Neonatologie und Pharmakotherapie	489
<i>Geisler, L.</i> : Therapie mit Kortikoiden	493
<i>Neuhäuser, G.</i> : Moderne Antiepileptika	496
<i>Pödingner, W.</i> : Psychopharmaka bei psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Erkrankungen	501
<i>Soehring, K.</i> : Verkehrssicherheit und Psychopharmaka	507
<i>Virchow, Chr.</i> : Tuberkulostatika	510

Heft 11 (November)

MODERNE PHARMAKOTHERAPIE III

<i>Aschenbrenner, R.</i> : Arzt und Patient im Zeitalter des Arzneimittelwohlstandes	521
<i>Kimmig, J.</i> : Moderne Pharmakotherapie der Geschlechtskrankheiten	528
<i>Puff, K.-H.</i> : Medikamentöse Behandlung des Schmerzes	532
<i>Schimmelpenning, G. W.</i> : Sucht und Drogenabhängigkeit	537
<i>Fleischhacker, H.</i> : Die zytostatische Therapie der Malignome	542
<i>Klosterhelfen, H.</i> : Das hormonell beeinflussbare Malignom der Urologie	545
<i>Ahnfeld, F. W.</i> : Prä-, intra- und postoperative Therapie	550
<i>Hauser, G. A.</i> : Verabreichung von Ovulationshemmern	555
<i>Schlegel, D.</i> : Pharmakotherapie in Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde	560
<i>Straßburg, M.</i> und <i>G. Knolle</i> : Mundwinkelrhagaden und „Faulecken“ – mehr lokale Ursache oder Begleitsymptom einer Allgemeinerkrankung?	565

Heft 12 (Dezember)

INTENSIVTHERAPIE IN DER ÄRZTLICHEN PRAXIS

<i>Haan, D.</i> : Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten einer Intensivstation	573
<i>Schöber, J., K. Mantel</i> und <i>H. Zickgraf</i> : Einrichtung und erste Erfahrungen der Intensivstation an der Universitäts-Kinderklinik München	580
<i>Schmidt-Voigt, J.</i> : Bedrohliche Rhythmusstörungen des Herzens und ihre Beseitigung	582
<i>Riecker, G.</i> : Rekompensierung des insuffizienten Herzens durch ambulante Sofort- und Dauertherapie	585
<i>Sattler, A.</i> : Bronchitis- und Asthmabehandlung in der Praxis	589
<i>Wuhrmann, F.</i> : Lebertherapie: Innocens – Inoffensiv – Intensiv	593
<i>Birkmayer, W.</i> und <i>E. Neumayer</i> : Intensivtherapie bei neurologischen Erkrankungen	596
<i>Harrer, G.</i> : Über die Dosierung psychotroper Pharmaka in der Praxis	598
<i>Kaiser, R.</i> : Intensivbetreuung bei der hormonalen Behandlung der weiblichen Sterilität	6002
<i>Moormann, J. G.</i> : Kinderurologische Probleme der täglichen Praxis	6006
<i>Stephan, U.</i> : Intensivtherapie zerebraler Erkrankungen im Kindesalter	6009
<i>Schuster, W.</i> und <i>Hannelore Schuster</i> : Das dysnoische Kind	6111
<i>Scriba, P. C.</i> : Behandlung mit Schilddrüsenhormonen	6118

P. C. Scriba

Behandlung mit Schilddrüsenhormonen*

Von der Schilddrüse des Gesunden werden innerhalb von 24 Stunden 70 bis 110 μg L-Thyroxin und 25–38 μg L-Trijodthyronin abgegeben. Die **Erhaltungsdosen zur oralen Dauersubstitution** einer vollständigen Hypothyreose liegen etwas höher:

Glandulae thyroideae siccatae	7–150 (200) mg/Tag
L-Thyroxin	200–400 μg /Tag
L-Trijodthyronin	
(täglich mehrere Einzeldosen)	50–100 μg /Tag

Bezüglich der **Wahl des Präparates** gilt folgendes: Schilddrüsentrockenpräparate, welche biologisch standardisiert werden, zeigten keine ganz konstante biologische Wirksamkeit von Charge zu Charge. Dazu kommt, daß die PB^{127}I -Bestimmung zur Kontrolle der Behandlung nicht zuverlässig eingesetzt werden kann. – Auch bei alleiniger Substitution mit L-Trijodthyronin (Thybon[®]) oder mit L-Thyroxin ist der PB^{127}I -Wert zur Kontrolle der Behandlung nicht geeignet. Bei ausschließlicher Behandlung mit L-Trijodthyronin ist der PB^{127}I -Wert zu niedrig; bei alleiniger Behandlung mit L-Thyroxin können die PB^{127}I -Werte falsch hoch sein.

Für die Praxis empfiehlt sich heute am ehesten die Verwendung von Kombinationspräparaten, die L-Thyroxin und L-Trijodthyronin in einem Gewichtsverhältnis von 5:1 enthalten (Novothyral[®], Thyroxin- T_3 „Henning“[®]). Beide Präparate enthalten pro Tablette 100 μg L-Thyroxin und 20 μg Trijodthyronin.

