

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 Nachgeburtsperiode. 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 Neugeburtsperiode zuerst.

Erben (Königsberg i. Pr.).

Gerichtliche Geburtshilfe.

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

Zunächst Erörterung über die normale Eieinbettung und Placentation. Erläuterung der

Möglichkeiten eines regelwidrigen Zottenwachstums auf Grund eigener Beobachtungen. Als Ursache dieses pathologischen Tiefenwachstums wird die anatomische Minderwertigkeit und die funktionelle Untüchtigkeit des jeweiligen Haftbodens angesprochen. Regelmäßig findet man es als Folge eines unphysiologischen Implantationsortes bei ektopischer Schwangerschaft. Implantation in die Tube und Eibettbildung in der Tubenwand mit ausgedehntem Tiefenwachstum beruht nicht auf einer Überenergie des Eies. Das Verhalten der Zotten entspricht dem Nahrungsbedürfnis der Frucht. Weder die Tubenschleimhaut noch die Tubenmuskulatur besitzt die notwendigen regulierenden Kräfte, um dem Vordringen der Chorionepithelien Einhalt zu gebieten. Das Tiefenwachstum morphologisch normalgebauter Chorionzotten ist niemals ein Beweis für eine gesteigerte Wachstumsenergie des Eies. Wenn sich das Ei am Isthmus oder in der Cervix ansiedelt, ist zu erwarten, daß die Chorionzotten über die Schleimhaut hinaus mehr oder weniger tief in die Muskelwand eindringen, wofür die Ursache im minderwertigen Mutterboden zu suchen ist. Bei der sog. Tubeneckenplacenta wurde echtes Tiefenwachstum noch nie einwandfrei beobachtet. Bei korporaler Insertion des Eies wird das Eindringen der Chorionzotten in die Muskelwand nur dann angetroffen, wenn die Schleimhaut geschädigt ist. Untüchtig ist auch die Schleimhaut bei unterentwickeltem Uterus, doch kann sie sich während des geschlechtsreifen Alters zu funktionstüchtigem Gewebe ausbilden. Schwangerschaften am atretischen Nebenhorn haben fast immer das gleiche Schicksal wie die Tubargraviditäten. Bei der „destruierenden“ Blasenmole findet sich ein intravenöses Vordringen der Blasenmolenzotten. Echtes „destruierendes malignes“ Wachstum findet sich beim Chorionepithelium.

Dittrich (Prag).

Szathmáry, Zoltán v.: Über Geschwülste der Placenta. (II. Frauenklin., Univ. Budapest.) Arch. Gynäk. 155, 453—468 (1934).

Der Verf. nimmt 4 Fälle von Placentatumoren zum Anlaß, eine sehr gründliche Durcharbeitung des einschlägigen Schrifttums vorzunehmen. Er fand insgesamt 238 Fälle bisher beschrieben. Aus diesen geht hervor, daß in einer auffallend hohen Zahl von Fällen die mit Tumoren behafteten Placenten besonders schwer waren. Von 61 Placenten wird ein Durchschnittsgewicht von 904 g angegeben. Bei Placentatumoren kommt es häufig zur Frühgeburt, in 42% errechnet aus 172 Fällen. Die Placenten der frühgeborenen Kinder sind durchschnittlich schwerer wie diejenigen der ausgetragenen Kinder. Die Mortalität der Frühgeborenen wie der ausgetragenen Kinder ist größer als bei Kindern mit gesunder Placenta, und zwar weil nicht selten beim Kinde Entwicklungsanomalien gefunden werden. Dieser Befund bestärkt den Verf. besonders, der wohl allgemein anerkannten Anschauung beizutreten, daß es sich bei den Placentaangiomen um Hamartoblastome (Robert Meyer) handelt. Im 1. selbstbeobachteten Fall handelt es sich um ein apfelgroßes typisches Capillarchorionhämangiom. Das Kind war in diesem Falle ausgetragen, es stirbt nach wenigen Tagen, ohne daß die Sektion ein eindeutiges Ergebnis erbracht hätte. Im 2. Falle mußgroßes ebenfalls typisches Capillarangiome. Im 3. Falle findet sich eine faustgroße Geschwulst, welche jedoch zum größeren Teil aus Blutgerinnseln besteht und nur einen mußgroßen zentralen echten Tumoranteil besitzt. Dieser Tumoranteil wird als Fibromyoxoma teleangiectodes gedeutet. Besonders bemerkenswert ist der 4. Fall. Abgestorbene Frühgeburt von 2350 g, Länge 41 cm, mit Hydrocephalus und Rachisis, Placentagewicht 860 g. Die ganze Placenta ist von derberen Partien durchsetzt, auf Durchschnitten lassen sich bereits makroskopisch derbere rosa Partien (infarktähnlich) differenzieren. Diese erweisen sich als Capillarangiome, welche hier diffus die Placenta durchsetzen. Sehr schöne Abbildungen der Placenten und der nach Kontrastfüllung angefertigten Röntgenbilder.

C. Kaufmann (Berlin).

Keymer, E.: Über Histologie und Physiologie der Nebenniere in der Schwangerschaft. Bol. an. Clin. obstétr. Univ. Chile 18/19, 102—154 (1933) [Spanisch].

Nach einer eingehenden Schilderung der Anatomie und Physiologie, insbesondere der Pigmentfunktion der Nebenniere außerhalb der Schwangerschaft beschreibt Verf. die Ergebnisse der anatomischen Untersuchungen der Nebennieren von 11 Frauen, die akut verblutet waren. Es wurden in der Rinde Verbreiterung der Zona fasciculata, Pigmentzunahme in der Zona reticularis sowie Knötchen und Zellknospen neben feineren anatomischen Veränderungen gefunden, die alle im Sinne einer Hyperfunktion gedeutet werden können.

