

keit der lokalen Behandlung, andererseits mit dem Umstand, daß die geringfügigsten Ursachen die Beschwerden erneut provozieren könnten. *v. Reibnitz (Stade).*

**Schwangerschaft. Fehlgeburt. Geburt. Kindesmord.**

**Maiberg, R.:** La valeur de la réaction Aschheim-Zondek dans la môle hydatiforme et le chorioépithéliome. (Die Bedeutung der Aschheim-Zondekschen Reaktion bei Blasenmole und Chorionepitheliom.) (*Gynäkol. Klin. Ärtz. Fortbildungsinst. u. Laborat., 2. Gebärdhaus, Odessa.*) *Akuš. i Ginek. Nr 5, 40—42 (1941)* [Russisch].

Es werden 4 Fälle von Chorionepitheliom, bei denen sämtlich die Aschheim-Zondeksche Reaktion positiv war, beschrieben. In 3 Fällen ergab die histologische Untersuchung des Materials einer Probeabasio kein positives Ergebnis, so daß nur der positive Ausfall der Aschheim-Zondekschen Reaktion die Diagnose sicherte, auf Grund deren in allen Fällen die Radikaloperation erfolgte. Die anatomische Untersuchung bestätigte in allen Fällen die Diagnose. Der Verf. weist besonders darauf hin, daß sich seine Patientinnen in verhältnismäßig jungem Alter von 21—28 Jahren befanden. Die Latenzzeit des Chorionepithelioms betrug 2—10 Monate. Da diese Zeit jedoch von anderen Autoren als bis zu 13 Jahren angegeben wird, seien sich alle Gynäkologen dahingehend einig, daß alle Frauen nach Blasenmole lange und systematisch beobachtet werden müßten. Allen Beratungsstellen für Geschwulstkranke müßten gut ausgestattete Laboratorien zur Verfügung stehen, die jederzeit in der Lage sind, den Prolan- und Follikulintiter im Harn und im Blut der Kranken festzustellen, da diese Reaktion auch bei der Kontrolle eine ausschlaggebende Rolle spielt.

*v. Reibnitz (Stade).*

**Barjaktarovič, Svet. Sp.:** Beitrag zum Problem der Geschlechtsbestimmung des Kindes vor der Geburt. (*Gynäkol.-Geburtsh. Klin., Univ. Beograd.*) *Mschr. Geburtsh. (Basel) 111, 289—293 (1940).*

Verf. ist der Ansicht, daß die Hypertrophie der Montgomeryschen Drüsen dafür spricht, daß die Frauen in der Regel Knaben gebären. Das zahlenmäßige Vorkommen und die Hypertrophie dieser Drüsen steht unter dem Einfluß eines gewissen spezifischen Hormons, und zwar eines Hormons, dessen Wirkung auf die Montgomeryschen Drüsen sich fast ausschließlich bei der Frucht männlichen Geschlechtes ausprägt.

*Förster (Marburg a. d. Lahn).*

**Vogt, Clifford J.:** The erythrocyte sedimentation reaction during pregnancy. (Die Blutsenkungsreaktion während der Schwangerschaft.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., Univ. Hosp., Cleveland.*) *Amer. J. Obstetr. 41, 206—215 (1941).*

Während der normalen Schwangerschaft ist eine zunehmende Senkungsbeschleunigung festzustellen, die während des Wochenbettes wieder zur Norm zurückkehrt. Als Ursache dieser Beschleunigung wird Zunahme des Fibrinogengehaltes im Blutplasma angenommen.

*Schrader (Halle a. d. S.).*

**Busse, O., und M. Dammers:** Juvenile genuine Gestationsapoplexien. (*Univ.-Frauenkln., Heidelberg.*) *Z. Geburtsh. 122, 158—177 (1941).*

Gehirnblutungen im Verlauf der Gravidität werden als Gestationsapoplexien bezeichnet. Die Frage, ob solche Apoplexien mit Lähmungen auf die Schwangerschaft zurückzuführen sind, ist bisher nicht geklärt. Die Verf. geben eine Übersicht über die in der Literatur niedergelegten Versuche, einen solchen Zusammenhang wahrscheinlich zu machen. Es werden 3 eigene Beobachtungen mitgeteilt. Es handelt sich um Frauen im Alter von 37, 36 und 28 Jahren. Verff. kommen zu dem Ergebnis, daß es nicht angeht, die Gestationsapoplexie als etwas Besonderes neben die anderen cerebralen Apoplexien außerhalb der Schwangerschaft zu stellen. Außer einer gewissen familiären Disposition bzw. eigenen Disposition bleiben die Ursachen ungeklärt. In den 3 mitgeteilten Fällen traten die Apoplexien in 2 Fällen vor der Geburt, in 1 Falle während der Geburt ein. In dem einen zur Sektion gekommenen Falle fanden sich im

