

Bei den leichten Formen von Gehirnerschütterungen bleibt oft für lange Zeit eine Minderung der Merkfähigkeit zurück, die neben Schwindelanfällen und einer gewissen Reizbarkeit sowie einer Empfindlichkeit für Geräusche namentlich den Kopfarbeitern viel zu schaffen macht. Blutende Platzwunden der Kopfhaut entstehen vorwiegend beim Fußballsport, wenn 2 Gegner beim „Köpfen“ des Balles zusammenstoßen. Typisch für den Boxsport sind die Ohrhämatome sowie Verletzungen des Unterkiefers und des ersten Mittelhandknochens. Die Mittelhandknochen sind weiterhin beim Handballspiel, beim Werfen des Medizinballes sowie beim Skilauf häufig Schädigungen ausgesetzt. Beim Ringkampf, jedoch auch bei einigen anderen Sportarten, werden nicht selten Schulterverrenkungen beobachtet, vor allem aber Verletzungen der Halswirbelsäule. Letztgenannte haben sich fernerhin in den letzten Jahren beim Schwimmsport, und zwar beim Kopfsprung in zu seichtes Wasser vermehrt. Von großer Bedeutung sind die stumpfen Gewalteinwirkungen auf die Bauchhöhle, die vor allem beim Fußballspiel durch Fußtritt, Stoß mit dem Knie oder auch durch scharfen Ballschlag gegen den Leib zustande kommen. Die Gefahr einer Darmverletzung, die anfangs, wie an einem Beispiel vom Verf. besonders eindringlich gezeigt wird, gar keine bedrohlichen Symptome zu machen braucht, ist stets im Auge zu behalten. Es werden noch Schädigungen der unteren Gliedmaßen angeführt, so die Verletzung des Kniegelenks beim Skilauf und Reiten, der Muskelriß in der Wadenmuskulatur beim Tennisspiel („Tennisbein“), sowie die Überanstrengungen und Verletzungen der Fußgelenke beim Laufsport und den verschiedensten Bewegungsspielen.

*Schrader* (Bonn).

**Sédan, Jean: Sur l'iridoplégie des boxeurs.** (Die Iridoplegie der Boxer.) Bull. Soc. Ophthalm. Paris Nr 2, 89 (1934).

Verf. hatte Gelegenheit, 5 Boxer zu untersuchen, bei denen eine Iridoplegie eines oder beider Augen beobachtet werden konnte. Es handelte sich um die Folge von Schlägen, welche der Betreffende in das Gesicht erhalten hatte und welche, bisher wenig beschrieben, eine Art Berufsunfall zu sein scheinen, nachdem der Betreffende mehrere Jahre im Ring gestanden hat.

*Winter* (Königsberg i. Pr.).

**Secher, Knud: Die Bedeutung der Leibesübungen für Menstruation und Geburt.** Ugeskr. Laeg. 1934, 59—62 [Dänisch].

Die Arbeit bietet einen gedrängten Literaturbericht über die Frage, wieweit die Leibesübungen der Frau einen ungünstigen Einfluß auf Menstruation und Geburtsverlauf haben. Gegenüber der früheren sehr vorsichtigen Einstellung haben sich die Anschauungen gewandelt, seit eingehendere Beobachtungen vorliegen und das Interesse der Ärzte sich nicht nur mehr auf Kranke beschränkt. Auf den Menstruationsvorgang haben Leibesübungen im allgemeinen keinen schädlichen Einfluß. Auf manche Formen von Menstruationsschmerzen wirken sie ausgesprochen günstig. Die meisten Leibesübungen (mit Ausnahme des Schwimmens) können auch während der Menstruation ausgeübt werden. Wettkämpfe unterbleiben jedoch besser. Während der 2 ersten Tage ist Zurückhaltung geboten, wenn Unbehagen besteht. Für einen ungünstigen Einfluß auf den Geburtsverlauf ergeben sich keine Anhaltspunkte, im Gegenteil, es finden sich Angaben über besonders kurze Geburten bei gut trainierten Frauen. — Besonders im Klimakterium sollten weit mehr Leibesübungen getrieben werden, da oft ein erheblicher Rückgang der Beschwerden beobachtet wird. Die vorstehenden Richtlinien gelten nur für gesunde Frauen, denen besonders die anstrengenden Formen wie Training zu Wettkämpfen usw. vorbehalten bleiben sollen. Kontraindikationen bilden vor allem auch Krankheiten der Beckenorgane. Der Verf. fordert ausreichende ärztliche, speziell auch frauenärztliche Kontrolle.

