

Finkenrath, Kurt: Dermatitis durch Schönheitsmittel. *Ärztl. Sachverst.ztg* **40**, 63—64 (1934).

Verf. berichtet von einer Person von 35 Jahren, welche eine ausgedehnte frische Gesichtsdematitis hatte. Die Stirn, Schläfe und Augenlider waren ödematös geschwollen. Hervorgehoben waren diese Veränderungen durch einen Hautereme, und zwar durch den *P. H. O. Kompositionsereme* der Firma Witt und Söhne, Qualitätswerk Hamburg 23. Aus der Erkrankung zieht Verf. den Schluß, daß fertige Kompositionspräparate überhaupt nicht in die Hand des Patienten gehörten. *Foerster* (Münster i. W.).

Gerichtliche Geburtshilfe.

Mack, Harold C., and George H. Agnew: A comparison of the Aschheim-Zondek and the Friedman tests in normal and abnormal pregnancy. An analysis of the literature and a report of the results obtained in 1112 cases. (Ein Vergleich des Aschheim-Zondek- und des Friedmann-Testes für normale und pathologische Schwangerschaft.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol. a. Clin. Laborat., Harper Hosp., Detroit.*) *Amer. J. Obstetr.* **27**, 232—239 (1934).

Es wurden die originalen biologischen Schwangerschaftsreaktionen an infantilen Mäusen nach Aschheim-Zondek und die Schnellreaktion durch intravenöse Injektion am Kaninchen (Friedmann) in einer großen Reihe von Fällen angewandt und auf ihre Sicherheit geprüft. Eingangs längere Literaturzusammenstellung und Erörterungen am Schluß, unter denen sich nichts Neues findet. Im ganzen handelt es sich um 1112 Schwangerschaftsreaktionen; 546 an der infantilen Maus und 566 am Kaninchen. Beide Methoden sind sicher; 97,3% richtige Resultate bei der einen und 97,8% bei der anderen in den positiven Fällen von Schwangerschaft. Bei Nichtschwangeren ergab sich 98,5% Sicherheit der negativen Reaktion mit beiden Methoden. Wichtig ist, daß die Kontrolle der Ergebnisse zum großen Teil durch Verfolgen der Fälle und Nachfragen bei den Ärzten draußen stattfand, da es sich meistens um zur Untersuchung eingeschickte unbekannte Urine handelte.

C. Clauberg (Königsberg i. Pr.).

Brühl, R., und K. Hollstein: Die Schwangerschafts-Schnellreaktion mit Hilfe reifer Mäuse. (*Univ.-Frauenklin., Göttingen.*) *Arch. Gynäk.* **154**, 604—615 (1933).

Die Schwangerschafts-Schnellreaktion unter Verwendung reifer weiblicher Mäuse, die Hirsch-Hoffmann empfohlen hatte, wurde auf ihre Brauchbarkeit untersucht. Es war notwendig, sich zunächst eine gründliche Kenntnis vom normalen Ovarium reifer Mäuse zu verschaffen, um die unter dem Einfluß des Schwangerenurins entstandenen Gebilde sicher von den Gebilden des normalen ovariellen Cyclus unterscheiden zu können. Deswegen wurden die Eierstöcke von 33 unbehandelten Tieren in Serienschritten untersucht. Die Befunde, welche sich teilweise von denen früherer Untersucher unterscheiden, werden mitgeteilt. Das Genitale der mit Schwangerenurin behandelten Tiere weist makroskopisch keine einwandfreien Unterscheidungsmerkmale gegenüber dem nichtbehandelten Tiere auf. Mikroskopisch jedoch fanden sich in den Ovarien mehr oder minder eigentümliche Veränderungen: 1. Follikelcysten mit beginnender Luteinisation, 2. Corpus luteum-Cysten, 3. Luteinisierung der Theca atretischer Follikel und des sog. Zwischengewebes, 4. Blutpunkte in größerer Anzahl. Follikelcysten mit beginnender Luteinisation sind nach den bisherigen Erfahrungen beweisend dafür, daß in dem injizierten Urin Hypophysenvorderlappenhormon B enthalten ist, daß also eine Schwangerschaft vorliegt. Derartige Veränderungen kommen beim normalen bzw. mit dem Urin Nichtschwangerer behandelten Tier nicht vor. Corpus luteum-Cysten werden gelegentlich auch beim Normaltier gefunden, worauf auch Sobotta hinweist, immerhin aber so selten (4%), daß auch sie weitgehend für das Vorliegen einer Schwangerschaft sprechen, besonders wenn gleichzeitig eine Luteinisation des Zwischengewebes vorhanden ist, welche sich in einer merkwürdigen Verwaschenheit des histologischen Bildes zeigt. Blutpunkte treten in etwa 29% der Fälle auf und sind, da sie gelegentlich auch bei Normaltieren beobachtet werden, nicht in dem Maße für die Diagnose verwertbar wie bei der Originalmethode nach Aschheim und Zondek. Man nimmt am besten juvenile Tiere mit einem Gewicht von etwa 13—15 g, da sie die geschilderten Veränderungen am eindrucksvollsten erkennen lassen. Die Versuchsanordnung gestaltet sich folgendermaßen: Mäusen von dem genannten Gewicht — für jeden Versuch genügen 2 Tiere — wird 3mal innerhalb von 24 Stunden je 1,2 ccm Urin unter die Rückenhaut injiziert. 40 Stunden nach der ersten Injektion werden die Tiere getötet, die Ovarien eingebettet und in Serie geschnitten. Die Methode erwies sich als sehr sicher. Unter 79 Fällen nur 2 Fehler, die darauf zurückzuführen sind, daß zu alte, reaktionsunfähige Mäuse benutzt worden waren. [Hirsch-Hoffmann, *Arch. Gynäk.* **153**, 394 (1933).]

Brühl (Bonn).^{oo}

Cordaro, G.: Azione dell'urina di donna gravida sui genitali dei conigli impuberi con particolare riguardo alla diagnosi biologica di gravidanza ed alla diagnosi precoce di sesso. (Wirkung von Schwangerenharn auf die Genitalien geschlechtsunreifer Kaninchen, besonders in bezug auf Schwangerschafts- und Geschlechtsdiagnose.) (*Clin. Ostetr.-Ginecol., Univ., Firenze.*) Riv. ital. Ginec. **16**, 363—376 (1934).

Die Nachprüfung der Methode von Dorn und Sugarman an zahlreichen jugendlichen männlichen Kaninchen ergab ihre völlige Unbrauchbarkeit.

Während intravenös gegebene männliche und weibliche Hormonpräparate ausnahmslos Geschlechtsreifung der Hoden bewirkten (189 Tiere), wirkte Schwangerenharn (61 Frauen, 183 Tiere) bald reifend, bald degenerierend oder überhaupt nicht auf die Hoden. Auch die Angabe von Dorn und Sugarman, daß die reifende Wirkung weiblichen Fetus, die nicht-reifende männlichen Fetus beweise, bestätigte sich nur zu etwa 75%, so daß eine praktische Verwendung unmöglich ist. Da die Resultate bei den mit demselben Harn behandelten Tieren immer übereinstimmen, wird ein noch unbekanntes Agens des Harns nicht hormonaler Natur als Ursache der Verschiedenheiten vermutet, zumal intensives Kochen und Erhitzen des Harns die Resultate nicht änderte. Jedenfalls sind junge männliche Kaninchen für diese Diagnosen ungeeignet. P. Fraenkel (Berlin).

Kapeller-Adler, Regine: Über die Anwendbarkeit einer neuen Histidinbestimmungsmethode zur Untersuchung von Gravidenharnen. (*Inst. f. Med. Chem., Univ. Wien.*) Wien. klin. Wschr. **1934 I**, 168—171.

Im Gegensatz zu den meisten untersuchten Harnen wiesen Gravidenharnen durchwegs eine positive Histidinreaktion auf. Die in den Schwangerenharnen ausgeschiedene Histidinmenge schwankt und es scheint keine Beziehung zwischen der Größe der Histidinausscheidung und dem Graviditätsmonat zu bestehen. Positive Befunde wurden schon in der 6. Woche der Schwangerschaft erhalten, doch konnte bisher noch nicht mit Sicherheit festgestellt werden, in welchem Zeitpunkt der Gravidität die Histidinausscheidung einsetzt. Verf. weist darauf hin, daß die Untersuchungen nachgeprüft werden müssen, um über die praktische Brauchbarkeit der Reaktion ins Klare zu kommen. Anführung von Methoden zur Histidinbestimmung ist beigegeben. Dittrich (Prag).

