Wert ist auch als physiologischer Jodbedarf anzusprechen. In den einzelnen Wachstumsperioden ist der Jodbedarf verschieden hoch. Eine Beantwortung ist nur unter Berücksichtigung des intermediären Stoffwechsels möglich. In den Entwicklungsjahren wird daher mehr Jod vom Organismus gefordert als in den späteren Jahren. Man wird daher bis zum 20. Lebensjahr den Jodbedarf ohne Bedenken pro Tag auf 100 Gamma einschätzen können. Nach dem 20. Lebensjahr wird man die untere Grenze, nämlich 50 Gamma, als Norm annehmen.

c2741.

Zu Frage b: Man unterscheidet Kropfprophylaxe und Kropftherapie. Eine Prophylaxe wird am nichtkropfigen Individuum betrieben. Die beste und streng genommen die einzige Prophylaxe zur Verhütung eines Kropfes wird bei der werdenden Mutter durchgeführt. Eine Kropfprophylaxe für verschiedene Altersklassen kann man daher nicht angeben. Wird einmal Kropfverhütung allgemein durchgeführt, so wird neben der Prophylaxe bei den beteiligten Kropfträgern auch Kropftherapie geleistet. Diese Tatsache muß bei der Jodverabreichung Berücksichtigung finden. Welche Form der Jodverabreichung man wählen soll, ist eine Frage für sich. Die besten Erfolge sind bis jetzt mit dem sogenannten Vollsalz erzielt worden. Der Jodgehalt pro Kilogramm Vollsalz beträgt 5 mg. Daraus errechnet sich eine tägliche Jodaufnahme von rund 50 Gamma. Jodbedarf und Jodzufuhr decken sich also durch eine Vollsalzprophylaxe.

Mit Jodtropfen kann nur Kropftherapie getrieben werden. Geeignet für die Jodtherapie ist der Schul- und Entwicklungskropf. Man beginnt meist mit täglich 30 Gamma Jod und steigert die Menge innerhalb von 3 Monaten bis 150 Gamma pro die. Die Kunst der Jodtherapie liegt in der Dosierung. Diejenige Jodmenge, welche einen Schuloder Entwicklungskropf zum Schwinden bringt, ist die ideale Dosierung. Unter Berücksichtigung der täglichen Bedarfsdosen von 50—100 Gamma ist dem Praktiker das Rezept in die Hand gegeben.

Das beste, was in unserem Endemiegebiet geschehen kann, ist eine Vollsalzprophylaxe. Es gilt mehr denn je der Satz de Quervains: "Die Frage ist, was wir vorziehen: Viel Kropf und Kretinismus oder einige Fälle von Jodbasedow, die sich ganz gewiß auf eine bescheidene Zahl einschränken lassen werden".

Prof. Dr. Jakob Bauer, München 23, Herzogstr. 62/0.

Frage 28: Soll bei der Behandlung des "Morbus rheumaticus" im Kindesalter Pyramidon kontinuierlich oder mit gewissen Pausen gegeben werden? Ist die Gefahr einer Agranulozytose als Folge einer Pyramidonschädigung im Kindesalter geringer als beim Erwachsenen?

Antwort: Ich beantworte die Frage 28 wörtlich in der sicheren Annahme, daß der Fragesteller die **Pyramidonbehandlung** nicht als erste und einzige Therapie betrachtet und überdies an Zähne, Tonsillen, Adenoide u. a. denkt.

Die bei rheumatischen Kindern überaus geringe Gefahr einer Agranulozytose gestattet ohne Bedenken die notwendigen großen Dosen von 1—2 g pro Tag auf 4mal. Dennoch empfehlen sich Leukozytenkontrollen in Abständen von je einer Woche. Außerdem hat sich oft eine "Stoßbehandlung" besser bewährt als eine kontinuierliche. Zu diesem Zweck wird das Mittel 10—14 Tage gegeben, dann eine mehrtägige Pause eingelegt. Gelegentlich zeigen sich Pyramidoneinläufe der peroralen Verabreichung überlegen. Auch die intravenöse Gabe bewährt sich bei rheumatischen Kindern (Aneuxol, Vaditon u. ä.). Bei solchem Vorgehen sind Schädigungen des Blutes nicht zu befürchten, soferne nicht eine ganz ungewöhnliche Hinfälligkeit des leukopoetischen Apparates vorliegt.

