

schließend Überblick über die gesetzlichen Bestimmungen zum Schutze des un- und des frühgeborenen Kindes und über die Beurteilung der Lebensfähigkeit. *Lanke* (Leipzig).

Levinson, A., and O. Saphir: Meninges in intracranial hemorrhage of the newborn. (Die Meningen bei den intrakraniellen Blutungen der Neugeborenen.) (*Sarah Morris Hosp. f. Childr. a. Dep. of Path., Nelson Morris Inst. f. Med. Research, Michael Reese Hosp., Chicago.*) Amer. J. Dis. Childr. **45**, 973—984 (1933).

An 45 Fällen von Geburtsblutungen bei Frühgeburten, zum normalen Termin Neugeborenen und Säuglingen wurden besonders die weichen Häute untersucht; es wurden auffallend geringe Reaktionen von seiten des Meningealgewebes gefunden; wohl fanden sich neben den Extravasaten einige Granulocyten, Lymphocyten und endotheliale Zellen, die zum Teil braunes Pigment enthielten (letzteres anscheinend zum Teil auch frei?), aber nirgends Ansätze zu Organisation oder gar Abkapselung, obwohl einige der Kinder mehrere Wochen gelebt hatten. Es bestand in allen Fällen ein erhebliches Ödem, und dies bringt Verf. in Zusammenhang mit dem Fehlen von Organisationserscheinungen, unter Hinweis auf eine Mitteilung von Hatschek, der beim Kephalhämatom ebenfalls in den Fällen mit stärkerem Ödem Ausbleiben der Organisation fand. Der Bluterguß wird also offenbar resorbiert, und darauf bezieht Verf. die Tatsache, daß er so selten klinische Erscheinungen im Gefolge hat. 3 Fälle des Materials betrafen durch Kaiserschnitt Geborene, bei denen ebenfalls meningeale Blutungen vorhanden waren; in diesen Fällen bestand eine Toxikose bei der Mutter, und Verf. nimmt deswegen an, daß die Blutungen ebenfalls toxischer Herkunft seien. 3 andere Kaiserschnittkinder zeigten keinerlei Blutungen. Irgendeine Beziehung zwischen Lungenatelektase und Blutungen der weichen Häute waren nicht nachweisbar, so daß Asphyxie nicht als deren Ursache angesehen werden kann. *Fr. Wohlwill.*

Neugebauer, W.: Ein Fall geburtstraumatischer zentraler Hirnblutung. (*Gerichtl.-Med. Inst., Dtsch. Univ. Prag.*) Med. Klin. **1933 I**, 640—641.

Bei der Obduktion eines 42 cm langen totgeborenen Knaben, bei dem die Austreibungsperiode 24 Stunden gedauert hatte, wurden in der Umgebung der Ventrikel des Großhirns dichtstehende radiär angeordnete Blutungen beobachtet. Das Kleinhirn war durch Blutungen besonders schwer geschädigt, nur das Gebiet der Nuclei dentati war weniger betroffen. Durch die mikroskopische Untersuchung erwiesen sich diese Blutungen als perivasculäre Blutaustritte.

Autor faßt diese Blutungen als Stauungsblutungen im Sinne Ph. Schwartz auf, als Ausdruck der Ansaugungswirkung beim Durchtritt des kindlichen Kopfes durch den Geburtskanal. Die Aussparung des Gebietes des Nucleus dentatus, dessen Blutabfluß in den Sinus petrosus und nicht in die Vena magna cerebri Galeni erfolgt, spricht für die Richtigkeit der Auffassung von Ph. Schwartz, daß diese Blutungen durch Stauung bzw. Stase im Gebiete der Vena magna cerebri Galeni entstehen. *Marx.*

Davies, Arthur: Mummified baby. (Mumifizierung eines Neugeborenen.) Med.-leg. a. criminol. Rev. **1**, 185—186 (1933).

In einem Pappkarton, unter einem Bette stehend, wird ein mumifiziertes Neugeborenes gefunden. Da Feuchtigkeitzutritt zur Leiche ausgeschlossen war, genügte die ganz geringe Luftzufuhr durch den Karton, der mit Kleidern ausgestopft war, um die bakterielle Fäulnis hintanzuhalten. An der Nabelschnur fand sich eine deutliche Abschnürung, die sich auch, nach Anfeuchtung des betreffenden Abschnittes, in mikroskopischen Präparaten nachweisen ließ. Hieraus ergab sich mit Sicherheit, daß das Kind gelebt hatte. *Landé* (Berlin).

