

fälligkeit im Vergleich mit dem erwachsenen werden hervorgehoben. Es werden sowohl die Todesfälle nach Krankheiten wie die aus anscheinend voller Gesundheit heraus, bei denen die Sektionsbefunde entscheidend sind für die Aufklärung, besprochen. Auf das Referat auf dem internationalen Kongreß in London 1913, erstattet von E. Martin und G. Mouriquand über den Gegenstand, wird Bezug genommen und dann werden eigene Erfahrungen zusammenfassend mitgeteilt. Krankheiten der Mund-Rachenöhle, Durchbrüche von Retropharyngealabscessen in die Luftwege mit Ersticken; bemerkenswert 2 Fälle von Blutung aus der Carotis bei Halsabsceß. Krankheiten der Luftwege und Lungen, Bronchopneumonie bei Enteritis der Säuglinge, angeborene Herzfehler. Hervorgehoben werden noch Blutungen aus den weichen Häuten nach Geburtstraumen, unterstützt durch Gefäßwandschwäche, vorwiegend bei Syphilis (? Ref.). Der mechanische Kropftod durch Kompression der Trachea wird abgelehnt (wohl nicht ganz mit Recht. Ref.), dagegen soll es bei Kropf durch Druck auf den Nervus recurrens zu plötzlichem Tod kommen können. Die Bedeutung von Nebennierenerkrankungen wird gewürdigt und die gefährliche Wirkung der Entfernung der Gland. parathyreoid. Bei den allgemeinen Infektionskrankheiten wird die Diphtherie an erste Stelle gerückt, die Serumbehandlung führt nicht zum plötzlichen Tod, sondern das Diphtherietoxin. Beim Typhus wird das Vorkommen von Nebennierenblutungen erwähnt. Von Konstitutionskrankheiten werden die Spasmodophilie, die Hyperplasie der Thymus mit oder ohne allgemeinen Status lymphaticus, der Tod bei Ekzem und die Lues congenita besprochen. Der mechanische Thymustod wird abgelehnt, eine schädigende Wirkung ihrer Hormone bei gesteigerter Funktion zugegeben. Die Fälle von Ekzematod lassen meist bei der Sektion noch andere Organerkrankungen nachweisen. Bei der Lues congenita findet man häufig Unterentwicklung und Unterernährung. In den Schlussfazetten wird auf die Notwendigkeit häufiger ergänzender mikroskopischer Untersuchungen hingewiesen.

Walcher (München).<sup>11</sup>

**Warburg, Erik J.: Über den Coronarkreislauf und über die Thrombose einer Coronararterie, mit einer geschichtlichen Übersicht. (II. Afd. og Path. Inst., Kommunehosp., Kopenhagen.) Bibl. Laeg. 122, 1—64 u. 65—102 (1930) [Dänisch].**

Das Symptomenbild der Coronarthrombose wird dem der Angina pectoris gegenübergestellt. Die Anfälle setzen in Ruhe ein, sind mit gewaltiger Atemnot verbunden, dauern Tage unter starkem Shock, zeigen häufig Erbrechen. Der Puls ist beschleunigt, oft arhythmisch, die Körpertemperatur ist erhöht, der Blutdruck herabgesetzt, Stauungssymptome und Lungenkomplikationen sind vorhanden. Der Verlauf kann verschieden sein. Entweder tritt der Tod im Anfall ein oder im Laufe weniger Tage an Herzschwäche, Lungenkomplikationen, Ruptur. Die Herzschwäche kann auch über längere Zeit sich hinziehen, eine Art Heilung kann eintreten, ein Latenzstadium. Aus der eigenen Kasuistik mit 70 Sektionen geht die Häufigkeit der Lungenkomplikationen hervor. Von diesen Fällen waren 45 Männer und 25 Frauen. Röntgenuntersuchung und Elektrokardiographie zeigten die schwere Muskelerkrankung des Herzens. Die Prognose ist in den meisten Fällen wenig gut, doch ist sie nicht immer absolut letal. *H. Scholz.*<sup>12</sup>

**Culotta, Antonino: Complesso primario con usura della trachea e morte per soffocazione in una bambina.** (Usur der Trachea und Tod durch Erstickung bei einem Kinde.) (*Istit. di Anat. Pat., Univ., Palermo.*) Riv. Pat. e Clin. Tbc. 4, 324—327 (1930).