Prof. H. Mai, Münster/Westf.

Frage 29: Ist die Verabfolgung von Meningokokkenserum (intravenös, intramuskulär, intralumbal) durch die Chemotherapie unnötig geworden, oder können toxische Schäden infolge der Meningokokken-Meningitis durch Serumgaben verhindert oder verringert werden?

Antwort: Die Verwendung von Meningokokkenserum, gleich welcher Anwendungsart, hat noch nie überzeugende Erfolge gebracht. Auch eine weniger erfolgversprechende Therapie, wie jene mit Sulfonamiden oder Penicillin, hätte deshalb der Serumbehandlung jedes Recht entzogen. Sie kann deshalb heute als gänzlich nutzlos vermieden werden.

Prof. H. Mai, Münster/Westf.

Referate

Kritische Sammelreferate

Geburtshilfe

von Prof. F. v. Mikulicz-Radecki, Flensburg

1. Teil: Lehrbücher, Ovulation und Konzeption, Abort, Schwangerschaftskomplikationen

Lehrbücher: Während in den Jahren 1945-1947 ein völliger Mangel an geburtshilflichen Lehrbüchern bestand, sind in den letzten Jahren in rascher Folge eine ganze Anzahl bereits bewährter Lehrbücher in heuer Auflage erschienen (W. Stoeckel, 10. Auflage, R. Th. v. Jaschke, 5. Auflage, F. v. Mikulicz-Radecki, 4. Auflage) oder neue herausgekommen (H. Martius, K. Burger). Die erste Auflage des Werkes von Martius (1943) war dem Kriege zum Opfer gefallen und mußte neu gedruckt werden (1948); es geht von den funktionellen Vorgängen aus und gliedert sich in 2 Bände: "Phy-Siologie und Pathologie", gibt eine umfassende Darstellung vom heutigen Stande geburtshilflichen Wissens und richtigen Handelns, reich illustriert durch die bewährte Mitarbeiterin Frl. Käthe Droysen. Zu diesem Werk gehören als Ergänzung "Die geburtshilflichen Operationen" desselben Verfassers (bereits in 6. Auflage). Das Lehrbuch von $^{\mathrm{B}}\,\mathrm{u}\,\mathrm{r}\,\mathrm{g}\,\mathrm{e}\,\mathrm{r}$ ist eine deutsche Neufassung seines vorzüglichen früheren ungarischen Lehrbuches. Eben erscheint in 3. Auflage das Lehrbuch der operativen Geburtshilfe von G. Winter, von seinem Schüler H. Naujoks völlig neu überarbeitet und bebildert; An geburtshilflichen Operationslehren sind noch zu nennen: "Die Grundzüge der Operativen Geburtsleitung" von A. Mayer (4. Auflage) und der seit 1893 in gleicher Weise beliebt gebliebene "Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs" von Albert Döderlein, jetzt in 20. Auflage von seinem Sohne G. Döderlein herausgegeben und neu bearbeitet. Einen kurzen Abriß über die Geburtshilfe und Frauenheilkunde schrieb H. Küstner (jetzt 5. Auflage), eine geburtshilflichgynäkologische Propädeutik G. Döderlein - G. Mestwerdt. Das unentbehrliche Standardwerk von Georg Winter: "Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung", Indikationen und Methoden, ist in 3. Auflage, von H. Naujoks völlig neu bearbeitet, 1949 wieder erschienen.