Gehirn starke Hyperämie, keine Encephalitis, keine Gefäßveränderungen. In der Umgebung der Blutung waren vielfach kleine Blutungen im Hirngewebe nachweisbar. Die Blutung war in den linken Seitenventrikel durchgebrochen. Die Krankengeschichte dieses Falles gab auch keine Anhaltspunkte für die Pathogenese der Blutungen. Die Gestation betrachten Verff. nur als auslösende Ursache. *Rosenfeld* (Berlin).

**Birgus, Jan, und E. Ražny:** Echte sechsmonatige intraligamentöse Eileiterschwangerschaft. *Č. Gynaekologie* 5, 262—267 (1940) [Tschechisch].

Verff. schildern nach einleitenden Bemerkungen über die Entstehung der intraligamentären Schwangerschaften einen Fall bei einer 19jährigen Frau, die nach Einlieferung in bewußtlosem und hochgradig anämischem Zustand in das Krankenhaus starb, bevor noch eine Operation wegen des bestehenden Verdachtes auf Spontanruptur einer ektopischen Schwangerschaft durchgeführt werden konnte. Aus dem Obduktionsbefund: Reichlich Blut in der freien Bauchhöhle. Im kleinen Becken rechts ein 17:12:10 cm messendes Gebilde, das von den gedehnten Blättern des nicht mit der Umgebung verwachsenen Lig. latum bedeckt ist. An dem der Gebärmutter abgekehrten Pol ein handtellergroßer, mit geronnenem Blut bedeckter Defekt mit fetzigen Rändern. Der rechte Eileiter verschwindet teilweise in diesem Gebilde, dessen Wand die größte Dicke von 7 mm aufweist und von innen nach außen von folgenden Schichten gebildet ist: Amnion, Chorion, Placentargewebe, subseröses Bindegewebe und Serosa. Die Frucht 30 cm lang, 410 g schwer, leicht maceriert. Die Nabelschnur 21 cm lang. Am Schluß einige Hinweise auf die klinische Diagnosestellung und Differentialdiagnose.

*Steffel* (Prag).

**Philipp, E.:** Wird durch die Sulfonamid-Behandlung der schwangeren Frau die Frucht geschädigt? (*Univ.-Frauenklin., Kiel.*) *Dtsch. med. Wschr.* 1941 I, 372—374.

Verf. führt aus, daß die Rücksicht auf das Kind keineswegs einen Abbruch der zur Zeit viel geübten Sulfonamidbehandlung der Graviden verlange. Die Behandlung namentlich der Gonorrhöe und auch der Pyelitis der Graviden erfolge heute mit Hilfe der Sulfonamide so wirkungsvoll, wie das früher nicht annähernd möglich gewesen sei. Die Blässe und Cyanose der Mutter sei kein Gradmesser für eine evtl. Schädigung des Kindes, mahne aber zur Vorsicht. Verf. empfiehlt nach seinen Erfahrungen nicht mehr als etwa 80 g des betreffenden Mittels der Mutter zu verabfolgen, namentlich nicht im frühen Stadium der Schwangerschaft. Besser als hintereinander erfolgende hohe Dosierung scheine von der Frucht eine Verabfolgung in längeren Zeitabschnitten getragen zu werden. Derartig hohe Dosierungen seien im übrigen nur in den seltensten Fällen erforderlich.

*Rudolf Koch* (Münster i. W.).

**Mikulicz-Radecki, F. v.:** Uterus septus bzw. subseptus als Abortursache, seine Diagnose und Behandlung. (*Frauenklin., Univ. Königsberg i. Pr.*) *Zbl. Gynäk.* 1941, 865—877.

Verf. berichtet über 2 Fälle von spontanem Abortus bei Frauen, bei denen die Salpingographie das Vorhandensein eines Uterus bicornis zeigte, bei denen aber die Operation (Metroplastik) einen einfachen Uterus septus bzw. subseptus ergab. Es werden auch noch 2 ähnliche Fälle, die wegen Sterilität zur Behandlung kamen, erwähnt. Auch bei ihnen ergab die Operation statt des erwarteten Uterus bicornis einen Uterus subseptus. Verf. meint, daß ein Uterus septus oder subseptus nicht so selten Ursache eines Abortus ist, weniger häufig als Sterilitätsursache in Frage kommt. Die Diagnose eines Spaltuterus ist mit Hilfe der Salpingographie leicht. Palpation und Salpingographie versagen aber meist bei der Entscheidung, welcher Grad von Spaltuterus vorliegt. Die Therapie besteht in der Metroplastik. Verf. hatte bei 4 operierten Fällen 2 nachher ausgetragene Gravidades, einen Mißerfolg.