Das 4 Jahre alte Mädchen starb kurz nach der Aufnahme ins Krankenhaus in einem Erstickungsanfall. Sektion: Abgekapselter Käseherd im rechten Oberlappen, beginnende Verkalkung im Zentrum, Verkäsung der entsprechenden Hilusdrüsen, Perforation der vorderen Trachealwand in der Nähe der Bifurkationsstelle, Hineinragen einer verkästen Drüse in die Trachea, die ihr Lumen verlegte und so den Tod herbeigeführt hatte. Um den Lungenherd hatte sich eine reichliche Gefäßbildung entwickelt, woraus geschlossen werden kann, daß die Infektion vom Lungenherd aus hauptsächlich auf dem Blutwege vor sich gegangen war. Hierfür sprach auch das Vorkommen miliarer Knötchen in der Leber.

Ganter (Wormditt).

**Richef fils, Ch. et J. Dublineau: Etude expérimentale sur la mort par inhibition pleurale.** (Tierversuche über den Tod durch Pleurareizung.) Ann. Méd. lég. etc. 10, 473—479 (1930).

Pleurareizung kann eine tödliche Lähmung des Atemzentrums bewirken, zumal bei Resektion mehrerer Rippen, allgemeiner Narkose, Shock oder Tracheotomie. *Edens.*<sup>13</sup>

#### *Gerichtliche Geburtshilfe.*

**Kende, Béla: Tödliche Sepsis durch intrauterines Schutzpessarium.** Orv. Hetil. 1930 I, 435—436 [Ungarisch].

Kende berichtet über einen tödlich verlaufenen Fall einer Intrauterin-Silkworm-

pessarbehandlung. Das Pessar war von einem Arzte eingelegt worden und wurde 8 Wochen lang getragen. Es entwickelte sich ein Endometritis, der zu Sepsis geführt hat. Obduktion erfolgte nicht.

Verf. betont die außerordentliche Gefährlichkeit der Intrauterinpessare und ihre Unzulänglichkeit hinsichtlich einer Schwangerschaftsverhütung. Wietrich (Budapest).

**Stern, Alfred: Schutz vor Mißbrauch der Aschheim-Zondekschen Reaktion.** Zbl. Gynäk. 1930, 1544—1546.

Stern konstruiert eine Anzahl Fälle, die sehr wohl sich in Wirklichkeit ereignen können und welche aufzeigen, zu welchen für Arzt, Patienten u. a. höchst unangenehmen Folgen es führen kann, wenn die Herkunft des zur A.-Z.-Reaktion benützten Urins nicht völlig sichergestellt ist. Vor allem kann auch das ärztliche Berufsgeheimnis und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sehr zu Schaden kommen. Als Schutz vor Mißbrauch der A.-Z.-Reaktion fordert St. die Sicherstellung der Urinherkunft mittels Katheterismus, ferner Beschränkung der Reaktion nur auf Ärzte, ferner Vornahme der Reaktion nur mit Zustimmung der Patientin und schließlich Bekanntgabe der Untersuchungsresultate nur an die Patientin oder deren Beauftragte.

Walther Hannes (Breslau).<sub>o</sub>

**Wiślański, Kazimierz: Grundlagen und Wert der diagnostischen Methoden der beginnenden Schwangerschaft.** Polska Gaz. lek. 1930 I, 179—181, 207—211, 229—232 u. 255—258 [Polnisch].