Ovulation und Konzeption: Während man bisher - in Anlehnung an die alte Waldeyersche Auffassung — allgemein annahm, daß die Bildung der Oogonien bereits im intrauterinen Leben erfolgt und höchstens bis zum 2. Lebensjahr andauert, daß demnach die Lebensdauer einzelner Keimzellen bei der Frau bis zu 50 Jahren betragen kann, vertreten nunmehr amerikanische Autoren (Evans, Swezzy, Long, Allen, Hartmann, Lynch, Corner u. a.) auf Grund ausführlicher Studien und Untersuchungen an Tieren und menschlichen Ovarien die Ansicht, daß die im fetalen Leben gebildeten Keimzellen kurz nach der Geburt sämtlich degenerieren, und daß die zur Befruchtung zur Verfügung stehenden Keimzellen sich erst während der Geschlechtsreife neu bilden. Evans und Swezzy sprechen von einem follikulären Zyklus: Die Ovula entstehen durch Proliferation aus dem Keimepithel; die ovogenetische Welle setzt kurz nach dem Ostrus (beim Menschen nach der Ovulation) ein, erreicht im Anöstrus (z. Zt. der Menstruation) ihren Höhepunkt und sinkt im Proöstrus (z. Zt. der Proliferationsphase) ab, wobei einige Eier (bei der Frau 1 [—2] Eier) in reifenden und schließlich berstenden Follikeln zur Befruchtung zur Verfügung stehen (ausführlich geschildert bei H. Husslein). Von deutschen Autoren (H. Stieve) wird der follikuläre Zyklus abgelehnt.

Zur Frage des Konzeptionsoptimums bzw. der fruchtbaren und unfruchtbaren Tage innerhalb des Menstruationszyklus sind eine große Anzahl von Arbeiten erschienen, die z. T. ausgingen von Schwangerschaften nach Vergewaltigung (G. Linzenmeier, G. Schäfer, P. Schrank und K. H. Koch, A. Ibrügger), z. T. von sonstigen klinischen Beobachtungen (B. Rumpf, M. Kneer, Spackeler, K. Podleschka, F. Besold, K. M. Herrligkoffer), oder von histologischen Untersuchungen an Ovarien (H. Stieve). Wenn auch das Konzeptionsoptimum in der Mitte zwischen 2 Menses, richtiger gesagt 14 Tage vor der nächsten zu erwartenden Periode für gewöhnlich unbestritten bleibt, so scheinen doch für Ausnahmefälle Konzeptionen zu jedem Tage des Zyklus möglich zu sein, auch während der Menses (G. Schäfer, Spackeler); bei Empfängnis während oder nach den Menses müßte es sich um eine verfrühte Ovulation handeln, im Prämenstruum könnte eine parazyklische Ovulation = 2. Ovulation (H. Stieve) in Frage kommen. Mit diesen Einwendungen gegen eine 100%ige Richtigkeit seiner Lehre vom stets feststehenden Ovulationstermin setzt sich H. K n a u s in der 1950 erschienenen 3. Auflage seines bekannten Buches "Die periodische Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit des Weibes", jetzt unter dem Titel "Die Physiologie der Zeugung des Menschen" kritisch, wenn auch nicht immer ohne Schärfe