

durch Epithelwucherung vorübergehend verschlossen, um später wieder eröffnet zu werden. Durch die Persistenz solcher embryonalen Atresien entstehen die kongenitalen Stenosen und Atresien. Prognose ziemlich infaust. *Brakemann* (München)._o

Toverud, Kirsten Utheim: *Untersuchungen über das Knochensystem neugeborener Kinder.* (*Rikshosp., Pat.-Anat. Inst. og Kvinneklin., Norges Tannlaegehøiskole, Oslo.*) Norsk Mag. Laegevidensk. **95**, 688—704 u. engl. Zusammenfassung 704 (1934) [Norwegisch].

Die Untersuchungen wurden vorgenommen an 100 Neugeborenen, unter denen sich 43 Frühgeburten und 10 Zwillinge befanden. Analysiert wurden Teile der Scheitelbeine und Rippen. Verminderter Aschen- und Calciumgehalt wurde gefunden bei einigen ausgetragenen Kindern, deren Mütter während der Schwangerschaft eine stark insuffiziente Kost genossen hatten, bei den Zwillingen und bei allen Frühgeburten. Die niedrigsten Werte fanden sich bei Frühgeburten während der Schwangerschaft ungenügend ernährter Mütter. — Histologische Untersuchungen (Fall 1—25) der Scheitelbeine, Rippen und Kiefer ergaben etwas verbreiterte osteoide Zonen, kleine Osteoblasten und spärliche intercellulare Substanz, besonders bei den Frühgeburten und bei den Kindern ungenügend ernährter Mütter. — Chemisch und histologisch entsprechen die Befunde dem Bilde einer Osteoporose geringeren oder stärkeren Grades. — Die bei solchen Kindern häufig auftretenden klinischen Erscheinungen, besonders die Früh-Craniotabes, haben mit Rachitis nichts zu tun, können aber natürlich durch postnatale Ernährungsschäden, die ja in der Regel mit einer mangelhaften Zufuhr von D-Vitamin verknüpft sind, nachträglich in rachitische Zustände übergehen. Von einem prä-rachitischen Zustand bei diesen Befunden zu sprechen, geht indessen nicht an, da die Rachitis ja nicht die notwendige Folge dieser angeborenen osteoporotischen Erscheinungen ist. — 8 Tabellen, 4 Mikrophotogramme. *Eitel* (Berlin-Lichterfelde)._o

Amoroso, Mario: *Infanticidio per decapitazione. (Nota casistica.)* (Kindesmord durch Abtrennung des Kopfes [Kasuistische Mitteilung].) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Bologna.*) Arch. di Antrop. crimin. **54**, 101—104 (1934).

Bericht über einen Fall von Tötung eines reifen Neugeborenen durch Abschneiden des Kopfes und nachfolgende Zerstückelung mit einem scharfen Instrument. Als Beweis des Lebens zur Zeit der Kopftrennung wird angeführt, daß die Gewebe der Trennflächen hier ein dichtes, bis in die feinsten Intercellularräume eingedrungenes Fibrinnetz enthielten, während Fibrin an den übrigen Schnittflächen ganz fehlte. Trotz etwas Fäulnis sprach der Befund großer Blutleere für Verblutung. *Heinz Kockel*.

Boschetti, Mario: *Docimasia radiografica del feto entro Putero.* (Röntgenprobe des Fetus im Uterus.) (*Istit. Ostetr.-Ginecol., Univ., Pisa.*) Monit. ostetr.-ginec. **5**, 541—556 (1933).

Röntgenaufnahmen des Kindes während der verzögerten Geburtsperiode, die schließlich zum Absterben des Kindes bei einer Steißlage führte, zeigten bei der letzten Aufnahme eine Gasaufblähung der Lungen und der Därme, also intrauterin entstanden, die durch intrauterine Gasbildung des eingeatmeten und verschluckten bzw. zersetzenen Fruchtwassers bedingt sein mußte und kein Zeichen intrauteriner Luftatmung sein konnte. Bei einer Totgeburt im 6. Monat fand sich keine Luftatmung bei der Röntgenaufnahme, bei einer anderen Lebendgeburt waren 3 Minuten nach der Geburt Lungen und der Magen luftgefüllt, 13 Minuten später fand sich Luft bereits in mehreren Dünndarmschlingen. Bei einem nach 62 Stunden gestorbenen Neugeborenen waren alle Darmschlingen lufthaltig. Die Befunde wurden durch die Sektion bestätigt. Eine Unterscheidung zwischen Luftatmung und Gasfäulnis ermöglicht die Röntgenaufnahme des Kindes, wie der 1. Fall beweist auch nicht! (Ref.) *G. Strassmann* (Breslau).

Gerichtliche Geburtshilfe.

Remmelts, R.: *Die periodische Unfruchtbarkeit der Frau.* Nederl. Tijdschr. Verloskde **37**, 63—66 (1934) [Holländisch].

Statistische Nachforschungen. Bei 22 Frauen, von denen das Datum des ein-

maligen Coitus feststand, fiel dieser bei 8 in der sterilen Periode und keine wurde schwanger; bei den 14 anderen trat 11 mal Schwangerschaft ein und 3 mal nicht. Von 28 Frauen, die in der Ehe nur einmal oder nicht menstruierten, bevor Schwangerschaft eintrat, heirateten 24 vor oder in der fruchtbaren Periode; davon wurden 19 schwanger, 5 menstruierten noch einmal. Die 4 anderen heirateten nach der fruchtbaren Periode, menstruierten noch einmal und wurden dann schwanger. In vielen Fällen wurde fakultative Sterilität erreicht durch Vermeidung der fruchtbaren Tage während mehrerer Jahre und schließlich gelang es einzelnen Ehepaaren, willkürlich die Zeit der folgenden Schwangerschaft zu bestimmen. Wenn auch die Methode nicht absolut sicher ist, so übertrifft dieselbe nach Ansicht des Verf. alle anderen Mittel zur fakultativen Sterilität.

Lamers (Herzogenbusch).

Westman, Axel: Reaktivierung von senilen menschlichen Ovarien. (*Univ.-Frauenklin., Uppsala.*) Zbl. Gynäk. 1934, 1090—1096.