*Pfleiderer* (Kiel).

### Kindesmord.

**Husted, E., and A. Saugman: On examination of the air content of lung tissue.** (A modification of the „floating test“.) (Zur Untersuchung des Luftgehaltes von

Lungengewebe. [Eine Modifikation der Schwimmprobe.] (*Univ.-Inst. of Path. Anat., Copenhagen.*) *Acta path. scand.* (Københ.) **11**, 227—236 (1934).

Durch die Schwimmprobe wird ganz geringer Luftgehalt der Lunge nicht erfaßt, wenn er nicht zum Auftrieb ausreicht. Auf der anderen Seite läßt sich eine unvollkommene Verringerung des Luftgehaltes an der schwimmenden Lunge ebenfalls nicht nachweisen. Von diesen Tatsachen ausgehend suchten die Verf. eine Modifikation der Schwimmprobe zu schaffen. Durch Anwendung von Unterdruck bei untersinkendem Lungengewebe (bis zu eben eintretendem Auftrieb, und von Überdruck bei Schwimmfähigkeit (bis zum Beginn des Untersinkens) gewannen sie aus den Manometerausschlägen ihrer zu diesem Zweck geschaffenen Apparatur Zahlenwerte, die einen annähernden Ausdruck der in den Lungen enthaltenen Luftmenge bilden. Das Schwimmfähigwerden bzw. Untersinken in dieser Apparatur ist aber nur in beschränkten Grenzen möglich. Es gelang jedoch mit dieser Methode in einigen Fällen an zunächst nicht schwimmenden Lungen durch die Unterdruckanwendung eine Schwimmfähigkeit zu erzielen und damit die Anwesenheit von geringen Luftmengen nachzuweisen. Für eine mikroskopische Untersuchung muß jedoch vor Anwendung dieser Methode das erforderliche Gewebe sichergestellt werden, da durch den Unter- bzw. Überdruck dieses doch dauernde Veränderungen im Sinne einer Ausdehnung oder Zusammenpressung erfährt. Über die Art der Luft (z. B. bei hinzutretender Gasfäulnis) gibt die Methode keinen Aufschluß, kann also die mikroskopische Untersuchung nicht ersetzen. *Schrader.*

**Pollitzer, R.: L'emorragia endocrania, causa principale di mortalità neonatale.** (Intrakranielle Blutungen, die Hauptursache der Neugeborenensterblichkeit.) (*Maternità, Osp. di S. Giovanni in Laterano, Roma.*) *29. congr., Roma, 18.—21. XII. 1930.*) *Atti Soc. ital. Ostetr.* **29**, 435—443 u. 527—539 (1932).