Schranz, Dénes: Schädeluntersuchung bei Neugeborenen. Orv. Hetil. **1932**, 1128—1129 [Ungarisch].

Verf. empfiehlt den Bügelschnitt nach Puppe. Nichts Neues.

P. Fraenckel (Berlin).

Gerichtliche Geburtshilfe.

Spitzer, Walter: Zur Frage der Gefahren des Abortus artificialis. (*Dtsch. Univ.-Frauenklin., Prag.*) Zbl. Gynäk. **1933**, 1530—1534.

In den letzten 5 Jahren kamen 162 Fälle zur Interruption, von denen 37% der Frauen sich im Alter von 23—28 Jahren befand. Es werden die verschiedenen Indikationen angegeben, aus denen heraus die Unterbrechung vorgenommen wurde: 56,6%

entfallen davon auf vorhandene Erkrankungen des Respirationstraktes. Verheiratet waren 75%, ledig 25% der Frauen. Weitere genaue Angaben werden über das Alter der Schwangerschaft zur Zeit der Unterbrechung gemacht. Nur 42% betrug die Zahl der frühen Graviditätsmonate, 48% kommen auf schon fortgeschrittenere Graviditäten. In 17,8% traten nach der vorgenommenen Interruption Infektionen auf, in 1,8% Uterusverletzungen, in 0,6% gefährlichere Blutungen bei der Operation, Komplikationen von seiten der Adnexe und Parametrien wurden nur insofern gesehen, als in 3% eine größere oder kleinere Druckschmerzhaftigkeit ohne tastbare Veränderungen festgestellt wurde. Die Mortalität war gleich Null, abgesehen von 3 Fällen, bei denen der Tod auf das Grundleiden zurückgeführt werden muß. In 48,1% der Fälle kam die einzeitige instrumentelle Unterbrechung in Anwendung. Sie wurde beschränkt auf die Fälle der 3 ersten Schwangerschaftsmonate. Die Salbenmethode wurde nicht angewendet wegen der befürchteten Luftembolie.

Derichsweiler (Dresden).

Zweifel, Alfred: Beiträge zur Frage: Abortus und Trauma unter Berücksichtigung des traumatisch bedingten Partus praematurus. Bearbeitet auf Grund des Materials der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt. Basel: Diss. 1933. 108 S.

Zusammenstellung von 100 Fällen traumatischen Abortus auf Grund des Materials der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt aus den Jahren 1925—1929. Laut Entwurf zu einer neuen Unfalldefinition in der Schweiz gilt als Unfall ein unvorhergesehenes, außergewöhnliches äußeres Ereignis, das in einem bestimmten Zeitpunkt, ganz unabhängig vom Willen des Betroffenen, eintritt und plötzlich oder während verhältnismäßig kurzer Dauer auf den Körper einwirkt. Nur vom Beginn der schädigenden Einwirkung wird verlangt, daß er ein plötzlicher sei; jedoch der Fruchtabgang selbst muß nicht plötzlich sein. Nur wenn, unter Vorbehalt eines Spontanabortus oder eines kriminellen Abortus, sich nach dem angeschuldigten Unfall eine lückenlose Reihe von Zwischenerscheinungen an die primären Untersuchungssymptome angeschlossen hatte, läßt sich mit einiger Sicherheit ein Kausalzusammenhang zwischen Trauma und Fruchtabgang annehmen, wobei durch sichtbare Traumaspuren die Beweiskette geschlossen ist. Die Unterbrechungssymptome müssen unmittelbar nach dem Trauma eingesetzt haben. Von großer Wichtigkeit ist die Feststellung, daß das angeschuldigte Trauma geeignet war, einen Abortus zu bewirken. In vielen Fällen spielen angeborene und erworbene Prädisposition zu vorzeitiger Schwangerschaftsunterbrechung eine Rolle, Anomalien des Uterus, fehlerhafter Sitz der Placenta, postoperative und narbige Veränderungen nach vorangegangenen Geburten, Veränderungen des Eies, sowie schwere akute und viele chronische Erkrankungen der Schwangeren. Die Wirkungsmöglichkeiten des Traumas auf die Frucht sind verschieden: Platzen der Eibläse, Ablösung des Eis. Das Hauptkontingent aller traumatischen Schwangerschaftsstörungen stellt das nicht penetrierende Trauma und von diesem dasjenige durch Quetschung und Körpererschütterung. Rund ein Viertel der Fälle betreffen Schwangerschaftsunterbrechungen durch intraabdominelle Drucksteigerung, einen beachtenswerten Platz nimmt das psychische Schwangerschaftstrauma ein. Auch der geschlechtliche Verkehr während der Gravidität hat eine große, bisher zu wenig beachtete kausale Bedeutung für die Schwangerschaftsunterbrechung. Die Widerstandskraft der Schwangeren gegen äußere Einflüsse ist für das Eintreten des Abortus ausschlaggebend. Eine systematisch durchgeführte Erhebung der Anamnese und eine gewissenhafte Untersuchung erlauben eine einheitliche und gerechte Beurteilung der Fälle. De lege ferenda wäre zu wünschen, die schwangeren arbeitenden Frauen auch während der Zeit der größten Unterbrechungsgefahr (2. und 3. Schwangerschaftsmonat) von der Erwerbsarbeit zu dispensieren.

