

Auswahl typischer Fälle innerhalb eines Krankengutes von 71 Beobachtungen geschildert. Es handelte sich um: 1. eine Reizung der Augenbindehäute und der Schleimhäute der gesamten Luftwege mit oft hämorrhagischem Katarrh und bisweilen echtem Asthma bronchiale; 2. Veränderungen des Blutbildes mit leichten normo oder -hyperchromen Anämien, auffallend rascher Verminderung der Thrombocytenzahl, Leukocytose (79%), Linksverschiebung (37%), Eosinophilie (33%) und einer Erhöhung der Reticulocytenzahl in 83% der Fälle; 3. Veränderungen der Ca- und P-Werte im Serum; 4. eine Dysproteinämie; 5. Herabsetzung der Capillarwandresistenz und Blutdrucksenkung; 6. nervöse Störungen im Sinne von Reflexsteigerung und motorischer Unruhe bisweilen mit Erregungszuständen; 7. mannigfaltige Hautschädigungen je nach Aggregatzustand des einwirkenden PA (Nekrosen, Entzündungen, Ekzeme). — Mannigfaltig waren auch die subjektiven Beschwerden wie Kopfschmerz, Herzbeklemmung, Appetitlosigkeit, Brechreiz, Hyperacidität, abnorme Müdigkeit, Benommenheit, schlechte Konzentrationsfähigkeit, Herabsetzung der Libido. Außer diesen, auf die Einwirkung des PA selbst zurückgeführten Gesundheitsschädigungen werden noch folgende, im Lauf des Herstellungsprozesses möglicherweise auftretende Gefahren erwähnt: Kontakt mit dem Ausgangsprodukt der PA-Erzeugung Naphthalin, akute oder chronische Quecksilbervergiftungen infolge Bruches oder Undichtigkeit bestimmter Teile der Produktionsanlage, heftige Luftwegskatarrhe durch Einwirkung des als Katalysator verwendeten Vanadiumpentoxyds, Kohlenmonoxydvergiftungen, Benzolvergiftungen, Vergiftungen durch eine in ihrer genaueren Struktur noch nicht geklärte Cyanverbindung. M. LÜDIN jr. (Basel)

**W. Schwenkenbecher und H. Landwehr: Akute Vergiftung durch das Holzschutzmittel Basilit UA.** [Med. Abt., Kreiskrankenh., Diepholz, Sulingen, Hamm.] *Ärztl. Wschr.* 1955, 904—906.

Bericht über einen 18jährigen Fürsorgezögling, der das Holzschutzmittel Basilit UA (Bayer) in suicidalen Absicht eingenommen hat (Menge unbekannt). Die klinische Symptomatologie erklärt sich aus der Zusammensetzung des Mittels, das 26% Natriumfluorid, 42% Natriumbichromat und 32% Natriumarsenat enthält. Diese 3 Chemikalien scheinen sich teilweise in ihren Wirkungskomponenten auf den Organismus ergänzen zu können und werden von den Verff. in ihrer Wirksamkeit einzeln beschrieben. Bei dem Jungen standen häufiges Erbrechen und wäßrige Durchfälle mit Koliken am Anfang des Krankheitsbildes. Später kam es zu starker motorischer Unruhe im Kollaps bei völlig freiem Sensorium. Exitus 8 $\frac{1}{2}$  Std nach Giftaufnahme unter dem Bild der Vasomotorenlähmung. Therapeutisch sollen neben den sonst üblichen Maßnahmen bei Vergiftungen Gaben von BAL bzw. BAL-Intrav wie auch Periston-N und Nathiosulfat gute Erfolge zeigen. GOLDBACH (Marburg a. d. Lahn)

**Joseph F. Treon, Frank P. Cleveland and John Duffy: Toxicity of the vapor of amyl nitrate.** [Kettering Laborat., Dep. of Preventive Med. and Industr. Health, Univ. of Cincinnati Coll. of Med., Cincinnati.] *Arch. of Industr. Health* 11, 290—296 (1955).

### Kindestötung

**Hugo Viktor Raubitschek †: Die fetale Atelektase und die Lungenschwimmprobe.** [Path. Inst., Staatl. Krankenh., Crownsville.] *Virchows Arch.* 326, 692—699 (1955).

Erstickt man trächtige Tiere am Ende der Schwangerschaft, so können nach den Versuchsergebnissen des Verf. die Alveolen durch Eindringen von Fruchtwasser gefüllt sein. Trotzdem sinken die Lungen unter. In anderen Fällen hat Verf. bei Tieren, die nur Sekunden gelebt hatten, atelektatische Lungen vorgefunden. Aus diesen Versuchsergebnissen heraus macht er Bedenken gegen die Verwertung der Lungenschwimmprobe in der gerichtlichen Medizin geltend. (Verf. zitiert nur wenig gerichtsmmedizinisches Schrifttum englischer Sprache. Die einschlägigen Verhältnisse sind in der gerichtlichen Medizin schon seit langem bekannt. Die von Verf. erwähnten Fehlerquellen werden regelmäßig bei Begutachtungen berücksichtigt. Die Arbeit bringt daher nichts, was nicht schon bekannt wäre; Ref.) B. MUELLER (Heidelberg)

**W. S. Gilmer and Albert M. Hand: Morphological studies of hyaline membranes in the newborn infant.** (Morphologische Untersuchungen der hyalinen Membranen in der Lunge Neugeborener.) [Div. of Path. and Bacteriol., Univ. of Tennessee, and City of Memphis Hosp., Memphis.] *Arch. of Path.* 59, 207—213 (1955).