Es soll die Frage geprüft werden, ob durch Hormonzufluhr eine Reaktivierung der im Klimakterium erloschenen Ovarialfunktion möglich ist. Als auch gonadotropes Hormon enthaltendes Hormongemisch wurde Schwangerenblut verwendet. Einer 51 jährigen Frau, deren Menstruation seit 3 Jahren erloschen war, welche jetzt seit 3 Monaten infolge eines histologisch sichergestellten Adenocarcinoms des Corpus uteri blutete, wurden 225 ccm Blut einer im 9. Schwangerschaftsmonat befindlichen Frau transfundiert. 1 Woche später Laparotomie. Im linken Ovarium cystische Follikel mit partieller Luteinisierung. Im 2. Falle handelt es sich um eine 48jährige Frau, welche seit 2 Jahren unregelmäßige Menstruationen aufweist, 6 Monate völlig amenorrhöisch war und jetzt 14 Tage andauernd blutet. Curettage ergibt Adenocarcinom des Corpus uteri. Transfusion von 400 ccm einer vor Geburtsbeginn stehenden Frau. 6 Tage später Exstirpation des Uterus mit Adnexen. Im linken Ovarium findet sich ein gut entwickelter größerer Follikel, daneben ein kleinerer, dessen Lumen mit Blut gefüllt ist. Die Uterusmucosa im Stadium der Proliferation. Die Bewertung beider Versuche ist außerordentlich schwierig, da häufiger als der Verf. annimmt spontane Follikelreifung auch nach langjähriger Menopause auftritt. (Beobachtungen von G. A. Wagner.)

C. Kaufmann (Berlin).

Damm, P. N.: Menstruation bei einer kastrierten Frau nach Behandlung mit Eierstockshormonen. Hosp.tid. 1934, 845—850 [Dänisch].

28jährige, verheiratete Frau wurde wegen doppelseitiger Adnexentzündung mehrere Male operiert. Im August 1931 mußte der Rest der Adnexe entfernt werden. Danach Amenorrhöe. Starke Ausfallserscheinungen. Während einer Behandlung mit Ovex (Follikulin) 5700 M.E. Besserung der Beschwerden. Senil atrophische Genitalia externa, Uterus klein, Sonde 6 cm. Blutsenkung 1 Stunde. Es gelang nicht, mit der Curette irgendwie Mucosa zu gewinnen. Patientin erhielt 20 Tage nacheinander täglich 10000 M.E. Ovex als Injektion, insgesamt also 200000 M.E. Darauf an 5 Tagen je 4 K.E. Lutex-Injektionen, insgesamt 20 K.E. Am Tage vor Aufhören der Behandlung setzte eine leichte Vaginalblutung ein, die an Stärke zunahm und unter moliminaähnlichen Schmerzen 4 Tage dauerte. 2 Tage nach Abschluß der Blutung maß die Uterushöhle 8 cm und es gelang reichlich Schleimhaut herauszuschaben. Die histologische Untersuchung ergab ein Korpusendometrium, das sich in nichts von einer normal, cyclisch funktionierenden Schleimhaut unterschied, mit deutlichen Mitosen und mit verstreuten Glykogenkörnchen. Also bestand zu diesem Zeitpunkt eine funktionsstüchtige Schleimhaut in der postmenstruellen Phase mit deutlichen Spuren des vorausgegangenen Sekretionsstadiums. — Der Fall hat, wie die früher von verschiedenen Seiten beschriebenen Fälle, keine größere therapeutische Bedeutung für die Patientin, weil es sich um eine Substitutionstherapie handelt, deren Wirkung mit Abschluß der Behandlung aufhört. Eine fortgesetzte Behandlung mit so großen Dosen würde auf praktische Schwierigkeiten stoßen. Die lästigen Ausfallserscheinungen lassen sich mit geringen Follikulindosen bekämpfen. Die Erzeugung einer echten Menstruations-

blutung bei einer Kastration hat jedoch einen guten Testwert, was die Wirksamkeit der zugeführten Hormonmengen betrifft und wird es erlauben nach und nach Schlüsse auf die notwendige Dosierung zu ziehen. *Saenger* (Fredrikstad).

Damm, P. N.: Menstruation bei einer kastrierten Frau nach Behandlung mit Ovarienhormonen. (*Univ.-Frauenklin., Kopenhagen.*) Zbl. Gynäk. 1934, 1682—1686.

Bei einer vor 2 Jahren operativ kastrierten Frau mit kleinem Uterus (Sondenlänge 6 cm) wurden in 14 Tagen 200000 internationale Einheiten Follikelhormon und anschließend in 5 Tagen 20 K.E. Corpus luteum-Hormon zugeführt. Am 4. Tage der Corpus luteum-Zufuhr begann eine Blutung, welche 4 Tage andauerte. Uteruscavum jetzt 8 cm, Probeurettage ergab reichlich Schleimhaut, welche als sekretorisch beschrieben wird. *C. Kaufmann* (Berlin)._o

Carretti, Cesare: Il valore della diagnosi biologica nella gravidanza extrauterina e nei suoi esiti. (Der Wert der biologischen Diagnose bei der Extrauterinagravidität und bei den verschiedenen Formen ihres Ausgangs.) (*Clin. Ostetr.-Ginecol., Univ., Bari.*) Ann. Ostetr. 56, 515—522 (1934).

Der Urin von 5 Frauen mit Tubarruptur und von 14 anderen mit Tubarabort gab im Friedmanschen Versuch eine positive Schwangerschaftsreaktion, nur 2 Urine, die von Frauen mit Tubarabort stammten, eine negative; in beiden Fällen waren die injizierten Harnmengen zu klein, und die Tiere starben zu früh. Die benutzten Kaninchen wogen fast alle 1—2 kg; der Urin wurde 2—4 mal in Dosen von je 5 ccm intravenös appliziert; Laparotomie 48 Stunden nach der letzten Injektion. — Relativ große Dosen und lange Wartezeit vermehren bei der Extrauterinagravidität die positiven Resultate, da hier die im Urin erscheinende Hormonmenge im allgemeinen gering ist. Die Ausscheidung des Hormons kann sich über mehrere Wochen hinziehen, so daß unter Umständen noch längere Zeit nach dem Beginn der Unterbrechung des Konnexes zwischen Kind und Mutter eine positive Reaktion zu erwarten ist. *Büttner* (Kiel)._o

De Meo, Giuseppe: La diagnosi biologica di gravidanza col metodo di von Mertz all'acido fosfowlframico. (Die biologische Diagnose der Schwangerschaft mit der von Mertzschen Methode durch Phosphorwolframsäure.) (*Reparto Ostetr.-Ginecol., Osp. Ital. „Benito Mussolini“, Alessandria d'Egitto.*) Ann. Ostetr. 56, 635—652 (1934).