Die Normalisierung der Stoffwechsellage eines **Myxödempatienten** wird durch Bestimmung des PB^{127}I -Wertes, durch die T_3 -in vitro-Tests und ferner durch Bestimmungen des Gesamtcholesterins und evtl. der Achillessehnenreflexzeit und des Grundumsatzes kontrolliert.

Praktisch ist ganz besonders wichtig, bei der Behandlung des Myxödempatienten nur mit einem Bruchteil der zu erwartenden Dauersubstitutionsdosis anzufangen. Die **Dosis** darf dann nur sehr **langsam gesteigert** werden, damit man keine pektanginösen Beschwerden oder Myokardinfarkte auslöst. Man beginnt z. B. mit $\frac{1}{4}$ Tablette Novothyral[®] und steigert

wöchentlich um $\frac{1}{4}$ Tablette bis die erforderliche Erhaltungsdosis erreicht ist. Diese liegt bei diesem Präparat zwischen 1 und 2 Tabletten pro Tag. Gelingt es bei diesem Vorgehen nicht, die **Hypercholesterinämie** eines Myxödempatienten zu normalisieren, so kann teilweise oder ganz mit Trijodthyronin (Thybon[®]) substituiert werden.

Bei **sekundärer Hypothyreose** (Hypophysenvorderlappeninsuffizienz) muß zuerst mit Kortisol substituiert werden, da eine alleinige Behandlung mit Schilddrüsenhormonen den Kortisolbedarf steigert und so eine akute sekundäre Nebennierenrindeninsuffizienz auslösen kann.

Bei **Kretinismus und angeborener Hypothyreose** ist die möglichst frühzeitige Behandlung für die Prognose entscheidend. Bei rechtzeitiger Schilddrüsenhormonbehandlung einer angeborenen Hypothyreose lassen sich die Skelettveränderungen des Kretinismus weitgehend vermeiden. Die Prognose der Oligophrenie des Kretinismus ist dagegen weniger günstig.

Die lebenslange Substitutionsbehandlung bei Hypothyreose ist eine dankbare Aufgabe für den Arzt, der den Patienten immer wieder auf die Notwendigkeit, diese Behandlung fortzusetzen, hinweisen muß.

Die zweite, praktisch vielleicht noch wichtigere Indikation zur Behandlung mit Schilddrüsenhormonen ist bei Fällen von **blander Struma** gegeben. Patienten mit sogenannter euthyreoter Struma zeigen neben den Lokalsymptomen und dem **Globusgefühl** häufig ausgeprägte **Allgemeinbeschwerden**, wie Nervosität, herabgesetztes Leistungsvermögen, Schwitzen, Herzklopfen, Haarverlust, Tremor und andere „vegetative Symptome“. **Verhängnisvoll** ist die **irrtümliche Annahme einer Hyperthyreose**, da es bei nicht indizierter antithyreoidaler Behandlung unweigerlich zu **iatrogener Verschlechterung** des einfachen Kropfleidens kommt. Bei den Patienten mit sogenannter euthyreoter Struma ist also unbedingt eine **Schilddrüsenfunktionsdiagnostik** (Bestimmung des PB^{127}I -Wertes, T_3 -in-vitro-Test) durchzuführen. Der Radiojodspeicherungstest zeigt bei sog. euthyreoter Struma regelmäßig hohe Speicherungswerte und in einem Viertel der Fälle von Knotenstruma auch einen beschleunig-

* Referat auf dem XVII. Internationalen Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer, Meran 1969.

ten Radiojodumsatz. Diese Kriterien sind also zur Abgrenzung gegen eine Hyperthyreose bei sogenannter euthyreoter Struma nicht zuverlässig. Der große Wert des Radiojodtestes liegt dagegen auch bei sogenannter euthyreoter Struma darin, daß sich durch die Szintigraphie kalte Knoten nachweisen lassen, bei welchen man immer an die Möglichkeit einer Struma maligna denken sollte.

Obwohl die meisten Strumapatienten **klinisch euthyreot** wirken, zeigen die Laborwerte, die Rückschlüsse auf den Schilddrüsenhormonspiegel im Blut zulassen, nämlich der PB^{127I} -Wert und die T_3 -in-vitro-Tests im Mittel niedrigere Werte als bei Schilddrüsen- gesunden an. Diese Patienten haben meist keine Hypothyreose, ein gewisser **Mangel an Schilddrüsenhormon** besteht aber doch. Das ist auch die Ursache für die vermehrte Ausschüttung von TSH und das Schilddrüsenwachstum. Die **Behandlung** der **sogenannten euthyreoten Struma** mit **Schilddrüsenhormonen** hat daher einerseits den Zweck, den geringfügigen Mangel an Schilddrüsenhormonen zu substituieren, und soll andererseits eine pharmakologische Hemmung der gesteigerten TSH-Sekretion erzielen. **Praktisch** erreicht man das z. B. durch eine kombinierte Behandlung mit 50 μ g L-Thyroxin und 10 μ g L-Trijodthyronin ($1/2$ Tabl. Novothyral[®]) pro Tag. Diese Behandlung wird über Monate oder Jahre fortgesetzt und führt in bis zu 75% der Fälle zu einer Rückbildung der Schilddrüsenvergrößerung. Überdosierungserscheinungen lassen sich vermeiden, wenn man an die Größe der Dauersubstitutionsdosis beim Myxödem (s. o.) denkt und den PB^{127I} -Wert sowie eventuell das Serumcholesterin und den T_3 -in vitro-Test gelegentlich kontrolliert.