Hyaline Membranen sind in den Lungen Neugeborener häufig, besonders bei Frühgeburten, nach Schnittentbindungen und bei Diabetes der Mutter. Nach einem unauffälligen Intervall

tritt der Tod zwischen 2 und 36 Std nach der Geburt ein. Die Membranen liegen in den terminalen Aufzweigungen der Luftwege, sind etwas granulär, hyalinähnlich und eosinophil, umgeben von Atelektase und Blutfülle. Experimentell wurden sie bei cervicaler Vagotomie und bei Sauerstoffvergiftung erzeugt, allerdings ohne Atelektase. (Synonyma: Desquamative Anaeriosis, Asphyxiemembranen). (Das deutsche Schrifttum ist nur bis 1903 berücksichtigt.) Nach chemischen Reaktionen (PAS, Diastase, Acetylierung, Millon) bestehen sie aus Kohlenhydraten mit 1,2-Glykolbindungen und Eiweiß. Bei besonderer Färbung können die hyalinen Membranen *unterhalb* der epithelialen Basalmembran nachgewiesen werden. Erst wenn die hyalinen Membranen ganz dick werden, reißt auch die deckende Basalmembran. Aus dieser Lage ergibt sich, daß die hyaline Membran endogen entsteht, entweder aus dem Blutstrom oder aus der Basalmembran oder aus dem sprächtlichen Bindegewebe zwischen Basalmembran und Capillare.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

**Fritz Reutter: Über hyaline Membranen und Atelektasen der Neugeborenen-Lunge.** [Path. Inst., Univ., Zürich.] *Gynaecologia* (Basel) 137, 367—384 (1954).

Bei Totgeborenen wurden die hyalinen Membranen nicht gefunden, dagegen in 56% der Frühgeborenen mit einem Körpergewicht von 1000—2000 g. 87% der Fälle mit hyalinen Alveolarmembranen lebten 2—48 Std. Die Membranen führen zu einer Asphyxie und verursachen Atelektasen. Zur Frage der Entstehung dieser Membranen wird nicht Stellung genommen.

H. W. WEBER (Heidelberg)<sup>oo</sup>

### Gerichtliche Geburtshilfe einschließlich Abtreibung

**H. Wimböfer: Reifemerkmale bei einem Neugeborenen nach einer Tragezeit von 224 bis 229 Tagen. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Oestrogenmedikation in der Schwangerschaft.** [Univ.-Frauenklin., Heidelberg.] *Dtsch. med. Wschr.* 1955, 1421—1423.

Nach einer festliegenden Tragzeit von 224—229 Tagen p. c. wurde ein Kind mit einer Länge von 49 cm, einem Gewicht von 2620 g und einem Kopfumfang von 35 cm geboren. Bei der Kindsmutter war in den ersten 3 Schwangerschaftsmonaten eine Cyrenbehandlung durchgeführt worden. Es wird die Frage erörtert, ob diese Medikation zu einer Beschleunigung der Reifeentwicklung geführt haben kann.

B. MUELLER (Heidelberg)

**G. J. Kloosterman: Übertragene Schwangerschaft.** [Kweekschool v. Vroedvrouwen, Amsterdam.] [Nederl. Gynaecol. Verenig., Utrecht, 5. IV. 1955.] *Nederl. Tijdschr. Verloskde* 55, 232—246 (1955) [Holländisch].

Die Schwangerschaftsdauer bei 4000 Frauen mit zuverlässiger Menstruationsanamnese und regelmäßigem Cyclus, die außerdem unter ärztlicher Überwachung des Autors gestanden hatten, zeigte annähernd das Bild einer GAUSSschen Kurve mit der größten Häufigkeit (29%) von 40 Wochen post menstr. Die maximale Streuung betrug je 10% nach oben von der 42. und nach unten von der 38. Woche. Die intrauterine Sterblichkeit war am niedrigsten in der Gruppe 39—40 Wochen und stieg fast parabolisch nach beiden Seiten an. Primiparität prädisponiert augenscheinlich nicht zu Übertragung, vermehrt aber deren Risiko: die kindliche Sterblichkeit bei Übertragung war bei Mehrgebärenden rund 1%, bei Erstgebärenden rund 12%. Zwischen Geburtsgewicht und Sterblichkeit übertragener Kinder bestand keine Beziehung, die gestorbenen Kinder gehörten am häufigsten zu der höchsten *und* niedrigsten Gewichtsguppe dieses Teils des Materials. Insgesamt ist die intrauterine Sterblichkeit bei übertragenen größer als bei rechtzeitig geborenen Kindern: unter über 5000 Neugeborenen (1948—1954) betrug sie bei einer Tragezeit unter 297 Tagen (rund 96%) 1%, über 297 Tagen (rund 4%) dagegen 6%, die postnatale Sterblichkeit war etwa gleich. Sowohl das absolute Gewicht der Placenta als der Placenta-index waren bei den übertragenen toten Kindern kleiner als bei den lebendgeborenen Übertragenen, zwischen Placenta-gewicht und -index und Sterblichkeitshäufigkeit bestand eine direkte Beziehung, der intrauterine Tod scheint also in der Tat mit einer Insuffizienz der Placenta zusammenzuhängen. Die auch im Material des Verf. bestätigte Tatsache des starken Überwiegens der Knaben unter den intrauterin abgestorbenen übertragenen Früchten wird nach dieser Feststellung mit deren stärkerer Wachstumsstendenz und dann rascherer Erschöpfung der an sich schon schlechteren placentaren Kapazität, d. h. mangelhafter Sauerstoffversorgung der Frucht erklärt. Es scheint weiterhin eine Beziehung zwischen Insuffizienz der Placenta und primärer Wehenschwäche zu bestehen. Künstliche Geburtseinleitung erwies sich, mindestens bei Multiparen, als ohne Vorteil.

SCHLEYER (Bonn)