

(4. congr. dell'Assoc. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.) Arch. di Antrop. crimin. 50, 1256—1258 (1930).

Verf. hat experimentell nachgewiesen, daß die Abplattung der meisten Endothelien der Lungenalveolen und ihre Umwandlung in kernlose Platten auch beim Menschen schon im 6. bis 7. Monat des intrauterinen Lebens anfängt. Die histologische Lebensprobe ist nach Verf.s Meinung, wenigstens bezüglich der zytologischen Befunde, eher eine Probe der Lebensfähigkeit als des Lebens des Neugeborenen.

Romanese (Parma).

Astrinskij, S., A. Kestner und S. Melenevskaja: Zur Frage der Traumen des Kleinhirnetzes beim Fetus sub partu nach Angaben der Klinik und Prosektur. Ž. Izuč. rann. det. Vožr. 11, 93—101 u. deutsch. Zusammenfassung 129—130 (1931) [Russisch].

An einem 2jährigen Material von 455 Neugeborenen-sektionen, worunter 80 Fälle Traumen des Kleinhirnetzes (K.) betrafen, und die sämtlich nach der Zangenmeisterischen Sektionsmethode obduziert wurden, stellen Verff. folgende Klassifikation der Traumen des K. auf: 1. Riß oder Abriß des K. mit Blutung in den Subduralraum (68mal); 2. Riß mit Blutung in das K. selbst ohne subdurale Blutung; 3. Riß oder Abriß des K. ohne jede Blutung, weder subdural noch in das K. (die restlichen 12 Fälle). Frühgeborene, aber lebensfähige Kinder neigen am meisten zu Traumen des K. Diese Traumen stellen den größten Anteil an den Ursachen der Frühsterblichkeit der Neugeborenen. Asphyxie prädisponiert zum Trauma des K., andererseits kann aber auch ein Riß und Blutung in die Gegend der Medulla oblongata wieder Ursache einer Asphyxie sein. Weitere Ursachen der Traumen sind Steißblagen (25mal öfter als bei Schädellage), Zange, Wendung (19mal öfter als bei Spontangeburt) enges Becken, verzögerte Austreibung und Erstgeburt. Verff. verwerfen aufs entschiedenste die „Schulzeschen Schwingungen“.

Th. Brehme (Castrop-Rauxel, Westf.).

Arnold, Douglas P.: Massive suprarenal hemorrhage in the new-born infant. (Massive Nebennierenblutung beim Neugeborenen.) Amer. J. Dis. Childr. 40, 1053 bis 1057 (1930).

Es werden 4 Fälle mitgeteilt, von denen bei zweien das Bestehen einer mächtigen Nebennierenblutung mit Bluterguß in die Abdominalhöhle durch die Obduktion festgestellt wurde. Bei den beiden anderen Fällen, welche nach Bluttransfusion zur Heilung gelangten, wurde die Diagnose auf Grund folgender Symptome gestellt: Zwischen 3. und 7. Lebenstag einsetzender Verfall, Mattigkeit, Nahrungsverweigerung, rapid sich entwickelnde Anämie, manchmal Konvulsionen, als wichtigstes diagnostisches Zeichen Auftreibung des Abdomens, mitunter mit bläulicher Verfärbung der Haut und tastbarem Tumor.

Reuss (Graz).^{oo}

Gerichtliche Geburtshilfe.

Zelić, M.: Die Seroreaktion nach Manoilow als Schwangerschaftsdiagnosticum. (Gynäkol. Klin., Beograd.) Zbl. Gynäk. 1931, 2351—2353.

Zusammenfassend kommt Verf. zu dem Resultat, daß die Manoilovsche Schwangerschaftsreaktion in etwa 90—92% verlässliche Resultate gibt, mit Ausnahme von Fällen von beginnender Schwangerschaft und von Extrauterin gravidität.

Klaas Dierks (Jena).

Lenczowski, J.: Ein Fall von primärer Ovarialschwangerschaft. (Klin. położ. ginekol., univ., Lwów.) Ginek. polska 10, 254—267 u. franz. Zusammenfassung 268 (1931) [Polnisch].

In dem von Lenczowski mitgeteilten Fall befand sich das befruchtete Ei teilweise tief im Ovarialparenchym, teilweise in einem Blutgerinnsel, welches in Form eines Polypen an der hinteren Oberfläche des rechten Eierstockes fixiert war. Die Chorionzotten drangen tief ins Ovarialparenchym ein, das Gewebe des Corpus luteum war hierdurch sehr schwach entwickelt.

Wachholz (Kraków).

Grzankowski, Boleslaw: Einige Gedanken über die Schwangerschaftsunterbrechung (Fruchtabtreibung) vom Standpunkt der ärztlichen Wissenschaft und der Gesetzgebung. *Ginek. polska* **10**, 489—506 (1931) [Polnisch].

