

letzten Patienten, bei dem eine Subokzipitalpunktion nicht vorgenommen wurde, führten sie in ihren Folgen zum Tode.

Nach ausführlichen experimentellen Untersuchungen stellt Starlinger für die Behandlung der eitrigen Meningitis folgende Forderungen auf, denen sich Guleke anschließt: 1. Beseitigung der eitrigen Prozesse, 2. Aufhebung der Liquorstromsperre, die durch Anpressen des geschwollenen Gehirns an den knöchernen Schädel entsteht, 3. Verhinderung von Verwachsungen und Verstopfen der Foramina am 4. Ventrikel, 4. Verhütung der Drucksteigerung.

Die Spülbehandlung dürfte diese Bedingungen gut erfüllen, und wir stimmen durchaus den Autoren bei, die sie empfehlen. Im allgemeinen wird man mit Spülungen vom Lumbalstich auskommen. Bei schwereren Fällen ist zweifellos ein- oder mehrmalige Spülung vom Subokzipitalstich vorzuziehen, wie es auch Eskuchen rät. Man kommt so besser an den eigentlichen Erkrankungsherd, zumal sich bei den meisten Fällen die hauptsächlich Eiteransammlung an der Basis des Gehirns findet. Weiter ist die Spülung vom Subokzipitalstich wesentlich günstiger gelegen, um an der für die Liquorströmung wichtigsten Stelle Verwachsungen und Verstopfungen zu verhindern. Die Anwendung der Spülung vom Subokzipitalstich bei allen Fällen und bei jeder Spülung bei schwereren Fällen möchten wir jedoch wegen ihrer sicher größeren Gefährlichkeit nicht empfehlen, um so mehr als sie bei den benommenen Patienten nicht leicht auszuführen ist. Weiter mahnen die bei den Spülungen auftretenden Sensationen der Patienten zur Vorsicht bei der Indikationsstellung. Man muß hier zweifellos noch mehr als bei der Lumbalpunktion stärkere Druckschwankungen vermeiden.

Die Ausführung der Spülungen ist, wie oben beschrieben, einfach und verlangt keinen besonderen Apparat. Mit Eskuchen halten wir eine häufigere Wiederholung der Spülungen für wesentlich; vor allem müssen sie jedoch mit genügender Menge Spülflüssigkeit ausgeführt werden. Als solche haben wir Ringerlösung benutzt, die leicht zu erhalten ist.

Kauffmann hat eine kolloidale Chininlösung vorgeschlagen, um gleichzeitig eine bakterizide Wirkung zu erzielen. Von Schmutz experimentell gefundene Degenerationserscheinungen am Gehirn nach Chininspülungen gebieten Vorsicht.

Zwei weitere Beobachtungen an den oben beschriebenen Fällen scheinen noch bemerkenswert. Entsprechend den Weigeldtschen Anschauungen, daß die stärksten Veränderungen des Liquors stets in der Nähe der erkrankten Stelle zu finden sind, fand Eskuchen in seinen Fällen stets den bei der Subokzipitalpunktion erhaltenen Liquor stärker verändert als bei der gleichzeitigen Lumbalpunktion. Hartwich hat dies auf Grund entgegengesetzten Befundes bestritten. Unsere beiden ersten Fälle ergaben jedoch eine Bestätigung der Eskuchenschen Beobachtung. Folgender Fall verhielt sich abweichend:

Karl Schw., 19 Jahre. Aufgenommen 31. V., entlassen 4. VII. 1928. Zeitweise Eiterpusteln an der Stirn. Vor 8 Tagen schweren Gegenstand gehoben, danach Schmerzen im Rücken und rechter Hüfte, seit drei Tagen Fieber. Nackensteifigkeit, Kernig +. Augen, Nase, Nebenhöhlen, Ohren, innere Organe o. B. Schmerzen beim Bewegen der Wirbelsäule. Lumbalpunktion: eitriges Liquor, bakteriologisch Staphylococcus aureus. Bei 2 Tage später ausgeführter Subokzipitalpunktion: Liquor cerebri klar, Eiweißreaktion nach Pandey positiv. Nun umschriebener Klopfeschmerz über dem 10. Brustwirbel, Röntgenaufnahme o. B. Geheilt entlassen.