Vian, G.: Controllo alla diagnosi biologica prenatale di sesso di J. H. Dorn ed E. J. Sugarman. (Kontrolle der biologischen Geschlechtererkennung vor der Geburt nach Dorn und Sugarman.) (*R. Scuola Ostetr., Venezia.*) Pathologica (Genova) **26**, 188 bis 196 (1934)

Die Methode der Geschlechtsbestimmung beruht darauf, daß noch nicht geschlechtsreifen Kaninchen 10 ccm Urin einer Schwangeren (nach dem 5. Monat) intravenös eingespritzt wird. Der Kaninchenhoden zeigt ein normales Aussehen, wenn das zu erwartende Kind männlich ist, dagegen tritt eine Vergrößerung des Hodens und mikroskopisch vorzeitige Spermatogenese ein, wenn das Kind weibliches Geschlecht hat. Nachprüfungen des Verf. ergaben in 66% positive, in 33% negative Resultate. Die Probe hat daher bisher keinen praktischen Wert. G. Strassmann (Breslau).

Fruhinscholz, A.: Morts subites „intra partum“ et mort subite du „post partum“ immédiat. (Plötzliche Todesfälle während der Geburt und ein plötzlicher Tod unmittelbar nach der Geburt.) Bull. Soc. Obstétr. Paris **23**, 83—87 (1934).

Eine 2. und eine 5. Gebärende sind während einer verlängerten Geburt bei noch engem Muttermund und vorzeitig gesprungener Blase plötzlich gestorben. Die kindlichen Herztöne waren kurz vorher noch gut gehört worden. Die Leichenöffnung hat im 1. Fall nichts regelwidriges ergeben. — Die 2. Frau hatte während der Geburt mehrmals leicht geblutet. Der Mutterkuchen saß tief. Der Vermutung des Verf., daß es sich um Verschleppung von Gerinnseln aus den Gebärmuttervenen in die rechtsseitigen Herzhöhlen gehandelt hat, ist nicht begründet. Nach der Beschreibung waren es bloß Leichengerinnsel. Die Geburt hatte schon 4 Tage gedauert und die Frau hatte gefiebert (gelbe Flecken an der Oberfläche der Leber und fettige Degeneration, blasse verbreiterte Nierenrinde, Ödeme an den Beinen). Die 3. Frau, 30jährig, starb ebenfalls ganz unerwartet 2 Stunden nach Beendigung der über 3 Tage dauernden Geburt mit der Zange. Die Leichenöffnung deckte eine Blutvergiftung mit kleinsten Abscessen in Lungen, Leber und Milz, über deren Ausgang nichts mitgeteilt ist, und eine subakute Nierenentzündung mit Schrumpfung auf. Meixner (Innsbruck).

Étienne-Martin, Pierre: Mort par inversion utérine chez une primipare au cours d'un accouchement clandestin. (Tödliche Inversion des Uterus bei einer Erstgebärenden)

im Verlauf einer heimlichen Geburt.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 19. II. 1934.*)
Ann. Méd. lég. etc. 14, 218—220 (1934).

20jährige Erstgebärende, starb bei der Einlieferung ins Krankenhaus. Bei der Auffindung in ihrem Zimmer fand man eine große Blutlache, das Kind und die Nachgeburt. An der Leiche zeigte sich, von der Scheide ausgehend, ein roter Tumor von 16 cm Länge und 9 cm Breite, gebildet aus dem nach außen umgestülpten Uterus, an dem die Placentarstelle oben und hinten zu erkennen war. Sonst zeigten sich nur Ausblutung der Organe, sowie ein Verdauungszustand des Darms. Der Fetus war weiblich, 1800 g schwer, der Längsdurchmesser des Kopfes betrug 9,5 cm, der biparietale Durchmesser 7,3 cm, die Nabelschnur war 49 cm lang, die Placenta, an der Nabelschnur hängend, wog 500 g und war vollständig. Der Fetus entsprach dem 7. bis 8. Monat, er hatte nicht geatmet und keine Luft geschluckt, zeigte keine Spuren von Gewaltanwendung. In der Literatur fand Verf. keinen Fall von Uterusinversion bei einer Erstgebärenden. Bei Mehrgebärenden berichten ältere Autoren über einige Shocktodesfälle. Verf. vermutet, daß die Gebärende an der Nabelschnur gezerrt habe, um die Nachgeburt zu beschleunigen, und daß sie auf diese Weise die Inversion des Uterus mangels Lösung der Placenta begünstigt habe.
Walcher (Halle a. d. S.).

Hurd, Ralph A.: Spontaneous rupture of uterus after myomectomy. (Spontanruptur des Uterus nach Myomektomie.) (*Clin., Woman's Hosp., New York.*) Amer. J. Obstetr. 26, 889—893 (1933).

Verf. stellt aus der Literatur fest, daß Rupturen des schwangeren Uterus nach Myomektomie im Verhältnis von 1 : 2000 vorkommen. An der von ihm geleiteten Klinik wurden unter 17500 Entbindungen 9 Uterusrupturen beobachtet. Davon kam eine der Patientinnen 48 Stunden nach der Geburt an Sepsis ad exitum. Bei 5 Fällen handelte es sich um Steißblagen mit nachfolgender Extraktion. Die anderen 4 Fälle sind Spontanrupturen. Bei 4 Frauen war früher ein Kaiserschnitt oder eine Myomektomie ausgeführt worden. Die Behandlung der Uterusruptur bestand 8mal in der Operation, wobei 5mal die Totalexstirpation des Uterus, 3mal die Naht der Rupturstelle vorgenommen wurde. Bei dem einzigen Todesfall wurde die Diagnose Uterusruptur sehr spät gestellt. Es handelte sich um eine verzögerte Geburt, bei der zunächst ein Zangenversuch stattfand und die dann durch Wendung und Extraktion zu Ende geführt wurde. Es passierte dabei ein Abriß des Uterus von der Scheide.
C. Schroeder (Würzburg).

Bonnet, Desjaques et Bucher: Rupture utérine après évacuation extemporanée de l'utérus sous rachianesthésie; hystérectomie; guérison. (Uterusruptur nach künstlicher Frühgeburt unter Rückenmarksanästhesie, Totalexstirpation, Heilung.) Bull. Soc. Obstétr. Paris 23, 151—153 (1934).

39jährige 3. Gebärende, die früheren Schwangerschaften waren von psychischen Störungen begleitet, darunter Mordversuch an ihrem 7jährigen Kinde. Wegen eines schweren Erregungszustandes Aufnahme ins Spital, nahe dem Ende der Schwangerschaft. Lebendes Kind. Im Urin etwas Eiweiß. Es wurde eine Entbindung mit hoher Zange (à la Delmas) gemacht. Blässe und Pulsbeschleunigung wichen auf entsprechende Behandlung. Eine halbe Stunde nach dem Eingriff erschien der Uterus weich, und es trat eine Blutung von 400 ccm auf. Trotz der Vollständigkeit der Placenta wurde eine Revision vorgenommen, ein Blutgerinnsel entfernt, und dabei wurde mit Wahrscheinlichkeit ein Riß im Collum festgestellt. Nach Injektion von Pituitrin Besserung des Befindens, nach 2 Stunden jedoch neue Blutung, weicher Uterus trotz bimanueller Kompression. Schwere Anämie. Bei der Operation fand sich ein großes Hämatom im rechten Ligamentum latum. Bei der Totalexstirpation fand sich eine Ruptur, durch die der Finger an der rechten Seite vom Cervicalkanal aus eindrang. Die Arteria uterina war von hier aus nicht zugänglich, und es wurde der entsprechende Teil des Ligamentum latum unterbunden.
Walcher (Halle a. d. S.).

Audebert et Ribat: Rupture utérine. (Zerreißen der Gebärmutter.) Bull. Soc. Obstétr. Paris 23, 112—113 (1934).

