

dieser Geburtsschädigung durch Schröder im Jahre 1871 bloß 3 Mitteilungen darüber gefunden hat, hat er selbst im Laufe von 2 Jahren die Verletzung an 51 Leichen Neugeborener festgestellt. Über 32 von diesen, über welche ihm Geburtsgeschichten zur Verfügung standen, berichtet er eingehender. Es handelte sich ausnahmslos um wohlentwickelte, reife Kinder. In 72% der Fälle trat an der Trennungsstelle die Schuppe stufenförmig gegen das Schädellinnere vor, und in 38% fand Verf. dementsprechend eine Vertiefung oder Blutungen an der Unterseite des Kleinhirns. Bei Verschiebung ist die Verletzung in der seitlichen Röntgenaufnahme zu erkennen. Verf. fand die Verletzung bei 42% der von ihm geöffneten, am Beckenende ausgezogenen Kinder, und zwar in 33% nach Steißlage, dagegen in 48% (auch absolut am häufigsten) nach vorangegangener Wendung auf den Steiß. Auch bei Zangengeburt fand er sie in $\frac{1}{3}$ der Fälle, doch war unter 10 Fällen dieser Art nur eine Ausgangszone. 2mal fand er die Verletzung bei mit dem Kopf ohne Kunsthilfe geborenen Kindern, bei welchen bloß die Lösung der Schultern große Schwierigkeiten bereitet hatte. Nach Verf. kommt die gegenständige Verletzung als Todesursache an Häufigkeit dem Gezelteriß gleich. Ihre Entstehung, die durch ein räumliches Mißverhältnis zwischen Beckenweite und Größe des Kopfes begünstigt wird, erklärt Verf. dadurch, daß das Hinterhaupt gegen die Schoßfuge angepreßt wird. Er mahnt 1. die Zange recht sorgfältig anzulegen und das Hinterhaupt nicht gegen die Schoßfuge zu ziehen; 2. bei Ausziehung am Beckenende gleichfalls nicht gegen die Schoßfuge zu ziehen; 3. zur Befreiung der steckengebliebenen Schultern bei Kopfgeburten nicht am Hinterhaupt, sondern an den Seiten des Kopfes zu ziehen.

Meixner (Innsbruck).

Hotz, A.: Über partiellen Spontanpneumothorax beim Neugeborenen. (*Kinderabt., Schweiz. Pflegerinnenschule, Zürich.*) Schweiz. med. Wschr. 1934 I, 209—211.

Es wird die Aufmerksamkeit auf den partiellen Spontanpneumothorax beim Neugeborenen als Ursache einer vorübergehenden Cyanose und Dyspnoe gelenkt, ein Krankheitsbild, das wir beim Säugling relativ häufig sehen, das beim Neugeborenen aber sehr selten sein soll. So finden sich in der Literatur bis 1933 nur 9 Fälle. Nun hat Hotz in $1\frac{1}{2}$ Jahren 3 Fälle beobachten können, nachdem er systematisch alle cyanotischen Neugeborenen durchleuchtet. Die Fälle werden eingehend beschrieben; bei einem fand sich ein wechselseitiges Auftreten des Pneumothorax. Die Ätiologie der Entstehung läßt sich nicht eindeutig klären. Therapie bei bedrohlichen Fällen Punktion. Man soll bei Atelektasen von Neugeborenen vorsichtig mit drastischen therapeutischen Maßnahmen sein.

Schall (Homburg, Saar).^{oo}

Holmberg, Eva: Leberzerreißen bei Neugeborenen in den Jahren 1924—1932 in der Allgemeinen Gebäranstalt in Helsingfors. (*II. Obstetr.-Gynäkol. Klin., Allm. Sjukh., Helsingfors.*) Finska Läk.sällsk. Hdl. 75, 1067—1095 u. dtsch. Zusammenfassung 1096 (1933) [Schwedisch].

Unter 1000 Sektionen, die alle in der Universitäts-Frauenklinik zu Helsinki totgeborenen und bald nach der Geburt gestorbenen Kinder umfaßt, wurde bei ausgetragenen Kindern 3mal, bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht über 1000 g 7mal und bei noch kleineren 9mal eine Leberruptur entdeckt. Von den ausgetragenen 3 Kindern mit Leberruptur waren 2 Spontangeburt, 1 Zangengeburt. Die Leberruptur wird als ein Kompressionstrauma aufgefaßt, bei welchem der Druck entweder gegen Symphysis oder Promontorium neben anderen Faktoren wie Asphyxie und mangelhafter Entwicklungsgrad bei Frühgeborenen die ausschlaggebende Rolle spielt. Bei 37 Kindern wurden mehr oder minder ausgedehnte subkapsuläre Blutungen in der Leber nachgewiesen. 26 dieser Kinder waren Frühgeburten. *Ylppö* (Helsinki).^{oo}

Gerichtliche Geburtshilfe.

Winter, G.: Über die geburtshilfliche Leistungsfähigkeit praktischer Ärzte. Zbl. Gynäk. 1934, 914—916.

Verf. hat an die ostpreußischen Ärzte eine Umfrage mit dem Ersuchen gerichtet,

ihm ihr geburtshilfliches Material, das sie 1927 erledigt haben, mitzuteilen. Er bezweckte, ein Material aus direkter Hand zu gewinnen, das zur Entscheidung des Streites über die Abgrenzung der klinischen und häuslichen Geburtshilfe dienen könnte. Nur etwa ein Viertel der Ärzte hat ihr Material eingeschickt. Erwiderung auf Angriffe gegen die Bedeutung der Zahlen des Verf. für die Beurteilung der geburtshilflichen Leistungsfähigkeit der praktischen Ärzte. Verf. betont, daß die geburtshilfliche Leistungsfähigkeit der praktischen Ärzte weit besser ist, als man früher annahm, und, auch wenn sie noch besserungsfähig ist, doch schon jetzt zu sagen ist, daß die operative Behandlung nicht zu schwerer Fälle bei ihnen sich durchaus in guten Händen befindet.

Dittrich (Prag).

Metzger, Marcel: L'urgence en obstétrique et le praticien moyen. (Dringliche Geburtshilfe und Allgemeinpraktiker.) (*Hôp. Bretonneau, Paris.*) *Leç. Clin. Tarnier 9, 11—24 (1933).*

Ratschläge für den praktischen Arzt. Streng konservatives Verhalten bei der Leitung der normalen Geburt, insbesondere bei der Nachgeburtsperiode. Warnung vor indikationslosem und voreiligem Anlegen der Zange. Komplizierte Fälle (Lageanomalien, Placenta praevia, Eklampsie, Nabelschnurvorfal, Dammriß 3. Grades, Uterusruptur und Spätblutung im Wochenbett überschreiten die Kompetenz des Allgemeinpraktikers und gehören in die Hand des Facharztes bzw. in die Klinik.

Klaas Dierks (Jena).

Haller, F.: Erfahrungen mit der Schwangerschaftsunterbrechung im Privathaus. *Zbl. Gynäk. 1934, 296—298.*

Verf. wendet sich gegen Liepmann, welcher in seinem in der Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin am 3. II. 1933 gehaltenen Vortrag erklärte, die Schwangerschaftsunterbrechung gehöre ausschließlich in die Klinik u. a. deswegen, weil die Gefahrenquelle der ambulanten Operation zu groß sei.

Verf. hat im Laufe der letzten 12 Jahre etwa 1000 Aborte jeden Alters der Gravidität, in jeden nur erdenklich unmöglichen Situationen, mit den verschiedensten Komplikationen behaftet, ohne jede Assistenz fast durchwegs aktiv instrumentell beendet. Nur 2 Frauen starben an Sepsis, die eine kam moribund in seine Hand. 990 Fälle wurden im Privathaus beendet, 10 Frauen wurden in die Klinik aufgenommen, darunter die beiden mit Sepsis. Unter diesen 1000 Fällen befinden sich 90 Unterbrechungen, bis auf 2 alle im Privathaus durchgeführt. Bei diesen 90 Fällen erfolgte einmal eine Zerreißung des Cervicalkanals mit Perforation am inneren Muttermund, einmal konnte ein Laminariastift nicht extrahiert werden. Beide Fälle kamen in die Klinik, die Frauen wurden geheilt entlassen. Verf. betont, daß er sich zur Unterbrechung noch nie die Hände nach chirurgischem Ritus wusch, weil es ja völlig unnötig sei, ein Instrument außer am Handgriff zu berühren, der doch nicht in Kontakt mit der Patientin komme. Die Vorteile einer Unterbrechung im Hause der Patientin erblickt Verf. in wesentlich geringeren Kosten und in größerem Schutz gegen Indiskretion bei gleicher Lebenssicherheit. Dahingegen spricht sich Verf. gegen die Vornahme der Operation in der Ordination aus. Daß eugenische und soziale Indikation, ebenso z. B. Hyperemesis gravidarum in die Anstalt gehören, sei selbstverständlich.