Nach den gleichen Gesichtspunkten hat die **Rezidivprophylaxe** mit Schilddrüsenhormonen nach **subtotaler Strumaresektion** oder **Radiojodverkleinerungstherapie** einer sogenannten euthyreoten Struma zu erfolgen.

Die **sogenannte alimentäre Adipositas** stellt eine etwas **problematische** Indikation zur Schilddrüsenhormonbehandlung dar. Diese Behandlungsmethode ist vor allem dadurch in Verruf gekommen, daß unvernünftige Patienten oder Ärzte erhebliche Überdosierungen vornahmen, was zu schweren Fällen von **Thyreotoxicosis factitia** führte. Die Untersuchung der Schilddrüsenfunktion bei sogenannter alimentärer Adipositas zeigte jedoch eine Tendenz zu etwas niedrigeren Schilddrüsenhormonspiegeln (PB^{127I} -Werte, T_3 -in-vitro-Tests) als sie bei normalgewichti-

gen schilddrüsengesunden Personen zu finden sind. Damit ist natürlich nicht gesagt, daß ein Mangel an Schilddrüsenhormonen die Ursache der sogenannten alimentären Adipositas sei. Das geht allein daraus hervor, daß nur etwa die Hälfte aller Myxödempatienten übergewichtig ist. Die sogenannte alimentäre Adipositas zeigte aber doch eine Reihe keineswegs notwendigerweise ursächlicher endokrinologischer Befunde, die etwas von der Norm abweichen. Dazu gehört der gewisse Mangel an Schilddrüsenhormonen, eine mäßig gesteigerte Kortisolsekretion und ein adaptativer Hyperinsulinismus (Insulinunterempfindlichkeit). Läßt ein vernünftiger Patient durch Mitarbeit an einem Diätprogramm seine **Zuverlässigkeit** erkennen, so sehen wir keinen Grund, ihm die Reduktion seines Körpergewichtes nicht durch **Korrektur einer nachweisbaren Tendenz zu niedrigem Schilddrüsenhormonspiegel zu erleichtern**. Eine solche vorsichtige, gut kontrollierte, unterstützende Behandlung der Adipositas kann z. B. mit täglich einer halben Tablette Novothyral durchgeführt werden.

Schilddrüsenhormone werden ferner bei **Immunthyreoiditis** mit Tendenz zur Schilddrüsenunterfunktion gegeben. Von besonderer Bedeutung ist schließlich die zusätzliche Schilddrüsenhormonbehandlung bei der **Behandlung des Morbus Basedow**. Es ist gleichgültig, ob durch subtotale Strumaresektion, Radiojodtherapie oder antithyreoidale Medikamente die Schilddrüsenüberfunktion beseitigt wird; in jedem Fall muß durch zusätzliche Gabe von Schilddrüsenhormonen vermieden werden, daß der Schilddrüsenhormonspiegel unter die Norm absinkt, weil sonst das **Auftreten oder die Verschlechterung einer endokrinen Ophthalmopathie** droht.

Schrittum: 1. Oberdisse, K. und E. Klein: Die Krankheiten der Schilddrüse. G. Thieme-Verlag, Stuttgart 1967. — 2. Schwarz, K. und P. C. Scriba: Endokrinologie für die Praxis. Teil I, Lehmanns Verlag, München, erscheint 1970. — 3. Horster, F. A.: Zur Therapie der Hypothyreose mit Schilddrüsenhormonen. Dtsch. Ärzteblatt 66, 2191 (1969). — 4. Heinze, H. G., J. Beckebans, K. W. Frey, H. W. Pabst, J. Richter, K. Schwarz und P. C. Scriba: Über die Schilddrüsenfunktion der endemischen Struma. Fortschr. Röntgenstr. 110, 717 (1969). — 5. Horster, F. A. und D. Reinwein: Zur Strumabehandlung mit Schilddrüsenhormonen. Münch. med. Wschr. 110, 1822 (1968). — 6. Scriba, P. C., J. Richter, K. Horn, J. Beckebans und K. Schwarz: Zur Frage der Schilddrüsenfunktion bei Adipositas. Klin. Wschr. 45, 323 (1967); 46, 1058 (1968). — 7. Schwarz, K.: Endokrinologische Befunde bei alimentärer Adipositas. Fortschr. Med. 87, 695 (1969). — 8. Scriba, P. C. und K. Horn: Pathogenese und internistische Therapie der euthyreoten Struma (Übersicht). Med. Klin. 64, 1737 (1969).

Ansch. d. Verf.: Priv.-Doz. Dr. Peter C. Scriba, Oberarzt an der II. Med. Universitätsklinik, 8 München 15, Ziemssenstraße 1