Eine 7. Gebärende, bei der die Hebamme nach Erkennung der Querlage noch 1½ Stunden zugewartet hatte, ehe sie die Frau an die Klinik sandte, war bei der Aufnahme schwer verfallen, ging aber noch, von einer zweiten Person gestützt. Sie starb wenige Minuten später. Nach dem Tastbefund am Bauche lag das Kind frei in der Bauchhöhle, woraus die Verf. auf eine Zerreißen der Gebärmutter an der rechten Seite bis hinauf zu ihrem Grund schlossen.
Meixner (Innsbruck).

Mayer, Maurice: Rupture silencieuse d'une cicatrice de césarienne basse constatée au cours d'une césarienne itérative. (Unauffällige Zerreißen einer tiefsitzenden Kaiser-

schnittnarbe, festgestellt im Verlauf eines erneuten Kaiserschnittes.) Bull. Soc. Obstétr. Paris **23**, 49—52 (1934).

24jährige Frau, erste Operation am 27. VIII. 1931, tiefer Kaiserschnitt wegen allgemein verengten Beckens (Durchmesser 10 cm) nach 7stündiger Geburtsarbeit. Die linke Seite des Operationsgebietes war durch ein Hämatom zum Teil verdeckt. Nachher Fieber, dann Genesung. Wiederholte Schwangerschaft 1932, die Frau kommt im 8. Monat ins Spital. Die Hautnarbe ist gedehnt und sehr dünn. Nach Lösung einiger Verwachsungen zeigt sich, daß das untere Uterinsegment fast vollständig in ein dünnes durchscheinendes Gewebe umgewandelt ist. Im Bereich dieser Zone sieht man in Ausdehnung einer Pflaume Teile des Kindes und Flocken von Käseschmiere. Die Stelle wurde incidiert und ein lebendes Kind aus der sich von selber vergrößernden Öffnung entwickelt (Gewicht 3100 g). Bei der histologischen Untersuchung der extrahierten Narbe und des hochgradig verdünnten Gewebes fanden sich in der Nähe der Verdünnung: Spärliche Muskelfasern, Ödem und Ansammlung von einkernigen Zellen vom Typus der Lymphocyten. Die Muskelfasern haben jede regelmäßige Anordnung verloren, sie sind stark verdünnt, schmal und verkleinert. An zahlreichen Stellen sind sie durch zellige Elemente ersetzt, deren Protoplasma acidophil ist, und Anhäufungen von Kernen zeigt, ähnlich den benachbarten Muskelkernen. Es gibt also hier Übergänge von atrophischen Muskelzellen und zelligen Elementen. Die Gefäße sind stark hyalinisiert, mit Einschluß der Media, teilweise auch der Adventitia, außerdem zeigen sie lymphocytäre Durchsetzung. Es handelt sich zweifellos um einen alten Prozeß, nirgends finden sich Zeichen frischer Zerreißung. Es folgen noch rein klinische Betrachtungen. *Walcher* (Halle).

Guérin, Robert: Fracture obstétricale du rachis. Paraplégie obstétricale. (Geburts-hilfflicher Bruch der Wirbelsäule. Geburtshilffliche Paraplegie.) (*15. réun. ann. de la Soc. Franç. d'Orthop., Paris, 13. X. 1933.*) Rev. d'Orthop. etc. **20**, 653—657 (1933).

Verf. hatte Gelegenheit ein Kind 8 Monate nach der Geburt zu untersuchen. Bei der in Steißlage erfolgten schwierigen Entbindung hatte die Hebamme einen sehr starken Zug an beiden Beinen ausgeübt. Es bestand eine vollständige schlaffe Lähmung beider Beine und des Afterschließmuskels, sowie eine angeborene Verrenkung des rechten Oberschenkels. An der Wirbelsäule fiel eine starke Lordose auf, die durch keilförmige Einknickung des 12. Brustwirbels bedingt war.

Versuche an Totgeburten zeigten, daß es durch starken Zug zu einer Epiphysenlösung am Wirbelkörper kommt, nicht zu einem Bruch. *Giese* (Jena).

Gröné, Otto: Magenperforation im Zusammenhang mit nahe bevorstehender Entbindung, nebst einigen Worten über Cancer und Ulcus ventriculi als Komplikationen des Partus. (*Abt. f. Geburtsh. u. Frauenkrankh., Allg. Krankenh., Malmö.*) Acta obstetr. scand. (Stockh.) **13**, 315—335 (1934).

Verf. befaßt sich in dieser klinischen Arbeit mit der Frage der Perforationsperitonitis im Zusammenhang mit Gravidität. Seiner Ansicht nach soll der Uterus bei Operation wegen Perforationsperitonitis nur in solchen Fällen unmittelbar entleert werden, wo die Größe des graviden Uterus der Untersuchung des Ausgangspunktes der Peritonitis und einer rationellen Behandlung hinderlich ist. Hinsichtlich der Stellung des Magengeschwürs zu Schwangerschaft und Entbindung betont Verf., daß mit der Entbindung so alarmierende Symptome vom Magengeschwür auftreten können, daß besondere und unmittelbare therapeutische Maßnahmen erforderlich werden. Von solchen schweren Symptomen werden hervorgehoben: Perforation des Magengeschwürs in die freie Bauchhöhle, voluminöse Magenblutungen, unstillbares perniziöses Erbrechen. In einem Falle hatte die Schwangerschaft einen direkt ungünstigen Einfluß auf ein nach Ulcus ventriculi entstandenes organisches Magenleiden. *Dittrich* (Prag).

Smith, Frank R.: Two cases of calcification of the uterus associated with missed or incomplete abortion. (Zwei Fälle von Verkalkung des Uterus bei Missed abortion.) Amer. J. Obstetr. **26**, 896—898 (1933).

Bericht über 2 hierhergehörige Fälle. In dem ersten handelt es sich um eine 29jährige Frau, 7 Jahre nach artefiziellm Abortus im 5. Monate, bei der nach zahlreichen erfolglosen Behandlungsversuchen wegen weißen Fluors der Uterus exstirpiert wurde und außer Verkalkungen in der Wand fetale Schädelknochen im Cavum gefunden wurden. Die zweite Patientin war 57 Jahre alt; vor 15 Jahren Röntgenintensivbestrahlung wegen eines blutenden Tumors. Jetzt fand sich ein steinharder Tumor im Unterbauch, bei dem die Röntgenaufnahme streifige Verkalkungen in der Wand und alte

fetale Schädelknochen in der Höhle ergab. I. C. Rubin konnte einen ähnlichen Befund von im Uterus zurückgehaltenen Schädelknochen bei einer 32jährigen Frau 7 Jahre nach Abortus erheben und einmal Knochen in der Tube röntgenologisch nachweisen. W. P. Healy weist darauf hin, daß die Verkalkung im zweiten Falle Smiths nicht auf die vorausgegangene Röntgenbestrahlung, sondern auf den Abortus zurückzuführen sei.

P. Werner (Wien)._o

Nöldeke, H.: Geburtskomplikationen bei Insertio velamentosa. (*Univ.-Frauenklin., Leipzig.*) Zbl. Gynäk. 1934, 351—356.

Unter 10000 Geburten der Leipziger Frauenklinik wurde 111mal Insertio velamentosa bei einfachen Früchten beobachtet. In 32 Fällen handelte es sich um frühgeborene oder unreife Früchte. Ebenso kamen Regelwidrigkeiten der Form, des Sitzes und der Ablösung der Placenta häufig vor. Für beide Erscheinungen ist vermutlich eine Endometritis, die auch für die Genese der Insertio velamentosa von Bedeutung ist, die Ursache. Die primäre Mortalität der Kinder unter der Geburt betrug 7,2%. Zwei Kinder verbluteten durch Zerreißung von Vasa praevia bei vorzeitigem Blasensprung. Zerreißung von Vasa praevia während einer bis dahin normal verlaufenen Geburt („typische“ Insertio-velamentosa-Blutung) wurde nicht beobachtet. In einem Falle, in dem man eine Insertio-velamentosa-Blutung hätte annehmen sollen, lag Einriß einer Placentavene an einer durch varicöse Erweiterung verdünnten Wandstelle vor.

Dittrich (Prag).