Grzankowski bespricht die Beschlüsse der polnischen Gynäkologischen Gesellschaft in bezug der Fruchtabtreibung vom Standpunkt der ärztlichen Wissenschaft und des polnischen Strafgesetzprojektes. Da laut § 227 dieses Projektes der Schwangerschaftsunterbrecher straflos bleibt, wenn er Arzt ist und wenn die Schwangerschaftsunterbrechung unbedingt nötig war wegen Gefahr für die Gesundheit der Mutter, für das Familienwohl oder aus Anlaß eines wichtigen sozialen Interesses, so ist besonders der letzte Strafausschließungsgrund ärztlicherseits unverständlich. G. glaubt, daß es am entsprechendsten wäre, eine Sozialkommission bei der Ärztekammer einzusetzen, welche über diesen Strafausschließungsgrund zu entscheiden hätte. G. spricht sich gegen die Bezeichnung im § 227 „straflos“ aus, indem dieser Begriff die Schuld an der Tat nicht ausschließt. G. ersetzt das Wort „straflos“ durch die Worte „begeht kein Delikt“. G. teilt vollkommen die Ansicht, daß der Arzt, welcher die Fruchtabtreibung unternimmt, nicht für die unvorhergesehenen Folgen verantwortlich sein kann. Als diese Folgen erwähnt er Uterusverletzungen und nervöse Erkrankungen psychopathischer Frauen. Der die Schwangerschaft unterbrechende Arzt soll nur für die technische Ausführung des Eingriffes, andere Personen (wie konsultierende Ärzte und die soziale Kommission) sollen für die durch sie gestellte Indikation zum Eingriff verantwortlich gemacht werden. Als Mitglied einer Beratung, ob gegebenenfalls die Schwangerschaft zu unterbrechen sei, soll stets ein Fachgynäkologe sein, dessen Pflicht es wäre, auf die Gefahr des Eingriffes für die Schwangere aufmerksam zu machen. Endlich ist G. der Meinung, daß die Strafbarkeit der Frau, die sich die Frucht abtreiben ließ, der juristischen Erwägung zu überlassen ist.

Wachholz (Krakow).

Herschmann, H.: Die neurologischen Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung. (*Ges. f. Geburtsh. u. Gynäkol. u. Ver. f. Psychiatrie u. Neurol., Wien, Sitzg. v. 18.—19. V. 1931.*) *Wien. klin. Wschr.* **1931 II**, 900—906 u. 913—922.

Verf. beklagt, daß nicht bloß die Juristen verschiedener Meinung darüber seien, unter welchen Bedingungen eine Schwangerschaft vom Arzt unterbrochen werden darf, sondern daß auch die Ansichten der Ärzte, wann diese Bedingungen vorliegen, weit auseinandergehen. Er hat deshalb an eine Reihe namhafter Nervenärzte Fragebogen ausgeschickt und stellt die Antworten hinsichtlich von 17 organischen Nervenkrankheiten in seinem Referat zusammen. In keiner einzigen Frage herrscht völlige Übereinstimmung. — Bei Epilepsie ist die Überzahl für die Unterbrechung, wenn die Krankheit in der Schwangerschaft fortschreitet; ebenso bei der multiplen Sklerose. Für die Tetanie fehlen hinreichende Erfahrungen. Die Tabes wird, wenn keine lebensbedrohenden Verwicklungen bestehen, fast allgemein nicht als Grund zur Beseitigung der Schwangerschaft anerkannt. Hingegen sind bei schwerer Chorea fast alle für die Unterbrechung. Bei Encephalitis und bei Parkinsonismus sind die Meinungen geteilt. Polyneuritis erfordert nach Meinung der Mehrheit die Unterbrechung bei Fortschreiten der Krankheit. Bei den chronischen Nervenkrankheiten weicht ein Teil der Befragten wegen Mangels von Erfahrungen einer Entscheidung aus, so auch bei der Erbschen Muskeldystrophie. Hier glaubt Verf. selbst in 2 Fällen einen schädlichen Einfluß der Schwangerschaft beobachtet zu haben. Syringomyelie wird von der Überzahl als Grund abgelehnt, einzelne wollen abwarten, bei Myasthenia gravis dagegen rät die große Überzahl zur Unterbrechung. — Bei den Systemerkrankungen ist die Mehrzahl für fallweise Entscheidung, viele sehen nur Verwicklungen als Grund zur Unterbrechung an. — Die funikuläre Myelose bei perniziöser Anämie fordert nach Meinung der Hälfte unbedingt, nach der der anderen Hälfte nur in schweren Fällen die Unterbrechung. — Bei Halbseitenlähmungen ist nur die Minderheit unbedingt dafür, die Mehrzahl macht die Entscheidung von der Art des der Lähmung zugrunde liegenden Leidens abhängig. — Auch bei Querschnittsunterbrechung will die Mehrzahl fallweise

entscheiden. — Verf. hofft mit seinem Referat den Anstoß gegeben zu haben, daß die ungeklärten Fragen nunmehr geordnet und planmäßig an Anstalten erforscht und so bessere Grundlagen geschaffen werden, als wir sie heute besitzen. — Zusammenfassend meint er noch, daß bei Verschlimmerung eines der besprochenen Leiden die Unterbrechung zu empfehlen sei. Auch wenn eines dieser Leiden erst in der Schwangerschaft auftritt, sei zu unterbrechen. Unbedingt rät er dazu bei lebensbedrohenden Kreislaufstörungen, bei perniziöser Anämie, bei Nephritis und dort, wo sich während der Schwangerschaft zu einem Nervenleiden schwerere geistige Störungen gesellen. — Die Unterbrechung kann aber auch dann geboten sein, wenn bei lebensfähiger Frucht ein baldiger Tod der Mutter droht.

Meixner (Innsbruck).

Kogerer, Heinrich: Die psychiatrischen Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft. (*Ges. f. Geburtsh. u. Gynäkol. u. Ver. f. Psychiatrie u. Neurol., Wien, Sitzg. v. 18.—19. V. 1931.*) Wien. klin. Wschr. 1931 II, 906—909 u. 913—922.