Rieper (Berlin).

Hendry, William B.: Hemorrhage in the later months of pregnancy. (Blutung in den letzten Monaten der Schwangerschaft.) *Amer. J. Obstetr.* **27**, 408—413 (1934).

Es wird aus der Zeit vom 1. I. 1923 bis 13. XII. 1932 über Blutungen in der Schwangerschaft und unter der Geburt berichtet, die auf eine vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta und auf Placenta praevia zurückzuführen waren. Unter 7448 Aufnahmen der Berichtszeit waren 56 Fälle von vorzeitiger Placentalösung = 0,75%, davon bluteten 17 nur in den Uterus, 30 nur nach außen und 9 sowohl in den Uterus als nach außen. Das Durchschnittsalter war etwas über 31 Jahre. 12 Frauen waren Iparae, 44 Frauen hatten bereits Geburten hinter sich. Als Ursache der vorzeitigen Placentalösung wurde festgestellt: Präeklampsie 24, Eklampsie 3, Hypertension 3, mangelhafte Nierenfunktion 1, chronische Nephritis 4, akute Nephritis 1, Unfall 2, Überheben 1, Uterusmyom 1, unbekannte Ursachen 15. Lagen: 44 Schädellagen, 8 Steißlagen, 1 Querlage, 1 Anencephalus, 2 Zwillinge. Bei 24 Frauen kam es ohne Hilfe zur Spontangeburt. 9mal wurde die Blase gesprengt, 5mal ein Metreurynter gelegt, 3mal eine Sectio und 5mal eine supravaginale Uterusexstirpation ausgeführt. 4 mütterliche Todesfälle, davon 3 an Verblutung und 1 an paralytischem Ileus. Auf Grund der Erfahrungen an diesen 56 Fällen von vorzeitiger Placentalösung wird die rechtzeitige Sectio als Entbindungsmethode empfohlen, besonders dann, wenn ein gespannter Uterus auf eine Blutung nach innen schließen läßt. Während derselben Berichtszeit kamen 83 Fälle von Placenta praevia zur Beobachtung, darunter 16 mit Placenta praevia centralis. Von diesen 83 Frauen waren 7 primiparae, 20 Iparae und 56 multiparae. Es bestand 70mal Schädellage, 9mal Steißlage und 4mal Querlage. 23 Frauen wurden durch Sectio entbunden, und zwar 20 durch klassischen und 3 durch cervicalen Kaiserschnitt. Die mütterliche Mortalität bei den 83 Fällen von Placenta praevia betrug 3, die kindliche 37. Von den durch Sectio entbundenen Frauen starb 1 an Bronchopneumonie; die beiden anderen Todesfälle ereigneten sich bei vaginaler Entbindung infolge Verblutung. In der Aussprache wünscht Rongy, man soll die Indikation zur Sectio bei Blutungen in der Schwangerschaft vom Hämoglobingehalt abhängig machen.

Stübler (Reutlingen).

Visser, J. Paul, and Donald E. Bowman: Chemical determination of pregnancy. (Chemische Bestimmung der Schwangerschaft.) (*Biol. Laborat., Western Reserve Univ., Cleveland.*) *Proc. Soc. exper. Biol. a. Med.* **31**, 460—461 (1934).

Die Reaktion zur chemischen Bestimmung der Schwangerschaft wird folgendermaßen durchgeführt: Zu 1 ccm Urin wird 1 Tropfen einer 0,5proz. Wasserstoffsuperoxydlösung hinzugefügt und 3 Minuten stehengelassen. Dann werden 5 Tropfen einer 1proz. Lösung von salzsaurem Phenylhydrazin hinzugegeben, ferner 5 Tropfen einer 5proz. wässrigen Lösung von Kaliumferricyanid. 10 Minuten bei Zimmertemperatur stehenlassen, dann für 15 Minuten in ein kochendes Wasserbad stellen. Man gibt 1 Tropfen konzentrierte Salzsäure hinzu und dann einen Überschuß von Natriumhydroxyd. Die Lösung wird dann mit verdünnter Salzsäure bis zum Endpunkt titriert. Die Farbe wechselt von Orange über Grün zu Preußischblau. Die Reaktion ist positiv, wenn sich eine rötlichbraune Farbe entwickelt und ein flockiger Niederschlag entsteht. Die Reaktion ist negativ, wenn der Niederschlag fehlt, oder pulverig ist. Gewöhnlich zeigt dann die Lösung eine strohgelbe Farbe. 317 Fälle wurden geprüft. Genauigkeit 93%. 40 Fälle werden mit der Aschheim-Zondek-Reaktion verglichen. In 33 der Fälle war die Übereinstimmung vollkommen. Nähere Einzelheiten über den Chemiesus der Reaktion, und nähere Angaben in welchen Monaten der Schwangerschaft die Urine untersucht wurden, fehlen in dieser sehr summarischen Mitteilung. Mühlbock.

Bychowskaja, A. S.: Zur Bewertung der Pyramidonprobe bei gestörter extrateruteriner Schwangerschaft. (*Frauenklin., Inst. f. Ärztefortbild., Kiev.*) *Mschr. Geburtsh.* **96**, 286 bis 291 (1934).