Dittrich (Prag).

Fluhmann, C. F.: The length of the human menstrual cycle. (Die Länge des menschlichen Menstruationscyclus.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., Stanford Univ. School of Med., San Francisco.*) *Amer. J. Obstetr. 27, 73—78 (1934).*

Da Verf. Zweifel setzte in die sehr zahlreichen Literaturangaben über die Länge des Menstruationscyclus bei der Frau, Angaben, die häufig nicht auf objektive Beobachtung, sondern auf das Gedächtnis der Befragten gestützt seien, hat er Untersuchungen an 83 gesunden Lehrschwestern über Tempo und Dauer der Regel vorgenommen. Die Personen (18—29 Jahre alt), die selbst auf Kalendern ihre Blutungen notierten, waren alle unter gleichen Bedingungen in einer Schwesternschule untergebracht. Die Menarche lag mindestens 4 Jahre zurück. Die Beobachtungszeit betrug 6—13 Monate. Nicht verwertet wurden die Daten derjenigen Schwestern, bei denen nach dem Eintritt in die Schule Regelstörungen aufgetreten waren. Es blieben 76 Personen mit 747 Cyclen übrig, die für die Statistik verwertet werden konnten. — Die Länge der einzelnen Cyclen (gerechnet vom 1. Tag einer Menstruation bis zum Beginn der nächsten) variierte

von 11 bis zu 144 Tagen; am häufigsten fanden sich der 29tägige (73mal) und der 28tägige (72mal); der Durchschnitt betrug 30,4 Tage. — In keinem Fall waren zahlreiche aufeinanderfolgende Cyclen genau gleich lang. Verf. nimmt eine Verteilung der einzelnen Individuen je nach der Länge ihrer Cyclen vor: diejenigen, bei denen die Differenz zwischen dem kürzesten und dem längsten Cyclus 5 Tage betrug (wobei 2 Ausnahmen während der gesamten Beobachtungszeit zugelassen wurden), bildeten die „regelmäßige“ (A), alle anderen, bei denen mehr als 2 Cyclen aus dem 5-Tage-Spielraum herausfielen, die „unregelmäßige“ Gruppe (B). Die Gruppe A umfaßte 28 Personen: bei 9 betrug die Dauer des Cyclus 26—30, bei 6 weniger und bei 13 mehr als 26—30 Tage — mit obenerwähnter Reserve, daß 1—2 Cyclen nicht in den 5-Tage-Spielraum zu passen brauchten; ließ man die Ausnahmen nicht gelten, so fanden sich nur 5 Personen mit 6 2—30tägigem Rhythmus. 48 Schwestern gehörten der Gruppe B an: bei 4 kehrte die Regel jedesmal nach weniger als 30 Tagen, bei 16 jedesmal nach mehr als 26 Tagen, bei 28 manchmal nach weniger als 26, manchmal nach mehr als 30 Tagen wieder. — Die Dauer der einzelnen Menstruationen (über 823 lagen genaue Daten vor) betrug 1—10, meist 3—7, im Mittel 4,6 Tage; die Regeln von verschieden langer Dauer verteilten sich ganz gleichmäßig auf die einzelnen Cyclusgruppen, woraus man schließen kann, daß das Regeltempo keinen Einfluß auf die Regeldauer hat. Diese ist bei den einzelnen Individuen konstant; eine erhebliche Abweichung von der gewöhnlichen Regeldauer weist nach Ansicht des Verf. auf eine tiefere Störung hin als eine Unregelmäßigkeit im Regeltempo.

Büttner (Kiel).^o

Brémond, E.: L'hémorragie initiale de la grossesse. (Blutungen im Beginn normaler Schwangerschaften.) *Rev. franç. Gynéc.* **29**, 119—123 (1934).

Es werden eine Anzahl Beispiele angeführt, wo teils kurz nach der letzten Periode teils zur Zeit der nächst erwarteten Regel leichtere Blutungen auftraten. Im ganzen sind diese Dinge selten, so daß es wohl kaum gelingen kann, eine einheitliche Ätiologie (Nidation, hormonale Verhältnisse usw.) hierfür zu finden. Geppert (Hamburg).^o

Forster, N. K.: Missed abortion with superimposed pregnancy. A case of compound intrauterine gestation. (Missed Abortion neben Schwangerschaft. Ein Fall von kombinierter intrauteriner Schwangerschaft.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., Univ. of Chicago a. Lying-In Hosp., Chicago.*) *Amer. J. Obstetr.* **27**, 260—265 (1934).

Mit Novak behalten die Autoren die Bezeichnung „compound pregnancy“ für Fälle vor, bei welchen neben einer normalen Schwangerschaft noch Reste von einer früheren Schwangerschaft wie z. B. extrauterin gelegene, fibröse oder hyalin degenerierte Zotten oder Lithopedionbildungen vorliegen. Bei den bisher in der Literatur festgehaltenen zahlreichen Fällen handelt es sich immer nur um solche, bei denen eine intrauterine Schwangerschaft neben extrauterin gelegenen Resten einer früheren Schwangerschaft festgestellt wurden. Ein Fall von intrauterin liegender Missed Abortion neben intrauteriner Schwangerschaft ist bisher in der Literatur nicht auffindbar gewesen. Ein solcher Fall wird in der vorliegenden Arbeit ausführlich beschrieben. Mit Superfetatio hat der Fall nichts zu tun, da es sich um eine Schwängerung nach dem Absterben eines verhaltenen Eies handelt. Die Frau wurde im April schwanger. Die Schwangerschaft verlief bis September normal. Im September starb die Frucht durch ein schweres Trauma ab; sie wurde aber nicht geboren. Im Verlaufe eines Monates nach diesem Trauma wurde die Frau wieder schwanger. Sie trug also ein totes und ein lebendes Ei. Bis zu der Schnittentbindung hatte sie den toten Fetus 14 Monate, den lebenden 9 Monate im Fruchthalter getragen. Das lebende Kind war gesund, das Wochenbett normal. Eine Zwillingsschwangerschaft mit Absterben eines Zwillinges und dessen Degeneration zum Fetus papyratus wurde ausgeschlossen. Doppelmißbildungen (Uterus didelphis, Septus usw.) konnten anlässlich der Schnittentbindung ebenfalls ausgeschlossen werden. Die vorliegenden „Compound intrauterine Gestation“ darf mit einer Superfetatio, Superfecundatio oder Superimpraegnatio nicht verwechselt

werden, da bei der Compound intrauterin Gestation das primär befruchtete Ei nicht lebend war, d. h. zur Zeit der 2. Befruchtung war das Ei schon abgestorben.

H. Siegmund (Graz).^o

Chevallier, Paul: Traitement de la syphilis chez la femme enceinte. (Behandlung der Syphilis bei den Schwangeren.) (*Hôp. Cochin, Paris.*) *Leg. Clin. Tarnier* **9**, 60—71 (1933).

Verf. geht von folgenden zwei Sätzen aus: 1. Die während der Schwangerschaft einsetzende Behandlung heilt die Mutter nicht, aber sie mildert die Krankheit; 2. sie hindert das Kind nicht daran, syphilitisch geboren zu werden, aber sie erlaubt ihm, überhaupt geboren zu werden und seine Krankheit zu verdecken. Dann gibt er für die verschiedenen Stadien der Krankheit, die bei der Schwangeren vorliegen können, folgende Anhaltspunkte bezüglich der Behandlung: Ist die Syphilis noch in voller Blüte, wie bei Schwangeren im 6. oder 7. Monat, so empfiehlt er die Methode von Politzer, für die er schon seit länger als 10 Jahren eintrat, die aber Krankenhauspflege verlangt. Sie besteht in langsam auszuführenden intravenösen Injektionen von 0,90 g Novarsenobenzol (bei schwächlichen Frauen nur 0,75 g) an 3 aufeinander folgenden Tagen, auch wenn nach der 1. Injektion Fieber eingetreten war; dann folgt eine Injektionskur von Quecksilber oder Wismut (3 Injektionen in der Woche [wie lange? Ref.]), hierauf beginnt nach einer einmonatigen Pause die kombinierte Kur von neuem. — Bei alter latenter Syphilis rät Verf. zu Wismut- und Quecksilberkuren in Verbindung mit Jodkalium. — Bei alter manifester Syphilis (mit Myelitis, Aortitis, allgemeiner Paralyse) verdienen nach Verf. Mittel, wie Wismut und Quecksilber, den Vorzug vor Arsenobenzol. Bei den an allgemeiner Paralyse Leidenden sollte man die Behandlung mit Pantavalents und die Malariatherapie einsteilen noch etwas vertagen. — Schließlich charakterisiert Verf. seinen von den weit verbreiteten Anschauungen so mancher Ärzte abweichenden Standpunkt durch eine Zusammenstellung von Sätzen, die er für ungenau und schädlich hält und die man daher nicht glauben solle. Es sind folgende: 1. der Satz, daß der negative Wassermann das Fehlen oder die Heilung der Syphilis beweise; 2. daß die gutbehandelte Syphilis fast stets heile; 3. daß eine Behandlung während der Schwangerschaft Mutter und Ei heile oder, wie man häufig schreibt, sterilisiere. Während er davor warnt, die vorstehenden Sätze zu glauben, fordert er dazu auf, für die große Mehrzahl der Fälle dem Quecksilber das Vertrauen zu bewahren. Solger (Neiße).^o