Der Verf. benützte zu seinen Versuchen nachfolgende Modifikation der Methode Abderhaldens: dem sterilen Substrat wird das untersuchte Serum beigefügt; bei 37° entsteht nach 24 Stunden im Blutserum Schwangerer eine Trübung, welche im Kontrollserum ohne Substrat fehlt. Die Reaktion scheint vom 2. Schwangerschaftsmonat angefangen; im 9. und 10. Monate ist sie schwächer als in den früheren Monaten. Es wurden 30 schwangere und 10 nichtschwangere Frauen untersucht. Bei den 10 Nichtschwangeren fiel die Probe in 1 Falle positiv aus, was 10% Fehlresultate ergibt; bei den 30 Schwangeren war 1 negativer Befund. Die Kontrollproben waren alle negativ. Demnach war bei Schwangerschaft der Befund in 96,7% Fällen positiv, was den Wert dieser Methode beweist.

H. Beck (Warschau).<sub>o</sub>

**Brindeau, A., et L. Brouha: Un nouveau procédé de diagnostic hormonal précoce de la grossesse.** (Ein neues Verfahren der hormonalen Diagnose der frühzeitigen Schwangerschaft.) (Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 7. IV. 1930.) Ann. Méd. lég. etc. 10, 440—444 (1930).

Die Zondek-Aschheimsche Schwangerschaftsprobe stößt auf Schwierigkeiten, da die Mäuse genau 3 Wochen alt sein müssen, daß die Diagnose sehr oft nur nach mikroskopischer Untersuchung möglich ist. Bei 200 von 300 Fällen waren die Resultate zweifelhaft. Injektion von 0,1—0,4 Urin Schwangerer während 6—10 Tagen in ganz junge männliche Mäuse im Gewichte von 7—10 g bewirkte Wachstum des Hodens und insbesondere der Samenblasen. Dieses Wachstum der Samenblasen wird als Diagnosticum für Schwangerschaft verwendet.

O. O. Fellner (Wien).<sub>o</sub>

**Klemperer, Felix: Tuberkulose und Schwangerschaft.** Z. Geburtsh. 96, 1—16 (1929).

Eine Gefährdung der tuberkulösen Frau besteht durch die Schwangerschaft, nach Zahl und Prozent ist sie nicht zu berechnen. Die möglichst frühzeitige Unterbrechung schafft günstigere Bedingungen für Heilstättenbehandlung. Eine sofortige und bis zur Geburt dauernde Anstaltsbehandlung kann in manchen Fällen die Unterbrechung unnötig machen. Ob im einzelnen Fall die Unterbrechung erlaubt und geboten ist, ist nach medizinischen und sozialen Bedingungen des Falles zu entscheiden. Die Spitzenherde sind heute nicht mehr als der obligate Anfang der fortschreitenden Erkrankung anzusehen. Das Frühfiltrat stellt heute praktisch den Beginn der Phthise dar. Man kann die offene Tuberkulose von der geschlossenen unterscheiden, es gibt aber fakultativ-offene Fälle, die nur gelegentlich Bacillen ausscheiden, sowie fortschreitende geschlossene nach innen offene Fälle. Auch gibt es Fälle mit Cavum, die lange Zeit kein Sputum haben

oder deren spärliches Sputum bacillenfrei ist. In allen offenen Fällen ist die Unterbrechung erlaubt, in den Fällen mit geringen Spitzendämpfungen, unklaren Atemveränderungen, umschriebenem Röntgenschatten in der Spitze oder leichter Spaltenverschleierung, aber ohne Schatten unterhalb der Clavikel, ohne deutliche Rasselgeräusche ist die Unterbrechung nicht erlaubt. In den zweifelhaften Fällen kann man abwarten, wie sich der Verlauf gestaltet. Zu diesen zweifelhaften Fällen gehören die Spitzentuberkulosen mit dichterer Verschattung der Spitze, mit Strängen, die von der Spalte zum Hilus hinziehen, deutlicheren physikalischen Zeichen. Schreiten diese Fälle nicht fort und sind die sozialen Verhältnisse nicht ungünstig, so kann hier die Schwangerschaft erhalten bleiben. Das Frühfiltrat berechtigt stets zur Unterbrechung, ebenso die Kaverne. Bei disseminierten Herden kann abgewartet werden, bei Verschlechterung ist zu unterbrechen. Die Blutsenkungsreaktion versagt bei Gravidien. Die Hämoptoe ist ein Zeichen fortschreitender Erkrankung und rechtfertigt die Unterbrechung. *R. Kuhn* (Baden-Baden).<sup>oo</sup>

**Hulst, J. P. L.: Abtreibungsversuch durch intrauterine Einspritzung mit heißer Alaunlösung mit tödlichem Verlauf.** Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1930 II, 3428—3430 [Holländisch].