Bei 210 Schwangeren wurde in 199 Fällen, d. h. 94,7% mit der von Mertzschen Methode ein positives Resultat erzielt. Kontrollen bei nicht Schwangeren ergaben aber auch 15,5% positive, also falsche Resultate, und zwar besonders bei Carcinom und entzündlichen Prozessen der Genitalorgane. Die positive Reaktion verschwindet spätestens 3—4 Tage nach der Entbindung. Der mit Phosphorwolframsäure im Schwangerenserum erzielte Niederschlag röhrt von eiweißartigen Substanzen her. Die Methode gibt keine absolute Sicherheit für die Diagnose der Schwangerschaft. *G. Strassmann*.

Louros, N. C.: Zum Histidinnachweis im Harn als Schwangerschaftsreaktion. (*Univ.-Frauenklin. „Louros“, Athen.*) Klin. Wschr. 1934 II, 1156.

Die von Kapeller Adler angegebene Schwangerschaftsreaktion, welche auf dem Nachweis von vermehrter Histidinausscheidung beruht, ist ungeeignet. Nachprüfung an Harnen schwangerer und nichtschwangerer Frauen ergab eine gewaltige Fehlerquote. *C. Kaufmann* (Berlin)._o

Küstner, H., und R. Schoen: Schwangerschaft und Herzfehler. (*Med. Poliklin. u. Frauenklin., Univ. Leipzig.*) Münch. med. Wschr. 1934 I, 739—743.

Im internen Teil behandelt Schoen das Thema „Herzfehler und Schwangerschaft“. Er betont, daß in der Praxis noch große Unklarheiten in der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung bei Herzfehlern bestehen, und daß neben den Gefahren der Schwangerschaft bisher die akute Gefahr der Geburt zu wenig beachtet wurde. Die Fragestellung lautet in jedem Falle, ob der Zustand des Kreislaufs annehmen läßt, daß er der zu erwartenden Mehrbelastung durch Gravidität und Geburt ohne Gefahr gewachsen sein wird. Bejahendenfalls ist die Unterbrechung abzulehnen, somit bei Herzfehlern ohne jede Spur von Dekompensation, vor allem bei Mitral- und Aortensuffizienz ohne Verbreiterung des Herzens und ohne Stauungserscheinungen. Verantwortungsvoll wird die Entscheidung, wenn der Herzfehler nicht mehr völlig kompensiert ist. In einem Falle von Mitralstenose und Insuffizienz wurde die Unter-

brechung im Einklang mit dem Wunsche der Frau nicht vorgenommen. Digitalisbehandlung und Schonung verhinderten nicht nur eine Verschlechterung des Kreislaufs während der Schwangerschaft, sondern bewirkten sogar Schwund der Ödeme und subjektive Besserung. Entbindung zum normalen Termin. Voraussetzung zum günstigen Ausgang waren günstige Digitaliswirkung, mustergültige Mitarbeit der Schwangeren und weitgehende Schonung. Die soziale Indikation spricht mit, wenn sich die medizinische in einem Grenzgebiet befindet. Der Wille der Schwangeren zum Kind muß als wichtige Unterstützung gewertet werden. — In einem analogen Falle von mäßig dekompensiertem Mitralfehler gelang es nicht, durch Digitalisbehandlung in 2 Wochen Besserung zu erzielen, weshalb die Unterbrechung im 3. Monate befürwortet wurde. Für diesen Entschluß sprach die nachgewiesene deutliche Verschlechterung des Zustandes nach der vorherigen Schwangerschaft und die dadurch bewirkte Furcht der Frau vor der neuen Schwangerschaft. In Fällen mit mäßiger Dekompensation fallen für die Entscheidung die Begleitumstände ins Gewicht, jedoch um so weniger, je klarer die medizinische Indikation in ablehnendem oder bejahendem Sinne ist. Nur in Zweifelsfällen fallen sie wegen ihrer medizinischen Folgen ins Gewicht. Bei schwierigen Entscheidungen hält Verf. das Elektrokardiogramm behufs Beurteilung von Myokardschäden für unumgänglich. Schwer dekompensierte Herzfehler sind stets eine Indikation zur Unterbrechung, wenn es nicht zu spät ist. Verf. sah sie ausnahmslos erst in der 2. Hälfte der Schwangerschaft, wo eine Unterbrechung nicht mehr in Frage kommt. Hier steht die Behandlung im Vordergrund. Bei Mitralstenosen können akute Anstrengung des Geburtsaktes und Blutverschiebungen, welche mit der Geburt erfolgen, eine akute Gefahr für den Lungenkreislauf bedeuten, es kann zu Stauungsödem der Lungen kommen. Bei Müttern mehrerer gesunder Kinder wird man sich bei nichtdekompensiertem Herzfehler eher zur Unterbrechung entschließen. Man wird von weiteren Schwangerschaften abraten, vielleicht auch die Frage der Sterilisation erwägen. — Küstner sagt im geburtshilflichen Teil, daß, wenn der Internist die Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Herzfehlers für angezeigt erachtet, der Gynäkologe zu erwägen hat, welchen Weg er bei der Unterbrechung am besten geht. Mit der Verabreichung von Wehenmitteln muß man vorsichtig sein und soll Wege wählen, bei denen man nicht zu viel auf die spontane Mitarbeit des Uterus als austreibendes Organ zu rechnen braucht. Verf. erörtert ausführlich die Methoden der Unterbrechung, die in den verschiedenen Stadien der Schwangerschaft anzuwenden sind. Mitunter mußte im Anschluß an die Unterbrechung, wenn der Blutverlust zu gering war, ein Aderlaß gemacht werden, da kurz nach der Entleerung des Uterus schwerste Erscheinungen der akuten Insuffizienz mit Stauung im kleinen Kreislauf auftraten. Verf. mußte unter 110 einschlägigen Fällen 56 mal einen geburtshilflichen Eingriff vornehmen, um den Frauen die schwere Geburtsarbeit zur Schonung des Herzens zu ersparen. Daß herzkrank Frauen bei der Geburt nicht zu viel Blut verlieren dürfen, ist nur bedingt richtig. Namentlich im 6. bis 8. Monat besteht die Gefahr eines akuten Lungenödems. — Das Lesen der Originalarbeit ist Ärzten, welche bei herzkranken Frauen eine Unterbrechung der Schwangerschaft vornehmen wollen, und Sachverständigen, die in gerichtlichen Fällen ein Gutachten über die Indikationsstellung abzugeben haben, dringend zu empfehlen. *Dittrich (Prag).*

Stander, H. J.: Cardiac disease in pregnancy. (Herzleiden in der Schwangerschaft.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., New York Hosp. of the Cornell Med. Coll. Assoc., New York.*) Amer. J. Obstetr. **27**, 528—536 (1934).