Die anfängliche Diagnose eitrige Meningitis mußten wir nach den Punktionsbefunden fallen lassen. Nach der Vorgeschichte und bei den Eiterpusteln an der Stirn ist ein in den Lumbalkanal durchgebrochener, wahrscheinlich periostaler, metastatischer Abszeß in Höhe des 10. Brustwirbels anzunehmen. Somit bestätigt auch dieser Fall die Richtigkeit der

Weigeldtschen Anschauung und gibt einen schönen Hinweis auf die diagnostische Bedeutung der Subokzipitalpunktion.

Ferner fanden wir bei den späteren Punktionen der beiden ersten Meningitisfällen im Liquor ein Spinnwebgerinnsel. Das Gerinnsel trat im ersten Fall 6 Tage nach Beginn, im zweiten 14 Tage nach Beginn der Erkrankung auf, verschwand jedesmal bei Verschlimmerung und trat mehrere Tage nach Besserung wieder auf. Es bildete sich gewöhnlich innerhalb der ersten 2—4 Stunden nach der Entnahme des Liquors und war im allgemeinen deutlich grobfädig. Wir glauben nicht, daß die Gerinnselbildung mit der angewandten Therapie zusammenhängt, da wir es auch in früheren, anders behandelten Fällen von eitrigen Meningitiden und Meningitis epidemica beobachten konnten; außerdem trat es in unserem ersten Fall bereits vor den Spülungen auf. Ähnliche Beobachtungen stammen von Schlesinger, Port u. a. Die gewöhnliche Meinung, daß das Spinnwebgerinnsel im Liquor pathognomonisch für die tuberkulöse Meningitis ist, läßt sich somit nicht aufrechterhalten, doch ist, wie es auch Schlesinger bereits betont hat, das Spinnwebgerinnsel im Ausheilungsstadium der eitrigen Meningitis wesentlich gröber und tritt im entnommenen Liquor früher auf.

Zusammenfassung. An Hand von drei einschlägigen Fällen wird die Bedeutung der endolumbalen Spülbehandlung der eitrigen Meningitis hervorgehoben, besonders der Spülung vom Subokzipitalstich. Der Eskuchensche Befund, daß der durch Subokzipitalpunktion erhaltene Liquor bei der eitrigen Meningitis stärker verändert ist als der bei der Lumbalpunktion gewonnene, wird bestätigt. Im Ausheilungsstadium der eitrigen Meningitis tritt häufig etwa 2—4 Stunden nach der Entnahme ein grobes Spinnwebgerinnsel im stehengebliebenen Liquor auf.

Blum, Nervenarzt 1928 Nr. 7. — Verh. Chir. Kongr. 1928. — Eskuchen, Ther. Gegenw. 1926 Nr. 5 und Erg. inn. Med. 1928, 34. — Goldstein, Handb. inn. Med. 1925, 5. — Hartwich, M. m. W. 1924 Nr. 28. — Krause, Therap. inn. Krankheit. von Krause-Garré 1927. — Kauffmann, D. m. W. 1928 Nr. 4. — Kohnen, zit. bei Strauß, Nervenarzt 1928 S. 175. — Liebermeister, Kl. W. 1924 Nr. 2. — Verh. d. Otologenkongr. 1925. — Port, Arch. Kinderheilk. 1926, 77. — Riedel, Kl. W. 1924 Nr. 36. — Rostock, Dtsch. Z. Chir. 1929, 217. — Schlesinger, W. kl. W. 1910 Nr. 27. — Schreyer, D. m. W. 1928 Nr. 25. — Starlinger, Arch. klin. Chir. 1928, 151.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Kiel.
(Direktor: Prof. Rob. Schröder.)

Sieben Fälle schwerster Schädigung durch Intrauterinpressare (ein Fall von isolierter Genitalaktinomykose)¹⁾.

Von Dr. K. Tietze.

Die Gefahren der Intrauterinpressarbehandlung sind so lange bekannt, wie es diese Methoden überhaupt gibt; sei es, daß man Intrauterinstifte zum Zwecke der orthopädischen Behandlung spitzwinklig anteflektierter Uteri mit dysmenorrhöischen Beschwerden in den Zervikalkanal und in das Uteruskavum einlegte, sei es zum Zwecke der temporären Sterilisierung als Sterilett oder gar als Abortivmittel, sei es, daß man sie als durchbohrtes Fruktulett zur Bekämpfung der Sterilität verwandte. Wohl jede Klinik und jeder Facharzt hat solche Fälle gesehen. Sie nahmen in den Verhandlungen der gynäkologischen und allgemein medizinischen Gesellschaften besonders vor dem Kriege einen breiten Raum ein.