auseinander. Das Buch faßt übrigens die gesamte Weltliteratur zur genannten Frage zusammen und gibt eine erschöpfende Darstellung über die Fruchtbarkeit in der Tierwelt und über die Funktion von Hoden und Samenzellen, wirklich ein Standardwerk! Knaus hält fest an der Konstanz der 14tägigen Funktionsdauer des Gelbkörpers; danach liegt auch der Ovulationstermin - bezogen zu den nächsten Menses - fest. Eine kürzere Lebensdauer des Gelbkörpers kann zwar vorkommen; dann sei aber eine Eiimplantation nicht mehr möglich, die Frau ist für diesen Zyklus steril. Für die Konzeption spielt aber nicht nur der Ovulationstermin (2 Tage) eine Rolle, sondern auch die Lebensdauer der Spermatozoen (3 Tage); ferner schwankt auch bei der gesunden Frau die Zyklusdauer um mehrere Tage, was für jeden einzelnen Fall aus einem 12monatigen Menstruationskalender erst errechnet werden muß. Beispiel: Zyklusdauer 25—29 Tage; Konzeptionstermin: 8.—16. Tag dieses Zyklus. Atypische Konzeptionstermine mit fehlenden 12monatigen Menstruationsdaten zuvor erkennt Knau's nicht an; es liegt aber in der Natur der Sache, daß diese für viele Fälle nicht zu beschaffen sind, um diese dreht sich der Streit der Meinungen. Zur Erkennung des Ovulationstermins, aber auch des ein- oder zweiphasischen Menstruationszyklus wird jetzt auch die rektale Morgentemperatur herangezogen (Rubinstein, Palmer, M. Barton und B.P. Wiesner, Guggisberg, J. Plotz, H. Hillebrand, K. Tietze, G. K. Döring, W. Hubert, J. Horsky und Marsalek, M. Watzka, W. Banse); für die Sterilitätsberatung ist wichtig, daß nach Ansteigen der Morgentemperatur, die während der Gelbkörperphase um einige 1/10 Grade erhöht ist, die Konzeptionschance dieses Zyklus vorbei ist. Diese Kenntnis ist auch für die Frage der Antikonzeption wichtig. Mit dem Ovulationstermin bei verkürztem Zyklus beschäftigen sich H. Kretschmar sowie E. Tscherne und K. Rak; die Corpus-luteum-Phase bleibe auch dann konstant, soweit eine Konzeption erfolgen kann. Während der Laktation setzt die Ovulation meist aus; Blutungen zu dieser Zeit sind meist keine richtige Menstruation (non ovulating bleeding) (Dubrauszky, J. C. Udesky). Schließlich teilt Stieve (ähnlich Debreuil) Beobachtungen mit von Ovulationen ohne nachfolgende Corpusluteum-Bildung, weil entweder die ganze Granulosa ausgestoßen wird oder diese sich nicht in Luteinzellen umwandelt. G. Petry sowie Bachmann klärten die feingewebigen Voraussetzungen für das Bersten des Follikels. Die Ovulation von Tieren wurde untersucht von F. Besold, E. Gitsch (Ratte), von E. Ähnelt und J. Plas sowie R. Götze (Stute) und von K. Richter (Kaninchen, Einfluß des Kardiazolschocks) und A. Westman (Kaninchen, Elektro-