Schönberg (Basel).

Haselhorst, G., und G. Schaltenbrand: Vergiftung mit Seifenseife bei Abtreibungsversuchen und im Tierexperiment. (*Frauenklin. u. Nervenklin., Univ. Hamburg.*) Z. Geburtsh. 105, 398—436 (1933).

Auf Grund der klinischen sowie pathologisch-anatomischen Befunde bei einem

beobachteten Fall von schwerer Schmierseifenintoxikation nach Abtreibung mit Exitus nach 3 Tagen und Versuchen an Hunden, die im Prinzip dieselben pathologisch-anatomischen Veränderungen in den wichtigsten Körperorganen hervorriefen, wie bei der Patientin, kommen Verff. zu folgenden Resultaten. Bei Abtreibungsversuchen mit intrauterinen Injektionen von Seifenlösungen (Schmierseife) gelangt nicht selten Seife in die Blutgefäße des Uterus und damit in den Gesamtorganismus. Die Wirkung der Seife hängt neben der absoluten Menge in erster Linie von der Geschwindigkeit ab, mit der die Seife in die Blutbahn eintritt, d. h. von der Menge in der Zeiteinheit. Kleinere Seifenmengen, etwa bis 0,02 g pro Kilogramm Körpergewicht, werden ohne ernstere Gesundheitsstörungen vertragen. Größere Seifenmengen, etwa 0,02—0,2 g pro Kilogramm Körpergewicht, verursachen bereits erhebliche Schädigungen, klinisch: Krankheitsgefühl, Benommenheit, Erbrechen, Durchfälle, Oligurie, Hämoglobinämie und -urie, Anämie, Ikterus und eine Kreislaufschwäche, pathologisch-anatomisch: Blutungen und Zeichen von Blutabbau, ferner degenerative Veränderungen in Nieren, Gehirn, Lungen und Leber. Noch größere Seifenmengen, also mehr als 0,2 g pro Kilogramm Körpergewicht, werden, falls sie langsam oder fraktioniert in die Blutbahn geraten, ebenfalls noch ertragen. Sie verschlimmern naturgemäß das Krankheitsbild. Treten sie dagegen schnell, d. h. in wenigen Minuten, in die Blutbahn ein, so können sie eine schwere akute Zirkulationsstörung verursachen und unter Umständen infolge der Bildung eines Blutkoagulums im rechten Herzen den sofortigen Tod herbeiführen (Tierversuch). Es ist wahrscheinlich, daß in einem Teil der Fälle, bei denen man eine Luftembolie nach Abtreibungsversuchen diagnostiziert hat, eine in die Blutbahn eingetretene Seifenlösung die Ursache der Krankheitserscheinungen gewesen ist. Verff. empfehlen daher in Zukunft bei akuten Todesfällen sowohl als auch bei dem Auftreten bestimmter Krankheitserscheinungen nach Abtreibungsversuchen immer auch an die Wirkung von in die Blutbahn eingetretener Seife zu denken. *Klaas Dierks (Jena).*

Glaser, Gerhard: Die Gefahr intrauteriner Fremdkörper. (*Städt. Frauenklin., Stuttgart.*) Dtsch. med. Wschr. 1933 I, 994—996.