*Antoine* (Innsbruck).

**Beiser, Paul:** Zur Frage der Allgemeinwirkung der Radiumstrahlen. Herzbestrahlung und Abortauslösung. (*Frauenklin., Univ. Freiburg i. Br.*) Freiburg i. Br.: Diss. 1940. 39 S.

Verf. führt aus, daß durch Bestrahlung eines schwangeren Organismus mit Röntgen- oder Radiumstrahlen eine Unterbrechung der Schwangerschaft oder eine Schädigung der wachsenden Frucht eintreten könne. Herzbestrahlung schwangerer Tiere könne zur Störung der Gravidades und zur Schädigung der wachsenden Frucht führen.

Die Störung äußere sich im Abort toter Früchte, die Schädigung im Wurf toter Junge oder in FrühTod rechtzeitig geworfener lebendiger Junge. Der Abort trete umso früher ein, je weiter fortgeschritten die Gravidität zur Zeit der Bestrahlung sei. Durch Herzbestrahlung schwangerer Tiere mit Radium trete eine Verminderung der Zahl der weißen Blutkörperchen ein, und zwar ein starker Abfall der Lymphocyten mit relativer Vermehrung der neutrophilen Leukocyten. Die Verminderung der Leukocytenzahl sei bei den Tieren am stärksten, bei denen ein Abort eingetreten sei. Ein Abort oder der Wurf toter Junge trete dann ein, wenn die Zahl der Leukocyten unter 30% ihres Anfangswertes gesunken sei. Bei Jungen, deren Muttertiere ein Absinken der Leukocytenzahl nahe an die 30%-Grenze aufwiesen, finde sich eine gehäufte Frühsterblichkeit. Eine Störung der Schwangerschaft (Abort oder Wurf toter Junge) trete ebenfalls ein, wenn Blut herzbestrahlter männlicher Ratten in die Bauchhöhle schwangerer Meerschweinchen eingespritzt werde. Kontrollen bewiesen, daß es sich hierbei nicht etwa um eine unspezifische Eiweißwirkung handele. Es bestehe die Möglichkeit, daß im Blute bestrahlter Tiere Stoffe aufträten, die eine Schädigung der Schwangerschaft herbeiführen. (Leukotoxine nach Archangelsky.) *Rudolf Koch* (Münster i. W.).

**Matusovszky, Andreas: Aus der Bauchhöhle entfernter Fremdkörper.** (*Geburtsh. Abt., Städt. Spít., Békéscsaba, Ungarn.*) Zbl. Gynäk. 1941, 1198—1200.

Verf. beschreibt einen Fall, in dem eine 30jährige V-para zur Unterbrechung der vermuteten, aber nicht vorhandenen Schwangerschaft nach 2monatigem Ausbleiben der Regel mit dem Stiel einer Hornbrille einen Stich gegen die Gebärmutter ausführte. Das Stechen ging zunächst langsam und schwer, später leichter vor sich, schließlich war der Brillenstiel in ihrem Körper verschwunden. Sie spürte nun wiederholt Schmerzen und blutete. Der Gegenstand wurde bei der Laparotomie inmitten von Darmverklebungen zwischen Nabel und Leber gefunden und entfernt. Heilung.

*Rudolf Koch* (Münster i. W.).

**Denoix, Pierre, et Henri Lenormant: À propos du tétanos post-abortionum.** (Über den postabortiven Tetanus.) *Presse méd.* 1941 II, 718—721.

Der postabortive Tetanus ist keine außergewöhnliche Erscheinung. Verff. glauben, daß er besonders oft in den Fällen auftritt, wo der Abort durch Einführung von Arzneistiften in die Gebärmutter eingeleitet wurde. Das klinische Bild unterscheidet sich nicht wesentlich von dem des gewöhnlichen traumatischen (absteigenden) Tetanus. Der zweifellos besonders schwere Verlauf beruht auf der leichten Resorptionsmöglichkeit des Toxins von der ausgedehnten Gebärmutterwundhöhle her. Außerdem kann auch eine allgemeine Blutvergiftung durch andere Keime mit im Spiele sein. Behandlung: Uterusexstirpation (vaginal oder abdominal), antitoxisches Serum, Narkotica, evtl. Curare. Empfohlen wird Serumprophylaxe bei allen Fällen von Abort, zumindest den klinisch behandelten. Bericht über 4 eigene, tödlich verlaufene Fälle.