Ubrigens ist bei der amenorrhoischen Frau (Geisteskranke!) durch den Elektroschock eine Ovulation nicht auszulösen (E. Schneider).

Abort: Über die Ursachen des Abortes äußert sich O. Grosser als Embryologe; er berücksichtigt vor allem die Störungen in der Entwicklung des Eies und der Einidation. G. Hörmann hat in mehreren Arbeiten und einer Monographie sehr gründlich die Entstehung der Abortiv-(=Molen-)eier untersucht; sie werden als vielfach variierende Fehlfolgen primärer Keimplasmaschäden, die insbesondere in den Fehlleistungen des ektodermalen Chorionepithels sichtbar werden, angesehen. 38% aller Spontanaborte sind Abortiveier! Eine Beziehung zwischen ektopischer Eiansiedlung und pathologischer Eientwicklung wird bestritten. Weitere Beiträge zu dieser Frage von P. Vara und S. Personen. G. Athanassiu hält es für möglich, daß beim Zustandekommen von Fehlgeburten ein

E-Vitamin-Mangel eine Rolle spielt. Statistiken zur Häufigkeit der Aborte bringen M. D. Corston und J. Stallworthy, F. v. Mikulicz-Radecki sowie H. Harmsen. Bei der Behandlung des Abortus imminens interessiert besonders die Frage, ob die Gabe von Progesteron zweckmäßig und erfolgversprechend ist; sie kann nur sinnvoll sein bei herabgesetzter natürlicher Progesteronproduktion. Deshalb wurden Pregnandioluntersuchungen im Urin von zahlreichen Forschern angestellt, zum Teil mit verschiedenen Methoden (H. Guterman, Astwood und Jones, G. Fischer, Zee Zang Zoo und A. Rammert). Die Resultate sind sehr verschieden ausgefallen (siehe ausführlich darüber bei J. Plotz und E. Darup). Letztere Autoren kommen zu dem Ergebnis, daß nur in etwa 16% ein Progesteronmangel die Ursache für den drohenden Abort ist, daß also nur bei diesen Sonderfällen die Progesteronbehandlung angezeigt und erfolgreich ist. Für die tägliche Praxis ist daraus zu schließen, daß man nicht jeden Fall eines Abortus imminens mit Progesteron behandeln wird, was ja schon allein die Kostenfrage gebietet. M. A. Haran schlägt vor, daß man aus dem Erfolg der Progesterongaben einen Schluß auf die Beeinflußbarkeit des Abortgeschehens ziehen soll: Läßt die Blutung nach der ersten Injektion nicht nach, hört sie nach der zweiten nicht auf, so ist auch kein Erfolg zu erwarten. Wir selbst haben die Verabfolgung von Progesteron beim drohenden Abort völlig aufgegeben, mit Ausnahme der Fälle von habituellem Abort oder von drohenden Aborten, bei denen die Erhaltung der Schwangerschaft ausdrücklich gewünscht wird, und überlassen es der Natur, ob es zum Abort kommt oder nicht; die meisten Fälle von sogenannten Abortus imminens sind heute in Wirklichkeit beginnende Aborte auf Grund krimineller Eingriffe! Beim Abortus habitualis scheint die Implantation eines Progesteronkristalles zu Beginn der Schwangerschaft das beste und einfachste Verfahren zu sein. Weitere Beiträge zu diesen Fragen von M. Edward Davis und Nicholas W. Fugo, H. Haile, H. S. Gutermann und A. S. Tulsky, O. Käser und E. Eichenberger, A. Huber, Dibbelt. Auch die Ostrogene sind allein oder in Verbindung mit Progesteron zur Behandlung des drohenden Abortes bzw. beim habituellen Abort empfohlen worden (Karnaky, Vaux und Rakoff, Rosenblum und Melinkoff, O. W. Smith); überzeugende Ergebnisse haben Plotz und Darup bei einer Nachprüfung bisher nicht feststellen können, doch ist diese Frage und der