Direkte Todesursache war in diesem Falle Luftembolie. Mit der Ballonspritze wurde nämlich die Placenta, die sehr niedrig implantiert war (*Placenta marginalis*), durchbohrt. Diese Luftembolie hat nicht plötzlich gewirkt, sondern erst nach 5—10 Minuten hat die Patientin Atemnot gespürt. Sie hat zuerst selber die Spritze nach unten gebracht und ist dann noch wieder herauf gegangen. — Als weitere Folgen der viel zu starken Alaunlösung wurden Blasen auf der Vaginalschleimhaut gefunden und Niederschläge in dem Venenplexus rechts von der Gebärmutter. Dieselben Niederschläge, die auch in der rechten Herzkammer gefunden worden sind. Wenn die Patientin also nicht an Luftembolie zugrunde gegangen wäre, würde sie mit größter Wahrscheinlichkeit Lungenembolie mit Infarktbildung bekommen

*Polano* (Haag).

**Vasiliu, Th., und Alex. Dornescu: Tod nach Scheidenruptur während der Ausreibung. (Zwillingsschwangerschaft.)** Rev. Obstetr. 9, 32—36 (1929) [Rumänisch].

Etwa 35jährige VII para gebärt normal ein lebendes Kind; nach  $\frac{1}{2}$  Stunde erscheint die Schulter eines zweiten Kindes; deswegen wird sie in das nächste Spital gebracht. Nach verschiedenen unfruchtbaren Extraktionsversuchen wird die Frau mit der Bahn nach Bukarest geschickt, wo sie 53 Stunden nach der Geburt des ersten Kindes ankommt; Exitus sofort bei Aufnahme im Spital. Obduktion: Innere Blutung durch Scheidenriß, der bis in die Peritonealhöhle alle Gewebe durchsetzt. *Wohlgemuth* (Berlin).<sup>oo</sup>

**D'Erehia, Florenzo: Perforazione del fondo dell'utero da residui placentari abortivi encapsulati nella parete uterina.** (Perforation des Fundus uteri infolge abortiver placentarer Residuen, die in die Uteruswand eingekapselt waren.) (*Clin. Priv. Ostetr.-Ginecol., Bari.*) Ann. Ostetr. 52, 199—210 (1930).

Ein Block placentaren Gewebes nach Abort von Zwillingen im 4. Monat bei einer Multipara (12 Pluripara), von 32 Jahren, eingewachsen in die Uteruswand, usurierte in ihrer ganzen Breite die Muscularis bis zur Serosa, und bereitete die Bedingungen einer kompletten Perforation bei der Ausräumung. Genetisch wichtig die erniedrigte Resistenz bei den Multiparen, die Invasionskraft des placentären Gewebes, bei begleitender ovarialer Dysfunktion.

Der seltene Fall ist auch gerichtlich wichtig, bei Beurteilung der Schuld des Operierenden. *G. Popoviciu* (Cluj).<sup>oo</sup>

#### Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

**Klenitzky, Jacob: Isolierte Scheidengewölbeverletzungen sub coitu.** (*Geburtsh.-Gynäkol. Klin., Med. Inst., Leningrad.*) Mschr. Geburtsh. 84, 401—405 (1930).

Bericht über 25 Fälle isolierter Scheidengewölbeverletzungen sub coitu. Aus dieser Zahl geht hervor, daß derartige Verletzungen nicht allzu selten auftreten. Als Ursache sind nicht hauptsächlich mechanische Momente anzusehen, sondern die Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit der Scheidenwandung, zum Teil abhängig von der Eierstocksfunction, spielt hier eine gewisse Rolle. Das geht hervor aus der Tat-sache, daß derartige Risse sehr häufig auftreten bei Frauen, die schon geboren haben oder die seit langer Zeit Geschlechtsverkehr gehabt haben. Die Rißverletzungen treten