Sittner, Georg: Das spontane Vorkommen von echten Diphtheriebacillen und Fraenkelschen Gasbrandbacillen in der Vagina gesunder schwangerer und nichtschwangerer Frauen. (*Hyg. Inst., Univ. München.*) Diss.: München 1933.

Die vorliegenden Untersuchungen scheinen mir für die gerichtliche Medizin so bedeutungsvoll zu sein, daß wenigstens ein kurzer Hinweis darauf angezeigt erscheint. Diphtheriebacillen waren in den Vaginalabstrichen von gesunden Tieren bereits mehrfach (Kuhn und Löwenthal) nachgewiesen worden; Broer hatte 1919 in Scheidenabstrichen Hauschwangerer unter 30 Fällen — also fast in 25% — 7mal echte Diphtheriebacillen nachweisen können, während im Gegensatz dazu die Nachuntersuchungen von Lönne und Meyerling zu einem negativen Ergebnis (bei 24 gesunden Schwangeren) gelangten. Vermutlich erklären sich die Untersuchungsergebnisse Broers dadurch, daß zur Zeit seiner Arbeit in Mainz gerade eine ausgedehnte Diphtherieepidemie herrschte, wobei man gelegentlich ja auch in Wunden Diphtheriebacillen vorfindet. Weitere Untersuchungen von Lönne und Schught förderten nur Pseudodiphtheriebacillen zutage, während die Untersuchungen von Wauschkun mehrfach echte Diphtheriebacillen ergaben. Daß im menschlichen Organismus weitgehend degenerierte Diphtheriebacillen, die man leicht als Pseudodiphtheriebacillen ansehen kann, unter geeigneten Lebensbedingungen wieder infektionstüchtig werden können, hat Bruno Schneider erwiesen. — Was die Gasbrandbacillen bzw. Befunde solcher im Scheidensekret gesunder Frauenspersonen betrifft, so hat Schubert schon 1928 in 25 Fällen 16mal den Fraenkelschen Gasbacillus feststellen können und auch gezüchtet.

An diese Untersuchungsreihen schließen sich neue Beobachtungen des Verf. an. Die Bacillen wurden völlig einwandfrei durch Kultur und Tierversuch festgestellt. Die Tatsache, daß bei diesen Untersuchungen von insgesamt 100 Vaginalabstrichen teils von schwangeren und teils von nichtschwangeren Frauen in 2 Fällen der Be-

fund von echten Diphtheriebacillen und sogar in 16 Fällen der Befund von Gasbrandbacillen erhoben worden ist, dürfte für die forensische Beurteilung von großer Wichtigkeit sein, besonders bei der Frage nach dem Zustandekommen einer Gasbrandinfektion nach krimineller und ärztlicher Schwangerschaftsunterbrechung. Die Toxizität der 2 rein gezüchteten Diphtheriestämme sowie die Pathogenität der 16 Gasbrandbacillenstämme wurde im Tierversuch einwandfrei erwiesen.

H. Merkel (München).

Eerland, L. D.: Retentio placentae und gleichzeitige Infektion der Gebärenden. Geneesk. Tijdschr. Nederl.-Indië 73, 1635—1646 (1933) [Holländisch].

Erfahrungen an 51 Fällen von Retentio placentae bei eingeborenen Frauen der Insel Java. Bei 6 lag die Placenta lose, während es sich bei 45 um richtige Retention handelte. Von letzteren waren 23 zu Beginn der Behandlung infiziert. In 7 nicht-infizierten Fällen gelang die Entfernung der Placenta durch den Handgriff von Credé; davon starb eine Frau an Sepsis. Bei den übrigen 15 nichtinfizierten, bei denen die Placenta manuell gelöst wurde, kam kein Todesfall vor. — Die Mortalität der 23 infizierten Fälle betrug $11 : 23 = 50\%$. Exprimierung nach Credé: 2 (verlorene) Fälle, beide tot. Manuelle Entfernung: 11 Fälle, davon 7 mit letalem Verlauf. Manuelle Entfernung und Uterusexstirpation am nächsten Tag, wegen Verschlimmerung des Zustandes: 2 Fälle, beide mit tödlichem Verlauf. Primäre Uterusexstirpation: 8 Fälle, ohne Ausnahme mit günstigem Ablauf. — Tabellen. — Verf. bespricht die besonderen Anweisungen für die primäre Uterusexstirpation. Ein subjektiver Faktor ist dabei nicht auszuschalten.

Lamers (Herzogenbusch).

Turunen, Aarno O. I.: Emphysema mediastinale et subcutaneum parturientium. (Emphysem des Mediastinums und des Unterhautbindegewebes bei Gebärenden.) (II. Univ.-Frauenklin., Helsinki.) Acta obstetr. scand. (Stockh.) 14, 76—88 (1934).

Der Autor berichtet in seiner Arbeit über zwei Frauen, welche während und kurz nach der Geburt ein Hautemphysem bekamen; beide Geburten verliefen spontan. Irgendwelche besonders starken Preßwehen waren nicht vorhanden. Der Autor weist röntgenologisch nach, daß das Hautemphysem sich von dem Mediastinum aus entwickelte. Klinisch wurde ein Verschwinden der absoluten Herzdämpfung für mehrere Tage festgestellt. Es steht zu vermuten, daß das Hautemphysem von der Stelle eines subpleuralen Lungenrisses in das Mediastinum und von dort aus unter die Haut wanderte. Da irgendwelche Komplikationen bei der Geburt nicht vorhanden waren und auch keine großen Preßwehen bestanden, so erklärt sich der Autor die Komplikationen so, daß angeborene Anomalien an den Atmungswegen oder eine anormale Zerreißlichkeit in den Lungenwegen bestanden haben müssen. Schaefer.

Clay, A. M.: Lactation associated with bleeding from the breasts. (Lactation mit Blutung aus den Brustdrüsen.) (Hosp. f. Women, Leeds.) Brit. med. J. Nr 3823, 665 bis 666 (1934).

Bei einer 29-jährigen Erstgebärenden, die wegen schwerer Blutungen post partum eingeliefert wurde, war am Tage nach der Geburt beim Anlegen des Kindes das Sekret der Brustdrüsen von schmutziggelber Farbe und enthielt Blut. Keine sichtbaren Verletzungen der Brustwarzen, kein palpabler Tumor. Die Blutmengen ließen bald nach, bei der Entlassung hatte die Milch das Aussehen von Milchkaffee. Die Nachuntersuchung nach 2 Monaten ergab keinen pathologischen Befund. (Kasuistik ohne Besprechung.) Baniecki (Münster).

Toomey, John A.: Agglutinins in mother's blood, baby's blood, mother's milk and placental blood. (Agglutinine in mütterlichem und kindlichem Blut, in Muttermilch und Placentarblut.) (Dep. of Pediatr., Western Reserve Univ. a. Div. of Contag. Dis., City Hosp., Cleveland.) Amer. J. Dis. Childr. 47, 521—528 (1934).