eventuelle Wirkungsmechanismus noch nicht völlig geklärt. Immerhin beweisen die bisherigen Beobachtungen die gute Verträglichkeit selbst sehr hoher Dosen Ostrogene in der Schwangerschaft, so daß diese als Abortivum heute ausgeschlossen werden können, was zu wissen für die Frage eines Abtreibungsversuches wichtig ist (H. Aurel Müller, W. Föllmer und W. Schultz, M. Laves). J. Sivó empfiehlt eine Follikelhormontherapie für die Behandlung von Fehlgeburten; sie soll die entzündungswidrige bakterielle Kraft der Gewebe erhöhen und die Ausstoßung von Plazentaresten beschleunigen.

Eine große Rolle bei der Abortbehandlung spielt in der Literatur die prophylaktische Anwendung der Sulfonamide und des Penicillins. Man hat gemeint, unter ihrem Schutz mehr der aktiven Therapie das Wort reden zu dürfen (Anselmino), auch beim febrilen Abort hat man eine Zeitlang besonders die intrauterine Sulfonamidanwendung empfohlen (R. Hellmann, R. Johow und viele andere). Jedoch hat sich gezeigt, daß die komplizierten Aborte (manifest gewordene lymphatische Form der Sepsis sowie die thrombophlebitische Sepsis) durch Sulfonamide kaum zu beeinflussen sind (H. W. Paschen). Meiner Ansicht nach wird beim Lob der Sulfonamide oft nicht genügend berücksichtigt, daß die Aborte — so groß ihre Zahl in den letzten Jahren geworden ist - insgesamt ungefährlicher verlaufen als die Aborte nach dem ersten Weltkrieg. weil offenbar heute die Abtreiber "sauberer" arbeiten als damals. Das geht aus großen Statistiken ohne weiteres hervor (W. Riffart: Mortalität damals 3,2% zu heute 0,45%, und ist daher offenbar weniger das Verdienst der Sulfonamide und des Penicillins, ohne daß deren Wirkung und Wert angefochten werden soll. Auch wird der kriminelle Eingriff heute wesentlich häufiger in der weiter vorgeschrittenen Schwangerschaft vorgenommen (Eihautstich), was eine geringere Zahl von fieberhaften Komplikationen zur Folge hat. Wir selbst sind daher von der intrauterinen Sulfonamidbehandlung wieder völlig abgekommen, um so mehr, als wir die Beobachtung machten, daß die Neubildung der Uterusschleimhaut dadurch gestört werden kann und daß nicht selten langdauernde Blutungen die Folge sind (über Fremdkörperreaktionen des Endometriums berichtet neuerdings V. Becker). Auch die lokale Anwendung von Sulfonamiden an anderer Stelle des Körpers, z. B. im Peritoneum, können durch die Fremdkörperwirkung unangenehme Folgen haben (Rössle, ThieBen und Augustus). Und wir sind daher der bewährten exspektativen Abortbehandlung von G. Winter treu geblieben (weitere Außerungen zu dieser Frage von W. Benthin, L. Nürnberger, Th. Heynemann, S. Schoeffel, E. Walch und H. U. Katsch, H. W. Paschen und F. von den Driesch, A. M. Ramsay, K. J. Anselmino und W. Föllmer, C. Winkler, F. Knevels). Trotz der obigen Bemerkungen ereignen sich aber auch heute noch sehr unangenehme Komplikationen beim kriminellen Abort: Uber Seifenintoxikation berichten G. Haselhorst, L. Heller, A. Bock und A. Heiter, O. H. Moell; zur Behandlung werden hohe Dosen von 1-Ascorbinsäure und Traubenzuckerinfusionen empfohlen. R. Dietel beobachtete 3 Fälle von Abortgasbrand und rät zur Penicillinbehandlung. Daß es bei einem Abort gelegentlich auch zu einer tödlichen Blutung kommen kann, dafür führen A. Ibrügger, K. Thomsen sowie J. F. Buchaly Einzelbeobachtungen an.