Verf. prüfte die Pyramidonprobe an 125 Kranken der Klinik und kommt zu folgendem Ergebnis: die Pyramidonprobe (P.Pr.) ist nicht spezifisch, sie zeigt, daß

im Blutstrom Derivate des roten Blutes vorhanden sind, die infolge von verschiedenen Ursachen entstehen; sie ist ein Hilfsmittel für die Feststellung von intraperitonealen Blutergüssen. Eine negative P.Pr. schließt eine gestörte extrauterine Schwangerschaft in akuten oder sehr alten Fällen nicht aus. Die P.Pr. gibt 8,7 bis 50% Versager; sie ist während der Menstruation positiv. Die P.Pr. ist positiv bei Blutinfektionsepsis, Malaria usw. Zusammenfassend erklärt Verf., daß die Reaktion als diagnostisches Mittel keinen besonderen Wert habe.

Waldeyer (Berlin)._o

Spielman, Frank: The Friedmann pregnancy test. (Der Friedmannsche Schwangerschaftstest.) (*Gynecol. Serv. a. Laborat., Mount Sinai Hosp., New York.*) Amer. J. Obstetr. **27**, 448—450 (1934).

Bericht über 635 Schwangerschaftsreaktionen am Kaninchen als Testobjekt. Technik: Intravenöse Injektion von 4 mal 5 ccm frisch gelassenen, nicht durch Katheter entnommenen, im Eisschrank aufbewahrten Urins (möglichst Frühharn) am Morgen und Abend zweier aufeinanderfolgender Tage. Für jede Reaktion wurden 2 reife Weibchen genommen (Mindestgewicht 1800 g), die 30 Tage vorher isoliert worden waren. Ablesung des Resultats nach 48 Stunden, in eiligen Fällen an einem Tier nach 36 Stunden. Von den 635 Patientinnen, deren Urin untersucht wurde, konnten 305 klinisch weiterbeobachtet werden; 3mal, also etwa in 1% der Fälle, war das Resultat falsch, und zwar bei bestehender lebender Schwangerschaft negativ. In 22 positiven Fällen hatte nur ein Kaninchen mit Blutfölikeln oder Ovulationen reagiert, das zweite nicht. Vielleicht beruhte diese verhältnismäßig häufige Diskrepanz darauf, daß fast alle Tiere schon vorher für andere Versuche (meist bakteriologischer Art) benutzt worden waren. Für die Diagnose des Fruchttodes bei intra- oder extrauteriner Gravidität erwies sich die Kaninchenmethode als wertvoll. Sie ist bei Innehaltung der beschriebenen Technik der Mäusereaktion durchaus gleichwertig.

Büttner (Kiel)._o

Filippi, José de: Die biologische Schwangerschaftsreaktion. (Veränderung der Technik von Friedmann und Laphan.) (*Hosp. Municip. Pedro Fiorito, Buenos Aires.*) Semana méd. **1934 I**, 823—824 [Spanisch].

Die Schwangerschaftsreaktion nach Friedmann und Laphan (intravenöse Injektionen des Schwangerenharns in die Randvene des Kaninchenohres) hat den Nachteil der Bildung von Hämatomen oder gar völligen Fehlens der Randvene. Verf. verwendet die intraperitoneale Injektion von 6×4 ccm Schwangerenharn im Laufe von 48 Stunden. Verwandt wird steril entnommener Morgenurin, nachdem die Frau am Tage vorher gedurstet hat. Das Kaninchen muß 900—1800 g wiegen und mindestens 3 Wochen vorher streng isoliert werden. Tötung und Ablesen 24 Stunden nach der letzten Injektion. Positiv, wenn Blutpunkte an einem der Ovarien. Die Untersuchung ist vom 4. Tag nach Ausbleiben der Periode an möglich. Der auf Eis aufbewahrte Urin bleibt 7 Tage lang wirksam. Es werden 50 Fälle angeführt, bei denen der Verlauf das Untersuchungsergebnis bestätigte.

Rieper (Berlin)._o

Sommer, Stephan: Experimenteller Beitrag zur Reid Hunt-Reaktion mit besonderer Berücksichtigung der Sera von Schwangeren, Eklamptischen und Carcinomkranken und Extrakte aus Schwangerenharn. (*Frauenklin., Dtsch. Univ. Prag.*) Zbl. Gynäk. **1934**, 385—388.

Die bisherigen Angaben über die Beeinflussung der Reid Hunt-Reaktion an der weißen Maus durch Schwangerenserum sind noch nicht einheitlich. Die vom Verf. unternommene Nachprüfung ergab, daß es gelingt, mit Serum von Schwangeren und Eklamptischen und mit Extrakten aus Schwangerenharn eine positive Reid Hunt-Reaktion zu erzielen. Bei an Genitalcarcinom leidenden Frauen, die bekanntlich sehr häufig eine vermehrte Hypophysenvorderlappen-Hormon-Ausscheidung aufweisen, konnte im Serum keine Schutzwirkung im Reid Hunt-Versuch beobachtet werden. Verf. bringt die negativen Befunde mit dem fortgeschrittenen, kachektischen Stadium der Erkrankung bei den untersuchten Fällen in Zusammenhang. Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schluß, daß es im Schwangerenserum neben dem Schild-

drüsenhormon vor allem die schilddrüsenwirksame Komponente des Hypophysenvorderlappenhormons ist, die für das Zustandekommen der hochgradig positiven Reid Hunt-Reaktion verantwortlich zu machen ist. Die Sera von Ekklampitischen im 9. Graviditätsmonat ergaben auch positive Reaktionen, deren Stärkegrad — übereinstimmend mit den Untersuchungen von Kleine — den der gesunden Schwangeren im entsprechenden Schwangerschaftsmonat nicht überstieg. *Rossenbeck* (Gießen).