Auf Grund seiner an zahlreichen Kranken gewonnenen Erfahrungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß es zweckmäßig sei, die schwangeren Frauen mit Herzkrankung in 3 Gruppen einzuteilen, die zwar nicht scharf voneinander getrennt sind, sondern oft ineinander übergreifen. In der I. Gruppe faßt er alle Kranken zusammen, die seit längerer Zeit einen geringfügigen Herzfehler — angeboren oder erworben — haben, aber noch niemals Symptome von Dekompensation gezeigt haben, sondern den Anforderungen des täglichen Lebens voll gewachsen sind. Diese Patientinnen können mehrere Treppen steigen ohne ein Zeichen von Dyspnoe und sind sich ihres Herzleidens, ausgenommen bei extremen muskulären Anstrengungen, nicht bewußt. — Zu der II. Gruppe gehören die Frauen, die zwar auch keine Zeichen von Dekompensation gehabt haben, aber durch ihr Herzleiden gezwungen sind, ihre körperlichen Anstrengungen zu begrenzen und ihr Leben ihrem Herzleiden anzupassen. — In der III. Gruppe faßt Verf. alle Patientinnen zusammen, die ein sicheres Zeichen von Dekompensation aufweisen und zu gewissen Zeiten ihres Lebens stark durch ihr Herzleiden behindert waren. Die Behandlung der Patientinnen dieser Gruppe soll ohne Zweifel sehr radikal sein. Ganz allgemein soll ein Weiterbestehen der Schwangerschaft nicht erlaubt werden und eine weitere Schwangerschaft soll durch Sterilisation verhindert werden. Die Patientinnen der I. Gruppe müssen vor der Geburt sorgfältig

beobachtet und 1 oder 2 Wochen vor dem Ende der Schwangerschaft in die Klinik eingewiesen werden. Die Spontangeburt soll in Äthernarkose vor sich gehen. Die Behandlung der Patientinnen der II. Gruppe besteht in eifriger Wachsamkeit und Beobachtung, Einlieferung ins Krankenhaus 1 Monat vor Ende der Zeit, Vermeidung der Austreibungsperiode durch Zangenextraktion bei vollständig erweitertem Muttermund.

Waldeyer (Berlin).)

Rosenberg, Max: Schwangerschaft und Diabetes. Z. ärztl. Fortbildg 31, 223—226 (1934).

Verf. hat 56 Schwangerschaften bei 45 zuckerkranken Frauen selbst beobachtet, davon in den Jahren 1913—1924 5, in den Jahren 1924—1932 51! Die Ursachen für eine geringere Konzeptionshäufigkeit der diabetischen Frau bestehen heute nicht mehr, oder höchstens noch in vernachlässigten Fällen; denn durch eine zweckentsprechende Diät-Insulin-Behandlung lassen sich heute fast alle diabetischen Stoffwechselstörungen beseitigen, mindestens aber kann auch der schwerste Diabetes in einen leichtesten umgewandelt werden. Die Differentialdiagnose des Diabetes in graviditate gegenüber der Schwangerschaftsglykosurie kann sehr schwer sein, zumal in Fällen, bei denen die Schwangerschaft erst die diabetische Anlage manifest macht, oder wenn der in der Gravidität aufgetretene Diabetes nach Ablauf der Schwangerschaft zunächst wieder in Latenz tritt. Für eine Schwangerschaftsglykosurie und gegen einen Diabetes sind zu verwerten: der normale oder subnormale, selten leicht erhöhte Blutzucker; die Geringfügigkeit der Glykosurie, die meist bei gewöhnlicher Kost 10—20 g in 24 Stunden beträgt, aber doch zuweilen bis auf 40 g steigen kann; die Unabhängigkeit der Zuckerausscheidung von der Höhe der Kohlehydratzufuhr (paradoxe Glykosurie im Sinne Naunyns); das Fehlen aller diabetischen Beschwerden; der normale Ablauf der Blutzuckerkurve nach Dextrosebelastung; der insulin-refraktäre Charakter der Glykosurie, d. h. es lassen sich Mengen von 10—20 g Harnzucker auch durch mehrtägige Anwendung von selbst 30—60 Einheiten Insulin nicht beseitigen; die abnorm niedrige „Nierenschwelle“, d. h. es wird auch noch Zucker ausgeschieden bei normalen, ja selbst bei subnormalen Blutzuckerwerten. Bei Eindeutigkeit aller dieser Symptome ist die Differentialdiagnose leicht, fallen sie verschieden aus, so ist längere klinische Beobachtung erforderlich. — Falls nicht anderweitige Komplikationen eine Schwangerschaftsunterbrechung dringlich machen, ist sie im allgemeinen nur in den ersten 3 Monaten anzuraten, später bedeutet sie meist eine größere Gefahr als eine normale Geburt. Eine Vorhersage, ob im Einzelfall die Kohlehydrattoleranz durch die bestehende Schwangerschaft verbessert oder verschlechtert wird, ist schon um deswillen unmöglich, weil nach eigenen Beobachtungen des Verf. der Einfluß verschiedener Schwangerschaften bei derselben Frau sich in entgegengesetzter Richtung auswirken kann. Die Erfahrungen v. Noordens, wonach der Diabetes häufig durch die Schwangerschaft eine Besserung erfahren soll, kann Verf. nicht bestätigen; er sah häufiger das Gegenteil. — Auch bei schwerem Diabetes hält Verf. eine Schwangerschaftsunterbrechung im allgemeinen nicht für erforderlich. Etwaige Verschlimmerungen des Diabetes durch die Schwangerschaft lassen sich durch Insulin oder durch Vermehrung der Insulindosis ausgleichen. Sachgemäße Kontrolle während der ganzen Schwangerschaft sowie während der ersten Tage des Wochenbettes ist dringendes Erfordernis! Von den letzten 30 schweren Diabetesfällen des Verf. sind nur 2 infolge eines septischen Infektes gestorben. — Die Kinder waren in 55,4% der Fälle gesund und voll lebensfähig, die anderen kamen infolge intrauterinen Fruchttodes, infolge Frühgeburt, Abort oder aus anderen Gründen lebensunfähig zur Welt. Eine sichere Beobachtung, daß eine diabetische Mutter ein diabetisches Kind zur Welt gebracht hätte, existiert nicht in der Weltliteratur. Die Lebensaussichten des Kindes wachsen im allgemeinen mit der Sorgfältigkeit der diätetischen und der Insulineinstellung. Ziel der Diät-Insulin-Behandlung in der Schwangerschaft ist — wie auch sonst — Zuckerfreiheit des Harnes, Normoglykämie, soweit als möglich, und nicht zu geringe Kohlehydratzufuhr, wobei dem erhöhten Kohlehydratbedarf der Schwangeren Rechnung zu tragen ist. 6 Kohlehydratzulagen (= 120 g Weißbrot) werden im allgemeinen ausreichen. War die Zuckerkrank vorher kohlehydratärmer eingestellt, so muß mit der vermehrten Kohlehydratzufuhr meist auch eine Steigerung der Insulindosen parallel gehen, es sei denn, daß durch die bestehende Schwangerschaft die Kohlehydrattoleranz eine Steigerung erfährt. Sind die Voraussetzungen für eine sachgemäße Diät-Insulin-Kur aus sozialen Gründen nicht gegeben, so kann der Diabetes eine Lebensgefahr für die Mutter werden. Muß die Schwangerschaft jenseits des 3. Monats unterbrochen werden, dann ist der aseptisch Eingriff der sicherste, nämlich der Kaiserschnitt mit unter Umständen gleichzeitig erfolgender Sterilisierung; unabhängig von der Größe des Eingriffes, der zum Zweck der Schwangerschaftsunterbrechung vorgenommen wird, ist eine voraufgehende interne Vorbereitung unbedingt erforderlich. Die Entscheidung, ob unter der Geburt eine Steigerung oder Verminderung der Insulindosen notwendig ist, wird am besten getroffen durch Bestimmung der Zuckermenge in jeder einzelnen Harnportion. Auf Insulinreaktionen muß man dabei gefaßt sein und sie durch perorale Kohlehydratzufuhr, unter Umständen