¹⁾ Nach einem Vortrag in der Nord-Westdeutschen Gesellschaft für Gynäkologie, am 10. V. 1930.

Die Niederrheinisch-Westfälische Gesellschaft für Gynäkologie hatte 1914 eine große Umfrage von Gummert im rheinisch-westfälischen Industriegebiet anstellen lassen. Von 250 Fragebogen sind 175 Antworten eingelaufen, die alle über mehr oder minder leichte und schwere Folgen des Einlegens eines Intrauterinpressars berichten, wobei es sich im wesentlichen um die Sterilette handelt. Angegeben werden Schmerzen, Blutungen, eitrige Endometritiden, Exsudatbildungen, Druckgeschwüre, Durchbrüche ins Scheidengewölbe, in die Blase und in den Mastdarm, und endlich nicht weniger als 37 Peritonitiden. Bei dieser Gelegenheit berichtet der Referent über 9 Todesfälle an Sepsis oder Peritonitis. Die Hamburger Gynäkologische Gesellschaft schloß sich seinerzeit dem Proteste der vorgenannten Vereinigung gegen den Vertrieb von Intrauterinpressaren an. Schon früher war in der Breslauer und Mittelrheinischen Gesellschaft ebenfalls dagegen Stellung genommen worden. Weitere Fälle von Schädigungen durch Intrauterinpressare sind in vielen Einzelpublikationen bekanntgegeben worden, deren Aufzählung unterlassen bleiben kann (Lit. Bürger, Med. Kl. 1912 S. 1661). Nach dem Kriege ist namentlich von schweizerischer Seite auf die ganze Frage in einer Reihe von Publikationen von Ludwig, Baumann, Labhardt, Walthard, Reist und Wetterwald in aller Schärfe hingewiesen worden. Namentlich Reist bringt neben 7 eigenen Fällen schwerster Schädigungen durch Holweg-Pessar, Pust-Pessar und Nassauer-Fruktulett mit 2 Todesfällen eine tabellarische Uebersicht über 382 der Literatur entnommene einschlägige Fälle, darunter 17 Todesfälle, die übrigen Fälle betreffen Peritonitiden, eitrige Adnexerkrankungen und Parametritiden, Perforationen in die Nachbarschaft, Endometritiden usw.; auch nennt er 4 Extrauteringraviditäten bei liegendem Stiff. In letzter Zeit haben Dietrich, Bamberg, Schmechel und Pfalz sowie West weitere Fälle bekanntgegeben.

Trotz der Fülle der vorliegenden Arbeiten und der besonders in Fachkreisen bekannten Tatsachen möchten wir kurz unsere eigenen Beobachtungen veröffentlichen, weil man nicht genug und immer wieder auf die Gefährlichkeit der Behandlung mit Intrauterinpressaren hinweisen muß. Es kommt hinzu, daß wir 6 Fälle in einem Jahr zu Gesicht bekamen, eine Tatsache, die uns zwar bedenklich stimmte, ohne daß wir allerdings nun gleich auf eine zunehmende Anwendung der Sterilette und Fruktulette schließen wollen.

Fall 1: 41jährige IVpara trägt seit 1½ Jahren ein vom Arzt „verordnetes“ Sterilet. Eigenhändiger Wechsel nach Anweisung des Arztes. Bei der kurz vor Einlieferung stattgehabten Periode konnte die Patientin das Sterilet nicht entfernen. Unmittelbar danach heftige Schmerzen rechts im Unterleib. Nach einigen Tagen erneute Blutung. Bei Aufnahme Douglas mit einem großen teigigen, äußerst druckempfindlichen Tumor, der beiderseits seitlich den Uterus umgreift, erfüllt. Hohes Fieber. Konservative Behandlung. Mit faustgroßem, hinter dem Uterus gelegenen, völlig indolenten Tumor entlassen.

Fall 2: 33jährige, steril verheiratete Frau (269/29) war bis vor 4 Wochen ganz gesund. 14 Tage nach der letzten regelmäßigen Periode Einlegen eines Fruktuletts durch einen Arzt. Acht Tage später Schmerzen im Unterleib. Nach vorübergehender Besserung erneute kolikartige Schmerzen und Auftreten einer starken 4–5tägigen Blutung. Nach konservativer Behandlung draußen Aufnahme in die Klinik. Hinter dem Uterus ein faustgroßer, wenig druckempfindlicher Tumor von weicher Konsistenz, der von den rechten Adnexen ausgeht. Hohe Temperaturen. Konservative Behandlung. Entlassung nach 4 Wochen; rechte Adnexe verdickt, indolent.