Marchand-Alphant, Amélie, et Louis Gernez: Action de l'urine de femme enceinte sur la spermatogénèse du lapin. Contribution au diagnostic du sexe du fœtus. (Wirkung des Schwangerenurins auf die Spermatogenese des Kaninchens. Beitrag zur Geschlechtsdiagnose des Feten.) (*Laborat. de Méd. Légale et de Méd. Soc., Univ., Lille.*) C. r. Soc. Biol. Paris **115**, 1436—1438 (1934).

Verff. beobachteten in 15 von 29 Fällen nach intravenöser Injektion von Schwangerenurin in das Ohr präpuberaler Kaninchen eine verstärkte Hodenentwicklung im Sinne beginnender Spermatogenese (Kontrolle: der vor dem Versuch exstirpierte andere Hoden). In diesen Fällen wurde die Geburt einer Tochter vorausgesagt, was sich in 14 Fällen auch bestätigte. In den Fällen, in denen keine merklichen histologischen Unterschiede gefunden wurden und die Prognose auf die Geburt eines Sohnes gestellt wurde, ergaben sich unklare Resultate. *Spiegel* (Tübingen).

Cuboni, E.: Über eine einfache und schnelle chemisch-hormonale Schwangerschaftsreaktion. (*Serotherapeut. Inst., Univ. Mailand.*) *Klin. Wschr.* **1934** **I**, 302—303.

Wird zum Trockenrückstand des Benzolextraktes eines angesäuerten und gekochten Stutenharnes konzentrierte Schwefelsäure zugesetzt, so zeigt sich, wenn der Harn von tragenden Stuten stammt, eine grüne Fluoreszenz, die auf die Gegenwart von Follikelhormon zurückzuführen ist. Bei 35 Stuten im 6. bis 8. Trächtigkeitsmonat ergab diese Reaktion keinen Fehler. Auch Harn, der vor längerer Zeit gesammelt, keimreich und sogar mit Fäulnisbakterien (*Proteus vulgaris*) durchsetzt war, zeigte keine falschen Ergebnisse. Gleiche Untersuchungen bei nichttragenden Stuten sowie belegten aber nicht befruchteten Stuten, kastrierten Pferden und Hengsten ergaben negative Reaktion. — Auch das Blutserum tragender Stuten zeigt grüne Fluoreszenz, wenn man 15 ccm Serum mit 15 ccm Benzol mischt, im Scheidetrichter schüttelt und zum Trockenrückstand des wiederaufgenommenen Benzols 0,80 ccm konzentrierter Schwefelsäure zusetzt und erwärmt. — Es wurde bisher nicht festgestellt, wann nach der Belegung die Reaktion positiv wird, ob die Reaktion etwa auch bei nichttragenden, aber brünstigen Stuten positiv ausfällt, und wie lange Zeit nach dem Abfohlen das Ergebnis positiv bleibt. *H. Siebke* (Kiel).

Baron, P.: Grossesse prolongée avec rétention du fœtus mort. (Verlängerte Schwangerschaft mit Zurückhaltung des abgestorbenen Fetus.) (*Clin. Obstétr., École de Méd., Maternité, Dijon.*) *Gynéc. et Obstétr.* **29**, 359—362 (1934).

29jährige Zweitgebärende (letzte Geburt vor 3 Jahren, mit fieberhaftem Wochenbett, Kind wohltauf) hatte die letzte Regel am 22. XII. 1932. Schwangerschaft ohne Besonderheiten. Sie kam am 21. IX. in das Spital zur Entbindung. Befund: Schwangerschaft von 8 $\frac{3}{4}$ Monaten, gute Herztöne, normaler Urinbefund. 29. IX.: Gute Herztöne. 6. X.: Die Schwangere wird ungeduldig, der Kopf steht beweglich über dem Beckeneingang. Herztöne gut. Es besteht anscheinend eine leichte Beckenverengerung. Die Schwangere kehrt in ihre Heimat zurück. Am 11. X. fühlt sie keine Kindsbewegungen mehr, unternimmt aber nichts weiter. Am 9. XI. kommt sie zur Untersuchung, man hört keine Herztöne mehr, sie kehrt wieder heim. Am 27. XI. kommt sie mit der Angabe, Fruchtwasser verloren zu haben. Man kann aber nichts davon bemerken. Man fühlt eine harte Geschwulst im Bauche, entsprechend etwa einer Schwangerschaft von 7 Monaten. Die Cervix ist sehr fest, sieht normal aus am inneren Muttermund bei der Erweiterung mit Hegarstiften. Die Erweiterung ist sehr schmerzhaft und gelingt nur wenig. In Narkose wird am nächsten Tage Laminaria Nr. 20 eingelegt, dann Hegar Nr. 16. Aus dem Uterus wird etwas gelbliche Flüssigkeit ohne Geruch mit dem Tupfer herausgeholt. Die Untersuchung des Bauches läßt an eine Gebärmutterchwangerschaft mit Rückhaltung des toten Fetus denken, aber auch an die Möglichkeit einer Extrauterinschwangerschaft. Am 5. XII. wurde operiert, Einschnitt zwischen Nabel und Symphyse. Es war eine richtige Schwangerschaft, beim suprasymphysären Kaiserschnitt entleert sich fast kein Blut, der erweichte Kopf wird mit Instrumenten entwickelt. Der Fetus ist stark maceriert, die Käseschmiere lebhaft