Die Erfahrungen von 13 Fällen führen den Verf. zu der Schlußfolgerung, daß die Einführung von Intrauterinpressaren ebenso wie die Injektion von Salben in den Uterus aus der Therapie des Arztes verschwinden müssen. Schwere, oft tödlich verlaufende Infektionen, Beckenzellgewebsentzündungen und Peritonitiden finden sich viel häufiger als bekannt im Anschluß an intrauterine Manipulationen, vor denen auf das Nachdrücklichste gewarnt werden soll. *V. Hiess (Klagenfurt).*

Procopio, Giuseppe Saverio: Relazione di perizia concernente una donna gravida morta per traumi varii che determinarono il distacco intempestivo della placenta, il parto prematuro ed una emorragia gravissima. (Gutachten betreffend eine schwangere Frau, welche infolge verschiedener traumatischer Ursachen starb, bestehend in gewaltsamer Loslösung der Placenta, spontan eintretender Frühgeburt und schwerster Blutung.) (*Scuola Ostetr., Catanzaro.*) Clin. ostetr. 35, 421—427 (1933).

Eine annähernd im 8. Monat schwangere Frau wurde von ihrem Mann so stark gegen den Leib gestoßen, daß sich die Nachgeburt löste, eine Frühgeburt eintrat und eine tödliche Blutung erfolgte. Die Todesursache wurde durch zwei Sachverständige bei der Sektion dahingehend festgestellt, daß es sich um eine Placenta praevia totalis gehandelt hatte, die durch den Stoß mobilisiert wurde, wodurch die starke Blutung und Tod an Verblutung eintraten. Die energisch eingesetzte Therapie war bei diesem Sachverhalt naturgemäß ohne Erfolg, so daß der Tod infolge des diagnostischen Irrtums nicht verhindert werden konnte.

W. Rübsamen (Dresden).

Uebermuth, H.: Schwangerschaft und Aortenruptur. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Zbl. Gynäk. 1933, 1633—1645.

Das zeitliche Zusammentreffen von Schwangerschaft und Aortenruptur ist ein sehr seltenes Ereignis und führt, soweit in der Literatur bekannt ist, immer zum Tod. Bisher sind mit dem hier beschriebenen Fall 8 Fälle bekannt geworden. Es sind meist Erstgebärende, so daß der Schluß berechtigt ist, daß bei den Mehrgebärenden die Aortenveränderungen erst später eingetreten sind. Diese Veränderungen, die meist

auf atherosklerotischer oder syphilitischer Grundlage beruhen, führen zu Aortenrupturen, und zwar immer am Ende der Schwangerschaft, der Zeit der größten Raumbelastung, welche noch durch Aneurysmenbildung vermehrt wird. Raumbelastende Ursachen sind vor allem Hydramnion, großes Kind, straffe Bauchdecken. Hierdurch entsteht eine Verlagerung des Herzens, so daß die großen Gefäßstämme gegenüber dem Herzen abgewinkelt werden. Nun erfährt die an und für sich geschädigte und schon überdehnte Aortenwand eine Richtungsänderung des Blutstromes mit einem erhöhten Anpralleffekt. Nach Überschreitung der Leistungsgrenze aber folgt die Ruptur. Als praktisch ärztliche Schlußfolgerung ergibt sich, daß die sichere Feststellung eines Aortenaneurysma bei einer fröhschwangeren Frau Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft ist.

Odenthal (Bonn).^o

Ikeda, Y., und K. Ikeda: Zur Kasuistik der zentralen Ruptur des Mutterhalses. *Zbl. Gynäk.* 1933, 1878—1879.