Fall 3: 30jährige Ipara (246/29). Etwa 6 Wochen vor Aufnahme kauft sich die Patientin von einem herumreisenden Händler ein Pessar mit federartigen Branchen und legt es selbst ein. Nach 5 Tagen eine fast 3 Wochen anhaltende Blutung mit starken Unterleibsschmerzen. Wegen der zunehmenden Unterleibsbeschwerden und wegen des anhaltenden Fiebers Aufnahme in die Klinik: linkseitiger, gänseei-großer, druckempfindlicher Tumor. Laparotomie nach weiteren 5 Tagen wegen der starken Schmerzen und leichter peritonealer Symptome. Entfernung der linken Adnexe. Die makro- und mikroskopische Untersuchung ergibt ein Pyovarium neben einer akuten Salpingitis. Nach glatter Rekonvalenz Entlassung. Nach 5 Monaten Wie-

deraufnahme wegen unregelmäßiger Blutungen in den letzten 4 Wochen. Die genitale Untersuchung ergibt, daß wiederum ein Intrauterinpressar in Form der Pustschen Silkwormschlinge liegt. Diesmal ist das Sterilet vom Arzt eingelegt worden. Blutungen aus dem

Fig. 1.



Ovarialabszeß mit Strahlenpilzkolonien.

Uterus. Muttermund erodiert, hinter dem Uterus eine derbe, indolente Schwarte. Konservative Behandlung. Entlassung.

Fall 4: 39jährige Ipara (1318/28). Sterilet seit 7 Jahren, vom Nicht-Arzt eingelegt, alle 2 Monate eigenhändiger Wechsel. Seit 6 Wochen Unterleibsbeschwerden, welche im Zunehmen waren und sich nach der letzten, kurz vor Aufnahme stattgehabten Regel zur größten Heftigkeit steigerten. Aufnahme mit schwersten peritonitischen Erscheinungen. Rechtseitiger, sehr druckempfindlicher Adnextumor (?). In der Scheide Reinkultur von anaëroben Streptokokken. Nach Aufnahme sofort abdominelle Radikaloperation. Befund: Diffuse Peritonitis, linkseitiges Pyovarium. Ein Tag nach Operation Exitus letalis.

Fall 5: 34jährige IVpara (52/29) trägt seit 3 Jahren ein vom Arzt eingelegtes Sterilet. Die letzte Blutung kam 8 Tage vor der erwarteten Zeit. Trotzdem wechselte der Arzt das Sterilet. Am Tage danach schwere kolikartige Schmerzen im Unterleib, die immer stärker werden. Nach 3 Tagen Aufnahme mit vorgeschrittenen peritonitischen Symptomen. Laparotomie und Douglasdrainage. Befund: diffuse, eitrige Peritonitis, Exitus letalis nach 18 Stunden. Sektion: ausgebreitete, schwere Parametritis, besonders auch um die Zervix herum.

Fall 6: 46jährige IVpara (674/28) trägt seit 9 Jahren ein Sterilet, welches nur selten gewechselt wurde. Seit einem halben Jahr nach der Regel beginnende Unterleibsbeschwerden, zu denen sich unregelmäßige Blutungen hinsichtlich von Dauer und Stärke hinzugesellten. Bei der Aufnahme starke Schmerzen im Unterleib und schlechter Allgemeinzustand. Linkseitiger, kindskopfgroßer Adnextumor; parametran Schwarten. Zunächst konservative Behandlung, dauernd febrile Temperaturen, zunehmende Kachexie; daher Radikaloperation. Die makro- und mikroskopische Untersuchung ergibt: Endometritis diffusa, Salpingitis acuta dextra, Pyovarium duplex. Acht Tage danach exitus letalis unter zunehmender Herzinsuffizienz.