Zur Frage einer wirksamen Bekämpfung der Abtreibungsseuche äußern sich v. Jaschke sowie F. Lönne.

Komplikationen während der Schwangerschaft. Gerade im ausländischen Schrifttum sind zahlreiche Beobachtungen über einzelne Krankheiten mitgeteilt worden, deren Kombination mit einer Schwangerschaft bisher von den deutschen Geburtshelfern nur wenig beachtet wurde. Da sind vor allem die Viruskrankheiten zu nennen: Der australische Augenarzt Gregg beobachtete 1941 gehäuft angeborene Katarakta bei Säuglingen, deren Mütter in den ersten Schwangerschaftsmonaten Röteln durchgemacht hatten. Diese Säuglinge zeigten auch noch andere Dysplasien: Mikrophthalmus und Mikrozephalie, Taubstummheit, angeborene Herzfehler, Hypospadie, Klumpfüße (Syndrom von Gregg, auch Embryopathia rubeolosa genannt). J. Wolff, der den ersten Fall in Deutschland beobachtete (vielleicht, besser gesagt, richtig erkannte!), sammelte aus dem Schrifttum 479 Kinder, deren Mütter in den 3 ersten Schwangerschaftsmonaten an Röteln erkrankt waren; 273 hatten einen kongenitalen Katarakt, 215 waren taub, 181 litten an angeborenen Herzfehlern, 52 an Mikrozephalie. Es zeigt sich, daß das Alter der Schwangerschaft für die Entstehung der Mißbildungen von großer Bedeutung ist: S. Abel und T. R. von Dellen stellten bei ihren anamnestischen Erhebungen bei 82 Müttern fest, daß bei Erkrankung in den ersten 3 Monaten 87% der Kinder Mißbildungen aufwiesen, im 4.-6. Monat 42%, in den letzten 3 Monaten keines mehr. Im amerikanischen und englischen Schrifttum liegt bereits eine große Anzahl von Arbeiten darüber vor (siehe Brit. med. J. 1946, 4481: 778 sowie Dtsch. Gesdh.wes. 1947, 2, 5: 171, H. R. Wiedemann, Arztl. Wschr. 1950, 5, 26: 453). In Skandinavien konnte diese Häufigkeit der Mißbildungen nicht bestätigt werden (H. Grönwall und Per Selander, M. Zewi). Erstaunlicherweise sind die Beobachtungen in Deutschland außerordentlich spärlich (J. Wolff, H. Henkel), keine größere Klinik hat sich bisher dazu geäußert. Man wird daher zunächst den Schluß daraus ziehen müssen, daß die Röteln der Erwachsenen bei uns anders verlaufen als in den anglo-amerikanischen Ländern. Ähnlich steht es mit der Parotitis epidemica (Mumps): Swan, Tostevin, H. Mayo und Barham-Black sowie Greenberg und Beilly berichten über die Geburt mißbildeter Kinder, nachdem die Mütter in der frühen Schwangerschaft Mumps durchgemacht hatten; H. A. Schwartz konnte diese Beobachtung an 10 eigenen Fällen, davon allerdings mehreren für die späteren Schwangerschaftsmonate, nicht bestätigen. Zu der gleichen Frage für die Hepatitis acuta sowie die Poliomyelitis acuta anterior nehmen Grönwall und Selander ätiologische Zusammenhänge an, für die Masern M. J. Fox, Krumbiegel und Teresi. Im deutschen Schrifttum hat man sich bezüglich der Poliomyelitis mit der Frage der Gefährdung der Schwangeren sowie mit dem Einfluß auf das Kind beschäftigt: Podleschka bestätigt an 20 gesammelten Fällen die sehr ernste Prognose für die Mutter bei Erkrankung während der letzten Schwangerschaftsmonate, wenn es zur Bulbärparalyse kommt = von 4 Patientinnen starben 3 (in Übereinstimmung mit den Erfahrungen von St. E. Taylor und M. J. Simmons [Letalität = 27%], H. Gifford und R. L. Hullinghorst); für die schwere Verlaufsform soll der Faktor der "chronischen Ermüdung" verantwortlich sein (Taylor und Simmons). Übersteht die Patientin die Krankheit, so kann die Geburt bei völliger Lähmung der Bauchpresse schnell und völlig spontan verlaufen (R. Hohlbein, J. L. Hansen). Ob bei drohendem Tode der Mutter eine Schnittentbindung zu empfehlen ist, darüber sind die Ansichten geteilt. In den ersten ¾ der Schwangerschaft beeinflußt diese den Verlauf der Krankheit nicht oder nicht wesentlich (Letalität 70/0). Das kindliche Leben ist in erster Linie bedroht durch den Tod der Mutter. Während man aber bisher annahm, daß das Virus diaplazentar nicht auf das Kind übergeht, so daß Früherkrankungen des Säuglings (8. Tag nach der Geburt [Podleschka], 13. Tag p. p. [Molitor]), als Infektionen unmittelbar nach der Geburt anzusehen waren, scheint der Fall von Kreibisch und Wolf eine diaplazentare Infektion zu beweisen (Veränderungen an den Ganglienzellen, den Vorderhörnern bei einem 12 Stunden p. p. gestorbenen Neugeborenen).

