

[Ein Koch scheint dafür als Träger der Keime verantwortlich zu sein.] (*École de Méd. et de Pharmacie, Rouen.*) Arch. Méd. mil. **99**, 673—675 (1933).

9 Mann einer Artillerieabteilung erkrankten plötzlich unter Vergiftungserscheinungen. Am folgenden Morgen betrug die Zahl 44, fast ein Drittel der gesamten Mannschaft (150). Die meisten gesunden in 48 Stunden. Bei 2 der Erkrankten gelang die Feststellung, daß es sich um Paratyphusbacillen der Type B handelte. Die Untersuchung, die sich auch auf den Versuch mit Kaninchen erstreckte, ergab, daß die Bacillen übereinstimmten. Im weiteren Verfolg wurde festgestellt, daß die Vergiftung von Bohnen ausgegangen war, und einer der 3 Köche der Bacillenträger war. Der Fall zeigt, welche Rolle gesunde Bacillenträger bei der Ätiologie der Nahrungsmittel spielen. *Wilcke (Göttingen).*

● **Willführ, Fromme und Hayo Bruns: Nahrungsmittelerkrankungen durch Enteneier.** — **Fürth, E., und K. Klein: Neue Feststellungen über die Entstehungsursache von Enteritis-Gruppenerkrankungen (Enteritis und Entenei).** — **Müller, Otto, und Johannes Rodenkirchen: Über Lebensmittelinfektionen durch Bacillus ent. Gärtner in Mülheim-Ruhr 1930—1932.** (Veröff. Med.verw. Bd. **39**, H. **3**.) Berlin: Richard Schoetz 1933. 47 S. RM. 2.—

Gegen Ende Oktober 1931 erkrankten in Witten eine Reihe von Personen unter den Erscheinungen einer Gastroenteritis, als deren Ursache Enteritis Breslau-Bacillen im Stuhl der Erkrankten nachgewiesen werden konnten. Weitere ähnliche gruppenweise Erkrankungen gelangten bis zum Herbst 1932 in dem Bereich Rheinland-Westfalen an verschiedenen Stellen zur Beobachtung; insgesamt erkrankten 143 Personen in 25 verschiedenen Gruppen (darunter 2 Todesfälle). In 99 Fällen konnten Enteritisbacillen (Breslau bzw. Gärtner) festgestellt werden. Die sehr eingehenden Untersuchungen führten zu dem Ergebnis, daß als Träger der Krankheitserreger die verschiedensten Nahrungsmittel (Kartoffel-, Heringssalat, Hackfleisch usw.) ermittelt bzw. wahrscheinlich gemacht wurden, zu denen Enteneier verwendet waren, insbesondere häufiger holländische Kalkenteneier. — Fürth und Klein berichten über mehrere in einem Düsseldorfer Krankenhaus bzw. in der Frauenschule einer größeren Anstalt im November 1931, im April und Mai/Juni 1932 beobachtete Enteritis-Gruppenerkrankungen, die mit größter Wahrscheinlichkeit ursächlich auf den Genuß von Enteneiern zurückgeführt werden müssen. Die epidemiologischen Feststellungen, die bakteriologischen und serologischen Untersuchungsbefunde sowie die Ergebnisse der Untersuchungen von Eiern künstlich infizierter Enten werden ausführlich mitgeteilt. — Auch in Mülheim-Ruhr und den angrenzenden Gebieten kamen, wie Müller und Rodenkirchen mitteilen, in den Jahren 1930—1932 Bac. enteritidis Gärtner-Infektionen durch Lebensmittel — Milch, Fleisch und im letztgenannten Jahre durch Enteneier — zur Feststellung, über die unter Beigabe eines Ortsplanes, aus dem die Verteilung der Fälle ersichtlich ist, berichtet wird. *Bierotte (Potsdam).*

### Gerichtliche Geburtshilfe.

**Seitz, L.: Schwangerschaft und Unfall.** (8. Jahrestag. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Frankfurt a. M., Sitzg. v. 8.—9. IX. 1933.) Arch. orthop. Chir. **34**, 177—189 (1933).

