

besonders im ersten Trimester – sahen die Verfasser nicht als wesentliche Ursache für die angeborenen Mißbildungen an. Schwere Gliedmaßen-Mißbildungen schienen in der Gruppe diabetischer Mütter mit schweren Gefäßkomplikationen häufiger zu sein.

C. GOECKE

Kommentar zu den Arbeiten auf S. 126—143

Diabetes ist in der Frauenklinik und in der Sprechstunde des Gynäkologen keine Seltenheit mehr. Manchmal wird die Zuckerkrankheit erstmals gelegentlich der Untersuchung beim Gynäkologen erkannt. In der ärztlichen Schwangerenberatung gehört die Untersuchung des Harnes auf Zucker zu den unerläßlichen Routinemaßnahmen. Einfache Suchmethoden sind eingeführt und haben sich bewährt. Nicht minder wesentlich ist aber die Erkennung des Prädiabetes, der für die Mütter und für die Kinder bedeutungsvoll ist. Hierzu sind die Belastungsproben nötig. Diese Diagnostik sowie die Überwachung der diabetischen Schwangeren während der Tragzeit, Geburt und Wochenbett sollte gemeinsam mit dem Internisten geschehen, zumal starke Schwankungen der Stoffwechsellage (Azidose) in hohem Maße das Leben des intrauterinen Feten gefährden. Unter den Diabetikern gewinnt die Meinung Raum, daß die Schwangerschaft eine latent vorhandene Disposition zur diabetischen Stoffwechselstörung aktivieren und manifestieren kann. Auch unter den Kranken mit gynäkologischen Leiden mehren sich die Diabetikerinnen. Häufig handelt es sich um Altersdiabetes, dessen Erkennung erstmals im Zusammenhang mit der Untersuchung wegen genitaler Beschwerden (Blutung, Karzinom, Prolaps) erfolgt. Bei den gynäkologisch Kranken, besonders des höheren Lebensalters, darf daher die Harnuntersuchung auf Zucker keinesfalls versäumt werden. Bei guter Einstellung wird die gynäkologische Therapie nur wenig behindert, sofern nicht der Diabetes zu Gefäßveränderungen (Augenhintergrund, Niere) geführt hat. Bei operativen Eingriffen – auch Radiumeinlagen – pflegen wir die peroralen Antidiabetika zeitweise durch Insulin bei ausreichender Kohlehydratzufuhr zu ersetzen.

H. SCHWALM

Aus: *Lancet* 7294: 1278–1282 (1963); cit. *Gynäk. Rdsch.* 1: 143–144 (1964)

Hypoglykämie bei Neugeborenen*

R. J. K. BROWN und P. G. WALLIS, London

Bei einer Anzahl von neugeborenen Kindern sahen die Autoren während der letzten paar Jahre abnorme Erscheinungen, die mit einem niedrigen Glukosespiegel im Blut zusammenfielen. Seit Au-

* Originaltitel: Hypoglycaemia in the newborn infant.

gust 1960 wurden 10 Fälle mit symptomatischer Hypoglykämie bei Neugeborenen genau beobachtet. Von diesen 10 Neugeborenen starben zwei, vier überlebten mit einem bleibenden Hirnschaden, vier Kinder waren gesund. Vier Fälle werden ausführlich beschrieben. Als wichtigste Symptome werden Lethargie, apnoische Attacken, Schläfrigkeit, Hypothermie, ungewöhnliche Reizbarkeit, Tremor und Krämpfe angeführt. Die Blutzuckererniedrigung betrug bis zu 2,5 mg%. Das erste Symptom trat gewöhnlich nach den ersten 24 Stunden auf. Möglicherweise ist diese Verzögerung im Symptombeginn auf die Glykogenreserven zurückzuführen, die das neugeborene Kind für 1–4 Tage schützen können. Mit Ausnahme von zwei Kindern waren alle Neugeborenen, bei denen eine symptomatische Hypoglykämie beobachtet worden ist, unter dem erwarteten Geburtsgewicht, zugleich mit anderen Merkmalen, die auf Unreife oder plazentare Insuffizienz (intrauterine Mangelernährung) hindeuten. Ein Zusammenhang mit mütterlicher Toxämie konnte nur insofern gefunden werden, als die Toxämie die Tendenz hat, eine mangelhafte Reife des Kindes zu verursachen. Die therapeutischen Maßnahmen der Autoren bestehen in intravenösen Infusionen von 5–10%iger Glukoselösung und adäquater Ernährung (tägliche Gaben von 160 Cal./kg Körpergewicht oder mehr), evtl. mittels einer Magensonde. Bei der Anwendung von Cortisonpräparaten ist zu befürchten, daß der Gebrauch dieser Mittel bei der Neugeborenenhypoglykämie die Glykogenvorräte erschöpfen und damit den Zustand verschlimmern könnte, wenn nicht gleichzeitig eine hohe Kalorienzufuhr verabreicht wird.

Alle 10 Kinder mit Neugeborenenhypoglykämie waren männlichen Geschlechts, was weitere Untersuchungen benötigt.

S. BIHL

Kommentar zur Arbeit auf S. 143–144

Die hier berichteten Beobachtungen wurden inzwischen an 24 weiteren Neugeborenen durch M. CORNBATH, S. H. WYBREGT, G. S. BAENS und R. I. KLEIN, Chicago (Pediatrics 33: 388 [1964]) bestätigt, die 2½–7 Tage nach der Entbindung bei Blutzuckerwerten zwischen 0–19 mg% Zyanose, Apnoe und Krämpfe beobachteten. Der Zustand ging rasch vorüber nach intravenöser Gabe von Glukose, nach ACTH und Steroiden. Da durch Glykogen und Adrenalin nur geringfügiger Blutzuckeranstieg bei diesen Kindern bewirkt werden konnte, nahm man an, daß es sich um verminderte Glykogendepots in der Leber handelt. Diese Zustände kommen also nicht nur bei Kindern diabetischer Mütter vor.

H. SCHWALM