Abweichend von einigen seither in der Literatur beschriebenen Versuchen erstrecken sich die Untersuchungen des Verf. auf das Vorhandensein und die Stärke von Agglutininen gegen verschiedene Stämme von Bacterium coli im Blute von Mutter und Kind, im Colostrum, der Muttermilch und im Placentarblut. Der Titer im Placentarblut (1 : 40 bis 1 : 80) war meist erheblich niedriger als der des mütterlichen Blutes, so daß eine gewisse Filterwirkung der Placenta für Coliagglutinine angenommen wird. Da das Colostrum und in geringerer Stärke auch die Milch Agglutinine enthält und der Titer des Kindes ansteigt, so muß ein Übergang der Agglutinine von der Nah-

rung ins Blut des Kindes stattfinden. Die Stärke der Agglutinine des kindlichen Blutes 10 Tage nach der Geburt entspricht ungefähr der der Muttermilch. *Mayser.*

Schumacher: Klinische und tierexperimentelle Untersuchungen zur Frage der willkürlichen Beeinflussung des Geschlechtes. (23. Vers. d. Dtsch. Ges. f. Gynäkol., Berlin, Sitzg. v. 11.—14. X. 1933.) Arch. Gynäk. **156**, 350—357 (1933).

Die aktive Mitarbeit an der Klärung der Unterbergerschen Theorie von der willkürlichen Geschlechtsbeeinflussung ist bisher im Schrifttum nur gering gewesen. Die seiner Zeit von Füh angeregten Untersuchungen wurden jetzt vom Verf. an 1500 Fällen der Gießener Klinik durchgeführt. Hierbei ergab sich, daß die Annahme von Füh für das hier beigebrachte Material nicht zutrifft; ein Zusammenhang zwischen Geschlecht des Kindes und Reinheitsgrad in der Vagina war nicht erkennbar. — Es wurden dann tierexperimentelle Untersuchungen durchgeführt (an Mäuse- und Rattenweibchen, später auch an Häsinnen). Tabellarische Übersicht über die Ergebnisse. Eine Bestätigung der Unterbergerschen Theorie ließ sich auch hierbei aus der Statistik nicht herauslesen. Wohl schien bei einzelnen Häsinnen die Theorie zuzutreffen; aber eine allgemeingültige Schlußfolgerung könne man daraus nicht ableiten; das Überwiegen der männlichen Tiere nach Alkalisierung des mütterlichen Scheidensekretes ist dafür zu gering und das Züchtungsergebnis bei den einzelnen Rammern allzu widersprechend. Unter Berücksichtigung der Variationsstatistik glaubt der Verf. auch die anderen Zahlen als Zufallsbefunde gewonnen zu haben. *A. Bock.*

Dippel, A. L.: Two cases of congenital heart disease in which the diagnosis was made before birth. (Zwei Fälle von angeborenem Herzfehler, bei denen die Diagnose vor der Geburt gemacht worden war.) (*Dep. of Obstetr., Johns Hopkins Univ. a. Hosp., Baltimore.*) Amer. J. Obstetr. **27**, 120—123 (1934).

1. Eine Woche vor der Geburt wurden ein lautes systolisches Geräusch und zahlreiche Extrasystolen festgestellt. Nach der Geburt entwickelte sich bald Cyanose, und nach 60 Stunden trat der Exitus ein. Autopsie: Transposition der großen Gefäße, der linke Ventrikel war rudimentär, der Ductus arteriosus offen, offenes Foramen ovale und ein kleiner Kammerseptumdefekt. — 2. Zu Beginn der Geburt und weiterhin hatte der Fetus 50 regelmäßige Herzaktionen pro Minute. Nach der Geburt 67 Pulse, das Elektrokardiogramm ergibt ein Dextrogramm mit ventrikulärer extrasystolischer Bigeminie. Tod nach 87 Stunden. Isthmusstenose der Aorta, offenes Foramen ovale und Kammerseptumdefekt, offener Ductus arteriosus.

Adolf Fr. Hecht (Wien).

Thilliez: Affections oculaires du nouveau-né provoquées par l'accouchement. (Geburtsschädigungen der Augen des Neugeborenen.) Gynéc. **33**, 25—30 (1934).

Die häufigsten Erkrankungen der Augen von Neugeborenen sind infektiösen Ursprungs und bestehen in eitriger Entzündung der Bindehaut. Das Sehvermögen ist gefährdet durch geschwürigen Zerfall der Hornhaut. Auch die weniger stürmischen Bindehautentzündungen der Neugeborenen können bei ungenügender Behandlung Tränensackentzündung hervorrufen. Einfaches Ausdrücken des erweiterten Tränensackes stellt meist die Durchgängigkeit der Tränenwege wieder her und führt damit auch zur Heilung der eitrigen Entzündung. Bei regelrechter Anlegung der Zange sind Augenverletzungen selten, meist beruhen sie auf unrichtigem Fassen des kindlichen Schädels mit der Zange. Es kommen vor Schwellungen der Lider, Quetschungen der Haut, aber auch mehr oder weniger große Einrisse in eines oder in beide Lider. Die Lidverletzungen bedürfen sorgfältiger Naht, da sonst starke Entstellung entsteht. Beobachten kann man ferner Blutungen unter die Bindehaut, in die vordere Kammer (zwei solcher Fälle des Verf. waren kompliziert durch Lähmung des Ciliarmuskels). Gar nicht selten sind Lähmungen der äußeren Augenmuskeln, besonders des oberen geraden und des Lidhebers. Vielleicht geben solche Lähmungen Anlaß zu später auftretendem Schielen. Ob diese Lähmungen auf einer Schädigung des Muskels selbst oder auf einer Schädigung der Kerngegend des zugehörigen Nerven beruhen, ist schwer zu sagen. Die erste Annahme hat mehr Wahrscheinlichkeit für sich, da man sogar Fälle erlebt, bei welchen durch die falschliegende Zange Augenmuskeln abgerissen, ja selbst der Augapfel aus der Augenhöhle herausgerissen wurde. Periphere Facialislähmungen kommen vor und gefährden durch mangelhaften Lid-schluß die Hornhaut und damit das Sehvermögen. Der Augapfel muß in solchen Fällen durch Salbe, unter Umständen durch Vernähung der Lider geschützt werden. Auch Schädigungen der die Orbita umgebenden Knochen sind beobachtet worden in Form feiner Fissuren mit Blutungen unter die Haut und in das orbitale Gewebe. Letztere erscheinen später unter der Haut der Lider oder unter der Bindehaut. Sind die Orbitalblutungen beträchtlich, so können sie erheblichen Exophthalmus verursachen. Narbige Schrumpfung des orbitalen Gewebes

führt zu entstellendem Enophthalmus. Schwere Brüche der Schädelknochen verursachen meist durch Lähmung des Atemzentrums tödlichen Ausgang. Knochenbrüche in der Tiefe der Augenhöhle können durch Blutung oder durch Einspießen von Splintern in den Sehnerven zu Sehnervenschwund Veranlassung geben. Neben diesen Verletzungen durch die Zange können auch Mißbildungen des weiblichen Beckens Druckerscheinungen am kindlichen Schädel hervorrufen: Blutungen unter die Bindehaut, in die vordere Kammer, ja selbst in die Netzhaut. Letztere besonders sind gar nicht so selten zu beobachten, wenn man besonders nach langdauernden, schwierigen Geburten die Augen des Neugeborenen untersucht. Manchmal hinterlassen sie keinerlei sichtbare Folgen, erklären aber doch manche Fälle von angeborener Schwachsichtigkeit. Mitunter aber bleiben krankhafte Netzhautpigmentierungen zurück, für welche man im allgemeinen allzu leicht angeborene Lues verantwortlich macht. Die angeführten Erfahrungen sollten die Geburtshelfer veranlassen, im Gebrauch der Zange vorsichtig zu sein, andererseits eine zu langsam verlaufende Geburt, welche den kindlichen Schädel schädlichem Druck aussetzt, zu beschleunigen.

Jendralski (Gleiwitz).

Peckham, C. H.: An investigation of some effects of pregnancy noted six weeks and one year after delivery. (Untersuchungen über Nachwirkungen der Schwangerschaft 6 Wochen und 1 Jahr nach Entbindung.) (*Dep. of Obstetr., Johns Hopkins Univ., Baltimore.*) Bull. Hopkins Hosp. 54, 186—207 (1934).