Erleidet eine Schwangere einen Unfall, so kann sie selbst, aber auch die Frucht geschädigt werden. Schädigung der Frucht kann zunächst eintreten, wenn die Funktion lebenswichtiger mütterlicher Organe ganz oder teilweise außer Tätigkeit gesetzt wird. Traumen kommen aber auch erst indirekt bei der Frucht zur Auswirkung. Verteilt die Zeit der Schwangerschaft in 2 Abschnitte, von denen der erste die Zeit bis zum Ende des 4. Monats umfaßt, der zweite die übrige Zeit, insbesondere die letzten 3—4 Monate. Wird die Frucht innerhalb der ersten 4 Monate spontan ausgestoßen, so gehen in der Regel Eihäute, Placenta und Fetus zusammen ab; oft ist die Eiblaste noch erhalten. In den ersten Monaten treten häufig Störungen des Appetits, Erbrechen, Ptyalismus usw. auf. In dieser Epoche tritt schon unter normalen Verhältnissen häufig Abortus ein. Das Maximum aller traumatischen Schwangerschaftsunterbrechungen

entfällt auf die ersten 4 Monate, den höchsten Prozentsatz weist der 3. Monat auf. In den ersten 4 Monaten kommen als Ursache des Abortus hauptsächlich allgemeine Erschütterungen des Körpers (Sturz, Reiten, Fahren auf holperigen Wegen), plötzliche starke Erhöhung des intraabdominellen Drucks (schwere Arbeit), psychische Traumen (starker Schrecken, Angst, Aufregung, Ekel) in Betracht. Mitunter wird andauerndes Fahren auf dem Soziussitz eines Motorrades als Abortivum benutzt. Die Wirkung psychischer Traumen hängt besonders von der Affektivität und Ansprechbarkeit des Individuums ab. Im allgemeinen wird Trauma zu häufig als Ursache des Abortus angesehen. Erst dann, wenn der Arzt durch genaue Schilderung des Unfalls, sorgfältige Erhebung der Anamnese und Feststellung des objektiven Befundes den Eindruck gewinnt, daß Unfall und Blutung in ursächlichem Zusammenhang stehen können, ist der Fall unfalltechnisch weiterzubehandeln. Bei spontanem oder traumatischem Abortus ist fast nie Fieber. Verletzungen, sehr starke Blutungen, längere Dauer eines blutigserösen Ausflusses, lange Retention des Eies sprechen im allgemeinen für Abtreibung. Es kann auch ein zufälliges Zusammentreffen von Abortus und Trauma vorkommen, der Abortus eine andere Ursache haben. Im allgemeinen ist man berechtigt, eine Allgemeinerkrankung der Mutter oder lokale Veränderungen an den Genitalien als Ursache des Abortus anzusehen, wenn das Trauma nur leicht war. Sicher ist diese Annahme, wenn bereits vor dem Unfälle Blutabgang oder andere Zeichen eines drohenden Abortus bestanden. Auch Erkrankungen der Frucht können Ursache des Abortus sein, weshalb das abgegangene Ei bzw. die abgegangene Frucht womöglich zu untersuchen ist. Mitunter können auch leichtere Unfälle einen Abortus herbeiführen. Hier spielen individuelle Verhältnisse eine Rolle. Je früher sich nach dem Unfälle klinische Zeichen eines drohenden Fruchtabgangs einstellen, um so eher darf man einen ursächlichen Zusammenhang annehmen. Eine Zurückhaltung der Frucht über 2 Wochen ist selten. Bei Extrauterinschwangerschaft ist eine Gewalteinwirkung, die zum Aufbruch der Fruchtkapsel geführt hat, nur eine Gelegenheitsursache. In der 2. Hälfte der Schwangerschaft besteht die Gefahr eines Unfalls in der größeren Verletzbarkeit des hochschwangeren Körpers im allgemeinen und in dem Exponiertsein des vergrößerten Uterus im besonderen. Haut und Unterleibsorgane zeigen durch die starke Auflockerung der Gewebe eine vermehrte Disposition zu Blutungen und Zerreißungen. Am meisten gefährdet ist der hochschwängere Uterus. Wenn nach einem Unfälle die Blase gesprungen ist und nachträglich eine vorzeitige Ausstoßung der Frucht erfolgt, so ist die äußere Gewalteinwirkung als Ursache anzusehen. Besonders leicht verletzbar ist auch die Placenta; es kommt leicht zur Ablösung oder Durchreißung derselben. Wenn im Anschluß an eine stärkere stumpfe Gewalt in den nächsten Tagen Blutung eintritt und schmerzhafte Kontraktionen sich einstellen, so ist ein ursächlicher Zusammenhang anzunehmen. Verhältnismäßig selten wird durch stumpfe Gewalt der Fetus selbst verletzt. Am widerstandsfähigsten ist die Uteruswand.