*Zech* (Wunstorf i. Hann.).

**Creysse, J., M. Dargent et M. Bérard: Des complications septiques du post-abortionum.** (À propos de quelques faits anatomo-cliniques.) (Septische Komplikationen nach Abort an Hand einiger klinischer und pathologisch-anatomischer Beobachtungen.) (*Clin. Chir., Lyon.*) *Rev. de Chir.* 59, 209—226 (1941).

Die septischen Erkrankungen des graviden Uterus werden, soweit sie nicht zur Perforation oder Gangrän führen, folgendermaßen eingeteilt: 1. in einfache, aufsteigende Endometritiden, die das Peritoneum mehr oder weniger in Mitleidenschaft ziehen. 2. In septische Parametritiden, welche in der Hauptsache Phlebitiden der Basis des Ligamentum latum sind. Die Verbindung dieser beiden Typen ist nicht selten. Die Erfahrung zeigt, daß ungeachtet der wohlbekannteren Gefährlichkeit einer Peritonitis post abortum, doch die Parametritis prognostisch als die gefährlichere Krankheit erscheint. Denn: 1. ist sie verantwortlich für die Entstehung schwerer septischer Lungenembolien, 2. ist sie verantwortlich für die Entwicklung von Ovarialabscessen, die zur einseitigen Kastration zwingen bzw. die Gefahren einer Ruptur oder einer

Septikopyämie in sich tragen, 3. besteht selbst nach scheinbarer Ausheilung die Gefahr, daß in den thrombosierten Venen ein latenter septischer Herd zurückbleibt, wodurch die Gefahr einer Reinfektion des Ovars besteht. Außerdem kann eine ausgedehnte Phlegmone des Ligamentum latum folgen. Es werden einige Fälle von diffuser Peritonitis, Ovarialabscessen sowie von Phlegmonen des Ligamentum latum bei — meist kriminellen — Aborten beschrieben. *Manz* (Göttingen).

**Goertz, Walter:** Primäre tonsilloge Streptokokkensepsis mit sekundärem Abort und nachfolgender tödlicher Curettageperforation. (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) München: Diss. 1940. 27 S.

Schwangeres junges Mädchen läßt Abtreibungshandlungen an sich vornehmen. Im selben Zeitraum in ärztlicher Behandlung wegen Tonsillitis. Wegen Blutung Klinik- einweisung. Curettage, dabei Perforation, darauf Laparotomie durch Gynäkologen. Tod an akuter Bauchfellentzündung. Gerichtliche Sektion stellt fest: Frühzeitige Schwangerschaft, bei Beginn der ärztlichen Behandlung bereits unterbrochen. Ausgangspunkt der Bauchfellentzündung wahrscheinlich Durchbruchsstelle am Gebärmuttergrund. Auf Grund mikroskopischer Untersuchungen, die entzündliche Veränderungen der Gebärmutter schleimhaut und Muskulatur ergaben und frische Abscesse in den Tonsillen sowie Streptokokken im Blut, glaubt Verf. annehmen zu müssen, daß die Fehlgeburt ihre Ursache in der Tonsillitis hat und auf dem Wege über die Perforation zur Peritonitis führte. Ferner wird die Möglichkeit einer „idiopathischen Peritonitis“ erwogen. — Da nicht gesagt wird, was bei der Curettage gefunden wurde, kann wohl eine aufsteigende Peritonitis nicht ausgeschlossen werden, da die eingestandene Abtreibung einen Streptokokkenherd in der Gebärmutterwand gesetzt haben könnte, der dann die Perforation begünstigte. In solchen Fällen ermöglicht ein solcher Herd ja bisweilen eine Durchwanderungsperitonitis. Für die Möglichkeit spricht, daß der curettierende Arzt an dieser Stelle die Wand „weich wie Butter“ schildert. Vermißt wird die histologische Untersuchung des operativ entfernten Gewebes der Durchbruchsstelle, obwohl gerade damit hätte bewiesen werden können, daß die Curettage sachgemäß, aber an einer krankhaft veränderten Gebärmutter vorgenommen wurde. In der Statistik Seite 6 sind entstellende Fehler (Ref.). *Rogal* (Bremen).