gelb gefärbt, die Nabelschnur grün. Es findet sich keine Spur von Fruchtwasser mehr. Der männliche Fetus wiegt 2800 g. Die Placenta löst sich sehr leicht, sie ist hart, Eihäute sind vollständig, Gewicht beträgt 500 g. Der Halskanal ist sehr eng, von innen kaum aufzufinden und weit vorne gelegen. Nach der Operation findet sich etwas Blut in der Scheide, der Halskanal ist also durchgängig. Die Exstirpation des Uterus wird unterlassen. Der Heilungsverlauf war einwandfrei. Hinsichtlich der Diagnostik kennen wir die Gründe des Eintrittes der Geburt nicht, der Halskanal scheint eine Rolle zu spielen, auffallend ist, daß in diesem Falle die erste Geburt keine Spuren hinterließ. Die Erhebungen über diese erste Geburt ergaben, daß sie am 8. Tage nach der Geburt reichliche Blutungen hatte und 38—38,5° Fieber. Es wurde eine Verletzung der Scheidenschleimhaut festgestellt und später eine intrauterine Injektion und wahrscheinlich eine Curettage nach einigen Tagen gemacht. Die Lochien waren schließlich eitrig gewesen. Die Frau hatte 5 Wochen im Krankenhaus gelegen. *Walcher.*

Bacialli, Luigi: *Ulteriore contributo alla conoscenza delle lesioni nervose centrali in gravidanza.* (Neuer Beitrag zur Kenntnis zentraler nervöser Störungen in der Schwangerschaft.) (*Clin. Ostetr.-Ginecol., Univ., Sassari.*) Riv. ital. Ginec. **16**, 75 bis 92 (1934).

Es werden 3 Fälle von Hemiplegie in der Schwangerschaft beschrieben und kommentiert. In dem 1. Fall, der eine 31jährige betraf, ergab die Autopsie das Entstehen der Hemiplegie durch Thrombose der Durasinus, wie sie wahrscheinlicher Weise auch in den beiden anderen Fällen vorlag. *Liguori-Hohenauer (Rom).^{oo}*

Plass, E. D., and W. F. Mengert: *Gestational polyneuritis.* (Gestationspolyneuritis.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., State Univ. of Iowa Coll. of Med., Iowa City.*) J. amer. med. Assoc. **101**, 2020—2023 (1933).

12 selbstbeobachtete Fälle von akuter Polyneuritis in der Schwangerschaft. Die Erkrankung tritt meist im 3. bis 5. Monat auf, befällt häufig Frauen, die schon vor der Schwangerschaft Zeichen allgemeiner nervöser Reizbarkeit geboten und während der Schwangerschaft stark an Erbrechen gelitten haben. Die Entwicklung ist meist eine rapide, die anfängliche Schwäche in den Beinen wird nicht selten zunächst für ein Zeichen einer neurotischen Erkrankung gehalten. Sehr rasch, in den eigenen Fällen in wenigen Tagen, entwickeln sich dann echte schlaffe Lähmungen an den unteren und oberen Extremitäten mit Reflexverlust, zu denen sich regelmäßig Trübung des Sensoriums gesellt. Auf dem Höhepunkt bietet die Erkrankung dann das Bild einer schweren toxischen Polyneuritis, bei der die Allgemeinerscheinungen (Tachykardie, Trübung des Sensoriums bis zu psychotischer Verwirrtheit, Unruhe usw.) oft sehr im Vordergrund stehen. Der Tod erfolgt an Atem- oder Schlucklähmung, meist schon in der 1. Woche. Die Prognose ist sehr schlecht, soweit die Frauen die Erkrankung überlebten, trat eine gewisse Besserung, aber nie völlige Heilung der Lähmungen ein. Die Ursache der Erkrankung ist unbekannt, vermutet wird ein Mangel an Vitamin B in der Nahrung. Künstliche Schwangerschaftsunterbrechung beim Auftreten der ersten Symptome hat keinen Erfolg gehabt, die Erkrankung kann sich auch nach der Unterbrechung weiter entwickeln. Anatomisch finden sich neben schweren degenerativen Veränderungen in den peripheren Nerven Blutungen im Rückenmark und im Gehirn, sowie Schwellung der motorischen Ganglienzellen mit Schwund der Nissl-Schollen. Die Behandlung war bisher im wesentlichen symptomatisch, Versuche mit Zufuhr von Vitamin B haben bisher keine eindeutigen Resultate ergeben, wenn auch Beobachtungen existieren, die für einen günstigen Einfluß dieser Medikation zu sprechen scheinen. Aussprache mit Mitteilung einzelner einschlägiger klinischer Beobachtungen. *Rosenhagen.^{oo}*

Mönkeberg, C.: *Diabetes und Schwangerschaft.*⁸ Bol. an. Clin. obstétr. Univ. Chile **18/19**, 31—45 u. dtsh. Zusammenfassung 46—47 (1933) [Spanisch].

In 50% aller Schwangerschaften kommt es in den letzten Monaten zu einer Glykosurie, die Verf. als eine Avitaminose auffaßt und die mit der Geburt verschwindet (Vitamin B-Mangel). Echter Diabetes bedingt häufig Sterilität und führt oft zum spontanen Abort. Diabetikerneugeborene sind sehr groß und dick, da sie den Blutzucker zum Aufbau verwerten. Diabetes berechtigt nicht zur Schwangerschaftsunterbrechung, sondern erfordert nur intensive Insulinbehandlung während der Schwangerschaft. *Rieper (Berlin).*

Kádár, Mihály: Lungentuberkulose und Schwangerschaft. Tuberkulózis 2, 65—74 u. dtsh. Zusammenfassung 86—87 (1934) [Ungarisch].