Die verschiedensten Geisteskrankheiten können die Unterbrechung der Schwangerschaft erfordern, wenn schwere körperliche Begleiterscheinungen eine Gefahr für das Leben der Schwangeren annehmen lassen. — Sonst kommt bei manisch-depressivem Irresein die Unterbrechung kaum in Betracht. Bei Melancholie ist von der Unterbrechung sogar eine Verschlimmerung durch Versündigungsvorstellungen zu befürchten. — Im allgemeinen ist, wenn eine Geisteskrankheit einmal ausgebrochen ist, ein Einfluß der Schwangerschaft auf ihren Verlauf nicht deutlich erkennbar. — Vorangegangene wiederholte Lactationspsychosen aber können die Unterbrechung begründen, wenn mit größerer Wahrscheinlichkeit ein Übergang in einen chronischen Defektzustand, etwa eine schizophrene Verblödung, zu besorgen ist. — Überhaupt verdient die Schizophrenie die meiste Beachtung. Bei Fällen, die mit Schüben einhergehen, scheinen diese besonders gerne in der Schwangerschaft aufzutreten, während ein Einfluß seltener auf Fälle mit allmählich schleichender Zunahme nicht erwiesen ist. — Bei remittierendem Verlauf ist, wenn nach wenigstens einem Schub eine leidliche Heilung eingetreten ist, die Unterbrechung mit nachfolgender Unfruchtbarmachung eher zu berücksichtigen. Es gibt allerdings auch Stimmen, die sie als wirkungslos bezeichnen. — Je weiter die Krankheit vorgeschritten ist, um so weniger kommt die Unterbrechung in Betracht. — Die progressive Paralyse lehnt Verf. als Grund zur Schwangerschaftsunterbrechung ab, hinsichtlich anderer organischer Hirnkrankheiten verweist er auf das vorangehende Referat über die neurologischen Grundlagen. — Bei den Oligophrenien hat nach allgemeiner Anschauung die Schwangerschaft keinen Einfluß, so daß auch deren Unterbrechung außer Betracht bleibt. Auch Psychopathien geben im allgemeinen keinen Grund dazu ab. Ausgenommen sind nur Verstimmungszustände mit Selbstmordgefahr. Man könne eine Schwangere aus diesem Grunde nicht monatelang in eine Anstalt sperren und dort die Entbindung abwarten lassen, zumal dadurch die Selbstmordgefahr nicht ganz beseitigt wird. Zum Schutz gegen Mißbrauch ist allerdings eine genaueste durch Nachforschungen gestützte Untersuchung erforderlich, ehe man sich entschließt, die Unterbrechung zu empfehlen. — Die eugenische Indikation läßt Verf. außer Betracht.

Meixner (Innsbruck).

Höpler, E.: Neurologische und psychiatrische Indikationen zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft vom strafrechtlichen Standpunkt. (*Ges. f. Geburtsh. u. Gynäkol. u. Ver. f. Psychiatrie u. Neurol., Wien, Sitzg. v. 18.—19. V. 1931.*) Wien. klin. Wschr. 1931 II, 909—912 u. 913—922.

Der österreichische Generalprokurator erörtert den Begriff der ärztlichen Indikation mit Bezug auf das geltende, das werdende Recht und auf die billigen Forderungen, welche der gewissenhafte Arzt an den Gesetzgeber und die Rechtsprechung stellen kann. — Sowohl nach dem geltenden österreichischen wie deutschen Recht ist die ärztliche Unterbrechung der Schwangerschaft nur durch die Bestimmung über den Notstand (im österreichischen Gesetz „unwiderstehlicher Zwang“) gedeckt. Dem Nichtarzt, der sich auf diese allgemeine Bestimmung beruft, könnte man Not-

stand nicht zubilligen, wenn die Möglichkeit bestand, einen Arzt zuzuziehen. Der Notstands-begriff des deutschen Rechtes ist enger, weil er nur Handlungen zum Schutz von Leib und Leben des Täters oder eines Angehörigen ausnimmt. — Handelt der Arzt auf Grund eines Irrtums, so kann er, wenn dieser Irrtum sich als Kunstfehler erweist, unter Umständen wegen fahrlässiger Körperbeschädigung oder fahrlässiger Tötung zur Verantwortung gezogen werden. — Nach einer Entscheidung des österreichischen obersten Gerichtshofes ist aber der Arzt durch das kritiklos übernommene Urteil eines anderen Arztes nicht geschützt. — Im österreichischen Regierungsentwurf eines allgemeinen deutschen Strafgesetzbuches ist im Gegensatz zum deutschen Entwurf und zu früheren österreichischen Entwürfen die Sonderbestimmung für den Arzt aufgegeben. Daran sind offenkundig die vielen Mißbräuche bei Schwangerschaftsunterbrechungen durch Ärzte schuld. Verf. ist jedoch dafür, die Bestimmung wie im deutschen Entwurf wieder aufzunehmen, wofür sich 1930 auch der österreichische Strafrechtsausschuß entschieden hat. Mißbräuche scheinen ihm nach Sinn und Wortlaut des deutschen § 254 nicht gedeckt. Doch würde er den Ausdruck des früheren österreichischen Entwurfes „Lebensgefahr oder Gefahr dauernden schweren Schadens an der Gesundheit“ wegen der schärferen Umgrenzung der deutschen Fassung des § 254 „ernste Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Mutter“ vorziehen. — Dadurch, daß die Schwangere nicht eingewilligt hat, ist der Tatbestand der Abtreibung noch nicht gegeben. — In Fällen, wo „eine durch wirtschaftliche Not erzeugte Gemütsdepression durch die Schwangerschaft noch verstärkt wurde“, hält er die Unterbrechung nicht für zulässig. — Mit Rücksicht auf den Kampf um ein ärztlichen Wünschen entsprechendes Ärzterecht ist beachtenswert, daß der Verf. im Schlußsatz zum Schutz der Grenzen ärztlicher Ethik „ein mit wirksamer Vollzugsgewalt ausgestattetes ärztliches Standes- und Ehrengericht“ wünscht. *Meixner* (Innsbruck).