Es werden zwei sich ähnelnde Fälle von Öffnungen in der Cervix beschrieben, durch die man mit dicker Sonde in die Uterushöhle gelangte. Beide Male wurde das Os ext. uteri ganz eng, grubchenförmig und intakt angetroffen, obwohl beide Frauen geboren hatten. Aus diesem Befunde ergibt sich, daß die Geburten nicht per vias naturales erfolgten, sondern durch eine Rupturöffnung in der hinteren Uteruswand. Schwierigkeiten bei den Geburten traten nicht auf, so daß die Kranken keine Ahnung von der Bildung eines neuen Muttermundes hatten, der die Funktionen des atrophischen eigentlichen Orificium übernahm. Die einwandfreien Ursachen für diese traumatischen Verletzungen konnten Verf. nicht exakt erforschen. *Zietzschmann* (Bremerhaven).^o

Ransoné, Hans: Über akute Todesfälle bei totalem Prolaps. (*Univ.-Frauenklin., Bonn.*) Bonn: Diss. 1932. 41 S.

48jährige Frau, mit entzündetem Totalprolaps, Nieren- und Bauchfellreizung eingeliefert, stirbt nach 5 Tagen, trotz Reposition des Prolapses. Die Sektion ergibt allgemeine Peritonitis, septische Milz, beiderseitige Hydronephrose. Portio entzündlich geschwollen, eitrig infiltriert. Bronchopneumonie. Die Blase war in den Prolaps mit einbezogen gewesen. Anführung einiger weiterer Todesfälle aus der Literatur. *G. Strassmann* (Breslau).

Busch, August: Zur Frage der Abgrenzung zwischen Totgeborenen und Fehlgeburten. (*Statist. Amt, Frankfurt a. M.*) *Gesdh.fürs. Kindesalt.* 7, 428—430 (1932).

Laut Reichsgesetzblatt vom 6. I. 1932 sind Totgeburten Früchte von mindestens 35 cm Länge, bei denen die natürliche Lungenatmung nicht eingesetzt hat, und Fehlgeburten totgeborene Früchte, die weniger als 35 cm lang sind. Die Annahme, daß aus wirtschaftlichen Gründen heute Frühgeburten, welche an der Grenze der Lebensfähigkeit stehen, häufiger als früher zu Meldung kommen, und daß hierdurch die statistisch erfaßte Zahl der Frühgeburten und diejenige der Totgeburten erhöht werde, erwies sich bei statistischer Nachprüfung an 5 deutschen Städten als irrig.

Gesenius (Berlin).^o

Torchiana, Fabio: Lesioni viscerali emorragiche del neonato nel parto spontaneo ed operativo. (Viscerale hämorrhagische Veränderungen des Neugeborenen bei spontaner und operativer Geburt.) (*Istit. Ostetr.-Ginecol., Univ., Genova.*) *Fol. gynaec.* (Genova) 30, 149—220 (1933).

Die hämorrhagischen Erkrankungen des Neugeborenen sind nach ihrem Sitz in endokranielle und solche des Brust- und Bauchraumes zu unterscheiden. Die ersteren sind infratentoriell oder supratentoriell, Frühgeburt, Geburtstrauma, Schultzesche Schwindungen wirken verursachend. Die thorakischen Blutungen können die verschiedenen Organe des Brustraumes betreffen, ebenso die intraabdomiellen die Bauchorgane. Die Diagnose, Prognose und Therapie werden kurz besprochen. Ein eigenes Kapitel behandelt die visceralen Läsionen durch direktes Trauma, nach Asphyxie und nach mütterlicher Toxikose, immer vom Standpunkt des Geburtshelfers. Von mütterlichen Ursachen direkten Traumas spielen Beckenverengung, Atonie des Uterus, von fetalen Momenten Makrosomie, Prä maturität, endlich spielt der operative Partus, die Geburt in Beckenlage eine Rolle. Es folgt ein pathologisch-anatomisches Schema der

endokraniellen Läsionen, deren Ätiopathogenese und Symptomatologie besprochen werden, und eine kurze Behandlung der intraspinalen Blutungen. Alle Abschnitte werden durch anatomische Beispiele illustriert. *Neurath (Wien).*°

Wahl, F. A.: Über intrauterine Verletzungen, die sich Zwillinge gegenseitig zufügen. (*Univ.-Frauenklin., Marburg a. d. Lahn.*) Zbl. Gynäk. 1933, 1986—1990.