Verf. veranschaulicht das Verhältnis von Schwangerschaft und Lungentuberkulose sowie das richtige Verfahren durch ein reiches statistisches Material. Er hält es für unmöglich, das richtige ärztliche Verfahren nur nach den Zahlen zu entscheiden. Die allerneuesten Resultate geben unbedingt der Sanatoriumsbehandlung den Vorzug, aber die wirtschaftlichen Umstände weisen der Pneumothoraxbehandlung einen richtigen Platz zu. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft kann die Mutter nicht heilen, sie schafft nur eine günstigere Lage für die weitere Behandlung. Bei der expektiven Therapie dagegen kann oft die sonst berechnete Fruchtabtreibung vermieden werden. Den subclavicularen Infiltraten muß die größte Aufmerksamkeit gewidmet werden, da sie leicht verkäsen und zerfallen. Bei Lungenspitzenprozessen ist eine Unterbrechung unberechtigt, dagegen bei positivem Sputum zulässig und bei Blutsputum berechtigt. Jeder Fall muß individuell beurteilt und die pekuniäre Lage der Kranken berücksichtigt werden. Verf. ist für eine gesetzlich geordnete Zusammenwirkung der Mutter- und Säuglingsfürsorge mit der Tbc.-Fürsorge. *Wietrich* (Budapest).

Maurizio, E.: Coincidenze tra fenomeni metereologici e tossicosi gravidiche. (Witterungserscheinungen und Schwangerschaftstoxikosen.) (*Clin. Ostetr.-Ginecol., Univ., Padova.*) Boll. Soc. ital. Biol. sper. 9, 48—51 (1934).

Bei 233 vorsichtig gewählten Fällen von Schwangerschaftstoxikosen der Geburtshilflichen Klinik von Padua aus den Jahren 1922—1933, und zwar 85 mal Nephropathie, 58 Hyperemesis grav., 16 Präeklampsie, 61 Eklampsie, 9 pern. Anämie, 58 toxischer Ikterus — ergaben sich folgende meteorologische Beziehungen:

Starke plötzliche Schwankungen des Barometerdruckes fielen mit dem Beginn zusammen bei 55% der Eklampsien und Präeklampsien, 34% der Nephropathien, 32% von Hyperemesis. Zu den übrigen Toxikosen bestanden keine Beziehungen. Einfluß der Luftfeuchtigkeit war bei allen Toxikosen deutlich, indem die höchsten Werte kurz vor dem ersten Krampfanfall oder vor einer Verschlimmerung der Krankheiten bestanden. Gewitter: 13 mal trat der erste eklampthische Anfall 12—40 Stunden nach Gewitter auf, auch sonst war häufig ein zeitliches Zusammentreffen mit dem Beginn oder der Verschlimmerung der Krankheiten erkennbar. Nordostwind und geringste Windstärke waren am häufigsten. Dagegen waren keine Beziehungen zu finden zu Temperaturschwankungen, Wasserdampfspannung, Niederschlägen, Bewölkung und Nebel. Das Auftreten der verschiedenen Erkrankungen in ausgesprochenen Gruppen und die größte Frequenz in den Monaten November—Februar bestätigten sich auch am verarbeiteten Material.

Verf. hält die Beziehungen zur Witterung nicht für zufällig.

P. Fraenckel (Berlin).

Vayssière, E., Jean Chosson et V. Donnet: Diagnostic biologique de Favortement. (Biologische Abortdiagnose.) Bull. Soc. Obstétr. Paris 23, 248—253 (1934).

Bei der Untersuchung von 21 Fällen von Placentarretention nach Aborten wurden Werte unter 800 Einheiten bei der biologischen Reaktion auf Hypophysenvorderlappenhormon gefunden. Unter einer Einheit verstehen die Verff. die kleinste Hormonmenge, welche bei intravenöser Injektion am Kaninchen von 2 kg Gewicht in 48 Stunden einen Blutpunkt in mindestens einem Eierstock hervorruft. Eine Diagnose auf Abort ist dann möglich, wenn bei der quantitativen Auswertung des Frühurins, die an mehreren Kaninchen mit absteigenden Urinmengen vorgenommen wird, eine Menge von 100 bis 800 Einheiten gefunden werden.

Mayser (Stuttgart).

Menzani, Cesare, e Vincenzo De Zanche: Aborto nella donna dovuto ad infezione da Brucella abortus bovis. (Abort bei einer Frau als Folge einer Infektion mit Brucella abortus bovis.) (*Istit. Zooprofilatt. Sperim. d. Tre Venezie, Padova.*) Ann. Igiene 44, 225—238 (1934).

Die Verff. konnten eine Reihe von Erkrankungen durch Brucellainfektionen bei Tier und Menschen beobachten, gleichzeitig bei 2 Frauen einen Abort im 5. Monat der Schwangerschaft bzw. einen Partus praematurus im 8. Monat.

Im 1. Falle war es möglich, Brucella abortus bovis als Ursache mit Sicherheit festzustellen. Die Serumagglutination war mit 1:2000 positiv. Die Lochien hatten einen besonderen charakteristischen Geruch. Es gelang, die Brucella aus Mutter und Fetus zu isolieren. In dem 2. Falle, dem Partus praematurus, bei dem sich derselbe eigenartige und charakteristische Geruch der Lochien fand, ergab die Untersuchung als sehr wahrscheinliche, wenn auch nicht wie im 1. Falle mit Sicherheit ermittelte Ursache ebenfalls eine Brucellainfektion. Der In-

fektionsweg hat sich nicht sicher nachweisen lassen. Möglicherweise ist eine Infektion erfolgt bei dem Hantieren mit Fleisch von einer Kuh, die abortiert hatte. *Neuhaas.*

Soupault, R.: Arrachement du rectum et du colon sigmoïde au cours d'un curettage. (Abriß des Mastdarmes und des Colon sigmoideum im Verlauf einer Curettage.) Bull. Soc. nat. Chir. Paris **60**, 568—570 (1934).