Bucura, C.: Geburtshilfliche Richtlinien zu den psychiatrischen und neurologischen Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung. (*Ges. f. Geburtsh. u. Gynäkol. u. Ver. f. Psychiatrie u. Neurol., Wien, Sitzg. v. 18.—19. V. 1931*). Wien, klin. Wschr. 1931 II, 897—900 u. 913—922.

Aus den Schlußsätzen des Verf. beziehen sich folgende auf die im Titel bezeichnete Frage: Der Geburtshelfer soll sich in der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung seine selbständige Entscheidung vorbehalten. — Eine Erkrankung darf nur dann die Indikation bilden, wenn bei der Mutter eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit vorhanden ist, die durch kein anderes Mittel als durch die Schwangerschaftsunterbrechung abgewendet werden kann. Dieses andere Mittel darf nicht wesentlich gefährlicher sein als die Schwangerschaftsunterbrechung. — Die Selbstmordgefahr bildet an sich keine Anzeige zur Unterbrechung. Die Entscheidung ist abhängig von der günstigen Beeinflussbarkeit des Grundleidens durch die Unterbrechung. — Solange nicht eine Vererbung in so gut wie 100% der Fälle einer das Individuum schwerst schädigenden Krankheit feststeht, kann ärztlicherseits einer eugenischen Indikation nicht nähergetreten werden. Die gesetzliche Unterlage für die eugenische Indikation wäre erst zu schaffen. *Meixner* (Innsbruck).

Voron, Pollosson et Pizzèra: Mort rapide au cours de la grossesse par hémorragie rétro-péritonéale. (Plötzlicher Tod im Verlaufe der Schwangerschaft durch eine retroperitoneale Blutung.) Bull. Soc. Obstétr. Paris 20, 285—287 (1931).

Eine Drittgebärende, die aus voller Gesundheit heraus im 8. Schwangerschaftsmonat nach einem heftigen Hustenanfall plötzlich starke Schmerzen in der rechten Lende verspürt, wird unter den Zeichen einer inneren Blutung in sehr bedrohlichem Zustande in die Klinik eingeliefert. Eine intrauterine Blutung wird ausgeschlossen; sehr heftige peritoneale Symptome. Nach Herzmitteln Laparotomie; sie ergibt großes flächenhaftes, besonders rechts gelegenes retroperitoneales Hämatom, welches sich zwischen den Blättern des Ligamentum latum bis hinauf zum Zwerchfell erstreckt. Die Quelle kann nicht aufgesucht werden, weil der Zustand der Patientin sich verschlechtert; daher nur Drainage. Exitus letalis. Obduktion ergibt riesiges Hämatom, das besonders massig im rechten Nierenlager ist. Der Ausgangsort wird nicht gefunden. *Tietze* (Kiel).°°

Boldrini, Boldrino: Denuncia di morte da causa imprecisata, accertamento di setticopiemia postabortiva. Perizia medico-legale. (Bestimmung der unaufgeklärten Todesursache, Feststellung einer Septikopyämie nach Fehlgeburt. Gerichtlich-medizinische Studie.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Milano.*) Clin. ostetr. **33**, 562—567 (1931).

Es handelt sich um einen zunächst unaufgeklärten Todesfall, der ohne irgendwelche Anhaltspunkte anamnestischer oder klinischer Art erfolgt war. Die Autopsie wurde erst 17 Tage nach Auffindung des Leichnams in einem Stadium vorgeschrittener Verwesung ausgeführt. Die histologische Untersuchung des Uterus erlaubte die Feststellung einer phlebitischen Thrombose und von Folgezuständen einer Gravidität im Anschluß an einen offenbar künstlich eingeleiteten Abort.

W. Rübsamen (Dresden).

Katz, H.: Zur Kenntnis schwer deutbarer Fälle von plötzlichem natürlichen Tod unter der Geburt. (*III. Geburtsh. Klin., Univ. u. Hebammenlehranst., Wien.*) Wien. klin. Wschr. **1931 II**, 1021—1022.