Guggisberg, Hans: Die Komplikationen der Eklampsie. (*Univ.-Frauenklin., Bern.*) Schweiz. med. Wschr. 1934 I, 2—8.

Der Krampfanfall ist das hervorstechendste Symptom der Eklampsie. Es gibt aber Fälle, bei denen die motorischen Reizerscheinungen fehlen. Dem Anfall gehen bei gewissen Schwangerschaftsnieren stunden-, oft tagelang Kopfschmerzen, Sehstörungen, Erbrechen voran. Diese Erscheinungen deuten auf den Gesamtorganismus betreffende Störungen hin („Präeklampsie“). Präeklampsie liegt vor, wenn Erscheinungen seitens des Gehirns, des Verdauungstraktes, des vasomotorischen Systems oder des Sehvermögens hinzutreten. Gelingt es, in diesem Stadium den Ausbruch des Krampfstadiums zu verhindern, dann erfolgt fast immer Heilung. Gefährliche Komplikationen können vor oder nach den Anfällen auftreten. Als unmittelbare Folge der Eklampsie treten Herzerkrankungen auf. Rapide Blutdrucksenkung, Lungenödem, Cyanose sprechen für akutes Versagen des Herzens. In der Rekonvaleszenz beobachtete Verf. des öfteren das Bild der akuten toxischen Myokarditis. Multiple Thromben, insbesondere der Capillaren, beherrschen den pathologisch-anatomischen Befund. Man findet sie in Leber, Nieren, Gehirn, weniger in Pankreas, Rückenmark und Lunge. Häufig sind auch Embolien und Thrombosen in größeren Gefäßen. Eklampsie ist eine häufige Ursache der Extremitätengangrän. Eine schwere Komplikation ist die Aspirationspneumonie. Auch sonst treten im eklamptischen Zustand fieberhafte Zustände auf. Kranke mit schwerer Toxikose neigen zu Infektionen aller Art. Wichtig, daß puerperalseptische Zustände mit Temperaturen bis 40° auch ohne irgendwelchen lokaltherapeutischen Eingriff vorkommen. Prognose dann schlecht. Verf. beobachtete Eklampsie ohne Krämpfe mit hohen Temperaturen. Bei Eklampsie kommt auch Hemmung der Schweißabsonderung vor. Symptome von Gehirnstörung bei Eklampsie sind Krämpfe, Bewußtseinsstörung, Lähmungserscheinungen, meist Hemiplegie, aber auch monoplegische Zustände, tödliche Hirnblutungen. Es kommen auch Lähmungen ohne grobanatomische Veränderungen vor. In tödlichen Fällen findet man dann ausgesprochenes Hirnödem (Apoplexia serosa). Im Verlauf der Eklampsie treten mitunter auch Psychosen auf, die meistens den Charakter von Dämmerzuständen und Delirien haben und meist mit Gehör- und Gesichtshalluzinationen beginnen. Motorische Unruhe oder Erscheinungen wie bei Katalapsie. Angstzustände mit Selbstmord, aggressive Handlungen gegen das Kind wurden beobachtet. Leichtere psychische Störungen sind auch in der Rekonvaleszenz nachweisbar, dabei retrograde Amnesie. Geistige Störungen treten auch als Prodromalerscheinung oder sogar bei Eklampsie ohne Anfälle auf. Prognose der eklamptischen Psychose meist günstig, wenn die Anfälle und die schwere Vergiftung überstanden werden. Blutungen im Verdauungstractus führen zu heftigen Magenschmerzen, wie man sie im Prodromalstadium beobachtet. Selten sind periphere Neuritiden. Prognose von Ikterus ist ernst. Meist tritt er im Anschluß an Anfälle oder erst in der Rekonvaleszenz auf, auch bei Eklampsie ohne Krämpfe. Anurie kann rasch eintreten, aber auch rasch wieder verschwinden. Eine wichtige Komplikation bilden Sehstörungen. Dabei zeigt entweder der Augenhintergrund objektive Veränderungen (Retinitis, Ablatio retinae, Embolie) oder der Hintergrundbefund ist negativ, dann sitzt die Störung des Sehvermögens im Gehirn. Veränderungen des Augenhintergrundes bilden eine Indikation für Schwangerschaftsunterbrechung. Auffallend groß ist die Zahl der Sterilen nach Eklampsie. Auch scheinen Aborte, Frühgeburten und Totgeburten häufiger aufzutreten als bei normalen Frauen. Verf. behandelt schließlich die Spätfolgen der Eklampsie, unter denen namentlich Nieren- und Leberaffektionen zu nennen sind.

Dittrich (Prag).

Lipmanovič, S.: Über die Besonderheiten des Epilepsieverlaufs im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt. *Ž. Akuš.* 44, 369—376 (1933) [Russisch].

Schwangerschaften werden von epileptischen Kranken verschieden vertragen. Im 1. Fall des Verf. mußte wegen erheblicher Verschlimmerung eine Unterbrechung vorgenommen werden, während im 2. Fall die jahrelang bestehenden Anfälle vom 3. Schwangerschaftsmonat an aufhörten. Eingehende Wiedergabe der in der Literatur niedergelegten Anschauungen über den Anteil der endokrinen und speziell ovariellen Komponente am Zustandekommen der epileptischen Anfälle. *Jagdhoid* (Dresden).^{oo}

Bonnal, Gaston: Grossesse extra-utérine rompue ou appendicite aigüé? (Ruptur einer Extrauterinschwangerschaft oder akute Appendicitis?) *Bull. Soc. Obstétr. Paris* 23, 71—72 (1934).

Frau von 30 Jahren, 6 Jahre kinderlos verheiratet, bekommt in der Nacht gegen 3 Uhr vom 4. auf den 5. V. heftige Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend. Unzweckmäßige Behandlung, nach 17 Stunden schlechter Gesamteindruck. Bei der Operation (vorher bestand Druckempfindlichkeit in der rechten Unterbauchgegend mit Bauchdeckenspannung) Entfernung einer rechtsseitigen Eileiterschwangerschaft, die geborsten war und blutete. Auffallend war die Heftigkeit des Schmerzes, der plötzliche Beginn in tiefem Schlaf und die intensive Bauchdeckenspannung. Hinweis auf die Meinung Hartmanns, daß letztere nur peritoneale Reizung anzeigt, die aber nicht septisch sein muß. *Walcher* (Halle a. d. S.).

Schroeder, O. v.: Zwei Fälle von Tubenstumpfgravidität. (*Gynäk. Abt., Dtsch. Krankenh., Riga.*) *Zbl. Gynäk.* 1934, 231—234.

Beschreibung von 2 Fällen, bei denen sich nach früherer Operation einer Tubengravidität im Tubenstumpf derselben Seite eine neue Extrauteringravidität eingenistet hatte und operiert wurde. Dabei war in einem Falle bei der ersten Operation keine Keilexcision aus dem Uterus und keine Peritonealisierung des Stumpfes gemacht worden, so daß hier das Eintreten einer neuen Tubengravidität, die außerdem natürlich interstitiell saß, verständlich erscheint. Im 2. Falle war die Tube bei der ersten Operation keilförmig aus dem Uterus excidiert worden und trotzdem eine erneute interstitielle Gravidität eingetreten. Beide Fälle wurden mit Erfolg operiert. Im letzteren Falle wird die normale rechte Tube belassen und darauf später eine normale Geburt mit lebendem Kinde durchgemacht, wobei aber der Uterus in der alten Nahtstelle der Uteruskante rupturierte. Es mußte wegen starker Blutung der Uterus exstirpiert werden, ebenfalls mit Erfolg. *C. Clauberg* (Königsberg i. Pr.).^{oo}

Sepiades, Elemér: Nach extrauteriner Gravidität zur Welt gebrachte, ausgetragene, lebende, normal entwickelte und am Leben gebliebene Frucht. (*23. Vers. d. Dtsch. Ges. f. Gynäk., Berlin, Sitzg. v. 11.—14. X. 1933.*) *Arch. Gynäk.* 156, 217—221 (1933).