**Alexandrow, M.:** Un cas d'accouchement (la césarienne) consécutif à une opération de la formation d'un vagin artificiel du S romanum. (Entbindung mit Kaiserschnitt nach Bildung einer künstlichen Scheide aus S romanum.) *Akuš. i Ginek. Nr 5, 46—48* (1941). [Russisch].

In der Zeit von 1932—1940 sind 67 Operationen künstlicher Scheidenbildung aus S romanum ausgeführt worden, davon 60 vom Verf. Früher hatte Verf. 2 Kranke nach der Baldwinischen Methode (Scheidenbildung aus Dünndarm) operiert. Von den insgesamt 69 Vaginaloperierten sind bloß 2 Kranke gestorben. 67 betrafen eine angeborene Vaginalaplasie und nur 2 sekundäre Atresien der Scheide, davon 1 postoperativer Prolaps mit völliger Entfernung des Uterus und der Scheidenwände und eine narbige Scheidenverengung nach schwerer Geburt. Im letzten Fall gebar die Operierte ein lebendes Kind (durch Kaiserschnitt). Parallellfall in der Weltliteratur: Eine von Wagner Operierte (Scheidenplastik aus Mastdarm nach der Schubertschen Methode) hatte nachfolgend 3 Entbindungen lebender Kinder, davon 2 Spontangeburt. *Tiling* (Posen).

**Meng, M.:** Über spontane Uterusrupturen. (*Gynäkol. Ges. d. dtsh. Schweiz, Bern, Sitzg. v. 17. XI. 1940.*) *Helvet. med. Acta 8, 193—196* (1941).

Kasuistik. Inkomplette Uterusruptur bei einer VI-Gebärenden. Anamnestisch zeigte sich nichts Besonderes (s. u.). Die Ruptur ereignete sich bei nicht eröffnetem und nicht eingeklemmtem Muttermund (I. Schädellage), also zu einem Zeitpunkt, an dem die klassische Uterusruptur nicht entsteht. Typische Zeichen der drohenden Ruptur fehlten, als Erscheinungen der eingetretenen Ruptur waren (retrospektiv) erkennbar: Absinken der Zahl der kindlichen Herztöne, Blutabgang aus der Vagina

bei rectaler Untersuchung. Wegen Verdachtes auf vorzeitige Lösung der tiefsitzenden Placenta wurde eine Sectio caesarea vorgenommen, die eine inkomplette Ruptur der Cervixwand ergab. Ätiologisch nimmt Verf. eine Schwächung der Uteruswand an der Rupturstelle — locus minoris resistentiae — an, entstanden durch Narben nach früherer maximaler Dehnung oder gar kleiner Einrisse, so daß jetzt eine relativ geringe Dehnung genügte, um den Uterusriß entstehen zu lassen. Die 1. und 3. Geburt sollen nach anamnestischen Angaben „etwas lange“ gedauert haben. Röntgenologisch zeigte sich im Wochenbett ein leicht allgemein verengtes plattes Becken (Vera 9,7 cm a.p. und seitlich 9,0 cm).

In der Aussprache erwähnt Maroli einen Fall von spontaner Uterusruptur nach 9 Jahre zurückliegender Sectio caesarea bei Zwillingen. Jetzt Spontangeburt (!) eines Kindes aus I. H.H.L. Gestörte Nachgeburtsperiode, weswegen 11 $\frac{1}{2}$  Stunden p. partum die manuelle Placentarlösung vorgenommen werden sollte. Dabei entdeckte man eine Ruptur der Cervix, durch die die Placenta in den Bauchraum ausgetreten war. Jegliche Symptome einer Ruptur fehlten. „Wäre die Placenta nicht in die Bauchhöhle, sondern nach außen ausgestoßen worden, hätte sich die groteske Tatsache ergeben, daß auch in einem klinischen Betrieb eine Uterusruptur zunächst übersehen werden kann.“ Alfred Saal (Brandenburg a. d. H.).

**Uhlenbroock, Kurt: Zur Frage der Venenunterbindung bei puerperaler Pyämie nach Thrombophlebitis der Beckenvenen.** (*Chir. Klin., Allg. Krankenh., Lübeck.*) Arch. Gynäk. 171, 152—198 (1941).