Auf Grund von Beobachtungen an 2 Fällen von Zwillingsgeburten zeigt Wahl in einer durch Abbildungen erläuterten Arbeit die Möglichkeit und den Modus der Entstehung intrauteriner Verletzungen an den Früchten. Er unterscheidet dabei neben dem hydraulischen Druck noch den Fruchtwirbelsäulendruck oder konzentrierten Druck, der mit dem hydraulischen in Wechselwirkung steht. Beide Drucke sind in ihrer Wirkung auf die Früchte bei bestimmten Lageverhältnissen für die Entstehung der beobachteten intrauterinen Verletzungen verantwortlich zu machen.

Günther Deppe (Hildesheim).°

Lardi, Francesco: Fetale intrauterine Skeletierung. (*Univ.-Frauenklin., Basel.*) Zbl. Gynäk. 1933, 1468—1470.

Fetale intrauterine Skeletierung kommt zustande durch Granulationsgewebe, durch Maceration und durch Fäulnis, am häufigsten, wenn bei fehlerhafter instrumenteller Ausräumung des Uterus Teile der Frucht zurückgeblieben sind. Die Retention fetaler Knochenstücke kann ganz symptomlos bleiben, sehr oft ruft sie aber starke, verlängerte Perioden, Dysmenorrhöen, gelblichen, übelriechenden Ausfluß, sowie chronische Metroendometritis hervor.

Verf. berichtet über einen Fall, bei dem nach einer Abortausräumung vor 2 Jahren scharfe Knochenstücke im Uterus zurückgeblieben sind. Wegen Dyspareunie, Sterilität und Coitusbeschwerden wurde der Arzt konsultiert. Durch vordere Hysterotomie wird eine Revision des Cavum uteri vorgenommen und ein drittes Knochenstück aus dem Isthmus entfernt, nachdem vorher schon zwei Knochenstücke mit der Pinzette aus dem Cervicalkanal gezogen waren.

L. Waldeyer (Berlin).°°

Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

Arndt, L.: Geschlechtskrankheit und Haftpflicht. Z. ärztl. Fortbildg 30, 421 bis 422 (1933).

Eine gesetzlich begründete Strafbarkeit besteht nach deutschen Recht hinsichtlich ansteckender Krankheiten nur für Geschlechtskrankheiten, was in ihrem Wesen begründet liegt. Die gesetzliche Grundlage findet sich im Strafgesetzbuch, wonach eine Ansteckung als Körperverletzung bestraft werden kann, ferner im Reichsgesetz zur Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten von 1901 und vor allem im Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1927. Nach letzterem ist auch eine Gefährdung durch einen Geschlechtskranken, indem er Verkehr ausübt, strafbar. Eine Haftung besteht jedoch nur bei erfolgter Ansteckung. Nach dem Strafgesetzbuch steht jedem, der eine Körperverletzung erlitten hat, das Recht zu, eine Buße zu fordern, womit jedoch alle weiteren Entschädigungsansprüche entfallen; deshalb werden gewöhnlich solche in einem Zivilprozeß auf Grund des § 823 BGB. (Haftpflicht für die Folgen einer unerlaubten Handlung) verfolgt. Strafverfolgung wegen geschlechtlicher Ansteckung gab es nach der Kriminalstatistik in den Jahren 1923—1925 durchschnittlich etwa 350 jährlich, wobei es in etwa 650 Fällen zur Verurteilung kam. Die Angeklagten waren in überwiegender Anzahl weiblichen Geschlechts, und zwar meistens Prostituierte. Haftungsansprüche waren meistens erfolglos, da die Mehrzahl der Verurteilten mittellos waren. Die Frage, ob Haftpflicht auch dann besteht, wenn der Täter das Bestehen der Geschlechtskrankheit nicht kannte, wird von den Gerichten verschieden beurteilt. Bei früher bestehender Geschlechtskrankheit, die nach Urteil des Arztes als geheilt zu betrachten war, ohne wirklich geheilt gewesen zu sein, kann ein Rückgriff auf den Arzt in Frage kommen. Der Einwand, jemand werde von der Haftpflicht befreit, wenn die angesteckte Frau mit mehreren Männern verkehrt habe, ist rechtsirrtümlich; vielmehr haften alle Männer solidarisch, wie das Reichsgericht entschieden hat. Die