Die Hälfte der lebend geborenen, ausgetragenen extrauterinen Früchte ist mißgebildet. Beschreibung eines Falles mit normaler Frucht. Das Kind war in Stirnhaltung, schwere Laparotomie, Ablösung der Placenta von der hinteren Blasenwand und der Vorderfläche des Sigma, Supervaginale Amputation. Heilung der Mutter, gesundes Kind. Intrauterine Schwangerschaft. Die Schwangerschaft bildete sich links trotz vorausgegangener linker Adnexotomie im belassenen Tubenstumpf. *Felix Gal* (Budapest).^{oo}

Guérin-Valmale et Verdeuil: Grossesse ectopique; présentation de pièce; quelques réflexions sur le diagnostic. (Ektopische Schwangerschaft. Demonstration des Operationsobjektes, einige Betrachtungen über die Diagnostik.) *Bull. Soc. Obstétr. Paris* 23, 69—71 (1934).

32jährige Frau, seit 10 Jahren verheiratet, ohne Kind und ohne gynäkologische Erkrankung, seit dem 11. Lebensjahr regelmäßig menstruiert, in den letzten Jahren etwas weniger ergiebig. Im Dezember 1932 zum erstenmal Wegbleiben der Regel, letzte Regel vom 3. bis 5. XI. Am 15. XII., 6 Uhr, heftiger Schmerz in der linken Unterbauchgegend, mit Ausstrahlung gegen den Oberschenkel und die Leistengegend, anfallsweise, begleitet von kaltem Schweiß und galligem Erbrechen. Keine Temperatur, keine Blutung aus der Scheide. Abwartende ärztliche Behandlung 1 Monat lang, Krankheitsgefühl, Appetitlosigkeit, Abmagerung. 19. I. 1933 Krankenhausaufnahme: Uterus etwas vergrößert und aufgelockert, linkerseits ein rundlicher Tumor, 4 Finger über die Symphyse reichend. Die Reaktion nach Adèle Brouha positiv (Schwangerschaftsreaktion). Das Röntgenbild mit Kontrastinjektion in Uterus und Tube zeigt den Uterus nach rechts verlagert, die linke Tube größtenteils durchgängig, aber ausgezogen und das Ende nach oben verlagert. Operation am 1. VI. Alte linksseitige Eierstockschwangerschaft, ampullär gelagert. Organisierte Blutmassen, im Inneren ein Embryo von etwa 3 Monaten, in Mumifikation begriffen. Die Brouha-Friedmannsche Schwangerschaftsreaktion war vor der Operation (zum zweitenmal angestellt) negativ gewesen. *Walcher* (Halle a. d. S.).

Ducuing: Grosse extra-utérine à terme; opération après la mort du fœtus; guérison. (Zur Reife gediehene extrauterine Schwangerschaft. Operation nach dem Absterben der Frucht.) Bull. Soc. Obstétr. Paris **23**, 106—112 (1934).

Eine 40jährige Frau war 4 Monate nach Entfernung des rechten schwangeren Eileiters wieder schwanger geworden. Fast während der ganzen Schwangerschaft ärztliche Beobachtung, auf Grund deren eine extrauterine Schwangerschaft wiederholt erwähnt wurde. Röntgen zeigte eine Frucht im Becken. Erst im 7. Monate waren ihre Herztöne zu hören, aber nur undeutlich. Zur rechten Zeit (nach Naegele) setzten heftige Wehenschmerzen ein, die wieder aufhörten. 15 Tage danach wurde, weil leichtes Fieber bestand und der Harn Eiweiß und Eiter enthielt, durch die Bauchdecken eingegangen und aus einer auf dem Beckenboden am linken breiten Mutterband gelegenen Eihöhle eine 3,150 g schwere tote Frucht ohne äußere Mißbildung entfernt und die inneren Geschlechtsteile abgetragen. Die Frau genas. Verf. erwähnt, daß die Sterblichkeit der Frauen bei solchen Eingriffen 30—40% betrage, daß 30% der Kinder mißbildet seien und nur 14% älter wurden als 5 Jahre. *Meixner (Innsbruck).*

Stiglbauer, Rudolf: Die Fehlgeburt. Statistik in Österreich, ihre sozial-hygienische Bedeutung und bevölkerungspolitische Auswirkung. Wien. klin. Wschr. **1934 I**, 323 bis 327.

Da die Zahl der Fehlgeburten in Österreich und Deutschland eine überaus ernste Bedeutung gewonnen hat, hat das Volksgesundheitsamt beim Bundesministerium für soziale Verwaltung eine Statistik der Fehlgeburten in Österreich ins Leben gerufen. Im Jahre 1929 wurden 8813 Fälle mit 0,75% Sterblichkeit, im Jahre 1930 6840 Fälle mit 1% Sterblichkeit gezählt. An Nachkrankheiten kann die Statistik nur die akuten Formen ausweisen. Eine besonders unheilvolle Rolle spielen die schleichenden und daher als Fernfolgen nach Fehlgeburt auftretenden Erscheinungen. In Deutschland nimmt man schätzungsweise eine Gesamtzahl von 500000 Fehlgeburten im Jahre an. Verf. regt an, die amtliche Statistik möge auf die Sozialversicherungsinstitute ausgedehnt werden. Österreich verliert Jahre hindurch rund 750 Frauen jährlich durch Abortus, hauptsächlich durch akute Sepsis. Viele einschlägige Fälle werden unter anderen Krankheiten als Todesursache geführt. Etwa $\frac{1}{10}$ aller Aborte tritt von selbst ein, $\frac{9}{10}$ sind absichtlich herbeigeführt, davon ein sehr kleiner Teil auf Grund ärztlicher Indikation. Auf Grund eigener Erfahrung durch 10 Jahre führt Verf. an, daß Frauen, die Fehlgeburten durchgemacht hatten, in rund 75% von vorzeitigem Blasensprung, Placenta praevia, Störungen der Nachgeburtsperiode, die zur manuellen Placentallösung führten, Atonie, Wochenbettfieber betroffen waren. Demgegenüber betrug die Beteiligung anamnestic abortusfreier Frauen an diesen Komplikationen bloß 30%. Groß ist die Zahl jener Fälle, wo Frauen nach einer oder mehreren glatten Geburten eine Fehlgeburt hatten und bei der nächst sich daran schließenden Geburt eine der genannten Komplikationen durchmachten. Bescheiden gerechnet, verliert Österreich durch Fehlgeburt in 1 Jahre 37000 Kinder. Nach den geltenden Bestimmungen übernimmt zwar jede Krankenkasse die Zahlung von Spalkosten für Abortus, nicht immer jedoch für eine Geburt. Es wäre die grundsätzliche Ermöglichung der Spitalsentbindung für Versicherte bei allen Kassen dringend zu wünschen. *Dittrich (Prag).*

Schulez, Agost v.: Die Rolle des Arztes und der Rechtspflege im Kampf gegen die kriminellen Aborte. (*Univ.-Frauenklin., Budapest.*) Mschr. Geburtsh. **95**, 398—408 (1933).

Der Verf. sucht im Kampf gegen den artefiziellen Abort nach juristischen Normen für eine Reform der ungarischen Gesetzgebung. Sehr häufig werden die Auffassungen und die Verhältnisse in Deutschland vor dem weltanschaulichen und staatspolitischen Umschwung zum Vergleich herangezogen. *K. Heim (Leipzig).*

Eisenreich, Otto: Über seltenere Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft. (*Privatklin. f. Geburtsh. u. Frauenleiden v. Prof. Dr. O. Eisenreich, München.*) Mschr. Geburtsh. **96**, 5—9 (1933).

Verf. schildert aus seiner Erfahrung als Mitglied der „Schwangerschaftsunterbrechungskommission“ einige Fälle mit seltener Indikation. Bei 2 Frauen gaben schwere Veränderungen der Wirbelsäule (schwerste Verkrümmung der Brust-Lendenwirbelsäule

und alter Kompressionsfraktur des 3. Lendenwirbels kombiniert mit einer Schenkelhals- und Unterschenkelfraktur) und einem hochgradigen Trichterbecken in dem ersten Fall die Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft ab. An Hand zweier weiterer Beobachtungen von Schwangerschaft nach Radikaloperation wegen Mammacarcinoms, die 1 $\frac{1}{2}$ Jahre zurücklag, hält Verf. es im Hinblick auf die bereits in der Literatur niedergelegten Mitteilungen für richtig, nicht nur bei bestehendem Carcinom, sondern auch nach radikaler Operation eines extragenitalen Carcinoms wegen der bestehenden Neigung zu Rezidiven die Schwangerschaft zu unterbrechen. Auch aus eugenischer Indikation entschloß sich der Verf. bei einer Frau, die bereits 2 Kinder mit Hasenscharte geboren hatte, die Schwangerschaft zu unterbrechen; allerdings war bereits von interner Seite wegen beträchtlicher Thyreotoxikose die Indikation zur Unterbrechung gestellt worden.