In einer Zeit von nahezu 9 Jahren wurden von 7163 in der Klinik entbundenen Müttern 2885 oder 40,28% mit Kind in der 1919 gegründeten „Year return“ Klinik nachuntersucht. Davon waren 1028 weiße und 1857 schwarze Frauen der verschiedensten Bevölkerungsschichten. Von den Kindern dieser Mütter waren 37 Zwillinge und 1mal Drillinge, zusammen 2924. Mit 1 zu 78 sind also die Zwillingsgeburten dieses Materials häufiger als gewöhnlich. Die kindliche Mortalität ist bei der schwarzen Rasse höher als bei der weißen Frau als Folge der schlechteren sozialen Bedingungen. Über 90% der Kinder waren nach 1 Jahr in ausgezeichnetem gesundheitlichen Zustande. Ein Erfolg der gut organisierten privaten und städtischen Säuglingsfürsorge. Noch nicht 1% der Kinder wurden in der ersten Zeit nach der Geburt künstlich genährt. Die schwarzen Frauen hatten am Anfang mehr Milch, auch ist die Zunahme der stillenden Mütter nach 6 Wochen bei den schwarzen Frauen größer als bei den weißen. Es ergab sich ferner, daß bei zunächst mangelnder Nahrung der Versuch gemacht werden soll, das Kind anzulegen, da 53% solcher weißen und 86% solcher schwarzen Frauen nach 6 Wochen ausreichend stillten. 26% der weißen und 29% der schwarzen Mütter stillten noch 12 Monate nach der Entbindung. Auch die Mehrgebärende stillt eine längere Periode als die Erstgebärende. Dammrisse, Erschlaffungen des vaginalen Muskelschlauches, Cervixrisse und Subinvolutionen waren bei den weißen Frauen prozentual höher als bei der schwarzen Rasse. 10% der Erstgebärenden und 12% der Mehrgebärenden hatten 5 Wochen nach der Entbindung noch nicht völlig zurückgebildete Genitalorgane. Die Ursache hierfür liegt im frühen Aufstehen und der baldigen Beschäftigung im Haushalt dieser Frauen. $\frac{1}{4}$ der weißen und $\frac{1}{3}$ der schwarzen Frauen wurden in dem 1. Jahr nach der Entbindung wieder schwanger. $\frac{1}{6}$ der Frauen hatte 1 Jahr später einen retroflektierten Uterus, nur bei 8,37% wurden Rectusdiastasen festgestellt und bei 71,45% kehrte die Menstruation vor dem Aufhören der Lactation wieder. Eine Gewichtszunahme im 1. Jahr wurde in ungefähr der Hälfte der Fälle beobachtet, und zwar besonders bei den schwarzen Frauen. Nur 2,77% der Erstgebärenden und 7,15% der Mehrgebärenden klagten über eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes, bei diesen minderbemittelten Bevölkerungskreisen eine auffallend niedrige Zahl.

Baniecki (Münster i. W.).

Banks, Harry: A case of spontaneous rupture of the uterus at six and a-half month. (Ein Fall von Spontanruptur des Uterus bei einer Gravidität von 6 $\frac{1}{2}$ Monaten.) (*Aberdare Gen. Hosp., Aberdare.*) J. Obstetr. 41, 82—85 (1934).

Ohne besonderen äußeren Anlaß und ohne irgendwelche Erkrankungen trat bei einer 34jährigen Patientin eine Spontanruptur im 7. Schwangerschaftsmonat auf, anscheinend nachdem sich die Placenta vorher gelöst hatte. Der Riß im Uterus maß 18 : 12 cm, und das Ei war geschlossen in die Bauchhöhle ausgestoßen. Es hatte infolge vollständiger Retraktion des zerrissenen Uterusmuskels so gut wie nicht geblutet.

Obwohl erst 29 Stunden nach der Ruptur operiert wurde und der Uterus genäht und nicht exstirpiert wurde, trat Heilung ein. Der mikroskopische Befund der Placenta war etwas verdächtig auf Syphilis, die WaR. aber war negativ. 8 Jahre vor diesem Zwischenfall hatte die Patientin im Anschluß an eine Fehlgeburt und Auskratzung ein septisches Wochenbett durchgemacht.

Frommolt (Halle a. d. S.).

Crousse, R.: Un cas de grossesse cervicale, mort foudroyante de la malade par hémorragie au cours d'une fausse couche de 3 mois et demi. (Ein Fall von Schwangerschaft in der Cervix uteri; plötzlicher Tod der Kranken an Verblutung im Verlaufe einer Fehlgeburt von $3\frac{1}{2}$ Monaten.) Bull. Soc. belge Gynéc. 9, 205—209 (1933).

37 Jahre alte X-para. 7 Geburten; 2 Fehlgeburten vor 6 Jahren. 1916 Operation wegen Bartholinitis. 1926 Appendektomie und Ovariectomie. 1928 Doléris und Auskratzung. Alle Geburten waren von schweren Blutungen gefolgt, besonders die erste. In der bestehenden Schwangerschaft zunächst geringfügige Blutverluste; dann folgten stärkere Hämorrhagien. Keine Wehen. Befund bei der Einlieferung: Große postoperative Ventralhernie. Portio verstrichen, Muttermund für 3 Finger durchgängig. Man tastet weiche Massen. Der Uterus entspricht in seiner Größe einer Schwangerschaft von 3—4 Monaten. Entsprechend dem Fundus uteri findet man einen ziemlich derben, kappenförmig aufsitzenden Tumor. Heftige Blutung während der Untersuchung. Man dachte an eine durch Myom komplizierte Schwangerschaft mit fehlerhaftem Sitz der Placenta. Die sofortige Ausräumung wird beschlossen. Gleich bei Beginn der Uterusentleerung so heftige Blutung, daß der Assistent aufgefordert wird, die Aorta zu komprimieren. Man trachtet, die Gebärmutter mit den Fingern, Curette und Abortuszangen zu entleeren; doch ist die Placenta im Bereiche der Collumwand so fest adhärent, daß man sie nur in Stücken förmlich herausreißen muß. Rasche Extraduktion der Frucht. Obwohl die Uterusentleerung nur wenige Minuten gedauert hat, hält die Blutung an. Bei der Austastung findet man entsprechend der Cervixwand links eine tiefe Kraterhöhle, aus der es heftig blutet. Es wird zunächst dieser Hohlraum tamponiert; doch sind alle Mittel, der Blutung Herr zu werden, erfolglos, und die Kranke stirbt innerhalb von 7—10 Minuten, ohne daß es möglich gewesen wäre, eine Bluttransfusion, die in Vorbereitung war, zu machen oder den Uterus zu exstirpieren. Anatomischer Befund: Das Cavum uteri leer und glatt, hingegen ist das Collum uteri mächtig erweitert, so daß das Corpus wie ein kappenförmiger Tumor aufsitzt. Die Placenta war vom Orificium uteri externum entlang der ganzen linksseitigen und vorderen Wand inseriert, wobei die Zotten tief in die Muskulatur eingedrungen waren, ja fast die ganze Wand bis zur Serosa durchwachsen hatten. Überall erweiterte, hypertrophische Gefäße.

Hans Heidler (Wien).

Schroderus, Mauno: Vier unrupturiert operierte Fälle von interstitieller Tubenschwangerschaft (Abortus tubarius interstitialis). Beiträge zur Frühdiagnose. (Städt. Entbindungsanst., Viipuri u. Obstetr.-Gynäkol. Univ.-Klin., Helsinki.) Acta obstetr. scand. (Stockh.) 14, 48—75 (1934).

Die Häufigkeit der interstitiellen Tubenschwangerschaften im Vergleich mit den übrigen beträgt 0,9%. Ursache für die Seltenheit ist der gleichzeitig veränderte ampulläre und isthmische Teil der Tube. 300 Fälle sind publiziert, davon nur $\frac{1}{5}$ unrupturiert. Mitteilung von 4 interstitiellen Tubenabortionen. Differentialdiagnostisch wichtig gegenüber Myom sind die verspätete Menstruation, im Anschluß daran Schmerzen und Blutungen, und der runde, glatte Tumor in der Cornugegend. Die nahegelegene empfindliche, abgegrenzte Uteruswand ist weich und es entsteht der Eindruck, als ob der Tumor mit dem übrigen Uterus durch einen weichen Stiel verbunden sei. Interstitielle Rupturfälle sind von den eigentlichen Tubenrupturfällen klinisch fast unmöglich zu unterscheiden.

Baniecki (Münster, Westf.).

Seipiadés, Elemér: Ausgetragene und lebende Frucht aus einer nach gleichseitiger Operation sich wiederholenden Extrauterin gravidität. Orv. Hetil. 1934, 47—51 [Ungarisch].