durch intravenöse Dextroseinjektion beseitigen. Die Insulinzufluhr im Wochenbett richtet sich danach, ob die Kohlehydrattoleranz durch die abgeschlossene Schwangerschaft verschlechtert wurde oder unbeeinflußt blieb: Im ersten Fall ist nach Abschluß der Schwangerschaft mit einer Toleranzverbesserung zu rechnen, und unverminderte Insulinzufluhr kann hier zu schweren hypoglykämischen Reaktionen führen; blieb sie unbeeinflußt, so besteht auch im Frühwochenbett zunächst keine Veranlassung, die Insulindosen zu verringern. Das Stillen ist in schweren Fällen zu verbieten, in leichten zu gestatten.

Roszenbeck (Gießen).

Mel'nikov, N., L. Troizkaja, K. Kopiteva, V. Glivenko und M. Chanina: Traumatismus bei der Geburt. Ginek. Nr 2, 58—66 (1934) [Russisch].

Übersichtsreferat unter Benutzung eines Materials von 16025 Geburten. Erschwerte Urinentleerung als Ausdruck einer Schädigung von Harnblase und Harnröhre wurde bei Spontangeburten in 16% aller Fälle bei Erstgebärenden und in 12% aller Fälle bei Mehrgebärenden beobachtet. Wendungen und Perforationen, bei denen es leicht zu Schädigungen der oberen Abschnitte des Geburtsskanals kommt, führten in 14% der Fälle zu Komplikationen im Wochenbett. Die Zahl der Komplikationen nach Zangenentbindungen war bedeutend geringer. Die Geburtstraumen spielen in der Ätiologie der puerperalen Sepsis keine ausschlaggebende Rolle. Auch bei Spontangeburten ohne jegliches Trauma wurden Sepsisfälle beobachtet. *v. Knorre (Riga).*

Marchetti, Andrew A.: Intrapartum gas bacillus infection. (Gasbrandbacilleninfektion unter der Geburt.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., New York Hosp. a. Cornell Med. Coll., New York.*) Amer. J. Obstetr. 27, 613—616 (1934).

Verf. beobachtete von 1922—1927 16 Todesfälle an Puerperalsepsis; in 6 Fällen handelte es sich um Infektion mit dem Bacillus Welchii (= Fraenkel'scher Gasbrandbacillus; von Welch 1892 bei einer Leiche entdeckt, die Menschenpathogenität wurde unabhängig von Welch 1893 von Eugen Fraenkel erkannt; Ref.). Verf. ist der Ansicht, daß bis heute 56 Fälle von puerperaler Gasbrandbacilleninfektion in der Literatur erschienen sind; er fügt einen weiteren Fall hinzu: 33jährige Jüdin. 6-Para. Geburts-hilflicher Befund normal. Mäßige Wehen, die nach Blasensprung bei 1 cm weitem Muttermund aufhören. Chinin. Nach 48 Stunden ist bei schlechten Wehen der Muttermund unverändert, kindliche Herzschläge nicht mehr zu hören. 12 Stunden später Auftreten eines Schüttelfrostes, Temperatur 39°, Puls 120. Scheidenabstrich. Patientin wird langsam toxisch. Uterus ist gespannt. Blutkultur. Verf. entschließt sich zu vaginaler Untersuchung (bisher 12 Rectaluntersuchungen). In der Vagina mäßig riechender brauner Fluor. Geburt ist nicht weiter gegangen, Kopf noch beweglich. Beim Verschieben des Kopfes entweicht reichlich geruchloses Gas aus dem Uterus. Die Diagnose lautet: Gasbrandbacilleninfektion. Sofortiger Kaiserschnitt. Beim Eröffnen des Uterus entweicht eine große Menge Gas, Uterusabstrich. Das macerierte Kind wird entfernt und der Uterus unter Belassung beider Anhänge supravaginal extirpiert. Patientin übersteht die Operation gut. Am nächsten Morgen sind in den Kulturen des Scheiden- und Uterusabstriches reichlich Gasbrandbacillen gewachsen; Blutkulturen jetzt und später negativ für Gasbrand. Die Rekonvaleszenz ist durch eine 8 Tage nach der Operation auftretende Thrombophlebitis kompliziert, die von der linken Femoralis bis in die linke Beckenvene aufsteigt. Am 11. Tage post operationem tritt ein kleiner Lungeninfarkt auf. Langsames Abklingen der Thrombophlebitis und des Infarktes. Am 40. Tage kann die Patientin aufsitzen und wird etwa 3 Monate nach der Operation gesund entlassen. Wesentlich an der ausführlichen Schilderung der pathologisch-anatomischen Einzelheiten ist, daß die Uteruswand beim Betasten knisterte (Gasblasen). Mikroskopisch zeigten sich diese Gasblasen in der Decidua vera. Auch die Uterusmuskulatur war durch Gasbildung in längere Streifen auseinandergesprengt. An den Rändern dieser „Gasräume“ fanden sich große Mengen von Gasbrandbacillen, zum Teil mit Sporenbildung. In dem erkrankten Gewebe waren überall kleine Hämorragien festzustellen. Die Placenta war durch starke Leukozyteninfiltration gekennzeichnet.

Willi Schultz (Halle a. d. S.).