Fall 7: 47jährige IIIpara (331/29) trägt seit 1913 ein Sterilet, welches etwa nur alle 3 Monate gewechselt wird. Seit etwa 4 Wochen anhaltende Blutung. Ein Arzt entfernt das Intrauterinpressar, und ersetzt es durch eine Kapsel (!). Bei Aufnahme Blutungen ex utero. Links hinter dem Uterus ein harter bis zur Beckenwand reichender, zunächst noch beweglicher Tumor. Konservative Behandlung. Erst subfebrile, dann febrile Temperaturen. (Continua um 38,5.) Allmählich zunehmender Verfall unter Ausbreitung des Prozesses im Beckenbindegewebe. Spontanperforation ins Rektum. Fünf Wochen nach Aufnahme supravaginale Radikaloperation, Douglasdrainage. Nach langem Siechtum Exitus letalis. Die Sektion ergab im wesentlichen eine jauchige Pelveoperitonitis mit multiplen, großen Abszedierungen im Beckenbindegewebe. Neben einer frischen verrukösen Endokarditis fand sich kein weiterer krankhafter Befund vor.

Die Fälle sprechen für sich selbst. Der letzte bot noch Besonderheiten, die gleich besprochen werden sollen. Im allgemeinen läßt sich der Zusammenhang der Erkrankung mit der Einlage eines Intrauterinpressares sofort deutlich erkennen.

Fig. 2.



Drusenhaltiger Eiter im Tubenlumen.

Allerdings kann das Sterilett, wie namentlich die letzten 4 Fälle zeigen, sehr lange getragen werden, aber niemals ist eine Frau vor seinen schädlichen Wirkungen sicher. Verletzungen können jederzeit, beim Wechseln besonders, wenn es mit eigener Hand geschieht, eintreten, bleibt es aber ohne Auswechslung lange Zeit liegen, so treten Dekubitalgeschwüre auf, die die Eintrittspforte für eine Infektion abgeben. Treten Störungen am Genitale irgendwelcher Art auf, so lassen es die Frauen liegen, ja, es finden sich sogar Aerzte, die es beim Auftreten pathologischer Blutungen auswechseln.

Der schwerste Fall war der letzte. Klinisch waren auffallend der allmählich zunehmende Verfall des Allgemeinzustandes und das Versagen jeglicher konservativer Therapie.

Die Untersuchung des Operationspräparates ergab folgendes: supravaginalamputierter Uterus. Myometrium breit, im rechten Tubenwinkel ein subseröses, haselnußgroßes Myom. Das Endometrium zeigt namentlich an der linken Seitenkante und an der Hinterwand einzelne kleine Polypen. Die rechten Adnexe sind miteinander durch straffe Adhäsionen verwachsen. Die Tube hat normales Aussehen, ihr Lumen ist eng und faltenreich. Im Ovar ein junges Corpus luteum. Die linken Adnexe sind zu einem wurstförmigen Tumor verwandelt. Neben schwartigen Adhäsionen sieht man zahlreiche feinzottige Auflagerungen an der Außenseite. Im Ovarium mehrere zum Teil konfluierende Prozesse mit rahmigem, gelben Eiter. Das Tubenlumen ist eng und faltenreich. Derbe Schwartenbildung

in der Mesosalpinx. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, daß es sich um eine Infektion des Genitals mit Strahlenpilz handelte (siehe Abbildungen). Die Pilzdrüsen waren sowohl im Ovarium wie im linken Tubenlumen besonders deutlich und konnten ganz besonders schön durch die Unna-Pappenheim-Färbung und im Gram-Präparat zur Darstellung gebracht werden. In einzelnen Abszessen des Ovariums sah man jedoch nur amorphen Detritus und kolbenlose Formen des Strahlenpilzes im Zentrum liegen.

Es handelt sich also um eine isolierte Infektion des Genitalapparates mit Aktinomyzes. Eine Darmbeteiligung oder ein anderer Herd im Körper wurde bei der Sektion nicht gefunden. Wir glauben, daß die Infektion durch Aszension der Strahlenpilze von unten her entstanden ist, und daß das Sterilett die Eintrittspforte durch eine Gewebsläsion geschaffen hat und selbst Infektionsträger gewesen ist, wissen wir doch, daß der Strahlenpilz im gewöhnlichen Staub an Holzpartikeln oder sonstwo haften kann, jedenfalls, daß seine Anwesenheit nicht an Pflanzenteile gebunden ist.