Genau Schilderung eines plötzlichen, gänzlich unerwarteten Todes während einer ganz normal verlaufenen Geburt einer anscheinend gesunden 37jährigen Zweitgebärenden. Die Sektion lieferte ein „dürftige Ergebnis“. Keine Beweise von Eklampsie oder Hirnblutung. Keine Uterusruptur, nur eine in geringer Ausdehnung stattgehabte Lösung der Placenta mit so geringer Blutung, daß die Todesursache hierdurch nicht erklärt ist. Weiter ergab die Sektion eine parenchymatöse Degeneration der Leber, aufsteigende Pylonephritis mit kleinen Absceßbildungen, verfettete arteriosklerotische Plaques im aufsteigenden Teil und Bogen der Aorta, im Anfangsteil der Koronararterien hochgradige Arteriosklerose. Wenn auch die Veränderungen an Leber und Nieren nicht sehr hochgradig waren, so konnten trotzdem die hieraus resultierenden Stoffwechselveränderungen die Grenze des mit dem Leben vereinbarten Maßes erreicht haben. Das plötzliche Versagen des Herzens in der Austreibungsperiode wird letzten Endes zurückgeführt auf die Veränderungen der Kranzarterien, die mit einer früher überstandenen Syphilis zu erklären sind.

Geppert (Hamburg).

Mueller, E.-A.: Zur Frage des Geburtstraumas. (*Univ.-Frauenklin., Greifswald.*) Arch. Gynäk. **146**, 98—117 (1931).

An Hand von hydrodynamischen Überlegungen wird gezeigt, daß der intrauterine Wehendruck sich nach rein hydrostatischen Gesetzen durch das kindliche Gefäßsystem auch in der flüssigen Hirnmasse gleichmäßig nach allen Richtungen fortpflanzt. Eine Gefäßruptur durch „Überfüllung“ infolge einer „Minderdruckwirkung“, d. h. einer Druckdifferenz im Gefäß und dem umgebenden Schädelinhalt kann daher nicht in Frage kommen. Neu beschrieben werden Blutungen in die mittleren Schädelgruben aus Ruptur der Sinus sphenoidales. Es wird gezeigt, daß das Quellgebiet der Vena magna Galeni durch ihre physiologische Knickung für Blutungen prädisponiert. Verf. legt an Hand von Röntgenbildern erstmalig den genauen Verlauf dieser Gefäße fest und zeigt, daß eine Abknickung der Vena magna Galeni durch das Splenium corporis callosi und, hierdurch hervorgerufen, eine Stase oberhalb der Umbiegung sehr wohl möglich ist. Die bekanntesten Blutungen in diesem Gebiet erklären sich nach Verf. un-gezwungen aus der rein mechanisch bedingten Stase bei gleichzeitiger konstitutioneller Minderwertigkeit. An großem Material werden die in der geburtstraumatischen Literatur angegebenen Reflexanomalien nachgeprüft mit dem Resultat, daß die Reaktionen zum mindesten nicht eindeutig sind. Zum Schluß wird hingewiesen auf die soziale Bedeutung des Geburtstraumas. Die anatomischen und klinischen Befunde geben Verf. Veranlassung, nicht nur die Dyspnoe bzw. Apnoe (fälschlicherweise Asphyxie genannt) oder Krampfstände bzw. die Stäupchen (Zipperling) und Tetania neonatorum der ersten Lebensstage, sondern auch eine Reihe von Dauererkrankungen des späteren Lebensalters (kongenitale Epilepsie, Imbezillität, Taubstummheit, Encephalitis interstitialis congenita) mit dem Geburtstrauma in ursächlichen Zusammenhang zu bringen.

Klaas Dierks (Jena).

Liebmann, Stephan: Über einige interessantere fetale Geburtsverletzungen und ihre Behandlung. (II. Frauenkln., Univ. Budapest.) Mschr. Geburtsh. 89, 14—32 (1931).