Wehefritz (Göttingen).

Ebergényi, Alexander: Über eine interessante Zirkulationsstörung der Nabelschnur als seltener Grund zum Abort. (*Frauenklin., Univ. Debrecen.*) Mschr. Geburtsh. 96, 10—14 (1933).

Viele der als artefiziell oder traumatisch angesehenen Aborte entstehen wahrscheinlich aus anderen Ursachen, die nur wegen der Zerstörung des Eies der Beobachtung entgehen. Ein Beispiel, wie eine Mißbildung zum Tode der Frucht in utero und zum Abort führen kann, ist der beschriebene Fall. Es handelte sich um einen Spontanabort im 4. Monat. Bei der Betrachtung der ausgestoßenen Frucht fand man ein Simonartsches Band, das von dem Finger der linken Hand zu einer Duplikatur des Amnion nahe der Placenta führte. Dieses Band hatte beide Füße und vor allem die Nabelschnur abgeschnürt. Die Nabelschnur war offenbar nicht völlig komprimiert worden, so daß das fetale Herz wohl das Blut durch die Nabelarterien zur Placenta pressen konnte, der Rückstrom in den Venen aber unterbunden war. Dieser Verlauf war auch durch die auffallende Blässe der Frucht und Stauungserscheinungen in der Placenta nahe dem Nabelschnuransatz bewiesen. Der Fet war also gewissermaßen durch eine eigenartige Form von Verblutung abgestorben. *H. Siedentopf* (Leipzig).

Lodati, Roberto: Su di un presunto aborto provocato. (Perizia medico-legale.) (Über einen vermutlichen provozierten Abortus.) Riv. Ostetr. 15, 549—554 (1933).

Verf. kritisiert in seinem gerichtsarztlichen Gutachten die leichtsinnige Behauptung eines Kollegen, daß Frau Therese M. nach einem Fußtritt des Vaters gegen den Bauch abortiert habe, ohne das Abgegangene zu untersuchen, und behauptet den Umständen des Falles nach, daß Frau M. zur Zeit des Traumas gar nicht schwanger war. *Cristofoletti* (Gorizia).

Desoubry, Jean: Considérations sur la grossesse survenant chez les tuberculeuses pulmonaires. (Über Schwangerschaft bei Lungentuberkulose.) Leg. Clin. Tarnier 9, 140—167 (1933).

Auch aus dieser Arbeit geht wieder hervor, wie sehr das Bild der Komplikation Schwangerschaft mit Tuberkulose schwankt. Auf der einen Seite wird beobachtet, daß Bacillenspucker und Kavernenträger Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett anstandslos vertragen, während andererseits kleine und anscheinend harmlose Infiltrate sehr ungünstig durch das Hinzutreten der Schwangerschaft beeinflußt werden. Für die gute Toleranz der ausgeheilten fibrösen Formen gegenüber der Gestation bringt Verf. mehrere Beispiele, daneben aber auch Beobachtungen, wo nach glattem Überstehen mehrerer Schwangerschaften eine weitere zu schwerstem Wiederaufflackern der Tuberkulose führte. In den seltenen Fällen, wo ein ausgesprochen günstiger Einfluß der Schwangerschaft beobachtet wird, kommt dieser in der 2. Hälfte durch Zwerchfellhochstand und folgende Kompression von größeren Lungenabschnitten zustande. Für diese natürliche Kollapstherapie lassen sich röntgenologisch Beweise selbst bei schweren, doppelseitigen und mit Kavernen komplizierten Tuberkulosen erbringen. Aber das sind große Ausnahmen. Die Regel bleibt der ungünstige Einfluß der Schwangerschaft, den der Verf. in erster Linie auf die Demineralisation, speziell auf den Kalkverlust zurückführt. Dazu kommt das Versagen des Interrenalensystems und des Leberstoffwechsels, der in häufiger Glykämie der Graviden seinen Ausdruck findet. Sta-

tistisch findet der unheilvolle Einfluß der Gravidität auf die Lungentuberkulose auch im Material des Verf. seinen Ausdruck. Unter 38 Frauen starben 25 im Laufe der Schwangerschaft oder während eines Jahres nach der Geburt. Als besonders ungünstig erwies sich das schnelle Aufeinanderfolgen von Schwangerschaften. Prognostisch gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1. Die Schwangerschaft ist nicht imstande, eine Tuberkulose dauernd günstig zu beeinflussen. 2. Ein ungünstiger Einfluß ist nicht konstant. 3. In der Mehrzahl der Fälle ist jedoch eine Verschlimmerung der Tuberkulose durch den Gestationsvorgang unverkennbar. 4. Da eine Teilnahme des Fetus an der Infektion nicht erwiesen ist, muß unser therapeutisches Vorgehen jegliche fetale Indikation außer acht lassen. — Therapeutisch hat sich der Pneumothorax auch bei der Behandlung Tuberkulöser während und namentlich nach der Schwangerschaft bewährt. Die Erfolge sind um so besser, je später nach einer Kollapstherapie die Gravidität einsetzt. Aber auch während der Schwangerschaft wurden vom Verf. überraschende Heilungen durch Pneumothorax beobachtet. In Frankreich gibt es, wie bis vor kurzem in Deutschland, noch keine vor dem Strafgesetz schützende medizinische Indikation zum künstlichen Abort. Gleichwohl wird dieser in bestimmten Fällen zur Rettung der Mutter vorgenommen. Als zeitliche Grenze gilt allgemein der 4. Monat. Nachher hat die Unterbrechung keine heilende Bedeutung mehr. Die Rücksicht auf das Kind steht dann obenan und verbietet die Interruptio. In bezug auf die Indikation zum künstlichen Abort vertritt Verf. einen gemäßigten, eklektischen Standpunkt. Inkurable Fälle scheiden aus. Es bleiben nur solche übrig, die Heilungstendenz zeigen, bzw. nicht durch Pneumothorax zu bessern sind. Meist läßt sich durch fortlaufende klinische bakteriologische und röntgenologische Untersuchung klären, ob eine progrediente, aktive Form vorliegt oder nicht. Die Unterbrechung kann nicht mehr leisten als der Fortentwicklung des tuberkulösen Prozesses Einhalt zu gebieten. Ursächlich sicher gestellte heilende Wirkungen sind selten zu beobachten. Es muß aber entschieden bestritten werden, daß der Eingriff, wie manche meinen, ebenso different ist, wie das Überstehen der Geburt. Wenn man sterilisieren muß, ist die Hysterektomie des graviden Uterus das Verfahren der Wahl, da hiernach die unheilvollen prämenstruellen Temperatursteigerungen fortfallen. *H. Fuchs (Danzig).*

Hoeven, H. van der: Schilddrüsentabletten gegen Abortieren. (*Univ.-Frauenklin., Leiden.*) *Zbl. Gynäk.* 1934, 298—299.

Verf. hat bereits im Jahre 1930 darauf hingewiesen, daß der habituelle Abortus durch eine zu geringe Hyperthyreoidie veranlaßt sein kann, und daß daher die rationelle Therapie in Schilddrüsenarreicherung besteht. Da Sellheim durch Einspritzungen von Blutserum gesunder Schwangerer dem Auftreten von Aborten vorbeugen konnte und Schenk auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse kam, daß die Schilddrüse durch das Serum gesunder Schwangerer sehr stark aktiviert wird, teilt Verf. seine damit übereinstimmenden Resultate mit der direkten Verabreichung von Schilddrüsensekret gegen Abortieren mit. Er führt 13 Fälle an, darunter Fälle von bereits drohendem Abortus, in denen bei bloßer Schilddrüsen-therapie, also ohne besondere Diät, ohne Bettruhe usw., der Abortus hintangehalten werden konnte. *Dittrich.*

Vannas, Mauno: Zur Sehnervenatrophie nach Geburtsverletzung. (*Univ.-Kinderklin., Helsinki.*) *Acta ophthalm. (Københ.)* 11, 514—525 (1933).

