

Lundqvist, Birger: Hémorragies intra-thoraciques et intra-abdominales chez le nouveau-né. (Intrathorakale und intraabdominelle Blutungen beim Neugeborenen.) (*Maternité Södra Barnbördsh., Stockholm.*) Acta obstetr. scand. (Stockh.) 9, 331—383 (1930).

Verf. berichtet über 52 in den letzten 25 Jahren beobachtete tödlich verlaufene Fälle von intraabdominellen und intrathorakalen Blutungen bei Neugeborenen. 27 Fälle hat Verf. selbst beobachtet. Nur 3 von den Blutungen waren intrathorakal, 2 von ihnen stammen aus dem Thymus und 1 Fall ist eine mediastinale Blutung, deren Ausgangspunkt ungewiß ist. 49 Fälle sind intraabdominelle Blutungen, Leber-, Nebennieren-, Milzblutungen. Die Blutungen sind wahrscheinlich durch die bei der Entbindung bedingte Zirkulationsstörung beim Fetus verursacht, vielleicht auch durch die Zirkulationsstörung, die der 1. Atemzug des Fetus hervorruft. Die Parenchyrrupturen in Leber und Milz entstehen wahrscheinlich traumatisch. In Fällen von subkapsulären Leberblutungen, Nebennierenblutungen und Thymusblutungen sind keine mechanischen Faktoren ersichtlich, auf welche die Schäden zurückgeführt werden könnten. Hier sind fast regelmäßig asphyktische Erscheinungen nachzuweisen. Da aber die Asphyxie allein nicht zur Erklärung der Blutungen ausreicht, nimmt Verf., in seiner Annahme durch neuere Blutuntersuchungen bestärkt, eine hämophile Neigung der Feten an. Hierfür spricht auch die Tatsache, daß diese Blutungen in mehr als 70% bei Knaben vorkommen, gegen kaum 30% bei Mädchen. Klinisch bieten die Kinder mit intrathorakalen oder abdominellen Blutungen das gleiche Bild. Die Mehrzahl der Kinder, die 12 Stunden lang gelebt haben, sah zunächst scheinbar gesund aus. Plötzlich verschlechterte sich der Allgemeinzustand und ohne irgendwelche lokalen Symptome trat der Tod ein.

Köstler (Berlin).^{oo}

Gerichtliche Geburtshilfe.

Fraenkel, L.: Sterilisierung und Konzeptionsverhütung. Arch. Gynäk. 144, 86—132 (1930).

Operative Sterilisierung: ist bei Mann und Frau nach dem geltenden Rechte schwere Körperverletzung, weil sie die Zeugungskraft aufhebt und die Fortpflanzung vernichtet. Dafür genügt deshalb nicht allein die Zustimmung der Beteiligten. Über die medizinischen Indikationen will sich aber F. nicht verbreiten. Es gibt ihrer nicht nur solche aus dem Gebiet der inneren Medizin, sondern auch aus geburtshilflich-gynäkologischen Gründen. F. berechnet für Deutschland, daß jährlich 50—100000 Sterilisierungen vorgenommen werden und er empfiehlt, jedesmal einen zweiten Arzt hinzuzuziehen und ein Protokoll darüber aufzunehmen. Die eugenische Indikation hält F. für wissenschaftlich noch nicht genügend gesichert. Für die Indikationsstellung empfiehlt er wieder ein Konsilium zweier unabhängiger Ärzte, von denen einer mindestens eine besondere Erfahrung in der Vererbungswissenschaft haben muß. Am besten ist die Hinzuziehung eines staatlichen Medizinalbeamten. Die rein soziale Indikation lehnt F. ab, wohl kann eine vorhandene ärztliche Indikation durch soziale Momente verstärkt werden.

H. Füh (Köln)._o

Meixner, Karl: Die Dauer der Schwangerschaft vor Gericht. Wien. klin. Wschr. 1930 II, 1217—1223.