Der Verf. berichtet über die an der 2. Frauenklinik in Budapest an einem Material von 16801 Geburten gemachten Beobachtungen über fetale Geburtsverletzungen und deren Behandlung. Bezüglich der Entstehung der Verletzungen teilt er sie in 2 Gruppen ein, in Verletzungen, die bei Spontangeburt und in solche, die bei operativen Entbindungen entstanden sind. Zuerst werden die Knochenverletzungen am Schädel, die Schädelimpressionen, behandelt, deren Ursache meist in einem Mißverhältnis zwischen kindlichem Schädel und mütterlichem Becken zu suchen ist. Fast immer handelt es sich um ein enges Becken. Wir finden am häufigsten die Impression an den vorderen Scheitelbeinabschnitten, seltener an der Stirn und am Schläfenbein. Durch die Elastizität der fetalen Knochen bedingt, verursachen die Impressionen kaum intrakranielle Verletzungen. Verletzungen dieser Art wurden an der Budapester Klinik an dem oben angeführten Material in 12 Fällen beobachtet. 7mal wurde eine operative Korrektur vorgenommen (das eingedrückte Knochenstück wurde in Narkose subcutan herausgehoben), in 4 Fällen waren die Impressionen derart gering, daß sich eine Korrektur erübrigte und in einem, mit einer Infraktion einhergehenden Fall, glich sich die Impression bis zum 10. Tag fast völlig aus. Nachuntersuchungen bzw. Erkundigungen waren an 8 Kindern möglich. Hierbei zeigte sich, daß bei 7 Kindern, die am Leben geblieben waren, die Impressionen keinerlei Schädigungen hinterlassen hatten. Von weit größerer Gefahr für das Kind sind die während der Geburt entstandenen Frakturen. Fast immer zum Tode führt die Fraktur der Wirbelsäule. Sie entsteht meistens bei Extraktion aus der Steißlage und sie ist auf die Halswirbel lokalisiert. Von 453 Kindern, die aus der Steißlage extrahiert wurden, kamen 107 tot zur Welt, 9 hatten davon Wirbelsäulenfrakturen. Brüche der Extremitäten sind weniger gefährlich, denn sie heilen gut, genau so verhalten sich Brüche des Schulter- und Beckengürtels. Vorausgesetzt, daß keine erheblichen inneren Verletzungen dabei entstanden sind. Extremitätenbrüche konnte der Verf. unter der obengenannten Geburtzahl 12 Fälle beobachten. Mit einer Ausnahme waren sämtliche Frakturen einseitig und geschlossen und mit mehr oder minder starker Dislokation, die jedoch leicht ausgeglichen werden konnte. Entstanden waren die Brüche fast immer bei operativen Entwicklungen, nur in 2 Fällen von Schädellage kam es einmal zur Spontanfraktur des rechten Oberarms und einmal brach das rechte Schlüsselbein bei der Schulterentwicklung. Nachfragen bei diesen Kindern ergaben, daß es allen Kindern bis auf eines, das schon in der Klinik an Bronchopneumonie gestorben war, sehr gut ging. Die Frakturen waren alle geheilt und auch die Weiterentwicklung der Extremitäten hatte keinerlei Schädigungen erfahren. Schließlich erwähnt der Verf. noch die Verletzungen der peripheren Nerven unter der Geburt, die fast ausnahmslos den Facialis und Brachialis betreffen. Diese sog. Entbindungslähmungen können mechanisch durch 2 Faktoren bedingt sein, einmal durch Druck, im anderen durch Zug. Es sind dieses Wirkungen, die entweder durch die operierende Hand oder das angewandte Instrument mittelbar oder unmittelbar auf den entsprechenden Plexus ausgeübt werden können. Bezüglich des Sitzes der Verletzungen unterscheidet man mehrere Typen: 1. Obere Plexuslähmung (Typus Duchenne-Erb), 2. untere Plexuslähmung (Typus Klumpke), 3. totale, 4. kombinierte, 5. rudimentäre und 6. beiderseitige Lähmung. Lähmungen der unteren Extremitäten, die auf eine Verletzung des Plexus lumbalis beruhen, sind viel seltener. Die traumatische Facialislähmung ist für gewöhnlich einseitig, es handelt sich meist nur um eine Parese, die jedoch schon im ersten Moment erkennbar ist, ihre Prognose ist gut. Im ganzen überblickt der Autor 21 Fälle, bei denen im Anschluß an die Geburt ausgesprochene Lähmungen zu beobachten waren. Davon entfielen 7 Fälle auf Spontangeburt und 14 auf operative Entbindungen. Um Facialislähmungen handelte es sich 3mal (alle nach Zangenentbindungen), in allen anderen Fällen waren es Armlähmungen, und zwar 13 vom Typus Duchenne-Erb, 4 Medianus-Brachialis-Lähmungen und eine untere Plexuslähmung. Beim Überblicken sämtlicher Geburtsverletzungen kommt der Verf. zu folgendem Schluß: Die Impressionen, Frakturen und Lähmungen verursachen — sofern sie rechtzeitig und entsprechend behandelt werden — keine wesentlichen Störungen, weder in der Funktion noch in der Weiterentwicklung.

Roessler (Halle).

Bertino, A.: Relazione di perizia in tema di omicidio colposo per lesioni prodotte dall'uso del forcipe. (Sachverständigenbericht zur Frage der fahrlässigen Tötung durch Zangenverletzung.) (Clin. Ostetr.-Ginecol., Univ., Padova.) Clin. ostetr. 33, 417—431 (1931).

Bei einer 25jährigen Erstgebärenden wurde nach 36stündiger Geburtsdauer mittels Zange ein frishtotes Kind extrahiert. Eine Dammverletzung wurde vom Arzt nach 6 Stunden versorgt. Am nächstfolgenden Tag Temperatur 39°. Der Arzt lehnt infolge äußerlicher Schwierigkeiten die Weiterbehandlung ab und rät zur Spitalsaufnahme. Der ihn vertretende Arzt fand bei der inneren Untersuchung eine Scheidenverletzung

bis in den linken Fornix. 5 Tage nach der Geburt Tod unter Erscheinungen einer diffusen Peritonitis. Anklage gegen den Arzt wegen fahrlässiger Tötung. 3 Sachverständigengutachten widersprechen einander zum Teil. Nach eingehendem Studium gelangt Autor zu folgenden Schlüssen: 1. Patientin starb an den Folgen einer puerperalen Sepsis. 2. In der Behandlung während und nach der Geburt sind Unterlassungen festzustellen, die aber durch die ungünstigen hygienischen Verhältnisse entschuldigt werden. Der Nachweis, daß ohne diese Unterlassungen der Tod nicht erfolgt wäre, fehlt. 3. Auf Grund des Obduktionsbefundes, der Sachverständigengutachten und des Studiums der Prozeßakten tritt Verf. für Straflosigkeit des Arztes ein.

Bianca Steinhardt (Wien).^o

Leff, Morris: Rigor mortis of fetus causing obstruction in delivery, with the report of a case. (Leichenstarre des Fetus als Geburtshindernis. Mitteilung eines Falles.) Amer. J. Obstetr. 22, 317—318 (1931).