Der Kinderverlust an der Klinik des Verf. betrug in den Jahren 1914—1925 11%, von den lebend Geborenen starben in den ersten 2 Wochen p. p. noch 4,7%. Bei den Totgeburten findet man in 38% intrakranielle Blutungen als Todesursache, in zweiter Linie kommt die Lues als Ursache für das intrauterine Absterben in Frage. Betrachtet man nur die mit Herzschlag, also lebendgeborenen Kinder, so erliegen sie sogar in 59% intrakraniellen Blutungen. Bei den 100 genau untersuchten Fällen fanden sich als weitere Todesursachen Lues in 7%, mütterliche Erkrankungen (z. B. Toxikose) in ebenfalls 7%, Asphyxie in 2%, Lungenentzündungen in 12% und Mißbildungen in 4%. In 9% ließ sich die Todesursache nicht feststellen. Aus dieser Untersuchung geht die überragende Bedeutung der intrakraniellen Blutungen für den Frühtod der Neugeborenen klar hervor. Ein hoher Prozentsatz, der angeblich an Asphyxie oder Lebensschwäche verstorbenen Kinder erliegt in Wirklichkeit der Gehirnschädigung durch die Geburt. Die intrakraniellen Blutungen können subdural (am häufigsten), in den Leptomeningen oder in der Substanz des Gehirns gelegen sein. Die subduralen Blutungen entstehen mit Vorliebe im Bereich des Tentoriums, dessen beide Lamellen wohl einen Druck aushalten können, aber durch Zug sehr leicht einreißen. Die Blutungen in den weichen Hirnhäuten finden sich vor allem bei Frühgeburten, die außerdem nicht selten Ventrikelblutungen aufweisen. Die intracerebralen Blutungen finden sich bei genauer Untersuchung außerordentlich häufig. Der Spontanystagmus der Neugeborenen, den man in 70% beobachten kann, ist ein klinischer Hinweis auf solche Blutungen. Bei ausgetragenen Kindern hat man punktförmige Blutungen in der weißen Substanz des Gehirns in 65%, bei Frühgeburten sogar in 95% gefunden. Bei Frühgeburten sind die intrakraniellen Blutungen besonders häufig, weil die weichen Schädelknochen auch dem physiologischen Geburtstrauma nicht genügend Widerstand entgegenzusetzen. Das Hauptsymptom der intrakraniellen Blutungen ist die Asphyxie. Wenn ein asphyktisch geborenes Kind nicht wieder belebt werden kann, so liegt 4mal so häufig eine intrakranielle Blutung als eine echte Asphyxie vor. Aber auch von den später geborenen Kindern erliegen eine große Zahl diesen Blutungen. Solche Kinder können nicht laut schreien, sind oft somnolent und haben manchmal Krämpfe. Mehr als die Hälfte stirbt

innerhalb der ersten 12 Stunden. Einen Tod durch Asphyxie darf man nur dann annehmen, wenn subpleurale und subepikardiale Blutungen bei der Sektion gefunden werden. Die Ursache der intrakraniellen Blutungen liegt zu 40% im Geburtstrauma und zu 30% in der Unreife des Neugeborenen und in 30% war sie nicht festzustellen, wenn man nicht die Lues (15%) und die Toxikose (5%) ätiologisch heranziehen will. Wie oft eine intrakranielle Blutung den Tod des Neugeborenen nicht herbeiführt, kann man nicht feststellen, ebensowenig, ob solche Blutungen für die spätere Gehirnentwicklung von Bedeutung sind. Die Tatsache, daß die Asphyxie in den meisten Fällen ein Symptom einer intrakraniellen Blutung ist, zwingt uns bei den Wiederbelebungsversuchen besonders vorsichtig vorzugehen.

In der Aussprache bezweifelt Pestalozza, daß die kleinen punktförmigen Blutungen in der Gehirnschicht eine pathologische Bedeutung haben und weist darauf hin, daß die Asphyxie häufig die Ursache der intrakraniellen Blutung ist. — Bolaffio tritt für eine Erweiterung der Kaiserschnittindikation ein, um die Kinderverluste zu verringern. Im Gegensatz zu dem Vortr. mißt er der Asphyxie die überragende Bedeutung für den Neugeborenen-tod bei.

Frommolt (Halle a. d. S.).

**Nerson, H.: Hémorragie cérébrale chez un nouveau-né avant tout début du travail.** (Eine Hirnblutung bei einem Neugeborenen vor Beginn der Wehen.) *Nourrisson* 22, 21—23 (1934).