Bei einer Typhus-Paratyphus-Epidemie in Helsinski kam es gehäuft zur Fehlgeburt oder vorzeitigen Geburt; kindliche Mortalität 190/0, von 27 Frauen starb 1 (H. Sauramo). G. Hörmann und K. Maassen bringen eine tabellarische Übersicht der Arbeiten über intrauterine Typhusinfektion; bei einem eigenen Fall fanden sich schwere Veränderungen der Plazenta mit Schädigung des synzytialen Chorionepithels, aus vielen fetalen Organen wurden Typhusbazillen gezüchtet. Über eine Hausinfektion mit Puerperal-Scharlach berichtet W. Schultz; von 13 Erkrankten starben 2 an Urämie bzw. Peritonitis. Den Einfluß der Diphtherie auf die Schwangerschaft studierten D. Robinson, P. Hardy und L. M. Hellman (5 Fälle unter mehr als 50 000 Geburten). Bei richtiger Behandlung besteht keine Gefahr für eine Fehl- oder Frühgeburt; das Di-Toxin geht nicht durch die Plazenta auf das Kind über.

Thomas W. McElin, R. D. Mussey und Ch. H. Watkins veröffentlichten aus der Mayo-Klinik eine Sammelstatistik über Milzexstirpation während der Gravidität, der sie 5 eigene Fälle hinzufügen; der Grund für die Operation war 15mal eine Bluterkrankung (idiopathische Thrombopenie mit Purpura, kongenitaler hämolytischer Ikterus, Bantische Krankheit), 11mal eine spontane oder traumatische Milzruptur, 10mal Wandermilz, 6mal durch Malaria vergrößerte Milz, 5mal Torsion einer Malariamilz, Meist handelte es sich um den 5. Schwangerschaftsmonat. Von den 55 Frauen starben 8 (= 14%), von den Kindern 20 (= 36%), nach Ausschluß der nichtlebensfähigen 27,3%. Das Zusammentreffen von Lymphogranulomatose und Schwangerschaft behandelt J. F. Nikischin auf Grund 3 eigener Fälle und 18 aus der Literatur. Die Schwangerschaft bedingt eine Verschlechterung der Krankheit; eine Schwangerschaftsunterbrechung bringt aber nur selten eine Besserung. Weiteres Schrifttum: Ch. M. Steer, W. Mertens, Kasdon. Fälle von Leukämie und Schwangerschaft werden mitgeteilt von R. Harris, T. G. Tschertkoff und L. Greenwald, ferner von J. A. Williams, der aus der Literatur 8 weitere Fälle zu den 80 von McGoldrich und Lapp gesammelten hinzufügte. Von diesen 88 Fällen starben 3 an Verblutung post partum, außerdem kam es 9mal zu schweren Blutungen. Für die leukämische Mutter besteht daher eine erhöhte, unter Umständen zum Tode führende Blutungsneigung. Eine Übertragung der Leukämie von der Mutter auf das Kind wurde niemals beobachtet.

Von den Krankheiten der Drüsen mit innerer Sekretion steht der Diabetes während der Schwangerschaft offenbar im Mittelpunkt des Interesses; ein sehr großes Schrifttum liegt darüber vor, vor allem aus USA. (Th. Heynemann, C. J. Gauß, J. Herzstein und H. Dolger, G. Wißmann, H. Bartelheimer, H. Fouracre und M. E. Morgans [45 Fälle], J. A. L. Gilbert und D. M. Dunlop, W. Oakley und Peel [Bericht über 599 Fälle], D. M. Paton, P. White [181 Fälle], J. H. Sheldon, B. Andersson, Mc. Patterson und N. Burnstein [71 Geburten bei 41 Fällen], G. Schäfer, P. Petrides, W. P. Given mit G. Douglas und E. Tolstoi [106 Fälle], H. Ziliacus, P. Poirier, M. Rivérere, E. Navratil). In der Insulinära sind die Gefahren für Mutter und Kind erheblich geringer geworden, aber nicht völlig verschwunden. In den USA. rechnet man mit einer Häufigkeit dieser Schwangerschaftskomplikation von etwa 0.20% auf alle Entbindungen. Die Gefahren sind: Eintritt eines Komas in der Schwangerschaft oder unter der Geburt, frühzeitiger Fruchttod ante oder post partum und Geburtskomplikationen durch Übergröße des Kindes, Hinzutreten toxischer Erkrankungen (Tetanie, Blutdruckerhöhung, Präund Eklampsie (G. Wißmann, Rike und Fawcett, Given, Douglas und Tolstoi), Nachgeburtsblutungen (G. Schäfer), Infektionsgefahr im Wochenbett. Ein gleichzeitiges Hydramnion wird sehr häufig gefunden (Oakley und Peel). Die Mortalität betrug z. B.: Oakley und Peel von 141 eigenen Fällen 2 Mütter, 36 Kinder, von 458 Fällen einer Sammelstatistik 10 Mütter, 183 Kinder; Given, Douglas und Tolstoi von 106 Fällen 2 Mütter (Peritonitis, Nachblutung), 38% der Kinder (18% totgeboren oder in den nächsten Tagen p. p. verstorben, 13% Spontanabort, 7% Abortus arteficialis). Heynemann weist darauf hin, daß während der Schwangerschaft die einfache Dosierung des Insulins nicht beibehalten werden kann: Im Anfang muß die Dosis bisweilen gesteigert werden, in den letzten Monaten aber herabgesetzt werden, da dann auch der Insulinapparat des Kindes in Funktion tritt. Man muß sich jeweils nach der Höhe des Blutzuckers richten. Wegen der Gefahr für das Kind ist eine Sektio in der 36. Schwangerschaftswoche in Erwägung zu ziehen (Oakley und Peel); eine Hypoglykämie des Neu-