*Dittrich (Prag).*

**Hein, Franzkarl: Über die Zuverlässigkeit der Friedmannschen Schnellreaktion für die Diagnose der Schwangerschaft. (Univ.-Frauenklin., München.) Münch. med. Wschr. 1933 II, 1687—1688.**

In einer Serie von 65 Schwangerschaftsreaktionen mit der Friedmannschen Schnellmethode (intravenöse Injektion von 10 ccm Morgenurin in juvenile Kaninchen von 1700—2200 g, Ablesung der Reaktion nach 24 Stunden) ergaben sich 7 Versager = 11% insofern, als die Reaktion nach 24 Stunden noch negativ war und erst nach 48 Stunden an den Ovarien die für die Diagnose notwendigen Blutungen eingetreten waren. Das veranlaßt Verf. zu folgenden Forderungen: 1. die Tiere sollen nicht viel über 2000 g wiegen. Eine Differenz von 10% darüber oder darunter spielt keine Rolle. 2. Es müssen immer gleichzeitig 2 Tiere von annähernd gleichem Gewicht in Versuch gegeben werden. 3. Wenn man ein Tier nach 24 Stunden tötet oder laparotomiert, kann man den positiven Ausfall der Reaktion verwerten. 4. Bei negativem Ausfall

der Reaktion nach 24 Stunden ist das Resultat noch nicht verwertbar. Man muß unbedingt erst den Ausfall der Reaktion nach 48 Stunden abwarten. 5. Nach Ablauf von 48 Stunden ist das Ergebnis am 2. Tier immer verwertbar gleichgültig, ob positiv oder negativ.

*Anselmino* (Düsseldorf).<sup>o</sup>

**Tietze, K.: Über periodische nicht menstruelle Blutungen.** (23. Vers. d. Dtsch. Ges. f. Gynäkol., Berlin, Sitzg. v. 11.—14. X. 1933.) Arch. Gynäk. 156, 35—39 u. 46 bis 66 (1933).

Bei Follikelpersistenz mit glandulärer Hyperplasie des Endometriums kommt es in seltenen Fällen nicht zu der gewöhnlichen einmaligen Dauerblutung, sondern zu periodisch auftretenden Dauerblutungen oder gar zum klinischen Bilde der Menorrhagien. Diese Erscheinung wird durch die Annahme erklärt, daß immer wieder die Follikel kurzfristig — nicht sehr lange, wie bei den bekannteren Fällen — persistieren (kurzfristige Rezidive). „Ein Follikel reift, platzt nicht, persistiert vielleicht einige Tage über die Zeit und atresiert. Das in der Zeit der Persistenz hyperplasierte Endometrium nekrotisiert stellenweise, und es blutet; in der nächsten Periode wiederholt sich der Vorgang bis zur Atresie und Blutung und so fort.“ Verf. hat unter 466 Fällen von Follikelpersistenz 31 des periodischen Typus gefunden.