Normale, ausgetragene Kinder bei Extrauterin gravidität sind sehr selten, in der

ungarischen Literatur wird bloß 1 Fall erwähnt. Beschreibung eines Falles, wo sich die Schwangerschaft nach operierter Extrauterin gravidität im zurückgelassenen Tubenstumpf entwickelte. — 32jährige 3. Para, vor 3 Jahren linksseitige Salpingoophorektomie wegen Tubenruptur. Die gegenwärtige Schwangerschaft wurde von Anfang an beobachtet, und es konnte auch am Ende der Schwangerschaft nicht entschieden werden, ob es sich um eine intra- oder extrauterine Schwangerschaft handelt. Wehenartige Krämpfe am Ende der Schwangerschaft. Probeparotomie zur Klärung der Situation. Der vergrößerte Uterus ist nach rechts verlagert, links die intraligamentäre Schwangerschaft. Nach Eröffnung der peritonealen Hülle Geburt des 3300 g schweren, vollkommen normalen, in Stirnlage befindlichen Kindes. Supravaginale Amputation des Uterus, Entfernung der Placenta von ihren Haftstellen an der hinteren Blasenwand, des Sygma und dem Beckenbindegewebe. Stillung der beträchtlichen Blutung, Drainage nach unten. Heilung. Das Kind ist nach 2 Jahren gesund und vollkommen normal. Es wird angenommen, daß das befruchtete Ei aus dem rechten Eierstock in den linken Tubenstumpf hineinwanderte und sich dort entwickelte. Verf. beobachtete unter 386 Extrauterin graviditäten 2 ausgetragene. *Felix Gál* (Budapest).

Maletzki, V.: Fall von sekundärer abdomineller, aus der primären interstitiellen entstandenen Gravidität mit ausgetragener lebender Frucht. *Ginek. Nr 1*, 95—96 (1934) [Russisch].

Verf. beschreibt kurz einen von ihm beobachteten Fall von Abdominalgravidität, bei dem die Laparotomie die klinisch gestellte Diagnose bestätigte und zugleich festgestellt werden konnte, daß die Abdominalgravidität aus einer primären interstitiellen Extrauterin gravidität hervorgegangen war. Das Kind konnte lebend am Ende der Schwangerschaft durch Laparotomie entwickelt werden. *v. Glasenapp* (Berlin).

Tottenham, R. E.: Some unusual cases of extra-uterine pregnancy. (Einige ungewöhnliche Fälle von Extrauterin gravidität.) *J. Obstetr.* **41**, 56—62 (1934).

Verf. beschreibt ausführlich 5 Fälle von Extrauterin gravidität, sämtlich älter als 28 Wochen. — Eine Patientin hatte über unregelmäßige Blutungen im Anfang der Gravidität, eine weitere längere Zeit über unbestimmte Schmerzen im Leib geklagt. Die Fühlbarkeit der Kindsteile wechselte sehr, je nach der Dicke der Eisackwand und der Lage des Fetus.

Eine Patientin kam mit lebendem Kinde zur Operation; es handelte sich offenbar um eine sekundäre Extrauterin gravidität nach Ruptur des Horns eines Uterus unicornis. Sehr starke Blutung aus den umgebenden Adhäsionen, die beim Versuch, den Eisack zu exstipieren, gelöst wurden. Verletzung des Darms. Peritonitis. Exitus. — Bei einer zweiten Frau bestanden Symptome der Infektion des Eihautsackes. Der Fet fand sich nur vom Amnion umschlossen, war tot, aber noch nicht maceriert; Placenta in der ganz frisch geplatzten linken Tube. Peritonitis. Exitus. — Die anderen drei Patientinnen, bei denen die Feten seit längerer Zeit tot waren, blieben nach der Operation am Leben.

Die Fälle, in denen die Frucht vor mehreren Wochen abgestorben ist, liegen prognostisch am günstigsten; hier ist auch die Operation technisch verhältnismäßig leicht. Lebt das Kind, so blutet es bei der Exstirpation des Sackes stark aus den weiten Gefäßen der Placentarstelle und den Adhäsionen. Verf. diskutiert für diese Fälle die zweizeitige Operation: zuerst nur Entleerung des Eisackes, in einer späteren Sitzung — nach Rückbildung der Placentargefäße — Exstirpation. Wenn die Frucht erst vor kurzer Zeit abgestorben ist, so kann durch Ausfließen von frisch infiziertem Fruchtwasser leicht eine Peritonitis zustande kommen. — Gelegentlich bleibt die Tube als Fruchthalter intakt. *Büttner* (Kiel).

Spackman, W. C.: A case of ovarian pregnancy. (Ein Fall von Ovarialschwangerschaft.) *Brit. med. J.* Nr **3314**, 229—230 (1934).

Eine 38jährige Patientin, bei der der Genitalbefund völlig normal ist, wird wegen Sterilität mit einer Tubendurchbläsung 10 Tage nach der letzten Menses behandelt. Die nächste Menstruation bleibt aus, 14 Tage später tritt jedoch eine leichte Blutung auf. Wegen Verdacht auf Abort keine Untersuchung. Nach weiteren 14 Tagen ergibt

die Untersuchung einen normal großen anteflektierten Uterus. Links hinter ihm eine pflaumengroße Anschwellung und Pulsation zwischen ihr und dem Uterus; geringe Schmerzhaftigkeit. — Strenge Bettruhe. 5 Tage später ist die Anschwellung doppelt so groß. Sofortige Laparotomie. Es findet sich eine völlig normale linke Tube. Das linke Ovarium ist ca. pfirsichgroß, dunkelrot und liegt locker im Douglas verklebt. Das Ovarium wird exstirpiert. — Tief im Ovarium eingebettet findet sich ein Fruchtsack und in ihm ein 0,6 cm langer Fet. Histologisch zeigt das Gewebe um den Fruchtsack choriale Zotten, die auch in das sonst normale Ovarialgewebe eindringen. Also klinisch und histologisch eine einwandfreie Ovarialschwangerschaft. — Ob die Einbettung ins Ovarium hier bei diesem Fall eine Störung der Ovulation oder das Vorhandensein von endometroidem Gewebe zur Voraussetzung hat, ist nicht geklärt. Daß bei diesem Fall die Tubendurchblasung das befruchtete Ei ins Ovarium gedrückt hat, ist unwahrscheinlich wegen der tiefen Einbettung des Eies und wegen der Zeit der Tubendurchblasung, die 4 Tage vor der Ovulation gemacht wurde.

Hirsch-Hoffmann (Hamburg).⁵

Bublitschenko, L. I.: Der Abortus und die Sterilität. (*Zentr.-Geburtsh.-Gynäkol. Wiss. Inst., Leningrad.*) Mschr. Geburtsh. **96**, 183—189 (1934).

Verf. befaßt sich mit der Frage nach den Ursachen der Sterilität auf Grund der klinischen Daten der Untersuchung von Frauen, die nach dem Abortus nicht schwanger wurden, und mit den konstitutionellen Sonderheiten derselben. Die Dauer der Sterilität schwankte zwischen 2 und 20 Jahren. Bis 35jährige der Untersuchten waren zu 86% steril. Als Ursachen führt Verf. an: Entzündungen als Resultat einer Infektion während des Abortus oder schon früher bestehende und durch den Abortus provozierte Infektion (Gonorrhö) und die einer vaginalen Untersuchung nicht zugänglichen Veränderungen des Uterus und der Ovarien. Die Erbllichkeit spielt wahrscheinlich keine Rolle. Unter den nach Abortus Sterilen waren 45% Erstschwangere. Die anderen haben die Fähigkeit, schwanger zu werden, schon nach einer Entbindung oder einem Abortus vor dem Abortus, nach welchem sie steril wurden, für mehrere Jahre verloren. Die vorhergehenden Entbindungen geben keine Garantie gegen die Sterilität nach dem Abortus. Es gab auch Fälle von Sterilität nach zeitiger Geburt in sehr frühem Alter. In 57% der Fälle galten chronische Entzündungen als Ursache der Sterilität. Ein wichtiger Faktor in der Ätiologie der Sterilität nach Abortus sind Blutungen nach Abortus auch ohne Zeichen von Entzündung. Wo Entzündungen der Adnexe und des Peritoneums als unmittelbare Ursache der Sterilität hervortraten, konnte man nicht immer den Zusammenhang mit dem Abortus verfolgen. Schwer ist es, die Ursache der Sterilität festzustellen, wenn keine Entzündung nachweisbar ist. Verf. vermutet, daß solche Frauen nicht als vollwertig in konstitutioneller Hinsicht gelten können. Bei ihnen fand man fast immer Defekte seitens der allgemeinen morphologischen Konstitution oder seitens des sexuellen Apparates oder der Funktion der sexuellen Organe. Merkmale der nicht vollen Entwicklung des sexuellen Apparates einschließlich der Fibromyome fanden sich in 21,4% der Fälle.

Dittrich (Prag).