Verf. schildert einen Fall, zu dem er zugezogen wurde und bei dem ein junger Arzt bei einer Auskratzung Mastdarm und Sigmoid abriß. Der Fall ist deshalb bemerkenswert, weil derartige gewaltige Verletzungen nach seiner Ansicht verhältnismäßig selten sind. *Foerster.*

Zacherl, H., und W. E. Richter: Spätschädigungen nach Abortus. (*Univ.-Frauenklinik., Innsbruck.*) Wien. klin. Wschr. **1934 I**, 417—420.

Spätschäden nach Abort sind häufiger und schwerer als Frühfolgen. Die Nachuntersuchung von 100 Frauen, die in den Jahren 1927—1932 in Behandlung der Innsbrucker Klinik standen und von denen 44 curettiert, 30 digital und 26 rein konservativ behandelt wurden, ferner $\frac{1}{3}$ fieberfrei waren, $\frac{1}{3}$ subfebrile Temperaturen und die übrigen Fieber hatten, ergab, daß $\frac{2}{3}$ der Fälle über Beschwerden nach dem Abort klagten. Bei $\frac{1}{4}$ der Frauen fanden sich Lageanomalien des Uterus, bei $\frac{1}{10}$ pathologische Befunde an den Ovarien und bei einem weiteren Zehntel an den Adnexen. 41 Patientinnen hatten bleibende Regelveränderungen behalten, besonders klagten sie über Schmerzen zur Zeit der Regel und über Verminderung der Blutmengen. In $\frac{1}{5}$ der Fälle waren Menorrhagien, bei 16 Frauen vermehrter Ausfluß die Folge. 27% waren unfruchtbar geworden. Es wird hervorgehoben, daß die 7 Fälle von Sterilität curettiert worden waren, während an dem digital ausgeräumten Material diese Schädigung nicht beobachtet wurde. Bei Frauen mit Abort waren in den nachfolgenden Geburten Querlagen und Placenta praevia 5mal häufiger als bei solchen ohne Abortanamnese, Störungen der Nachgeburtsperiode doppelt mehr, besonders bei Erstgebärenden, Wehenschwäche $1\frac{1}{2}$ mal soviel, bei Primiparae 3mal häufiger. Auch Fieber über 38° und Totgeburten waren bei Frauen mit Abort doppelt so häufig als bei Frauen ohne vorausgegangene Fehlgeburt. Für die Amenorrhöe, Placenta praevia, mangelhafte Placentalösung post partum sind als Ursachen die zu gewaltsame instrumentelle Ausräumung und für den Fluor Entzündungen der Schleimhaut anzunehmen. Auch der habituelle Abort und Regelanomalien sind Folgen gestörter Schleimhaut- bzw. Ovarialfunktion. *Baniecki* (Münster i. W.).

Molina, L. F. Rodriguez: A case of gangrenous cystitis, with involved ureters, following an abortion. (Ein Fall von gangränöser Cystitis mit Einengung der Ureteren nach Fehlgeburt.) Urologic Rev. **38**, 88—91 (1934).

Es wird erwogen, ob die gangränöse Cystitis die Folge eines zum Zwecke der Frucht- abtreibung irrtümlich in die Blase eingeführten Ätzmittels ist oder ob sie durch aufsteigende Infektion von der Gebärmutter entstanden sei, wobei die Retroversion der Gebärmutter begünstigend gewirkt haben könnte. Die Annahme einer angeborenen Einengung der Harnleiter wird abgelehnt, da vor der Fehlgeburt keinerlei Beschwerden von seiten des Harnapparates beobachtet wurden. *Breitenecker* (Wien).

Rio, Luigi: A proposito di gravidanza extra uterina a termine misconosciuta. (Über eine Extrauterin schwangerschaft, die bis zum normalen Schwangerschaftsende nicht erkannt wurde.) (*Clin. Ostetr.-Ginecol., Univ., Modena.*) Boll. Soc. med.-chir. Modena **33**, 1—11 (1934).

Bericht über einen Fall einer extrauterinen Gravidität, die bis zum 8. Monate störungslos verläuft. Da kommt es infolge eines Traumas zum Platzen der Tube. Trotzdem geht die Schwangerschaft in der Bauchhöhle weiter, ohne daß die behandelnden Ärzte die richtige Diagnose stellen. Am natürlichen Schwangerschaftsende operative Entfernung eines macerierten, fast reifen Fetus aus der Bauchhöhle. *v. Neureiter* (Riga).

Götz, Rudolf: Leukocyteninfiltrate der Nabelschnur, Wasserstoffionenkonzentration des Fruchtwassers und Frühgeburt. (*Univ.-Frauenklinik., Freiburg i. Br.*) Arch. Gynäk. **155**, 585—594 (1934).