*P. Fraenckel.*

**Keller, R.: Les dangers des pessaires intrautérins.** (Gefahren der intrauterinen Pessare.) Gynéc. 32, 417—431 (1933).

Die i. P. wurden aus antikonzptionellen Gründen von Ärzten, Hebammen und illegalen Personen eingelegt, meist ohne die Frauen auf die Gefahren aufmerksam gemacht zu haben. Verf. führt die in Frage kommende Literatur an und erwähnt besonders eine Arbeit von Reist (Zürich). Dieser beobachtete 385 Fälle von i. P. und publizierte die durch die Einlage der i. P. verursachten Schäden (17 Todesfälle an Peritonitis und Sepsis, 70 eitrige Adnex- und Parametrienentzündung, 30 Peritonitiden, 62 fieberhafte Aborte (Gravidität trotz P.!) und Perforationen in Uterus, in Blase und Douglas, Endometritiden, Metropathien usw.). Verf. führt 6 eigene Beobachtungen an, darunter ist ein Todesfall.

Die 47jährige Frau erkrankte plötzlich während der Menstruation an heftigen Unterleibsschmerzen, Temperatur. Gynäkologisch bestand ein rechtsseitiger Adnextumor, Pelveo-Peritonitis, die sich in eine diffuse Peritonitis verwandelte. Trotz Laparotomie und Drainage erfolgte der Exitus. Die Ursache war eine Stauung im Cavum uteri durch ein i. P. Die anderen 5 Fälle zeigen eine ähnliche Anamnese; sie wurden aber alle gerettet.

Alle Krankheitsbilder waren ernst und schwer und standen in längerer fachärztlicher Behandlung (Kasuistik siehe Original). Der normalerweise vollkommen abschließende Cervixschleimpfropf wird durch die mechanische Einführung des Pessars zerstört, dadurch fällt diese Schranke fort. Die Branchen des Pessars drücken beiderseits an die Uteruswand, erzeugen durch den mechanischen Reiz Exsudation, bei langem Liegen sogar Decubitalgeschwüre. Bleibt das Pessar in diesem Zustand noch während der Regel liegen und verhindert, daß das Blut nach außen abfließen kann, so tritt eine Stauung in diesem schon vorher entzündlichen Raum ein. Der Inhalt wird an dem Orte des geringsten Widerstandes, nämlich durch das Tubenlumen, hindurchgepreßt, und das Krankheitsbild des entzündlichen Adnextumors und der Peritonitis beginnt. Besonders gefährlich ist das i. P., wenn es bei einer bisher unbekannt gebliebenen, beginnenden Gravidität eingelegt wird. Etwas ganz anderes ist das i. P. zur Behandlung der weiblichen Sterilität, das nur vorübergehend, operativ in den Cervicalkanal eingeführt wird. Verf. beschreibt die Methoden von Douay, d'Iribarne und die Modifikation von Nassauer, das bekannte „Fructulet“, und gibt die dazu nötigen Vorsichtsmaßnahmen. Zusammenfassend warnt Verf. noch einmal vor den gefährlichen i. P. (Vgl. diese Z. 5, 681 [Reist].)

*H. Kirchhoff* (Kiel).<sup>oo</sup>

**Sjövall, Alf: Ein Fall von Intrauterinpessar bei der Geburt eines ausgetragenen, lebenden Kindes.** (Univ.-Frauenklin., Lund.) Zbl. Gynäk. 1933, 2598—2599.

Beschreibung eines Falles, bei dem trotz eines Intrauterinpessars, das aus einer 3,5 cm langen Spiralfeder, die oben in einem birnenförmigen Knopf von 1 cm auslief und unten an

einer zirkelrunden Platte mit leicht aufgebogenen Rändern befestigt war, eine Schwangerschaft zustande kam. Vor der Geburt wurde das Pessar ausgestoßen. *Franken (Freiburg).* °°

**Redenz, Ernst: Der Geburtsverlauf bei alten Erstgebärenden.** (*Staatl. Frauenklin., Danzig-Langfuhr.*) Zbl. Gynäk. 1934, 331—344.