Verf. hat bei 3 Kindern (Zangengeburt, Sturzgeburt, ausgesetztes Kind, wahrscheinlich aus dem Klosett eines Eisenbahnwagens geworfen) einfache Atrophie der Sehnerven gefunden. Die Atrophie war auf beiden Augen vorhanden, wenn auch nicht gleichmäßig stark ausgeprägt. Die Netzhautgefäße waren meist verengt. Zwei der Kinder schielten, zwei zeigten Störungen der Lichtreaktion der Pupillen. Da andere Krankheiten nicht nachzuweisen waren, muß wohl das Geburtstrauma als Ursache des Sehnervenschwundes angesehen werden. Über den Mechanismus der Entstehung der nachgewiesenen krankhaften Veränderungen Vermutungen anzustellen, versagt sich

Verf. Die bisher vorliegende Literatur über Geburtsschädigungen des Gehirns ist eingehender gewürdigt. *Jendralski* (Gleiwitz).

Henriet, Pierre: La nécrose du tissu cellulo-adipeux du nouveau-né par traumatisme obstétrical (à propos d'une observation personnelle avec foyers simultanés d'induration et de liquéfaction). (Die Nekrose des fetthaltigen Zellgewebes beim Neugeborenen durch Trauma bei der Entbindung [bei Gelegenheit einer eigenen Beobachtung von gleichzeitigen Verhärtungs- und Erweichungsherden].) (*Clin. Obstétr., Univ., Montpellier.*) Rev. franç. Gynéc. **29**, 124—136 (1934).

Verf. unterscheidet 2 klinische Formen dieser Nekrose durch Trauma beim Neugeborenen, eine gut differenzierte von geringen Dimensionen, die man verhältnismäßig häufig sieht und eine viel ausgedehntere, die dem Arzt gar nicht entgehen kann. Als Typus der ersten Form kann uns der Knoten dienen, der meist am 4. oder 5. Tag in der Wangengegend durch Druck eines Zangenlöffels entsteht. Daneben beobachtet man eine weitausgedehntere Form der kurierbaren Hautinduration, den sog. Symptomenkomplex von Marfan, der häufig Kinder betrifft, die scheinot zur Welt kamen und bei denen künstliche Atmung, namentlich nach Schultze, ausgeführt werden mußte. Neben dieser typischen Form kommt aber noch eine atypische vor, die gleichzeitig Verhärtungs- und Erweichungsherde nebeneinander darbietet. Über einen solchen Fall, der das Kind einer Primipara betraf, berichtet Henriet ausführlicher. Am 6. Tag zeigte sich im Bereich der linken Glutealgegend eine subcutane, schlaffe Tasche von etwa 2 cm Durchmesser, die mit Flüssigkeit gefüllt war, während einige knotige Elemente an den Schultern und den Füßen nur kurze Zeit bestehen blieben. Nach Ablauf von 3 Wochen wurde eine Flüssigkeitsmenge von etwa 8 ccm durch Aspiration aus der Tasche angesogen, die etwa einer fetten Fleischbrühe ähnlich war. 14 Tage später wurden 4 ccm eines Fluidums derselben Art entnommen. Die Beobachtung ist nach verschiedenen Richtungen hin interessant, zunächst hinsichtlich der Entstehung. Traumen bei der Extraktion und Wiederbelebung sind auszuschließen, wohl aber kommen als solche die wiederholten Kontraktionen der Gebärmutter nach Abgang des Fruchtwassers in Betracht. Schließlich spricht sich H. für die von Darier vertretene Anschauung aus, nämlich die Nekrose des Unterhautzellgewebes des Neugeborenen der Cytosteatonekrose des Erwachsenen anzureihen. *Solger* (Neiße).

Kanitz, H. R.: Über den Fettgehalt der Lungen von Feten. (*Path. Inst., Univ. Berlin.*) Virchows Arch. **291**, 410—417 (1933).

Es handelt sich um die gründliche chemische Untersuchung des Fettgehaltes entbluteter, mit Leitungswasser durchgespülter Lungen von Feten. Die Trockensubstanz wurde im Soxhlet mit Benzin extrahiert und das Fett nach Abdestillieren des Lösungsmittels durch Wägung ermittelt. Nachgewiesen wurden Glycerin, gesättigte und ungesättigte Fettsäuren sowie Cholesterin. Phosphorsäure war in keinem Falle nachzuweisen. Über die Färbbarkeit des erhaltenen Fettes durch Fettfarbstoffe wird berichtet. Schließlich wurden auch die Lipide in Alkohol gelöst und prozentual für die entfettete Substanz berechnet. Es fand sich eine Zunahme des Fettgehaltes der Lungen bis zur Geburt. Dem Fett kommt entweder eine physikalische Aufgabe als Schutzschicht an der Oberfläche des Lungenepithels zu oder es handelt sich um besondere Fetteiweißverbindungen auf Grund besonderer Stoffwechselfvorgänge. Das Fett ist infolge einer weitgehenden Verteilung maskiert und nicht färbetechnisch darstellbar. Die Anhäufung von Fett in den Lungen kurz vor der Geburt dient als Vorbereitung für die nach der Geburt einsetzende starke physikalische Beanspruchung der Organe. Der Fettgehalt sinkt dann auf ungefähr 10% der Trockensubstanz. Cholesterin-Ölfütterung führt bei Kaninchen eine Vermehrung des Lungenfettgehaltes herbei. Die Lungen sind sicherlich am Fettumsatz des Körpers beteiligt und der Lungenfettgehalt ist durch die Nahrung beeinflusbar. *Krauspe* (Leipzig).

Shute, Evan, and M. Edward Davis: The effect on the infant of morphine administered in labor. (Die Wirkung des während der Geburt gegebenen Morphiums auf das Kind.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., Univ. of Chicago a. Chicago Lyng- in Hosp., Chicago.*) Surg. etc. **57**, 727—736 (1933).

320 gebärende Frauen haben zur Schmerzlinderung unter der Geburt verschiedene Mengen von Morphinum sulfuricum allein oder mit anderen Mitteln zusammen be-

kommen. Für die Wirkung auf das Kind ist die Menge des Morphiums weniger von Bedeutung als die Zeit zwischen der Darreichung und der Geburt des Kindes. Bis zu einer Stunde und nach 6 Stunden ist nur geringe Morphiumwirkung beim Kinde erkennbar. Die stärkste Wirkung zeigen Kinder, die $3\frac{1}{2}$ Stunden nach der Einspritzung zur Welt gekommen sind. Von den 320 Kindern wogen 28 weniger als 2000 g. 15 von diesen 28 Kindern, bei denen weder Trauma, mütterliche Toxämie oder intrauterine Asphyxie vorhanden waren, zeigten keine Narkoseerscheinungen bei der Geburt, obwohl es sich um größere Morphiummengen handelte als sonst. Mütterliche Toxämie trägt oft zur Asphyxie der Neugeborenen bei, doch handelt es sich dabei vielfach um Gehirnblutungen. Erstaunlich ist es, daß ungeborene Kinder große Morphiumdosen selbst durch längere Zeit vertragen, wenn man das Mittel anwenden muß, um die drohende Frühgeburt aufzuhalten; dasselbe gilt für Kinder von Morphinistinnen. Offenbar wird das Respirationszentrum des ungeborenen Kindes nicht nennenswert angegriffen. Zu Versuchszwecken wurde gesunden, spontan geborenen Kindern, deren Mütter während der Geburt keine Schmerzstillungsmittel erhalten hatten, Morphium in der Menge von 0,0004—0,004 g intramuskulär eingespritzt. Bei den größeren Mengen (von 0,0007 g aufwärts) wurden die Kinder schläfrig, reagierten aber auf Reize, um gleich weiterzuschlafen, oft hielten sie mitten im Schreien mit offenem Munde still. Wiederholter Weckreiz bewirkt öfters Apnoe mit folgender tiefer Cyanose und Atemstillstand bis zu 2 Minuten. Im weiteren Verlaufe blieb die Atmungsfrequenz unter 20 in der Minute; nach einer Zeit von 8—15 Stunden waren die Erscheinungen verschwunden. Im Gegensatz dazu sind die Kinder, deren Mütter Morphium während der Geburt erhalten haben, lebhafter und können durch Kohlensäure-Sauerstoffgemisch rasch zu regelrechter Atmung gebracht werden, ohne in ihre Apnoe zurückzufallen, während bei Kindern, die erst nach der Geburt Morphium bekommen haben, eine länger dauernde Behandlung mit Kohlensäure (30%)-Sauerstoff (70%) erforderlich ist. Bei allen Kindern, deren Mütter Morphium erhalten haben, konnte am 4. bis 7. Tage Morphium im Stuhl nachgewiesen werden; die Ausscheidung erfolgt durch die Leber mit der Galle. Auch bei einer intramuskulären Einspritzung von 0,00002 g Morphium bei einem Neugeborenen ließ sich das Alkaloid im Stuhl noch nachweisen. Da bei den gestorbenen Kindern stets eine genügende sonstige Todesursache bei der Autopsie zu finden war, kann man Morphium als ein für das Kind unschädliches Schmerzstillungsmittel unter der Geburt ansehen, sobald nur entsprechende Mittel zur Wiederbelebung zur Verfügung stehen, besonders Kohlensäure-Sauerstoff.