Bei einer 32jährigen III-Para am Ende der Gravidität wurde wegen Schlechterwerden der kindlichen Herztöne Forceps angelegt, wobei eine starke Blutung infolge partieller Lösung der Placenta einsetzte. Deswegen wurde der Forcepsversuch aufgegeben und Wendung auf den Fuß mit anschließender Extraktion ausgeführt. Die Extraktion gestaltete sich deswegen so außerordentlich schwierig, weil in der Zwischenzeit eine ungewöhnliche Leichenstarre der inzwischen abgestorbenen Frucht eingetreten war; bei der Extraktion mußte man sich vorsehen, daß durch die fast metallharten Teile des Fetus keine Verletzungen der mütterlichen Organe erfolgten. Heilung glatt.

A. Hirschberg (Berlin).^{oo}

Szenwic, W., und M. Taubenhau: Ruptur der Symphyse und Fraktur des Schambeines während einer Spontangeburt. Ginek. polska 10, 294—302 u. franz. Zusammenfassung 303 (1931) [Polnisch].

Eine 26jährige Multipara mit unbedeutender Beckenverengung erlitt während spontaner Geburt eine Ruptur der Schambeinsymphyse und eine Fraktur des rechten Schambeins, Verletzungen, die durch Röntgenstrahlen festgestellt wurden.

Wachholz (Kraków).

Füth, H.: Zur Frage der willkürlichen Beeinflussung des Geschlechtes beim Menschen. (*Univ.-Frauenklinik., Köln.*) Münch. med. Wschr. 1930 II, 2014—2015.

Der Verf. geht von der aufsehenerregenden Mitteilung Unterbergers aus, nach der durch Anwendung von Natrium bicarbonicum bei Nachweis erhöhter Säurereaktion in der Scheide eine willkürliche Beeinflussung des Geschlechtes herbeigeführt werden soll. Nun glaubt der Verf., wenn die Reaktion des Scheidensekrets eine Rolle für die Geschlechtsentstehung hat, daß dann wenigstens eine Andeutung in den Geburten bei den verschiedenen Reinheitsgraden zum Ausdruck kommen muß; der Reinheitsgrad III weist, wenn auch nur in seltenen Ausnahmefällen, eine alkalische, in der Mehrzahl aber eine schwach saure Reaktion auf (p_H 5,8—6,5). In Betracht kamen 190 in der Klinik entbundene Hausschwangere mit 85 Knaben und 105 Mädchen. Es zeigte sich, daß bei stark saurer Reaktion (R I), die Mädchen überwiegen, bei schwach saurer aber die Knaben. Entscheidend in dieser Sache ist nun natürlich die Frage: Können wir annehmen, daß R I und R III auch zur Zeit der Konzeption vorhanden waren? Auch darüber kann Auskunft gegeben werden. Die Nachprüfungen ergaben doch ein gewisses Festhalten des Organismus an der einmal vorhandenen Scheiden-Sekret-Reaktion. Unter dieser Voraussetzung findet es der Verf. doch auffällig, daß bei stark saurer Reaktion mehr Mädchen und umgekehrt bei schwach saurer oder nahezu amphoterer Reaktion mehr Knaben geboren worden sind. (Vgl. diese Z. 16, 230.)

A. Bock (Berlin).^{oo}

Gött, Theodor: Kann mißlungene Empfängnisverhütung die Frucht schädigen? (*Univ.-Kinderklinik., Bonn.*) Münch. med. Wschr. 1931 II, 1329—1330.

Mitteilung über beobachtete 2 Fälle von verschieden mißgebildet geborenen Kindern gesunder Eltern, die um die Zeit des Zeugungstermines antikonzepzionale Mittel angewendet haben. Verf. ist der Ansicht, daß chemisch wirkende antikonzepzionale Präparate die Spermien teilweise derart schädigen können, daß nicht vollwertige Früchte entstehen.

P. Klein (Prag).^o

Fleming, G. B.: A paper on recognition and treatment of birth injuries in the newly born. (Diagnose und Behandlung von Geburtsschädigungen beim Neugeborenen.) (*Roy. Hosp. f. Sick Childr., Glasgow.*) Brit. med. J. Nr 3688, 481—485 (1931).

Von 8000 Kindern, die im Laufe von $3\frac{1}{3}$ Jahren im Entbindungsheim der Stadt Glasgow geboren wurden, zeigten 350 mehr oder weniger schwere Geburtsschädigungen. Zu diesen rechnet der Verf. allerdings auch Hautschädigungen wie das Caput succedaneum, das immer ohne Dauerschädigung heilt. Ernster sind die Ödeme der Geschlechtsorgane anzusehen, bei