Die vorliegende Arbeit hat hauptsächlich geburtshilfliches Interesse. Immerhin werden in derselben auch einzelne forensisch bedeutungsvolle Momente berührt. Sie betreffen die Ursachen des intrauterinen Todes der Frucht, sowie die Ursache des Todes Neugeborener. Verf. macht einen Unterschied zwischen älteren (30. bis 35. Lebensjahr) und alten Erstgebärenden (vom 36. Lebensjahre an). Späte Erstgeburten schließen gewisse Gefahren in sich. Zu operativen Eingriffen geben vor allem Wehenschwäche und Asphyxie des Kindes Anlaß. Die zunehmende Operationsfrequenz bei alten Erstgebärenden weist auf eine funktionelle Minderwertigkeit der Generationsorgane hin, sie steigt mit zunehmender Geburtsdauer. Ein wesentlicher Grund der verlängerten Geburt bei alten Erstgebärenden ist in den Weichteilschwierigkeiten zu suchen, die oft zu vorzeitigem Blasensprung führen. Häufig treten Damm-, Scheiden- und Cervixrisse auf. Die Kinder alter Erstgebärender sind äußerst gefährdet. Lange Geburtsdauer und rigide Weichteile der Mutter führen häufig zu Asphyxie. Solche Kinder sind auch später noch durch die schwere Geburt gefährdet. Kinder alter Erstgebärender sind doppelt so gefährdet als Kinder älterer. Man kann annehmen, daß das Gewicht der im späteren Alter geborenen Kinder etwas zunimmt. Verf. stellt die Forderung auf, daß für Erstgebärende über 35 Jahren Arzt- und Klinikentbindung zur Pflicht gemacht werde. *Dittrich (Prag).*

**Athenstaedt, Fritz: Beitrag zur Ätiologie der Uterusruptur.** (*Univ.-Frauenklin., Königsberg i. Pr.*) Zbl. Gynäk. 1934, 279—285.

Verf. beschäftigt sich mit der Frage, ob die Rundzelleninfiltration, die man mitunter in der Umgebung von Gebärmutterrissen findet, entzündlicher Natur ist und als Ursache der Ruptur angesehen werden darf. Verf. hat in dieser Richtung 10 Fälle histologisch untersucht. In 5 Fällen fand sich nur an der Rißstelle Rundzelleninfiltration, in der Nähe des Risses am stärksten, peripherwärts schnell abnehmend, nicht an anderen Stellen der Uteruswand. Die Infiltration kann deshalb nach Verf. nur als Folge des Risses, als Reaktion des Gewebes auf die bereits eingetretene Ruptur aufgefaßt werden, nicht als ihre Ursache. Zum Zustandekommen der Infiltration gehört ein längerer zeitlicher Zwischenraum zwischen Eintritt der Ruptur und Operation. *Dittrich (Prag).*

**Madžuginskij, A.: Über Uterusperforation bei künstlichem Aborte.** *Ginek. Nr 1/2, 33—41 (1933) [Russisch].*

Sehr wichtige Arbeit sowohl hinsichtlich des publizierten statistischen Materials als auch wegen der prinzipiellen Stellungnahme zur Frage der Behandlung der Uterusperforation. Nach der Sammelstatistik des Ukrainischen Gynäkologen-Kongresses 1927 betrug die Zahl der Perforationen (P.) 0,23% der Gesamtzahl der künstlichen Aborte (k.A.). Nunmehr können neue, erheblich umfangreichere Statistiken publiziert werden. 1929: Sammelstatistik eines Teiles der Moskauer Frauenkliniken. Auf 62000 k.A. kamen 45 P. oder 1 P. auf 1330 k.A. = 0,07%. Kein Todesfall. In der III. Moskauer Frauenklinik kamen um dieselbe Zeit auf 21500 k.A. 9 P. oder 1 : 2400 = 0,04%. 1930: Seit Legalisierung des Abortes bis zum Jahre 1930 wurden an 12 Moskauer Frauenkliniken 135000 k.A. ausgeführt. 76mal kam es zu P. In weiteren 20 Fällen wurden P. vermutet, in Summa 96 P. oder 1 : 1510 = 0,07%. 1931 kamen auf 86000 k.A. der Moskauer Frauenkliniken 31 P. oder 1 : 2788 = 0,04%. Kein Todesfall. Seit Legalisierung des Abortes kamen auf 221000 k.A. 127 P. oder 1 auf 1740 = 0,058%. Nicht so gut sind die Resultate, wenn die Statistiken aus der Provinz zum Vergleich herangezogen werden. In 14 Krankenhäusern von 12 gr. Städten in der Umgebung von Moskau kamen 1930 auf 55372 k.A. 68 P., d. h. 1 : 814 = 0,1%. Auf 59 kleine Rayonkrankenhäuser kamen 1930 auf 22849 k.A. 37 P. oder 1 : 617 = 0,15%. Von Fachärzten wurden 29719 k.A. ausgeführt, wobei es zu 32 P. = 0,1% kam. Bei den nicht fachärztlich ausgebildeten Rayonärzten waren P. 4mal häufiger. Auf 6408 kamen 24 P. = 0,4%. Werden die sehr günstigen Zahlen für Moskau mit den weniger günstigen aus der Provinz zusammengezählt, so entfallen auf 312000 k.A. 251 P. oder 1 : 1243 = 0,08%. Um die Bedeutung der Uterusperforation als einer geburtshilflichen Komplikation richtig zu werten, werden die aus der Statistik ge-