Pérez, Manuel Luis, und Antonio Mosca: Septicopyämie im Puerperium, von der Mamma ausgehend. (*Maternidad „Ubaldo Fernández“, Buenos Aires.*) Semana médica. 1934 I, 625—627 [Spanisch].

Es handelt sich um eine 28jährige Erstgebärende, die 8 Tage nach normaler Entbindung eine Mastitis bekommt. Bald darauf Schüttelfrösste, Temperatur über 40°. Metastatische Abscesse an den Extremitäten. Mehrere Incisionen. Das Genitale ist gesund. Die Sektion bestätigt diese Befunde. Nierenrindenabscesse. In Blut und Eiter werden massenhaft Staphylokokken gefunden. *Rieper (Berlin).*

Mestitz, Walter: Zur Frage der Venenunterbindung bei der puerperalen Pyämie. (*Gynäkol. Abt., Krankenh. Wieden, Wien.*) Z. Geburtsh. 107, 370—384 (1934).

Die chirurgische Behandlung des Wochenbettfiebers besteht vor allem in der Exstirpation des Uterus, der Operation der puerperalen Peritonitis und in der Venenunterbindung bei der Pyämie. Erstere wird, abgesehen von Einzelfällen, abgelehnt, die zweite als einzige Behandlungsart der sonst fast ausnahmslos zum Tode führenden Erkrankung prinzipiell ausgeführt. Gegenüber der Venenunterbindung verhielt sich die Halbansche Klinik reserviert, angesichts der Schwierigkeit der Diagnose und der Indikationsstellung, entsprechend den pathologisch-anatomischen Untersuchungen von Halban und Köhler. Diese fanden, daß der lymphogene Ausbreitungsweg doppelt so häufig ist als der hämatogene, daß die kombiniert lymphogen-hämatogene Ausbreitung noch immer häufiger ist als die rein hämatogene, bei der allein die Venenunterbindung erfolgversprechend ist. Hierzu kommt die in 40% der Fälle bestehende gleichzeitige eitrige Peritonitis der reinen hämatogenen Fälle (Gerhartz), das Vorkommen der diskontinuierlichen Thrombosen und der ansehnliche Prozentsatz der spontan heilenden Fälle von puerperaler Pyämie. Die Forderung von Martens nach der prinzipiellen Frühoperation nach dem 1. oder 2. Schüttelfrost ließ eine Überprüfung des Materials der Klinik als notwendig erscheinen, das die Jahre 1911—1932 umfaßt. Von den komplizierteren Fällen von Fehl-, Früh- und Geburten am normalen Schwangerschaftsende starben 39,7% oder 2,7% aller Fälle. Nach Abzug der schon moribund eingelieferten Frauen verbleiben 407 Fälle, das entspricht einer Mortalität von 32,4% oder rund 2% des Gesamtmaterials. Die Überprüfung dieser Fälle ergab: Ein einmaliger Schüttelfrost war in 86% nur der Ausdruck einer rasch vorübergehenden, harmlosen Bacterämie, bei 2—4 Frösten waren diese fast in der Hälfte der Fälle bedeutungslos. Von den Fällen mit einem Frost waren nur 5% eine Pyämie, von denen mit 2—4 Frösten ein Drittel der Fälle, bei mehr als 4 Schüttelfröstern 77,5%. Dem Schüttelfrost allein kann also für die hämatogene Infektion keine überragende oder ausschlaggebende Rolle zugesprochen werden. Nach Abzug der moribund eingelieferten Fälle verbleiben 272 Fälle von Pyämie mit 165 Todesfällen, also mit 60,6% Mortalität. Mehr als ein Drittel der hämatogenen Infizierten war ohne Schüttelfrost. Die Mortalität steigt mit der Zahl der Fröste. Die Heilungschance ist am größten bei den ohne Frost verlaufenden Pyämien. Ein Vergleich der Mortalität der Operation (60% nach Walthard) mit der Sterblichkeit der Gesamtzahl der Pyämien (60,6%) läßt es berechtigt erscheinen, die Forderung Martens nach der Frühoperation abzulehnen. Noch weniger annehmbar erscheint die Ausdehnung der Indikationsstellung Martens dahin, daß die Operation auch bei bereits vorhandenen Metastasen zu versuchen ist. Im untersuchten Material wurden wiederholt Spontanheilungen von Fällen mit Metastasen geschen. Metastasen können sich auch nach der Unterbindung, selbst der Vena cava, bilden. Man kann also die Erklärung, daß immer, wenn nach erfolgter Operation die Autopsie Metastasen aufdeckte, eben zu spät operiert sei, nicht billigen. *Derichsweiler (Dresden).*

Nandi, G. C.: The relation of the weight of the placenta, cord and membranes to the weight of the infant in normal full term and premature deliveries. (Die Beziehung des Gewichtes der Placenta, Nabelschnur und Eihäuten zum Gewicht des reifen Kindes und dem des Frühgeborenen.) Indian J. Pediatr. 1, 206—215 (1934).

Das kindliche Material umfaßt 2476 Fälle der geburtshilflichen Abteilung der Chittaranjan

Sera Sadan der Jahre 1933—1934, eingeteilt in 2 Klassen, 2416 Fälle von 1500—4160 g und 60 Fälle von 550—1490 g. Das Gewicht der Placenta ist kein konstanter Teil des Gewichtes der Kinder. Die Berechnung mit Hilfe des Korrelationskoeffizienten ergab eine vorhandene Beziehung zwischen dem Gewicht der reifen Kinder oder Frühgeborenen und dem der Placenta samt Nabelschnur und Eihäuten, und zwar beträgt die Verhältniszahl für den Durchschnitt bei Kindern unter 1500 g 3,8 und ist im Vergleich zu der bei Kindern über 1500 g mit der entsprechenden Zahl 5,5 niedriger.

Baniecki (Münster i. W.).

Hobbs, John E., and Paul R. Rollins: *Fetal death from placenta circumvallata.* (Fruchttod durch Placenta circumvallata.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., Washington Univ. School of Med., Barnes Hosp. a. St. Louis Maternity Hosp., St. Louis.*) Amer. J. Obstetr. 28, 78—83 (1934).

Eine Übersicht der Mitteilungen über die Gefahren für die Frucht bei Placenta circumvallata, die besonders aus der deutschen Literatur stammen, zeigt, daß als Folgen dieser Placentamißbildung mit Fehlgeburten, ungeklärten Blutungen, Frühgeburten, vorzeitiger Lösung der Placenta vom normalen Sitz und Störungen in der Nachgeburtperiode zu rechnen ist. Nach langjähriger Beobachtung fanden die Autoren die Placenta circumvallata in annähernd $\frac{1}{2}\%$ aller Schwangerschaften. Bei solcher Art mißbildeter Placenta endeten 43% der Fälle mit dem Tod der Frucht. Bei Blutungen während der ersten Schwangerschaftsmonate soll an die Möglichkeit von Störungen durch Placenta circumvallata gedacht werden. Da aber die Diagnose erst nach der Geburt dieser Placenta gestellt werden kann, ist die Behandlung eines durch Placenta circumvallata verursachten Abortus iminens nichts anderes als die übliche.