H. H. Schmid (Reichenberg).

Havlásek, Ludvík: Wirkung von Röntgen- und Radiumbestrahlung auf die Nachkommen. Čas. lék. česk. 1933, 1380—1389 u. franz. Zusammenfassung 1388 [Tschechisch].

Nach ausführlicher Übersicht über die neueren Gesichtspunkte in der Frage der Keimgewebs- und Keimschädigung durch Strahlen, in der der Gegensatz der beiden von Gauss und Martius vertretenen Richtungen beleuchtet wird, berichtet der Verf. an der Hand von Krankengeschichten über 19 Schwangerschaften bei 14 Frauen nach vorausgegangener Bestrahlung. 1 Fall von Portio-C. wurde im 4. Graviditätsmonate mit Radonröhrchen ohne Metallfilterung (3770 mch in 3 Tagen) behandelt. Das per sectionem entbundene, reife Kind zeigte keinerlei pathologische Veränderungen, kam aber in den ersten Lebenstagen an interkurrenter Krankheit ad exitum. Die übrigen 13 Frauen wurden wegen verschiedener Leiden, Metrorrhagie, juvenile Blutung, Menorrhagie mit Hypoplasie des Uterus, Adnextumoren mit Blutung, cystischer Degeneration der Ovarien, Lungenphthise, kongenitaler Lues, in der Absicht eine temporäre Menolipsierung herbeizuführen mit $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$ ED Hautdosis (FG 10·15, 150—200 kV, 4 mA, $\frac{1}{2}$ Zn-1 Al, 35—56 cm FH) bestrahlt. Von 19 Schwangerschaften, die bei diesen Frauen 1—108 Monate nach der Röntgenbestrahlung aufgetreten sind, endeten 8 durch Spontanabort, 8 durch Geburt am Termin, 3 wurden absichtlich unterbrochen. Die relativ hohe Zahl von Spontanaborten (40%) wird vom Verf. mit Rücksicht auf den

möglichen Fehler der kleinen Zahlen nicht mit der Bestrahlung in kausalen Zusammenhang gebracht. Von den abortierten Früchten konnten nur 2 untersucht werden. Eine Schädigung ließ sich an ihnen nicht feststellen. Die Konzeption der lebend geborenen Kinder war durchwegs erst längere Zeit (7—38 Monate) nach der Bestrahlung erfolgt. Die Kinder, die bereits 13 Monate bis 6 $\frac{1}{4}$ Jahre in Beobachtung stehen, zeigen in der statischen und psychischen Entwicklung nur in einem Falle eine Beschleunigung, in 2 Fällen eine Verlangsamung, doch konnten alle beobachteten Abnormitäten durch familiär-hereditäre Einflüsse und durch mitgemachte Krankheiten erklärt werden.

Friedl (Prag).

Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

● **Kramer, E.: Geschlechtentstehung und willkürliche Geschlechtsbestimmung.** Berlin u. Leipzig: Dtsch. Verlagshaus Bong & Co. 1934. 40 S. RM. 3.50.

Referat über den ganzen Fragenkomplex mit Verwertung eigener Versuche des Verf.s an weißen Mäusen, bei denen durch Spülen der Scheide mit einer Natriumbicarbonatlösung rein männliche Würfe erreicht werden konnten. Die Darstellung soll anscheinend auch dem Laien verständlich sein, doch fällt Verf. nach und nach in die Benutzung von Fachausdrücken zurück, so daß zum Verständnis dieser flott geschriebenen Darstellung doch eine gewisse biologische Durchbildung notwendig sein dürfte. Nach Erörterung der verschiedenen Hypothesen über die Geschlechtentstehung folgt eine Darstellung der Aufgabe der Sekrete der Geschlechtsorgane und des Selbstreinigungsvorganges der menschlichen Scheide, des Einflusses des chemischen Verhaltens der Scheiden- und Gebärmuttersekrete auf die Spermien. Verf. vertritt die Ansicht, daß Alkalität der Scheide zur Zeit der Ejaculation männliche Geburten, vermehrte Alkalität derselben weibliche Geburten wahrscheinlicher mache.

B. Mueller (Göttingen).

Wagensel, F.: Chinesische Eunuchen. (Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Kastrationsfolgen und der rassistischen und körperbaulichen Bedeutung der anthropologischen Merkmale.) (*Anat. Inst., Univ. Bonn u. Wusung-Shanghai.*) Z. Morph. u. Anthrop. 32, 415—468 (1933).

Verf. berichtet über 31 Eunuchen im Alter von 45—57 Jahren nordchinesischer Herkunft, die 1930 im Deutschen Hospital zu Peking untersucht wurden. Sie waren teils vor, teils während, teils nach der Pubertät kastriert worden. 4 von den zwischen 18 und 26 Jahren Verschnittenen waren verheiratet, 2 davon hatten sich erst nach der Erzeugung von Kindern kastrieren lassen. Es handelt sich um Eunuchen des früheren Kaiserhofes. Bei allen Personen waren die äußeren Genitalien (Penis, Scrotum, Hoden) völlig entfernt worden. Die anthropometrische Untersuchung erfolgte nach der Methode von Martin. Zum Vergleich wurde eine Reihe von 22 normalen nordchinesischen Männern und eine aus Nord-Mittel- und Südchinesen gemischte Reihe von 250 Männern herangezogen. Die Ergebnisse der Untersuchung sind rein anthropometrischer Natur. Alle wichtigen Maße werden genauest studiert, sowohl jedes Maß für sich als auch in den anthropologisch bedeutsamen Beziehungen zu anderen Maßen. Auf diese Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden. Von allgemeineren Ergebnissen sind folgende hervorzuheben: Es wurden an Wachstumsformen unterschieden: 15 normale Formen, 2 Schlankwuchsformen, eine Übergangsform zu Fettwuchs, 5 Fettwuchsformen mäßigen Grades, 1 Akromegaler und 7 Fettwuchsformen starken Grades. Die Kastration vor, während und nach der Pubertät kann diese verschiedenen Wachstumsformen zur Folge haben. Es kommen 2 Hauptgruppen von Kastrationsfolgen vor: 1. Regelmäßige, unabhängig von der einzelnen Wuchsform auftretende (Beckenbreite, Rumpfwandlänge, Extremitätenlänge, Kehlkopf und Stimme, Höhe, Index und Form des Gesichtes, Behaarung, Gelenkdeformitäten der unteren Extremität). 2. In ihrer Ausprägung wechselnde, die einzelnen Wuchsformen charakterisierende (Körpergröße, Brustmaße, Bauch- und Hüftumfang, Gewicht, Rohrer- und Pignetindex, Wadenumfang, Menge des Hautfettes, akromegale Symptome). Die körperbaulichen Rassenmerkmale sind gekennzeichnet durch ihr großes Variationsvermögen und ihr starkes Reagieren auf den Kastrationsreiz. Die Merkmalsänderungen, welche im Gefolge der Kastration auftreten, beweisen indirekt die Bedeutung des