

Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 15 (1959)

Rubrik: Diskussion

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

DISKUSSION

W. Siegenthaler (Zürich): Zu Dr. *Richterich*: Die klinischen Erfahrungen, die wir mit Esidrex an der Medizinischen Poliklinik in Zürich gewonnen haben, entsprechen weitgehend den Resultaten von Herrn *Richterich*. Was die Kaliurie anbetrifft, so haben wir den Eindruck, daß sie beim hydrierten Chlorothiazid weniger ausgesprochen ist als bei der nicht hydrierten Form. Immerhin sahen wir bei 2 Fällen mit Lebercirrhose eine deutliche und rasche Hypokaliämie sich entwickeln, so daß vor allem bei diesen Fällen eine gewisse Vorsicht angezeigt ist.

Zu Prof. *Reubi*: Was die Unterscheidung von Nephrosen mit und ohne Aldosteronvermehrung anbetrifft, so können wir auf einen Fall hinweisen, bei dem in einer Phase des nephrotischen Syndroms keine Aldosteronvermehrung, in einer anderen Phase dagegen eine deutliche Aldosteronurie nachgewiesen werden konnte. Der Aldosteronismus kann also beim selben Patienten einmal fehlen oder ausgesprochen sein, je nachdem ob die Oedembildung sich in einem «steady-state» oder in Evolution befindet.

Zu Dr. *Thölen*: Die Lungenveränderungen bei Urämie, die in der Literatur im allgemeinen als urämische Pneumonie bekannt sind, müssen nach den vorliegenden Untersuchungen eigentlich richtiger als urämisches Ödem bezeichnet werden.

B. Truniger (Zürich): Herr *Richterich* vermutet, daß die salzarme Diät beim Ödemkranken zu einem sekundären Hyperaldosteronismus führt, durch welchen – nach seiner Meinung – die Wirksamkeit der Diuretica vermindert würde.

Wir haben an unserer Klinik die Aldosteronausscheidung an Patienten mit Ödemen verschiedener Genese unter salzarmer Diät und Therapie mit Diuretica verfolgt und dabei folgendes festgestellt: Die Aldosteronausscheidung steigt unter der Wirkung des Kochsalzentzuges erst an, wenn keine mobilisierbaren Ödeme mehr vorhanden sind, mit andern Worten: in dem Moment, wo die eingeschränkte Natriumzufuhr nicht mehr durch den Rückstrom von Ödemnatrium kompensiert werden kann.

Da somit der durch die salzarme Ernährung bedingte Hyperaldosteronismus erst in einem Zeitpunkt auftritt, wo das Diureticum seinen Zweck erfüllt hat, ist nicht anzunehmen, daß der Kochsalzentzug, bzw. die salzlose Diät auf diesem Wege den Effekt der Diuretica stört.

A.-F. Muller (Genève): Le problème du syndrome néphrotique est complexe. Nous sommes d'accord avec le Professeur *Reubi* qu'il existe des cas de syndrome néphrotique avec une aldostéronurie normale ou peu augmentée. Nos récentes études avec l'aldostérone radioactive ont permis de déterminer la sécrétion endogène de la glande surrénale dans quelques cas de syndrome néphrotique, chez l'adulte. Nous trouvons des taux entre 300 et 400 γ /24 h. Ces valeurs ne ressemblent en rien aux taux élevés que l'on peut trouver assez fréquemment dans le syndrome néphrotique de l'enfant. Une étude américaine rapporte un chiffre de 6000 γ /24 h. D'après nos résultats personnels, il nous semble que l'hyperaldostéronisme massif ne se trouve que chez l'enfant. Jusqu'à présent, nos taux chez l'adulte ne dépassent pas ceux que l'on trouve chez l'individu normal mis au régime sans sel strict. Bien souvent, les valeurs sont même inférieures.

Quant à l'hyperaldostéronisme secondaire du cardiaque après un diurétique, nos expériences récentes confirment nos premières investigations (*Schweiz. med. Wschr.* 86, 1335 [1956]). Chez les cardiaques soumis au régime sans sel strict, l'aldostéronurie augmente régulièrement si le malade ne répond pas par une diurèse soutenue et prolongée à la mise au régime ou à l'administration d'un diurétique, alors que l'aldostéronurie baisse souvent quand la restriction du sel ou la prise d'un diurétique amènent la fonte des œdèmes. Il n'existe donc pas une réponse «type» au diurétique mais plutôt une série de réponses divergentes suivant que les œdèmes sont mobilisables ou non.