wonnenen Prozentzahlen mit den Prozentzahlen für eine ähnliche Komplikation aus Ende der Schwangerschaft, die Uterusruptur (R.), verglichen. Mironoff errechnete für Leningrad auf 8000 Geburten 0,05% R. Iwanoff zählte auf 18000 Geburten 0,1% R., Michailoff in einer Sammelstatistik für die ganze Sowjetunion 0,15%, Cholotkowski 0,05%, Kusmin 0,05% Rupturen. Unter Einbeziehung der westeuropäischen Statistiken läßt sich eine mittlere Frequenz der Rupturen von 0,04 bis 0,05% errechnen. Werden diese Zahlen mit den für Moskau 1931 errechneten Werten (0,04%) verglichen, so zeigt es sich, daß Rupturen und Perforationen gleich selten sind. Von 76 P. entfielen 91% aus Korpus-P., 9% aus Cervix-P. Bei 69 Korpus-P. wurde 40mal in die Bauchhöhle hinein perforiert, 29mal in das Lig. latum, wobei es 13mal zur Ausbildung von Hämatomen kam. 47% der P. wurden mit der Curette, 29% mit Hegarstiften ausgeführt. 9mal = 12% wurde Bauchhöhleninhalt hervorgezogen, 5mal mit der Curette, 3mal mit der Abortzange, 1mal mit der Kornzange. Daß so häufig mit der Curette Bauchhöhleninhalt hervorgezogen wurde, lag an einer fehlerhaften Technik. Sie beruht auf dem noch häufig gemachten Fehler, die Curette in utero um 180° zu drehen, eine Manipulation, die vollkommen überflüssig ist. Von großer Bedeutung ist die Frage, wie eine P. zu behandeln ist. Eine unter aseptischen Verhältnissen in einen klinischen Betrieb gesetzte P. ist anders zu werten als eine P. bei kriminellm Abort. Es wurden daher von 76 P. 40 konservativ behandelt. Bei 36 Laparatomien erwies es sich in 21 Fällen als ausreichend, nach Anfrischung der Ränder die Wunde mit Catgutnähten zu versorgen. 10mal mußte die Wunde excidiert werden. In 5 Fällen erwies es sich als notwendig, den Uterus zu exstirpieren. Von den konservativ behandelten Fällen hatten nur 6 längere Zeit höheres Fieber. nach Hause entlassen werden. Bei 20 Frauen fanden sich Reste der überstandenen Entzündung. Kein Todesfall bei beiden Behandlungsarten. 56 Frauen konnten vollkommen gesund Von 68 P. außerhalb Moskaus wurden 28 chirurgisch und 40 konservativ behandelt. Kein Todesfall. Wenn in einzelnen Fällen das konservative Behandlungsverfahren statthaft ist, so soll es trotzdem nicht empfohlen werden. Es bleibt eine Behandlung „im Dunklen“. Die Methode der Wahl ist das chirurgische Vorgehen! Bei 50 Laparatomien konnte festgestellt werden, daß sehr häufig anfänglich optimistische Annahmen über die Geringfügigkeit einer P.-Verletzung sich nicht bestätigen ließen. Häufig wurden schwere Blutungen, Verletzungen von Mesenterialgefäßen und ausgedehnte Serosadefekte erst nach Eröffnung der Bauchhöhle nachgewiesen. Unberechenbar bleibt ferner, ob die Injektion durch die nicht versorgte P.-Öffnung nicht doch einen Weg in die Bauchhöhle findet, sind doch Fälle bekanntgeworden, wo P.-Öffnungen sich überhaupt nicht mehr schlossen. Die Entstehung von Adhäsionen und Gebärmutterverlagerungen kann nur bei chronischem Vorgehen wirksam vermieden werden. Es sollte daher, abgesehen von Perforationen mit der Sonde, auf jegliche konservative Behandlung verzichtet werden. Erfolgte die P. ins Lig. latum hinein, so kann abgesehen von Fällen mit schnell wachsenden Hämatomen konservativ vorgegangen werden. Vielfach wurden nach chirurgisch behandelten P. weitere k.A. komplikationslos überstanden. Auch gelang es in solchen Fällen nicht, die von der P. herrührende Narbe nachzuweisen. Nach erfolgter P. sollte die Ausräumung nur dann abgebrochen werden, wenn die Verletzung mit einem Faßinstrument erfolgte und Bauchhöhleninhalt vorgezogen wurde. In allen anderen Fällen soll zunächst in aller Ruhe die Ausräumung zu Ende geführt und erst hierauf laparotomiert werden. Auf die Entstehung einer P. hat das Alter der Schwangerschaft anscheinend keinen Einfluß. In der Praxis erfolgen P. am häufigsten bei 8—9 Wochen alten Schwangerschaften. Die Zahl der vorhergegangenen Schwangerschaften hat keinen Einfluß auf die P.-Frequenz. Um die Frage zu klären, ob pathologische Veränderungen der Gebärmutterwand häufig bei P. vorliegen, wurden 9mal histologische Untersuchungen angestellt. 3mal fanden sich keinerlei pathologische Veränderungen, 1mal fand sich eine Adenomyosis, 1mal eine tiefgreifende deciduelle Umwandlung des Myometrium mit ausgedehnten