Nach Zählung von Nürnberger und Haselhorst existieren in der Literatur 60 Fälle von Strahlenpilzerkrankung des Genitals. Dazu kommen der Fall von Barth und die neuerdings in der Münchener Med. Wochenschrift von Martius und Schugt mitgeteilten. Der Fall von Haselhorst scheint einwandfrei erkennen zu lassen, daß die Infektion direkt von unten eingetreten ist; es handelt sich um eine Gewebsläsion nach kriminell eingeleitetem Abort. Der Fall von Barth erinnert außerordentlich stark an den von uns beobachteten. Auch hier liegt eine Aktinomykose des Genitales nach Steriletteneinlage vor. Wenn auch daneben in der Leber Strahlenpilzabszesse gefunden sind, und der Zeitpunkt der Perforation in das Rektum klinisch nicht feststeht, so scheint doch der Fall als eine primäre Genitalaktinomykose anzusprechen zu sein. Auch ist es das Wahrscheinlichste, daß in seinem Falle der Infektionserreger mit dem Sterilett in den Uterus gelangte. Wir möchten mit Barth annehmen, daß eine Verschleppung der Aktinomyzesdrüsen durch die Tube auf einem aktiven Vorgang durch die Kontraktion von Uterus und Tube beruhen kann.

Zusammenfassung: Von 7 Fällen von Schädigungen durch Intrauterinpressare wurden allein 6 innerhalb eines Jahres beobachtet. Von den 7 Fällen endeten 4 tödlich, bei einem Falle handelte es sich um eine isolierte Strahlenpilzerkrankung des Genitales. Es wird angenommen, daß das Intrauterinpressar die Veranlassung dazu gegeben hat.

Außer der bereits angegebenen: Barth, Arch. Gynäk. 1928, 134 S. 310. — Bamberg, Zbl. Gynäk. 1926 S. 2645. — Baumann, Schweiz. med. Wschr. 1922 S. 373. — Dietrich, M. m. W. 1924 S. 137. — Haselhorst, Arch. Gynäk. 1928 S. 561. — Labhard, Schweiz. med. Wschr. 1922. — Ludwig, Schweiz. med. Wschr. 1922 S. 22. — Nürnberger, Halban-Seitz' Biologie und Pathologie des Weibes, 5 Teil I. — Pfalz, M. m. W. 1929 S. 1248. — Reist, Schweiz. med. Wschr. 1924 S. 650. — Walthard, Schweiz. med. Wschr. 1924 S. 649. — West, Amer. J. Obstr. 1923. — Wetterwald, Schweiz. med. Wschr. 1922 S. 276.

Kurze Mitteilungen für die Praxis.

Aus der II. Inneren Abteilung des Auguste Viktoria-Krankenhauses zu Berlin-Schöneberg. (Dirigierender Arzt: Prof. Glaser.)

Ueber Säuglingsdiabetes.

Von Dr. Hans Egon Hildesheimer, Assistenzarzt.

Der Diabetes mellitus ist im allgemeinen eine Erkrankung der Erwachsenen, jedoch auch bei größeren Kindern ist er häufig beobachtet worden. Es ist bekannt, daß die Krankheit um so schwerer verläuft, in je früherem Lebensalter sie auftritt. Nach den verschiedenen Autoren sind Fälle im 1. Dezennium selten; sie betragen etwa 1% der Gesamtheit. Ueber den Diabetes mellitus der Säuglinge ist jedoch wenig bekannt. Finkelstein (1) und Feer (2) erwähnen ihn gar nicht, v. Noorden (3) und Umber (4) erklären ihn für selten;

Lichtwitz (5) gibt dagegen an, daß er nicht so selten ist, wie man annimmt. Langstein (6) hat 3 Fälle gesehen (vor der Insulinzeit) und benennt noch einen Fall aus der italienischen Literatur. Daß man nur so wenige Fälle von Säuglingsdiabetes kennt, kommt daher, daß einmal Säuglinge wohl tatsächlich selten an Diabetes erkranken; dann ist aber auch beim Säugling die Erkennung der Krankheit nicht leicht, wenn man nicht daran denkt, daß es sich um einen Diabetes handeln kann; außerhalb der Krankenhäuser wird beim Säugling eine Urinuntersuchung auf Zucker und Azeton sicherlich auf Schwierigkeiten stoßen und meist unterbleiben.

Seit der Einführung des Insulins hat sich auch für den Säuglingsdiabetes die Prognose gebessert; ich konnte aus der Insulinzeit in der Literatur 6 genauer beschriebene Fälle fin-