Nach einer geschichtlichen Einleitung wird das Krankheitsbild des puerperalen Infektes in den verschiedenen Verlaufsformen geschildert und die Möglichkeit der Heilmaßnahmen, insbesondere der chirurgischen, besprochen. Auf konservativem Wege wurden bisher Heilerfolge erzielt mit einer Sterblichkeit von 100—15%. Bei der Venenunterbindung findet sich ebenfalls eine große Schwankungsbreite des Heilerfolges von 72—37%. Die Schwierigkeiten des statistisch vergleichbaren Materials und damit der einwandfreien Beurteilungsmöglichkeit, um die Brauchbarkeit der Methode zu prüfen, liegen bei der Behandlung des puerperalen Infektes, bei der Diagnosestellung, bei der Anzeige zum Eingriff und bei der Art des Eingriffes. Im Frühstadium ist die Diagnose außerordentlich schwierig, aber nur im Frühstadium ist der Eingriff erfolgversprechend. Es wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, extraperitoneal zu operieren und auf die Notwendigkeit, die Blutbahn doppelseitig abzuriegeln. Es wird im einzelnen die Diagnose des puerperalen Allgemeininfektes besprochen und der Lokalbefund. Vor dem Auftreten des ersten Schüttelfrostes ist im allgemeinen eine sichere Diagnose der puerperalen Pyämie nicht möglich. Verf. fordert, daß bei einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose eingegriffen wird, sofern durch die Operation Aussicht auf Erfolg erwartet werden könne. Praktisch hätte dieses zur Voraussetzung, daß die betreffenden Frauen die Geburt oder die Fehlgeburt, an die sich der Infekt anschließt, schon in der Klinik durchgemacht haben müssen. Verf. hat gute Erfahrung mit der Evipnanäthernarkose gemacht und verwendet den Schmiedenschen Schrägschnitt, weil bei seiner Verlängerung die Unterbindung der Vena cava und der Vena ovarica durchgeführt werden kann. Die Unterbindung wurde möglichst oberhalb des Thrombus bzw. des perivenösen Infiltrats durchgeführt. Es wird empfohlen, die Vena iliaca doppelt zu unterbinden, damit sich keine absteigende Thrombophlebitis der Schenkelvenen entwickeln kann. Die erkrankte Vena ovarica wurde entfernt, um den Sepsisherd zu beseitigen und ein Übertreten auf die Lymphbahnen zu vermeiden. Die Erfahrungen des Verf. sprechen dafür, daß in den subakut verlaufenden Fällen grundsätzlich doppelseitig zu unterbinden ist. Eine Ausnahme wird nur bei schlechtem Allgemeinzustand zugestanden, dafür dann aber vorgeschlagen, unter allen Umständen die Vena cava zu unterbinden. Sehr vorteilhaft machte sich nach dem Eingriff die Anwendung einer intravenösen Dauertropfinfusion mit Traubenzuckerlösung und Kreislaufmitteln bemerkbar. Von entscheidender Bedeutung ist die mehrfache Anwendung von Blutübertragung, auch schon vor der Operation. Es werden dann 14 eigene Fälle geschildert. Davon 6 mit primärer Thrombophlebitis, 8 mit einem auf dem Lymphwege fortschreitenden Infekt, der erst nachträglich eine Beteiligung des Venennetzes erkennen ließ. In 4 Fällen fanden sich

nur perivenöse Verschwielungen und Venenverdickungen. In 3 Fällen Thrombose der Vena iliaca comm. In 7 Fällen eine Thrombose der Vena ovarica, davon in 2 Fällen doppelseitig. Verf. versuchte in 3 Fällen die Unterbindung der Vena hypogastrica mit schlechtem Erfolg, da die Unterbindungsstelle durch die Lymphangitis übersprungen wurde und eine erneute Unterbindung, diesmal der Vena iliaca comm., notwendig wurde. Ein solches Überspringen wurde bei Unterbindung der Vena iliaca oder ovarica nicht beobachtet. Auf diese Weise erzielt Verf. eine Mortalität von 4 Fällen. Die Ursache dafür lag in diagnostischen und technischen Fehlern, sowie Täuschungen. Es wird die Schlußfolgerung gezogen, daß bei frühzeitiger Erkennung der Krankheit die Kranken mit Sicherheit zu retten sind. Insbesondere wird die Notwendigkeit der doppel-seitigen Unterbindung in jedem Falle betont. Es sei notwendig, nur Fälle von primärer oder sekundärer Thrombophlebitis zur Operation zuzulassen und auf einen zureichenden Allgemeinzustand zu achten.

Royal (Bremen).

**Šebek, V.:** Riss des Sinus sagittalis — Kephalhaematoma subaponeuroticum. Č. Gynaekologie 5, 267—270 (1940) [Tschechisch].