Lima, Estácio de: Das soziale Problem des Abortes. Arch. Inst. Nina Rodrigues **11**, Nr 1/2, 209—221 (1933) [Portugiesisch].

Die Arbeit enthält viel allgemein Interessantes über brasilianische und sonstige Verhältnisse beim Abort. Im einzelnen sei nur folgendes erwähnt. In der Klinik unterscheidet man heute in Brasilien 3 Arten von Abort: den aborto ovular (bis zur 3. Woche); den aborto embrionario (von der 3. bis zur 12. Woche = 3 Monate); aborto fetal (von 12—24 Wochen = 6 Monate). Der kriminelle Abort gilt gleich der Kindstötung. Statistische Angaben über die Häufigkeit des Aborts fehlen; aber der beschäftigte Kliniker sieht die Unzahl der provozierten, sog. kriminellen Aborte. Verf. hat in seiner Eigenschaft als Klinikdirektor des Instituto Nina Rodrigues in mehr als 6jähriger Tätigkeit nur etwa ein dutzendmal die Indikation zur legalen Schwangerschaftsunterbrechung gestellt. Die verheirateten Frauen sind in noch größerer Zahl an den provo-

zierten Aborten beteiligt als die ledigen. Verf. ist ein Gegner der Bestrafung, die er für zwecklos hält. Was not tut, ist eine wirtschaftliche Reorganisation des Staatswesens von Grund auf, die noch keinem Staatsmanne gelungen ist. Dem Verf. scheint die Anwendung der Geburtenkontrolle (Birth Control) im Sinne des Neomalthusianismus des Madrider Professors Don Luiz Huerta erwägenswert, die in verschiedenen Ländern Beachtung gefunden hat. In Brasilien selbst ist das Problem noch nicht so brennend, aber schwerwiegend genug bei den über 30000000 Armen unter 40000000 Einwohnern. Der von den Russen eingeführte eugenische Abort erscheint beachtenswert; jedenfalls sind in der Bekämpfung der Abtreibung ökonomische und Erziehungsformen, Präventivmaßnahmen usw. wichtiger als gesetzliche Strafen. Fernando Magalhães hat über den legalen Abort bei drohender Lebensgefahr für die Mutter gesagt, daß er vorzöge, ein Leben durch Begehung einer Sünde (comissão) zu vernichten, als zwei durch Unterlassung (omissão). Eine kritiklose Übernahme der Gesetze anderer Staaten für Brasilien in der Frage lehnt Verf. ab, fordert aber nochmals dringlichst die Reform der morschen und veralteten Bestimmungen des Strafgesetzbuches, um im Kampfe gegen die Abtreibung „der armen und schwachen Kreatur, die die Wonne der Mutterschaft fürchtet, die starke Hand zu reichen, weil sie von der Heuchelei der Menschen zurückgestoßen und dem tiefsten Elend überantwortet wird“.

Strakosch (Wiesbaden)._o

Picardi, Michele: Interruzione di gravidanza per morbo di Pott. (Schwangerschaftsunterbrechung wegen Pottscher Krankheit.) (*Istit. Ostetr.- Ginecol., Univ., Torino.*) Boll. Soc. piemont. Ostetr. **1**, 382—386 (1933).

Bei einer 20jährigen Frau wird in den ersten Schwangerschaftsmonaten ein bestehender Morbus Pott durch die Gravidität offensichtlich verschlechtert. Bevor man zu orthopädischen Maßnahmen (Korsett) greift, wird die Schwangerschaft unterbrochen. Während sich die Indikation zum künstlichen Abortus mit jedem Tage auf eine kleinere Zahl von Fällen beschränkt, bildet die Pottsche Krankheit fast immer eine absolute Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft. *P. Malcovati.*_o

Brindeau, A.: De Pavortement brusqué. (Die rasch durchgeführte Schwangerschaftsunterbrechung.) (*Clin. Ostétr. et Gynécol., Univ., Paris.*) Leç. Clin. Tarnier **9**, 1—10 (1933).

In einer Zusammenfassung werden zunächst die verschiedenen Indikationen der Schwangerschaftsunterbrechung besprochen. Das unstillbare Erbreehen bildet nur in den seltensten Fällen einen Grund. Innerhalb 10 Jahren hat der Autor niemals wegen dieses Leidens die Schwangerschaft unterbrechen müssen, und alle Frauen wurden geheilt. Die beste Behandlung bei diesen Fällen ist Isolierung und Psychotherapie. Nichtkompensierte Herzfehler, Nephritis und Pyelonephritis werden als Indikation zur Unterbrechung kurz besprochen, ebenso wie die Blutungen in den ersten Monaten. Etwas eingehender behandelt werden die Fälle von Tuberkulose mit Schwangerschaft. Hier hält Brindeau die Unterbrechung für angezeigt, wenn die Tuberkulose kompliziert ist mit Schwangerschaftserbrechen, Nephritis, Schwangerschaftsanämie usw. Seltener Indikationen bilden perniziöse Anämie, Hydramnion, Chorea gravidarum. Daran anschließend wird die Technik der Unterbrechung in einer Sitzung beschrieben. Das Verfahren stammt von Doleris, der ihm den Namen „Avortement brusqué“ gegeben hat. Als Anästhesie benützt der Verf. zuerst die Epiduralanästhesie, die ausführlich an Hand von 2 Bildern beschrieben wird. Zur Ausschaltung der Frankenhäuserischen Ganglien spritzt er dann noch beiderseits im seitlichen Scheidengewölbe Novocainlösung ein, wobei das Collum mit einer Zange tief nach unten gezogen wird. Damit wird eine tiefgehende Anästhesie, Entspannung des Beckenbodens und Erschlaffung des Muttermundes erreicht. Die Eröffnung des Uterus geschieht bis zum 3. Monat mit Hegardilatatorien, später mit dem vaginalen Kaiserschnitt nach Dührsen. Ist die Sterilisation nötig, so geschieht dies bis zum 2. Monat auf vaginalem Weg. Ist die Schwangerschaft weiter fortgeschritten, so wird unter Anwendung der lokalen

Bauchwandanästhesie der Uterus von oben entleert und evtl. gleichzeitig sterilisiert. Seit 1927 verfügt der Autor über 27 Fälle von Schwangerschaftsunterbrechung, die mit diesem Verfahren behandelt wurden. 2 Fälle von Herzkranken starben 10 Tage nach der Operation, 1 Fall von Tuberkulose starb einige Stunden nach der Operation; die anderen haben den Eingriff trotz ihres schweren Zustandes gut überstanden.

Handorn (Kaiserslautern).^o

Frommolt: Uterusperforation mit abgerissenem und in die Bauchhöhle ausgetretenem fetalem Kopf. (*Ges. j. Geburtsh. u. Gynäkol., Berlin., Sitzg. v. 10. XI. 1933.*) *Z. Geburtsh.* **107**, 397—399 (1934).

Einlieferung einer Patientin mit der Mitteilung, daß bei einer Abortausräumung eine Uterusperforation eingetreten und nach Versicherung der einweisenden Ärztin der kindliche Kopf noch nicht entfernt sei. Der Kopf wurde vollständig im Netz eingewickelt gefunden. In einem ähnlichen Falle fällt das Reichsgericht ein Urteil. Der perforierende Arzt hatte, wie er behauptet, wiederholt dem Operateur von dem zurückgebliebenen Kopfe Mitteilung gemacht. Der Operateur verzichtete auf eine Suche, zumal die Operation wegen des starken Blutverlustes sehr beschleunigt werden mußte. Nach 2 Tagen starb die Frau an Peritonitis. Das Reichsgericht glaubte, einen Kausalzusammenhang zwischen dem Zurückbleiben des fetalen Kopfes und der Peritonitis annehmen zu müssen, und hat den perforierenden Arzt freigesprochen, den Operateur verurteilt. Diese Schlußfolgerung, daß die Peritonitis von dem zurückgebliebenen Fetusteil ihren Ausgang genommen hat, scheint zum mindesten sehr zweifelhaft. Ist bereits eine Infektion des Peritoneums vorhanden, wäre eine Suche zwischen den Därmen geeignet, die Infektion zu verschleppen. Ist eine Perforation bereits bei der Operation gesetzt, so ist wahrscheinlich der abgerissene Kopf auch mit Bakterien behaftet und seine Entfernung dürfte die Prognose doch etwas günstiger gestalten, auch wenn man dabei die Därme absuchen muß. Verf. wirft die Frage auf, ob das Zurückbleiben von Kindesteilen ursächlich mit einer Peritonitis in Verbindung zu bringen ist, und ob man verpflichtet ist, wenn der einweisende Arzt angibt, daß der Fetus nur unvollständig entfernt sei, nach zurückgebliebenen Kindesteilen zu suchen.