Die Schwierigkeiten bei der Begutachtung der Schwangerschaftsdauer vor Gericht werden eingehend dargelegt unter Berücksichtigung der Wahrscheinlichkeitsrechnung. Bei der Begutachtung soll auf die außerordentliche Seltenheit von besonders frühzeitigen Geburten ausgetragener Kinder hingewiesen werden. Der Richter könne dann das „außerordentlich selten“ in „unbeachtlich selten“ übersetzen und die Wahrscheinlichkeit von 1 Millionstel gleich 0 erachten. Nürnberger hat bekanntlich berechnet, daß unter 1 Million reifer Kinder erst 1 nach einer Tragezeit von 235 oder 314 Tagen geboren würde.

G. Strassmann (Breslau).

Romberg, Ernst: Die Unterbrechung der Schwangerschaft bei Lungentuberkulose. (*I. Med. Klin., Univ. München.*) Münch. med. Wschr. 1931 I, 17—19.

Von 19 in der Schwangerschaft aufgetretenen offenen Tuberkulosen, die im Verlauf größtenteils als einschmelzende verkäste Pneumonien und Bronchopneumonien imponierten, ist eine Mortalität von 100 % zu verzeichnen. Von vier vor der Schwangerschaft entstandenen Frühinfiltraten wirkte nur eins nach Unterbrechung der Gravidität im 2. Monat nicht tödlich. Bei Frühinfiltraten ist ein Pneumothorax anzulegen, wenn möglich schon vor Entstehung einer Frühkaverne. Von 16 Pat. mit offener proliferativ-cirrhotischer, schon vor der Gravidität bestehender Tuberkulose blieben nach Unterbrechung der Schwangerschaft nur vier am Leben. Drei Patienten mit geschlossenen Cirrhosen überstanden die im 2. und 3. Monat eingeleitete Unterbrechung der Gravidität.

Abzuraten von der Austragung einer Schwangerschaft ist also auch bei jeder aktiven Tuberkulose proliferativ-cirrhotischer Art, wobei die Aktivität des Prozesses durch bakteriologische Methoden oder Röntgenbild festzustellen ist. Liegt bei einer Schwangeren ein hoffnungsloser Prozeß vor, so ist zu überlegen, ob man unter Hintanstellung des Lebens der Mutter ein gesundes Kind erzielen soll. Einer besonderen Bewertung bedürfen die Spitzenprozesse. Zur Unterbrechung der Schwangerschaft berechnen sie nur, wenn sie in Form von Frühinfiltraten auftreten, nicht aber die kleinen proliferativen, aber meist cirrhotischen Herdchen, von denen 71 beobachtet wurden, ohne eine Exacerbation zu erfahren. Diese Prozesse sind es, die die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung bedeutend einschränken. *Harms (Mannheim).*°°

Frisch, A. V.: Über Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose. Wien. klin. Wschr. 1930 II, 1441—1447.

Verf. kommt zu dem Schlusse, daß die interne Medizin derzeit über hinreichende Mittel und Wege verfügt, um die Indikationsstellung bei tuberkulösen Erkrankungen genügend zu klären. *Arnstein (Wien).*°

Magid, M.: Die Legalisation des Aborts und der untaugliche Versuch der Frucht-abtreibung. (*Geburtsh. Abt., Klin. Oktoberkrankenh., Kiev.*) Arch. Frauenkde u. Konstit.-forschg 16, 321—330 (1931).