28jährige Erstgebärende mit normalem Becken. Nach 26stündiger Geburtsdauer Spontangeburt eines kräftig schreienden Knaben in II. H.H.H., Gewicht 3960 g, ohne Zeichen einer Schädelverletzung. Geburtsgeschwulst 3 : 4 cm über dem linken Scheitelbein. Am Tage nach der Geburt wegen Verdachtes auf Cephallhämatom Verabreichung von Stypolutin und mütterlichem Blut i. m. Das Kind trinkt und gedeiht gut. Am 5. Tag rasche Vergrößerung der Geschwulst. Wegen beginnender Anämie 50 ccm mütterliches Blut, Stypolutin, Ca und Vitamin C. Nach weiterer Vergrößerung der Geschwulst wird das Kind apathisch und trinkfaul, zeigt Nystagmus und Strabismus. Am 7. Tag erfolgt der Tod, nachdem die Geschwulst eine Ausdehnung von 31 cm Umfang und 8 cm Höhe erreicht hat. Bei der Obduktion wurde über dem rechten Scheitelbein zwischen der Kopfschwarte und dem Knochen (laut schematischer Abbildung aber zwischen Kopfschwarte und Beinhaut, Ref.) ungefähr 250 ccm dickflüssigen Blutes gefunden. Das linke Scheitelbein hat scharfe, zackige Ränder. Das Periost ist zerrissen und gleichfalls durch ein Hämatom etwas abgehoben. Unter das linke Scheitelbein ist das rechte 1 cm breit eingeschoben. Die Pfeilnaht ist 2,5 cm von der großen Fontanelle bis zur Occipitalnaht aufgerissen und der Sinus sagittalis auf diese Weise bis zum S. transversus eröffnet. Die Schädelknochen fest, die Nähte auffallend eng. In der Schädelhöhle keine Blutung, die Blutleiter im Schädelinnern unverletzt. Das Gehirngewebe bis auf einen dunkelrot verfärbten Herd in der linken Hemisphäre unverletzt. Der Verf. vermutet, daß während der Geburt die scharfen Scheitelbeine den S. sagit. zerrissen haben, die Blutung zunächst gering war, da der Riß zunächst durch Thromben verschlossen gewesen sein dürfte. Die Blutung nahm aber rasch zu, als die Scheitelbeine nach der Geburt in ihre alte Lage zurückkehrten. Dafür spricht auch der klinische Verlauf und das Wachsen der Geschwulst 5 Tage nach der Geburt.

Steffel (Prag).

**Salomonsen, Leif, und K. K. Nygaard:** Blutungen bei Neugeborenen. (Norweg. Med. Ges., Oslo, Sitzg. v. 27. III. 1940.) Nord. Med. (Stockh.) 1940, 2575—2577; 1941, 291—293 u. 294—296 [Norwegisch].

Umfassende Untersuchung über den Prothrombingehalt im Blute (die Koagulationszeit) von Neugeborenen und seine Schwankungen während der ersten Lebens-tage. Dabei kam Nygaards eigene Methode zur Prothrombinbestimmung in Anwendung: das mit Thrombokinasen und Kalk versetzte Blutplasma wird in eine photoelektrische Zelle gebracht, die Zelle wird durchleuchtet und die Fibrinfällung automatisch auf einem Film registriert; damit erhält man die Zeit bis zum Beginn der Fällung exakt (in Sekunden). Die Untersuchung hat gezeigt, daß auch bei denjenigen Kindern, die in den ersten 10 Stunden die normale Koagulationszeit zeigen (10—20 sec), während der folgenden 5 Tage die Koagulationszeit verlängert ist; hier liegt also eine physiologische, relative, vorübergehende Hypoprothrombinämie vor. Bei Neugeborenen mit Blutungen ist die Koagulationszeit bedeutend stärker verlängert, so daß von einem

wirklichen Morbus haemorrhagicus gesprochen werden kann. Durch Vitamin K kann die physiologische Hypoprothrombinämie korrigiert und der Morbus haemorrhagicus behoben werden. Salomonsen hat dies erreicht, indem er die Vitamin K-Erzeugung der Kinder durch Verabfolgung von Kalbsmilch (Kuhmilch) anregte: 3mal 20 g am 1. und 3mal 40 g am 2. Tage. —