Lymphangiektasien, 1 mal akut entzündliche Veränderungen, 1 mal chronische Metritis, 1 mal ausgedehnte Gefäßvermehrung und Gefäßwandsklerose, 1 mal Auflockerung der Muskelfasern. Wenn diese Veränderungen auch nicht die alleinigen Ursachen sind, die zur P. führen, so sind sie dennoch als prädisponierende Faktoren anzusehen.

v. Knorre (Riga).<sup>o</sup>

**Cia, Felipe M.: Über kriminellen Abort bei Extrauterin gravidität.** (*Cátedra de Med. Leg., Univ., Buenos Aires.*) *Semana méd.* 1933 II, 682—685 [Spanisch].

Auf Grund von 3 Fällen erörtert Verf. obige Frage. Besonders werden die Gefährlichkeit des Täters und die Möglichkeit, solche Fälle nach den Bestimmungen des argentinischen Strafgesetzbuches zu beurteilen, ausführlich geschildert. *Romanese.*

**Peña Rey, Manuel: Extrauterin schwangerschaft und Retention während 17 Jahren.** (*Hosp., Orense.*) *Rev. españ. Obstetr.* 19, 16—19 (1934) [Spanisch].

Die 53 Jahre alte Frau kam zur Untersuchung, weil sie seit längerer Zeit an Kolikschmerzen litt. Die Differentialdiagnose schwankte zwischen verkalktem Myom und rechtsseitiger Ovarialcyste. Bei der Operation wurde ein mumifizierter Fetus gefunden. Wie die Anamnese ergab, war die Frau vor 17 Jahren 7 Monate amenorrhöisch gewesen, hatte sich auch für schwanger gehalten, hatte Wehen gespürt, blutigen Ausfluß gehabt, aber Hebamme und Arzt hatten nichts darauf gegeben, da nichts zum Vorschein gekommen war. *Ganter (Wormditt).*

**Brindeau, A.: De l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses.** (Über Schwangerschaftsunterbrechung bei Tuberkulösen.) (*Clin. Obstétr., Univ., Paris.*) *Paris méd.* 1934 I, 11—12.

Die Unterbrechung der Schwangerschaft bei Tuberkulösen kommt selten in Frage, und zwar in Fällen, bei denen die Tuberkulose durch andere Krankheiten kompliziert ist oder eine rasche Verschlimmerung aufweist. *Schönberg (Basel).*