Verf. bespricht an der Hand einiger Beispiele Fälle von strafbarer, weil von der Pflückerin ausgeführter Schwangerschaftsunterbrechung, insbesondere geht er auf die Frage der Möglichkeit eines solchen Versuchs am nichttauglichen Objekt, also an der Nichtschwangeren, ein. Einige Bemerkungen sind beachtenswert. So wurde in einem Fall der Versuch gemacht, zu entscheiden, ob eine bestimmte Person professionelle Abtreiberin ist. Es wird dabei hervorgehoben, daß Frauen, die sich selbst Aborte machen, gewöhnlich niederhocken oder eine halbliegende Stellung einnehmen, während professionelle Abtreiberinnen den Schwangeren gewöhnlich eine horizontale Lage geben, sie auf einen Tisch legen usw. In einem Fall hatte die Abtreiberin angegeben, sich selbst Aborte zu machen, und hatte eine andere Person niederhocken lassen bei dem Versuch der Schwangerschaftsunterbrechung. Daraus wurde geschlossen, daß man es mit keiner professionellen Abtreiberin zu tun hatte. Es wird der russische Autor Kadlez noch u. a. zitiert, der histologisch fetale (chorioepitheliale) Elemente in der Uteruswandung in den frühen Schwangerschaftsmonaten besonders häufig fand, je früher, desto tiefer lagen diese Elemente in der Muscularis, bei einer Schwangerschaft von 1½ Monaten in einer Tiefe von 3 mm, bei 2½ Monaten 2 mm und im 7. Monat 1,2 mm tief. *Nippe (Königsberg i. Pr.).*

Bouwduijk Bastiaanse, M. A. van: Ein Fall von unbewußter Geburt. (*Verlosh. Gynaecol. Afd., St. Franciscusgasth., Rotterdam.*) Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1931 I, 1016—1017 [Holländisch].

Die 24jährige I-Para wurde etwa 14 Tage vor dem ausgerechneten Termin der Klinik zugeschickt mit der Diagnose Placenta praevia, weil sie nachts geblutet hatte. Bei Ankunft wurde, zur großen allseitigen Überraschung, der Uterus leer gefunden (Perinealruptur ersten Grades). Auf Bauchkrämpfe hatte Patientin bei trägem Stuhlgang nachts 2mal den Abort besucht und zu ihrer Befriedigung reichlich harten Stuhl entleert. Dann waren die Krämpfe vorüber, aber sie verlor viel Blut. Kind und Placenta wurden im Abort vorgefunden. Es

handelte sich weder bei der Kindsmutter noch beim Ehemann um Schwachsinn oder Minderwertigkeit in anderem Sinne. Die Justiz fand keinen Grund einzugreifen. *Lamers.*

Revoltella, Giovanni: Omicidio colposo o rottura spontanea dell'utero? (Fahrlässige Tötung oder spontane Uterusruptur.) (*Clin. Ostetr.-Ginecol., Univ., Bari.*) *Clin. ostetr.* 32, 750—761 (1930).

Bericht über einen Fall, in dem Hebamme und Arzt wegen fahrlässiger Tötung angeklagt waren. Bei einer 22jährigen Erstgraviden, bei welcher der Blasensprung 2 Tage zurücklag und bei der wegen des plötzlichen Sistierens der Wehen von der Hebamme Chinin und Pituitrin ohne Erfolg gegeben worden war, wurde vom herbeigerufenen Arzt vorerst ein vergeblicher Zangenversuch gemacht, dann ein Wendungsversuch, während welches die Gebärende starb. Bei der Autopsie fanden sich neben Zeichen genitaler Hypoplasie Ödeme der Beine und der Vulva, subkapsuläre Nierenblutungen, eine beträchtlich vergrößerte Milz, dagegen kein freies Blut in der Bauchhöhle, eine inkomplette, subperitoneale Ruptur im Bereiche des sehr stark verdünnten unteren Uterinsegmentes. Histologisch zeigt der Uterusmuskel im Bereiche des Risses reichlich Bakterien- und kleinzellige Infiltration, sowie vielfache Zeichen regressiver Metamorphose.

Die gerichtlichen Mediziner entschieden sich für die Annahme einer spontanen inkompletten Uterusruptur, die den Eingriffen der Hebamme und des Arztes vorangegangen war. Zur Erklärung des plötzlichen Todes während des Wendungsversuches wird, abgesehen von der Ruptur, die Möglichkeit einer echten Shockwirkung bei einer durch eine Graviditätstoxikose geschädigten Patientin in Erwägung gezogen.