H. Siegmund (Graz).
○

Peckham, C. H., and K. Kuder: *Fetal mortality in contracted pelvis with prolonged labor and delivery through the birth canal.* (Kindliche Mortalität beim engen Becken mit langer Geburtsdauer und Entbindung per vaginam.) (*Dep. of Obstetr., Johns Hopkins Univ. a. Hosp., Baltimore.*) Amer. J. Obstetr. 27, 537—544 (1934).

In 442 Fällen von engem Becken ergab sich bei vaginaler Entbindung nach einer Geburtsdauer von mehr als 30 Stunden eine kindliche Mortalität von 19,23%, gereinigt 13,56%. Die meisten Todesfälle waren beim einfach platten Becken zu verzeichnen, die wenigsten beim allgemein verengten, in der Mitte standen die platatrachitischen. Sinngemäß verhielten sich die Gewichte der Kinder bei den 3 Typen (3327 — 3125 — 3163 g durchschnittlich). Die Mortalität ist direkt vom Gewicht abhängig. Kinder farbiger Frauen und solche von Mehrgebärenden wiesen eine höhere Mortalitätsziffer auf. Fast die Hälfte der Geburten mußte operativ (vaginal) beendigt werden; 24 Kraniotomien. Die Resultate bei Spontangeburt waren befriedigend, nach operativen Eingriffen aber ergab sich eine gereinigte Mortalitätsziffer von 27,17%. Als schlechteste Verfahren erwiesen sich Extraktion am Steiß und prophylaktische Wendung. Besonders beim einfach platten Becken sollte, wenn trotz guter Wehentätigkeit nach 24 stündiger Geburtsdauer kein erheblicher Fortschritt mehr zu beobachten ist, operativ entbunden werden, und zwar ist der cervicale transperitoneale Kaiserschnitt die Methode der Wahl, wenn er vielleicht auch eine etwas größere Gefahr für die Mutter in sich birgt als das exspektative Verhalten.

Dietel (München).
○

Lebedewa, M. N.: *Über den Übergang chemotherapeutischer Verbindungen aus dem Organismus der Mutter in den Fetus.* (Chemotherapeut. Abt., Pharmazeut. Forsch.-Inst., Moskau.) Zbl. Gynäk. 1934, 1449—1456.

Die Frage über die Durchlässigkeit der Placentabarriere für verschiedene Heilmittel, die der Mutter für therapeutische Zwecke eingeführt wurden, wurde bisher noch nicht untersucht. Verf. prüfte die Durchlässigkeit der Placenta für Arsederivate, Salvarsan, Antimondervative, Tartarus stibiatus, Wismutderivate und Germanin. Die Versuche wurden an weißen Mäusen in verschiedenen Stadien der Trächtigkeit durchgeführt. Die chemische Analyse zeigte, daß, während die Organe des Muttertieres und die Placenta mit dem Heilmittel beladen waren, im Fetus diese Stoffe gar nicht (Wismut, Antimon, Arsen) oder nur in Spuren (Germanin, manchmal Arsen) enthalten waren. Die histochemische Methode bewies gleichfalls, daß der Fetus keine Spuren des Heilmittels enthält (Salvarsan), während die Organe der Mutter und die Placenta dasselbe in großen Mengen beherbergten.

Dittrich (Prag).
○

Menninger-Lerchenthal, E.: Schwangerschaft und Geburt morphinistischer Frauen.
(*Sanat., Tulln b. Wien.*) Zbl. Gynäk. 1934, 1044—1051.

Verf. faßt seine Ausführungen folgendermaßen zusammen: 1. Morphinistische Frauen sind gewöhnlich unfruchtbar. Sie können aber, selbst wenn sie die Periode schon verloren haben, konzipieren. Die Häufigkeit der Schwangerschaft bei Morphinistinnen in Europa ist nicht statistisch erfaßt. 2. Die Schwangerschaft endet meistens mit einer Fehlgeburt, doch können auch lebende Kinder früh oder zeitgerecht geboren werden. Diese sind an das Morphin gewöhnt und erkranken nach der Geburt an den Entziehungssymptomen. 3. Eine Morphinentziehungskur kommt bei Schwangeren nur in den ersten 3 Monaten in Frage.

Dittrich (Prag).

Menninger-Lerchenthal, E.: Die Morphinkrankheit der Neugeborenen morphinistischer Mütter. (*Sanat., Tulln b. Wien.*) Mschr. Kinderheilk. 60, 182—193 (1934).

Zusammenstellung über die aus der Literatur ersichtlichen Erfahrungen auf dem Gebiete des Morphinismus neonatorum, die erstaunlicherweise bis 1877 zurückreichen. Jedes Kind einer Süchtigen ist süchtig, d. h. bekommt etwa 1 Tag nach seiner Geburt typische Entziehungserscheinungen; diese werden verhindert oder verminder, wenn die Mutter das Kind stillt, ihm also durch die Milch Morphin zuführt. Der gegebene Weg ist, Mutter und Kind alsbald einer Entziehungskur zuzuführen, wobei das Kind allmählich entzogen werden muß. Es soll Mütter geben, die ihrem durch sie süchtig geborenen Kinde vom ersten Tage an Morphin geben und sozusagen einen „geborenen Morphinisten“ aus ihrem Kinde machen. In Deutschland dürften unter das Thema fallende Fälle überaus selten sein.

Hans Schwarz (Berlin).°°

Dreyfus-Sée, G.: Le passage dans le lait des aliments ou médicaments absorbés par les nourrices. (Übergang der von der Amme eingenommenen Nahrungsmittel und Medikamente in die Milch.) Rev. Méd. 51, 198—213 (1934).

Die Brustdrüse bildet bei der Aufnahme verschiedener Medikamente eine Schranke, wodurch die chemische Zusammensetzung, selbst zum Nachteil der Mutter, konstant erhalten wird. Organische und mineralische Stoffe, die schon normalerweise in der Milch vorkommen, beeinflussen die Milchsekretion in keiner Weise. Bei Zuführung von Stoffen, die physiologisch in der Milch nicht vorhanden sind, besteht ein Übergang auf die Milch, aber im allgemeinen keineswegs in einer so großen Quantität, daß der Säugling dadurch geschädigt wurde. Eine Schädigung kommt nur in Frage bei Genuß sehr großer Quantitäten eines Mittels oder bei zu starker Empfindlichkeit des Kindes. Durch zweckmäßige Dosierung kann auch eine therapeutische Beeinflussung des Kindes bewirkt werden.