**Herzog, Imre: Über Röntgenkastration und Fruchtbeschädigung.** *Magy. Röntgen-Közl.* 7, 113—118 u. dtsh. Zusammenfassung 119 (1933) [Ungarisch].

Verf. betont die Schwierigkeiten der Ausführung einer definitiven Kastration. Die Sterilisation kann noch eine temporäre sein, auch nach höheren Dosen, als die 30% der HED., welche für die Dosis der temporären Sterilisation angesehen ist, infolge der verschiedenen Strahlenempfindlichkeit der im verschiedenen Reifezustand bestrahlten Follikel. Die Bestrahlung der Eierstöcke kann zu Fruchtschädigungen führen, eben deshalb sind einige Autoren für die Unterbrechung jeder Schwangerschaft binnen 4 Monaten nach einer Bestrahlung der Ovarialgegend. Nach einer Übersicht der Diskussion über Spät- und Fruchtschädigungen in der Literatur beschreibt Verf. einen selbst beobachteten Fall, in dem die Mutter infolge der Fehldiagnose: „Myoma uteri, tumor adnex“ während der Schwangerschaft mehrmals bestrahlt wurde. Das Kind — jetzt ein 3jähriges Mädchen — ist in der Entwicklung stark zurückgeblieben und entspricht einer mikrocephalen Idiotin. *Ratkóczy (Budapest).*<sup>o</sup>

**Meyer, Henry S.: Rupture of the liver in a new-born. Report of case.** (Leber-ruptur bei Neugeborenen.) *Arch. of Pediatr.* 50, 814—815 (1933).

Kurzer Bericht. Zangengeburt, in den ersten 5 Lebenstagen nichts Besonderes außer starkem Gewichtsverlust, dann plötzlicher Kollaps, der wegen der niedrigen Werte für Hämoglobin und rote Blutkörperchen auf eine viscerale Blutung bezogen wurde. Die Sektion ergab 3 cm langen Kapselriß der Leber. Nebenbefund Hämoperikardium, das wahrscheinlich durch eine Herzpunktion verursacht worden war. *Eitel (Berlin).*<sup>oo</sup>

**Varšaver, G.: Intrakranielle Blutung beim Fetus bei perforierender Uterusverletzung.** *Ginek. Nr 4,* 78—79 (1933) [Russisch].

Messerstichverletzung in den Bauch bei Schwangerschaft im 8. Monat. Aus der Wunde fällt ein Teil des Netzes vor und fließen Fruchtwasser und Blut ab. Laparotomie. Durch die Bauchdecken hindurch hatte das Messer die Uterusvorderwand erreicht und die Wand perforiert. Verlängerung der 1½ cm langen Stichwunde. Extraduktion der in Steißlage liegenden Frucht. Die Frucht zeigte auf der linken Seite des unteren Drittels des Halses 2 längliche, hintereinanderliegende Schnittwunden. Ex. let. des Kindes nach 2 Tagen. Bei der Sektion fanden sich ein oberflächlicher Hautschnitt am Halse, Blutungen in die rechte Kleinhirnhemisphäre, zahlreiche punktförmige intrarachnoideale Blutungen. *v. Knorre (Riga).*<sup>oo</sup>