Bianca Steinhardt (Wien).^{oo}

Hellmuth, Karl: Über den Wert der Frankenschen „Luftprobe“ zur Prüfung der Placenta auf ihre Vollständigkeit. Bemerkungen zur Erwiderung von H. Franken (s. ds. Wschr. 1930, Nr. 32). (*Univ.-Frauenklin., Würzburg.*) *Münch. med. Wschr.* 1930 II, 2115—2116.

(Vgl. dies. Z. 17, 42.) Verf. bestreitet die Ansicht und Behauptung Frankens, daß bei negativem Ausfall der Luftprobe die Vollständigkeit der Placenta zuverlässig bewiesen sei. Nach den Erfahrungen von Hellmuth kommt dieser Probe nur eine gewisse Wahrscheinlichkeit zu.

Raab (Berlin).^o

Kunstfehler. Ärzterecht.

Hahn, O.: Zwei Todesfälle in Lachgasnarkose. (*Chir. Univ.-Klin., Breslau.*) *Zbl. Chir.* 1931, 16—17.

Auf Grund zahlreicher Berichte über die Vorteile der Lachgasnarkose wurde mit der Apparatur der Firma C. Stiefenhofer bei einem 62jährigen Patienten mit einem Magencarcinom eine derartige Narkose durchgeführt. Ein erfahrener Lachgasnarkotiseur, der bisher mehrere hundert Lachgasnarkosen ohne Zwischenfälle gemacht hatte, führte sie aus. Bei dem Bauchschnitt fiel auf, daß das Blut sehr dunkel war. In der Pylorusgegend fand sich ein Tumor, der nach Reichel reseziert wurde. Beim Anlegen der letzten Nahtreihe an der Anastomosenstelle, etwa $1\frac{1}{4}$ Stunde nach Beginn der Operation, setzte bei dem Patienten plötzlich die Atmung aus. Auf ein kurzes Inspirium folgte ein längeres Exspirium. Dies wiederholte sich noch einmal, dann stand die Atmung still. Der Patient war trotz aller angewandten Mittel nicht mehr zum Leben zurückzubringen. Die Sektion ergab einen anämischen, kachektischen Mann mit Arteriosklerose der Aorta, Lungenemphysem und Lungenödem. Eine sichere Todesursache ließ sich nicht feststellen. Trotzdem wurde die Lachgasnarkose nicht mehr angewandt, bis ein Vertreter der I. G. Farbenindustrie A.-G. kam, der auf Grund seiner Erfahrungen einen Zusammenhang des unglücklichen Ausganges mit der Narkose ablehnte und bei einer neuen Operation die Narkose leitete. Es handelte sich um einen 33jährigen Mann mit einem in das Pankreas perforierenden Duodenalulcus, der bereits früher wegen eines Magencarcinoms nach Billroth I reseziert worden war. Die Einleitung der Narkose verlief wie im ersten Falle anstandslos. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fanden sich zahlreiche Verwachsungen zwischen Magen und Unterfläche der Leber. Das Ulcus saß ziemlich tief am Duodenum, so daß zunächst die Resektion am Magen vorgenommen werden sollte, um dann besser an das Duodenum herankommen zu können. Die Absicht war, nach Billroth II zu operieren. Deshalb wurde der aborale Magenstumpf quer vernäht. Nachdem dies geschehen war, wiederum etwa $1\frac{1}{4}$ Stunde nach Beginn der Operation, setzte in entsprechender Weise wie im ersten Falle plötzlich die Atmung aus. Der Patient konnte nicht mehr gerettet werden. Die Sektion ergab auch in diesem Falle keinen sicheren Anhalt für die Todesursache, wenn auch die histologische Untersuchung noch aussteht. Der Ausgang auch des zweiten Falles kann nur zu dem Schlusse führen, daß beide Todesfälle ihre Ursache in der Lachgas-