In diesem Falle kann ein Schädeltrauma ausgeschlossen werden, nachdem das Kind durch Kaiserschnitt aus dem Uterus entnommen war. Die Ursache der Blutung vermag Verf. nicht anzugeben. Der Kaiserschnitt war wegen mehrerer schwerer Blutungen eingeleitet worden. Das Kind zeigte eine starke Atelektase der Lunge, eine erhebliche cerebrale Kon-gestion und eine Blutung in das Hinterhirn des linken Ventrikels.

Hüller (München).

**Frommolt, G.: Kongenitaler Hautdefekt beim Neugeborenen.** (*Ges. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Berlin, Sitzg. v. 8. XII. 1933.*) *Z. Geburtsh.* 108, 178—179 (1934).

Kind mit sog. amniogenem Hautdefekt am Kopfe mit etwas aufgewulstetem, weißlichem Rand und braunroter, glänzender, leicht sezernierender Oberfläche. Binnen 4 Wochen vollständige Abflachung der Niveaudifferenz und Überhäutung des Defektes. Die Mutter hat angegeben, daß auch ihr erstes, von einem anderen Vater stammendes Kind eine angeborene Mißbildung im Gesichte (Naevus) hatte. Daß 2 Geschwister Hautmißbildungen aufwiesen, scheint Verf. von Bedeutung. Es scheint sich bei der unvollständigen Abhebung des Amnions von der Körperoberfläche fast immer um in der ersten Keimentwicklung auftretende Störungen zu handeln, also um idiogenetisch bedingte Abweichungen.

Dittrich (Prag).

**Schwalm, Horst: Die Erythrocytenneubildung beim Neugeborenen zur Zeit der Geburt und in den ersten Lebenstagen.** (*Univ.-Frauenklin., Charité, Berlin.*) *Arch. Gynäk.* 155, 469—478 (1934).

Als Fortsetzung von Untersuchungen über den Erythrocytenzerfall im Nabel-schnurblut berichtet Verf. über das Auftreten vitalgranulierter Erythrocyten im Nabel-schnurblut von Neugeborenen und Frühgeborenen sowie ihr Verschwinden in der Nachgeburtperiode. Daraus wird auf ein starkes Nachlassen der Erythropoese nach der Geburt geschlossen. Von 50 Fällen rechtzeitiger Geburt enthielt das Nabelblut minimal 99, maximal 229 Reticulocyten auf je 3000 Erythrocyten, Durchschnitt  $51,6\frac{0}{100}$  ( $8\frac{0}{100}$  normal bei Erwachsenen). Bei 12 Frühgeburten wurden 89,7—180,7 $\frac{0}{100}$  Reticulocyten gefunden, und zwar um so mehr, je unreifer die Frucht war. Serien-untersuchungen an ausgetragenen Neugeborenen ergaben ein Abfallen der Werte zur Norm bis zum 6. bis 10. Lebenstage, bei spät abgenabelten Kindern sanken die Werte schneller ab als bei früh abgenabelten. Durch Differenzierung der Reticulocyten nach Heilmeyer in 5 Gruppen konnte das Verschwinden der unreifen Formen noch deutlicher dargestellt werden. Bei Frühgeburten überwiegen die unreifsten Formen stärker als bei Ausgetragenen. Sie verschwinden auch in der Neugeburtperiode zuerst.

Erben (Königsberg i. Pr.).

#### Gerichtliche Geburtshilfe.

**Neumann, Hans Otto: Das regelwidrige Tiefenwachstum der Chorionzotten (pathologisch-anatomische Studien zur Ursachenlehre der Placenta accreta, increta et destruens).** (*Univ.-Frauenklin., Marburg/Lahn.*) *Z. Geburtsh.* 108, 25—69 (1934).

Zunächst Erörterung über die normale Eieinbettung und Placentation. Erläuterung der