Schönberg (Basel).

Schmidt, W. Th.: Ein Beitrag zur intrauterinen Frucht-Schädigung. Mschr. Geburtsh. 97, 48—49 (1934).

Verf. hatte eine Reihe von elenden, meist unehelichen Kindern zu betreuen, von denen mehrere teils mit normalem Geburtsgewicht, teils mit erheblich geringerem Anfangsgewicht trotz sorgfältigster Pflege nicht vorankamen und bei mangelnder Gewichtszunahme ausgesprochene Lebensschwäche zeigten. Verf. konnte sich dies zunächst nicht erklären, bis ihm 2 niedergekommene Mütter verrieten, daß von den unehelichen Müttern etwa 5 in der Absicht, möglichst von einem toten Kinde entbunden zu werden, wochenlang täglich aus 2—3 m Höhe herabsprangen. Zum Teil warfen sie sich unbeschadet heftiger Schmerzen mit der ganzen Wucht des hochschwangeren Leibes auf das Bett. Einzelne legten sich längere Zeit auf die Bettkante in der Hoffnung, dadurch das Kind zum Ersticken bringen zu können. Verf. ist der Meinung, daß die Kinder mit ausgesprochener Lebensschwäche diese dem brutalen Vorgehen der Mutter zu danken hatten. Die Mütter verweigerten meist ein Anlegen des Kindes auch bei Stillvermögen.

Dittrich (Prag).

Ferrari, F.: Sur la conduite à tenir dans les cas de perforation utérine au cours du curettage. (Verhaltungsmaßregeln für den Fall der Uterusperforation im Verlauf einer Curettage.) Bull. Soc. nat. Chir. Paris **60**, 752—757 (1934).

Verf. berichtet über 7 Uterusperforationen, von denen 6 nach einer Fehlgeburt entstanden waren. 2 mal war mit der Curette, 4 mal mit dem Hegar perforiert worden, 3 mal war die Cervix aufgeplatzt, wobei einmal, wie der nachtastende Finger ergab, das hintere Blatt des Lig. lat. zerrissen war. Alle 6 Fälle wurden konservativ behandelt und geheilt. Der 7. Fall betrifft eine Uterusperforation mit dem Finger bei der Entfernung eines zurückgebliebenen Placentarestes, sofort anschließende Operation, die Patientin starb aber im Shock. In einem letzten Fall, der eine Uterusperforation im 4. Schwangerschaftsmonat bei Abtreibungsversuchen erlitten hatte, starb die Patientin trotz der Exstirpation des Uterus an Peritonitis. Aus diesen Erfahrungen zieht Verf. folgende Folgerungen. Man muß die Perforationen beim Abort trennen von solchen nach einer Geburt. Die 1. Gruppe wird konservativ behandelt, wenn sie nicht infiziert ist. Bei bestehenden Infektionen sollte der Uterus entfernt werden. Wenn die Perforation im Bereich der Cervix sitzt, würde Verf. trotz seiner guten Erfahrungen mit der konservativen Behandlung doch lieber zur Operation raten. Dasselbe gilt für aseptische Perforationen jenseits des 4. Schwangerschaftsmonates. Die Perforationen im Wochenbett verlangen auf jeden Fall operatives Eingreifen. Die abdominale Uterus-exstirpation wird der vaginalen vorgezogen. Gaudier (Lille) berichtet ebenfalls über 5 Perforationen, die er konservativ behandelt hat, mit Eisblase, Opium, da sie in der Klinik unter aseptischen Kautelen passiert waren. Er fordert aber genaue Überwachung dieser Patientinnen, um rechtzeitig eingreifen zu können. Bei außerhalb der Klinik eingetretenen Perforationen verlangt er die Operation, und zwar die Entfernung des Uterus, wenn er noch nicht vollständig entleert ist. Proust teilt 2 Fälle von Brouet mit, von denen einer eine Perforation mit schweren Darmverletzungen und Abriß des Sigmas von seinem Mesocolon betrifft, der andere eine anscheinend durch einen Laminariastift zustande gekommene Perforation, die durch Totalexstirpation geheilt wurde.

Frommolt (Halle a. d. S.).

Erbbiologie und Eugenik.

Gruber, Georg B.: Zur Vererbungsfrage im Fall der Mißbildungen. Ein Fortbildungsvortrag. (Path. Inst., Univ. Göttingen.) Med. Klin. 1934 I, 533—537.

An der Hand einer Reihe von am häufigsten beobachteter Mißbildungen: Polydaktylie, Syndaktylie, Brachydaktylie, Mißbildungen des Schädels, kongenitale Hüftgelenkluxation, Klumpfuß, Spina bifida und Verbindung dieser Mißbildungen mit anderen zeigt Verf., daß für eine Reihe der Mißbildungen mit Wahrscheinlichkeit, für einige sogar mit Sicherheit eine Vererbarkeit behauptet werden darf. Ein genaues Studium dieser Frage läßt einen Gewinn für erbbiologische Fragestellung erhoffen.

Marx (Prag).

Katznel'son, A.: Zur Frage der Heredität bei völliger Farbenblindheit (Achromatopsie). Sovet. Vestn. Oftalm. 3, 354—360 (1933) [Russisch].

Verf. berichtet über 2 Familien. Die Eltern der Kranken waren stets gesund, ebenso auch die Kinder der Kranken. Von 10 Geschwistern der 1. Familie litten 3 an der Anomalie, die mit Myopie und myopischem Astigmatismus einherging. In der 2. Familie war in der 1. Generation 1 von 5, in der 2. Generation 1 von 11 Geschwistern farbenblind. Auffallend war die hohe Sterblichkeit in beiden Familien: in der 1. Familie starben von 19 Kindern zweier Generationen 11, in der 2. Familie 9 von 15 Kindern im frühen Kindesalter, die meisten an angeborener Lebensschwäche. Auf diesen Umstand weist Verf. besonders hin. Die vollständige Farbenblindheit vererbt sich unzweifelhaft recessiv.

Jagdhold (Dresden).^{oo}

Pannhorst, R.: Die erbliche Diabetesanlage. (46. Kongr., Wiesbaden, Sitzg. v. 9. bis 12. IV. 1934.) Verh. dtsch. Ges. inn. Med. 101—103 (1934).

Von 4 zweieiigen Zwillingspaaren verhielten sich 2 bezüglich Diabetes konkordant,