Dittrich (Prag).

Valenti, Salvatore: Su di un caso di tetano in puerperio di aborto. (Über einen Fall von Tetanus im Wochenbett nach Abortus.) (*R. Scuola di Ostetr. e Maternità, Novara.*) *Boll. Soc. piemont. Ostetr.* **1**, 411—418 (1933).

7 Tage nach einer unkomplizierten und anscheinend spontanen Fehlgeburt im 3. Monat bei einer 23 jährigen Multipara zeigten sich ohne Fieber Spasmen in der Muskulatur des Halses, der Kiefer und des Mundes, am meisten ausgeprägt war der Trismus; später einzelne Konvulsionen in der Muskulatur des Stammes. In der Klinik Temperatur 37,2°. Keine Schmerzen. Tod nach 60stündiger Krankheit mit Herz- und Atemlähmung. Der Typ des Tetanus splanchnicus, zu dem dieser Fall gehört, ist charakteristisch für Infektionen, die von Uterus, Rectum, Urethra, Vagina, Ovarium ausgehen, und weist eine Inkubation von 8—10 Tagen auf. Beginn mit intensivem Trismus, Fehlen von allgemeinen Kontrakturen und einen Verlauf, der unter Erstickungsanfällen und Herzrhythmusstörungen rasch zum Tode führt. Die Zufuhr größter Serumdosen intravenös und intralumbal ist erforderlich.

Hoening (Speyer).^{oo}

Mackay, R., und G. Haselhorst: Vergiftung mit Schmierseife nach Abtreibungsversuchen und in Tierexperiment. (Mit besonderer Berücksichtigung der neurologischen Befunde.) (*Neuropath. Laborat., Nervenklin. u. Frauenklin., Univ. Hamburg.*) *Dtsch. Z. Nervenheilk.* **132**, 270—302 (1933).

Schmierseifenlösungen gehören zu den gebräuchlichsten Abtreibungsmitteln und können bei Einspritzungen in die schwangere Gebärmutter, vor allem, wenn größere Venen eröffnet werden, leicht den Weg in die mütterliche Blutbahn nehmen. Die Verf. beschreiben einen von ihnen beobachteten Fall, in dem es zu schwerer allgemeiner Seifenintoxikation kam.

Es handelte sich um eine 40jährige Krankenpflegerin, die sich selber eine Schmierseifeninjektion gemacht hatte. Sie erkrankte mit Durchfällen, Erbrechen, Kreislaufshock, Anurie, Ikterus, Hämolyse und Bewußtseinstäubung; sie starb nach 3 Tagen. Bei der Sektion fielen schon makroskopisch Veränderungen an den Nieren auf; ihnen entsprach mikroskopisch eine

schwere Nephrose mit Blutungen und schweren degenerativen Prozessen an den Glomeruli. An den Gefäßendothelien aller Organe fanden sich toxisch-degenerative Veränderungen. In leichterem Grade war das Leberparenchym erkrankt. Die histologische Untersuchung des makr. nicht veränderten Gehirns ergab Ganglienzelldegenerationen mit Neuronophagien, ferner pro- und regressive Gliaveränderungen, zum Teil ausgesprochene Clasmatodendrose; Verfettung und Schwellung der Gefäßendothelien, vereinzelte Blutungen und geringfügige Infiltrationen. Nirgends fanden sich gefäßabhängige Ausfallherde; dadurch unterscheiden sich die Befunde von denjenigen, die als Folge cerebraler Luftembolie nach Schwangerschaftsunterbrechung bekannt sind. Die Befunde im Falle von Mackay und Haselhorst sind zweifellos auf die Wirkung der in die Blutbahn gelangten Seifenlösung zu beziehen.

Weiter berichten die Verff. über Tierversuche zur Erforschung der Seifenwirkung. Hunden wurde eine 5—10proz. Lösung in die Blutbahn gespritzt. Nach intravenöser Injektion starb ein Teil der Tiere bald unter dem Bilde der akuten Kreislaufstörung und eines Krampfanfalles; es fand sich eine massive Blutgerinnung in der rechten Herzkammer. Länger überlebende Tiere ergaben ähnliche Befunde, wie sie bei der Patientin erhoben wurden. Bei Injektion in die Carotis traten bald ausgesprochene Halbseitenerscheinungen auf; die Hirnveränderungen waren hier schwerer (Ödem, Nekrosen, Leukocyteninfiltrate, schwerste Ganglienzelldegenerationen, amöboide Glia), die an den anderen Organen leichter als bei intravenöser Einspritzung. Demzufolge sind die Hirnveränderungen auf eine unmittelbare Seifenschädigung zu beziehen und nicht etwa auf dem Umwege über die Bildung toxischer Stoffwechselprodukte als Folge der Nierenerkrankung zustande gekommen. — Die Verff. schließen mit dem Hinweise, daß man bei Krankheitserscheinungen der oben beschriebenen Art nach intrauteriner Seifeninjektion in erster Linie an das Hineingelangen von Seife in die Blutbahn und erst in zweiter an eine Luftembolie zu denken habe. (Vgl. diese Z. 22, 253 [Haselhorst u. Schaltenbrand.]) *Neubürger* (Haar b. München).

Erbbiologie und Eugenik.

Paucot, H.: Influence des tares et maladies paternelles sur le produit de conception. (Der Einfluß von Schäden und Krankheiten des Vaters auf die Frucht.) *Rev. franç. Péricult.* 1, 260—276 (1933).

Vor Laien gehaltener Vortrag, in dem Verf. nach allgemeinen Ausführungen über die Befruchtung sich über den schädigenden Einfluß des beim Vater bestehenden akuten und chronischen Alkoholismus, der chronischen Blei- und Tabakvergiftung, der Syphilis und der Tuberkulose auf die Nachkommenschaft ausläßt. Als Beispiele werden zwei Familien angeführt, bei denen das im Rauschzustand des an sich gesunden Vaters gezeugte Kind im Gegensatz zu den übrigen geistig und körperlich gesunden Geschwistern hochgradig schwachsinnig war; die Mutter war gesund. Über die weitere Ascendenz wird allerdings nichts angegeben. Ein weiteres Beispiel gibt Auskunft über die Nachkommenschaft aus der Ehe eines chronischen Trinkers mit einer gesunden Bäuerin; der Ehemann hatte 2 Jahre nach der Eheschließung zu trinken begonnen; die ersten beiden Kinder waren gesund, bei den weiteren Schwangerschaften handelte es sich um Aborte oder um Kinder, die bald an Krämpfen starben, an Tuberkulose litten oder psychopathische Eigenheiten aufwiesen. Im Anschluß an dieses Beispiel wird über einschlägige Meerschweinchenversuche berichtet, bei denen durch Alkoholgaben an die Männchen eine minderwertige Nachkommenschaft erzeugt werden konnte. Bei chronischer Bleivergiftung des Vaters und gesunder Mutter wurden nach der vom Verf. zitierten Literatur zahlreiche Aborte, Wasserköpfe und Todesfälle in frühem Alter beobachtet, die auf eine Keimschädigung durch die Intoxikation zurückgeführt werden. Der chronischen Tabakvergiftung kommt nach Ansicht des Verf. ein schädigender Einfluß auf die Nachkommenschaft mit Sicherheit nicht zu, jedoch wird auf Grund einer Beobachtung die Möglichkeit einer Keimschädigung nicht abgelehnt. Ausgiebig diskutiert wird die Frage der Übertragung der Syphilis des Vaters auf das Kind. Die Möglichkeit einer Übertragung auf Kinder und sogar Großkinder ohne Erkrankung der Mutter wird auf Grund von Beobachtungen bejaht, wobei Verf. es dahingestellt sein läßt, ob es sich um eine Infektion des Eies durch eine mit der Spermie eindringende Spirochäte oder um eine Allgemeinschädigung der Spermien durch das syphilitische Virus handelt. Eine direkte Übertragung der Tuberkulose von Vater zu Kind bei der Konzeption wird abgelehnt, es kann sich höchstens bei der Nachkommenschaft um eine ererbte, für Tuberkulose besonders empfängliche Konstitution handeln. Es folgen noch einige Bemerkungen über das ungeklärte Problem der Vererbung des Krebses, sowie einiger Stoffwechselkrankheiten, der Gicht, der Fettleibigkeit und der Zuckerkrankheit. *B. Mueller.*