Die Aussprache drehte sich um die Frage, ob die Kost der Mutter während der Schwangerschaft (viel Vitamin-K-haltiges Gemüse) den Morbus haemorrhagicus verhindern könne, und ferner, ob nicht nur die Blutungen, die einige Zeit nach der Geburt auftreten (Melaena, Nabelbluten, Hautblutungen, Nachblutung in capillaren Hirnblutungen), sondern auch die geburts-traumatischen Hirnblutungen auf der Grundlage eines Prothrombinmangels entstehen. — To verud bejaht diese beiden Fragen. — Sunde und Salomonsen mahnen zur Vorsicht bei der Stellungnahme in bezug auf die Rolle, welche die Kost der Mutter spielt, und unterscheiden scharf zwischen Morbus haemorrhagicus (20%) und geburts-traumatischen Hirnblutungen (80%). Die Symptome dieser letzteren treten sehr schnell auf, und ihr Auftreten geschieht unabhängig von Vitamin-K- oder Kuhmilchzufuhr; sie sind rein traumatisch bedingt.

Einar Sjövall (Lund, Schweden).

**McKeown, Hugh Spencer: Retinal hemorrhages in the newborn.** (Retina-Blutungen bei Neugeborenen.) (*Inst. of Ophth., Presbyterian Hosp. a. Dep. of Ophth., Coll. of Physic. a. Surg., Columbia Univ., New York.*) (76. ann. meet., Hot Springs, Virginia, 3. VI. 1940.) *Trans. amer. ophthalm. Soc.* 38, 510—519 (1940).

Bei Durchsicht des Schrifttums fand Verf. die Häufigkeit mit 10—46% verzeichnet. Eigene Untersuchungen an 498 Neugeborenen während der ersten 48 Stunden ergaben in 42,1% Retinablutungen. Meist handelte es sich um kleine oberflächliche an den Gefäßen gelegene Hämorrhagien. Weniger häufig waren Blutungen an den Nervenfasern. Geringe Blutungen werden ohne nachteilige Folgen in wenigen Tagen resorbiert. Nur von größeren Blutungen in der Nähe der Makula ist eine Dauerschädigung der Sehfähigkeit zu befürchten. Die Ursache für das Auftreten derartiger Blutungen liegt in Störungen des Geburtsablaufes, wie Zangenentbindung, Armvorfall, protrahierter Geburtsverlauf, Nabelschnurumschlingung und ungünstige Kopfeinstellung bei Geburtsbeginn. Sämtliche durch Kaiserschnitt entwickelten Neugeborenen waren frei von Retinablutungen. In 3 besonderen Fällen (über deren Geburtskomplikationen nichts Näheres vermerkt ist) fanden sich Glaskörperblutungen. Schrader (Halle a. d. S.).

**Scott, William A.: Fetal mortality.** (Fetale Sterblichkeit.) (*Obstetr. Serv., Toronto Gen. Hosp., Toronto.*) *Amer. J. Obstetr.* 39, 382—388 (1940).

Statistische Angaben über 229 Totgeburten und gestorbene Neugeborene. Die Todesursachen werden in Tabellenform wiedergegeben. Am häufigsten findet sich unter ihnen die Frühgeburt (in 49 von den 229 Fällen). A. Peiper (Wuppertal).

### Naturwissenschaftliche Kriminalistik. Spurenmachweis. Alters- und Identitätsbestimmungen.

**Elo, Oiva: Zusammenarbeit zwischen Gerichtsarzt und Kriminalpolizei.** *Ford. kriminaltekn. Tidskr.* 11, 29—34 (1941) [Schwedisch].

Der Verf. fordert enges Zusammenarbeiten von Gerichtsarzt und Kriminalpolizei und begründet diese Forderung durch ausführliche Beispiele. Die Expertise auf diesen beiden Gebieten ergänzt einander vorzüglich, und zusammen können beide die schlüssige Beweiskette liefern. Es ist demnach die Forderung aufzustellen, daß der Gerichtsarzt auch an der Untersuchung am Tatort teilnimmt und daß der Kriminalbeamte bei der gerichtsmedizinischen Sektion zugegen ist. Natürlich muß der Gerichtsarzt ein wirklich fähiger Spezialist sein, soll er der Kriminalpolizei wahrhaft wertvolle Aufschlüsse geben können. Einar Sjövall (Lund).

**Buhtz, G., und W. Specht: Die Bedeutung der naturwissenschaftlichen Kriminalistik bei der Aufklärung von tödlichen Vergiftungs- und Abtreibungsfällen.** (*Inst. f. Gerichtl. Med. u. Naturwiss. Kriminalist., Breslau.*) *Arch. Kriminol.* 108, 53—57 u. 137—142 (1941).

Die mitgeteilten Fälle zeigen die Wichtigkeit der Zusammenarbeit der medizini-