denen Sepsis nicht selten entsteht. Das Cephalhämatom gibt selten zu schweren Störungen Anlaß. Subcutane Nekrosen gibt es in der Nackengegend, an den Schultern und am Gesäß. Sie heilen innerhalb von 5 oder 6 Wochen. Von den Muskeln wird am häufigsten der Sternocleidomastoideus geschädigt. Von den Knochenbrüchen sah der Verf. am häufigsten solche des Schädels, und zwar 16 Fälle, von denen 5 starben. In 9 Fällen handelte es sich um eine Fraktur des Stirnbeins, in 5 Fällen des Scheitelbeines und in je 1 Fall des Schläfen- bzw. des Hinterhauptbeines. Chirurgische Eingriffe bei diesen Brüchen sind in der Regel überflüssig. In 8 Fällen wurden Schlüsselbeinbrüche beobachtet, die immer ohne Hinterlassung einer Deformität heilten. 8 Fälle mit Humerusfraktur verliefen ebenfalls günstig. In der Regel saß der Bruch im oberen Drittel des Knochens. Bei einem Kinde waren beide Humeri gebrochen. Bei 3 Kindern war das Femur gebrochen. In einigen Fällen bestand erhebliche Schwellung einer oder beider Hoden, die rasch und restlos verschwand. In einem Falle wurde eine umfangreiche Schwellung der linken Lendengegend beobachtet, die erst nach 5½ Monaten völlig verschwunden war. Der Urinbefund bei diesem Kinde war normal. Verf. glaubt, daß es sich um einen perirenaln Bluterguß gehandelt hat. Facialisparesen sind meist auf das Anlegen der Zange zurückzuführen. Verf. sah 66 Fälle, von denen 62 in Schädellage und 2 in Gesichtslage geboren wurden. Bei 36 Kindern war die Zange angewendet worden. Die Lähmung verschwand innerhalb 1—2 Wochen. Nur bei einem Fall bestanden sie noch nach 8 Wochen, hier lag wahrscheinlich eine zentrale Lähmung vor. Unter 28 Fällen von Armlähmung zeigten 27 den Typ Erb-Duchenne, in einem Fall waren sämtliche Muskeln des rechten Armes gelähmt. Hier wurde noch nach 10 Monaten keine Besserung festgestellt. 2 Fälle von Lähmungen des Muscul. tibialis anticus wurden beobachtet, von denen einer sicher in Fußlage geboren wurde. Hirnblutungen sind sehr häufig, werden aber nur in einem Teil der Fälle diagnostiziert. Bei 349 Neugeborenen ohne andere Geburtsschädigung fand der Verf. bei 88 Netzhautblutungen. Unter 81 Fällen mit intracranialen Blutungen fand er bei 38 Netzhautblutungen. 23 Neugeborene mit Hirnblutungen starben, bevor der Augenhintergrund untersucht werden konnte. Die Lumbalpunktion ist für die Diagnose der intracranialen Blutungen sehr wichtig; aber da bei der Lumbalpunktion des Neugeborenen sehr leicht Blutgefäße verletzt werden, muß der Liquor stark zentrifugiert werden; ist dann die überstehende Flüssigkeit noch deutlich gelb, dann ist intracraniale Blutung sehr wahrscheinlich. 33 Fälle von Hirnblutungen wurden 1 Jahr lang beobachtet; von diesen entwickelten sich 5 geistig mangelhaft und 4 von diesen zeigten spastische Lähmung eines oder mehrerer Glieder. 1 Kind bekam einen Hydrocephalus und ein anderes eine typische spastische Diplegie. Kochmann (Chemnitz).^o

Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

Wojnicz, Adam: Angeborenes Fehlen von Vagina, Uterus und Ovarien bei einer verheirateten Frau. Ginek. polska 10, 351—352 (1931) [Polnisch].

Bei einer 26jährigen, verheirateten, normal äußerlich entwickelten Frau fand Wojnicz vollständigen Defekt der Scheide, des Uterus und der Ovarien. An Stelle der Scheide befand sich eine flache Einstülpung, die durch den Coitus mit der Zeit entstanden ist. Der Coitus war besonders anfangs schmerzhaft. Wachholz (Kraków).

Macaggi, Domenico, e Leopoldo Sivori: Sulla identificazione chimica della menotossina. (Die chemische Identifizierung des Menotoxins.) (Istit. di Med. Leg., Univ., Genova.) (4. congr. dell' Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.) Arch. di Antrop. crimin. 50, 1547—1568 (1930).

Von den ältesten Zeiten bis heute ist im Volk der Glaube verbreitet, daß das Menstrualblut sowie andere Sekrete menstruierender Frauen giftig oder schädlich seien. Schick und nach ihm Macht und Lubin haben gezeigt, daß Menstrualblut sowie auch Schweiß, Speichel, Urin, Tränen menstruierender Frauen eine toxische Wirkung auf vegetabilisches Protoplasma ausüben, so daß Schick die Hypothese einer toxischen Substanz, die er Menotoxin nannte, aufstellte. Er stellte fest, daß diese Substanz durch Hitze in ihrer toxischen Wirkung kaum abgeschwächt würde. Böhmer konnte durch eine Reihe von Versuchen nachweisen, daß nicht nur Pflanzen, die von Menstruierenden längere Zeit berührt werden, verwelken, sondern daß Menstrualblut auch das Wachstum von Keimen verhindert. Ebenso fand er, daß alle Sekrete menstruierender eine deutliche antifermmentative Wirkung haben. Was die chemische Natur des Menotoxins anbetrifft, so glaubten Siburg und Patzschke [Z. exper. Med. 30 (1913)], daß es mit Cholin identisch sei, da sie im Schweiß menstruierender eine Cholinmenge gefunden hatten, die die normale Menge um das 80—100fache übersteigt. Diese Hypothese wurde aber von anderen Forschern widerlegt. Dagegen wurde eine erhöhte Tätigkeit der Schilddrüse vor der Menstruation und ein abnorm hoher Jodgehalt im Menstrualblut von einer Reihe von Forschern einwandfrei festgestellt. Das Jod der Schilddrüse zeigt gegen vegetabilisches Protoplasma die gleichen Vergiftungserscheinungen wie Menstrualblut. Das Verhalten gegen tierische Organismen prüften die Verf. an Froschlaichzuchten. Die Entwicklung der Kaulquappen ging in Wasser, das metallisches Jod, organisch gebundenes Jod