Die Leukocyteninfiltrate der Nabelschnur wurden bis vor kurzer Zeit als hauptsächlich durch Lues bedingt angesehen. Die Infiltrate sind nach den Untersuchungen in sehr wechselnder Anzahl vorhanden, nach einer großen Statistik von 2200 Fällen in 2%, vor allem in der Wand und der näheren Umgebung der Nabelvene. Andere Untersucher fanden größte quantitative Unterschiede der Infiltration von einzelnen Zellen bis zu abseßähnlichen Bildungen. Die Lues trat bei diesen größeren Reihenuntersuchungen in den Hintergrund. Gräf fand die intrauterine Leukocytenansammlung an der künftigen Abfallstelle der Nabelschnur bei 13 Lebend- und 27 Totgeburten, hauptsächlich in dem Teil der Gefäßwand erfolgt, der der Oberfläche und damit dem Fruchtwasser am meisten zugekehrt sei. (Die seinerzeitigen Untersuchungen Kockels sind nicht erwähnt.) Auch an Längs- und Querschnitten der übrigen Nabelschnur und bei der Untersuchung der Leukocytenwanderung aus dem intervillösen Raum, also vom mütterlichen Blut zum Fruchtwasser, ergaben sich ähnliche Beobachtungen. Gräf

sowie andere Autoren dachten an ein Gefälle der Wasserstoffionenkonzentration als auslösende Ursache der Leukocytenauswanderung in den Fällen, in denen im Fruchtwasser saurere Werte gefunden wurden als im Blute. Eine andere Deutung der Leukocyteninfiltrationen ist die: Infolge mechanischer Druckveränderungen während der Wehenarbeit kommt es zu einem Einpressen der Leukocyten in Gefäßwand und umgebendes Gewebe. Graef folgert aus seinen Untersuchungen, daß ein Zusammenhang bestehen könne zwischen Wehenbeginn und Wehentätigkeit einerseits und p_H des Fruchtwassers andererseits und 2. daß Erhöhung der p_H zur Einleitung einer Frühgeburt führen könne.

Verf. untersuchte 50 Fälle von Geburten, bei denen eine sterile Entnahme von Fruchtwasser möglich war. Die technischen Angaben der Entnahme und der p_H -Bestimmung sind im Original einzusehen. Außerdem wurden Stücke der Nabelschnur in ihren verschiedenen Abschnitten, Placenta und Eihaut histologisch untersucht, unter anderem auch mittels der Oxydasereaktion. Er kommt zu dem Schlusse auf Grund seines Materials, daß Leukocyteninfiltrate der Nabelschnur mit Lues meistens nichts zu tun haben, daß auch rein mechanisch bedingte Auspressung der Leukocyten aus den Gefäßen ins Gewebe nicht zu erklären sei, sondern daß die Gräfsche Theorie der Chemotaxe, hervorgerufen durch eine Säuerung des Fruchtwassers gegenüber dem Blute, eine Rolle spiele. 3 Fälle von echter Frühgeburt zeigten eine den Blutwerten gegenüber saure Reaktion des Fruchtwassers mit Leukocyteninfiltraten in der Nabelschnur. Doch erscheine es fraglich, ob dies allein die Ursache der Frühgeburt sei.

Walcher (Halle a. d. S.).

● **Kehrer, Erwin: Die Armlähmungen bei Neugeborenen. (Z. Geburtsh. Bd. 107, Beilageh.)** Stuttgart: Ferdinand Enke 1934. VII, 100 S. u. 20 Abb. RM. 10.40.

Nach einer Übersicht über die Topographie des Plexus brachialis werden die einzelnen Formen der Armlähmung (Typus Duchenne-Erb, Typus Klumpke usw.) und ihre Entstehung durch Schädelkompression, Druck des operierenden Fingers, Zangendruck, Beckendruck, Uteruswanddruck geschildert. Ein besonderes Kapitel behandelt die Entstehungsweisen der isolierten peripheren Radialislähmung, ebenso eines die Pseudoarmplexuslähmungen, die durch Knochen- und Gelenkverletzungen vorgetäuscht werden. Die rechtzeitige Erkennung dieser gibt eine wesentliche bessere Vorhersage als die der echten Lähmungen. Die forensische Beurteilung ist schwierig. Die Abhandlung ist mit zahlreichen Abbildungen ausgestattet. Giese (Jena).

Ahlthorp, Gideon: Die Sicherung der Identität der in einer Entbindungsanstalt geborenen Kinder. (Allmänna Barnbördshuset, Stockholm.) Sv. Läkartidn. 1934, 217—223 [Schwedisch].

Von den vielen in verschiedenen Entbindungsanstalten praktizierten Methoden empfiehlt der Verf. folgende: Um das Handgelenk des Kindes und der Mutter wird unmittelbar nach der Geburt des Kindes eine runde, mit gleicher Nummer versehene Metallplatte gebunden. Die Nummer wird auch gleich ins Krankenblatt der Mutter eingetragen. Die Platte darf nie vor der Entlassung des Kindes und der Mutter entfernt werden. Andere Methoden wie Daktyloskopie, Heftpflaster u. dgl. haben sich als unsicher erwiesen.

Ylppö (Helsinki).^o

Berutti, Enrico: Un caso letale di sepsi da pessario vaginale. Errore di diagnosi. (Ein letaler Fall von Sepsis, ausgehend von einem Scheidenpessar. Ein diagnostischer Irrtum.) (Osp. Magg. San Giovanni Battista, Torino.) Clin. ostetr. 35, 679—683 (1933).

Verf. berichtet über einen Fall, der als Bronchopneumonie mit Encephalitis diagnostiziert wurde. Bei der Sektion fand sich in der Scheide und an der Portio eine gangränöse Erosion, hervorgerufen durch einen Ring. Die Vena uterina sinistra und die Vena iliaca sin. sind weit hinauf thrombosiert. Davon ausgehend, war es zu septischem Lungeninfarkt und zu Sinusthrombose mit Duraödem gekommen. E. Zweifel.

Erbbiologie und Eugenik.

● **Erblehre und Rassenhygiene im völkischen Staat. Hrsg. v. Ernst Rüdin.** München: J. F. Lehmann 1934. VIII, 385 S. u. 64 Abb. RM. 14.—.

Das Buch enthält eine Sammlung von 22 Vorträgen, die im Januar ds. Js. in der