

verwendet wurden, welche kleiner sind als die röntgenologisch im Beginn der Geburt gemessenen.

Von besonderem Interesse war die Formulierung, welche Winter gibt für die Indikation zur Schnittentbindung beim engen Becken. Winter vertritt die Auffassung, daß man nach Blasensprung die Geburt wenigstens noch während 24 Stunden exppektativ leiten solle bei einer Vera über 8 cm und Fehlen von anderweitigen Gefahren für Mutter und Kind. Auch diese Formulierung ist praktisch ungenügend, weil sie den Stand der Geburt beim Blasensprung nicht berücksichtigt und andererseits drohende Gefahren für die Mutter, wie z. B. die drohende Druckusur oder die Überdehnung des unteren Uterinsegmentes oft schwer oder überhaupt nicht erkennen läßt, was ja aus den in der Literatur mitgeteilten Fällen von erfolgter Uterusruptur und von Harngenitalfisteln zur Genüge bekannt ist.

Zusammenfassend muß deshalb festgestellt werden, daß keines der bisherigen Kriterien die Wehenzählung und die Höchstwehenzahlen nach Blasensprung an Genauigkeit und Sicherheit für die Begrenzung der exppektativen Geburtsleitung beim engen Becken erreicht. Will man deshalb beim engen Becken nicht unnötigerweise eine operative Entbindung vornehmen, dort, wo eine Spontangeburt im Bereich der Möglichkeit liegt, so kann man auf die exppektative Geburtsleitung bis zum Erreichen der Höchstwehenzahlen nicht verzichten. Es ist selbstverständlich, daß in den wenigen Fällen von vor- oder frühzeitigem Blasensprung, wo das Muttermundsödem auf die Einklemmung des Isthmus uteri hinweist, vor Erreichen der Höchstwehenzahlen die Geburt nicht weiter exppektativ geleitet wird, sondern entweder in Rücksichtnahme auf das Kind abdominal, oder unter Verzicht auf das Kind durch die Perforation das Mißverhältnis behoben wird. Sollte die exppektative Geburtsleitung mit Führung einer Wehentafel und Wehenzählung mehr Kreißsaalpersonal erfordern, so ist dieser Forderung eben Rechnung zu tragen, damit die klinische Geburtsbeobachtung mindestens dasselbe leistet, was die häusliche Geburtshilfe, wo die Hebamme in der Regel gleichzeitig nur eine Gebärende zu überwachen hat. (Autoreferat.)

14) Herr H. Hirsch (Freiburg i. Br.): Beitrag zum Mineralstoffwechsel der Placenta

Mineralanalysen von Placenten aller Graviditätsstadien ergaben, daß der Gehalt an Kalium bedeutend höher ist in den Placenten, deren Früchte im Beginn der Geburt noch lebten, als in den Placenten bereits abgestorbener Früchte. Auffallend hohe Calciumwerte weisen die Placenten schon längere Zeit vor der Geburt in utero abgestorbener Früchte auf; der K-Ca-Quotient ist in diesen Placenten sehr niedrig. Natrium ist in seiner vorkommenden Menge in allen Graviditätsstadien mit geringer Streuung konstant, aber relativ hoch.

In drei Placenten von Eklampsie zeigte sich ein sehr hoher Calciumwert bei geringen Kaliummengen; dementsprechend auch ein niedriger K-Ca-Quotient.

B. Demonstrationen

Herr Pankow (Freiburg i. Br.): Aborteinleitung mit Interruptin

P. berichtet über einen Fall von Aborteinleitung bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose, bei dem nach anfänglich guter Wehentätigkeit Atemstillstand und Exitus eintrat. Geh.-Rat Aschoff, der den Fall sezziert hat,

schreibt zum Sektionsbericht folgende Epikrise: »Bei der Verstorbenen bestand eine beiderseitige kavernöse Phthise mit sehr reichlichem Bazillengehalt in dem Wandbelag der Kavernen. Daraus erklärt sich auch die vorgeschrittene tuberkulöse Erkrankung des Kehlkopfes. Der Tod kann durch Glottisödem zustande gekommen sein, doch sprechen die Befunde an der Lunge, am Gehirn und am Uterus dafür, daß es auch zu einer künstlichen Fettembolie unter dem Einfluß der Wehen gekommen ist. Das in der Gebärmutter noch vorhandene ölige Material ist in die Venen der Gebärmutter eingepreßt worden. gez. Aschoff.« Dieser Befund zeigt neben anderen Beobachtungen, die bisher schon gemacht sind, daß neben der Gefahr der Perforation bei der Einführung der Salbe und der Gefahr der Luftembolie auch die Gefahr der Fettembolie besteht und warnt deshalb vor der weiteren Anwendung dieses Mittels.

Diskussion. Herr A. Mayer (Tübingen): Wir haben bis jetzt das Interruptin etwa 11—12mal angewendet, darunter je 1mal bei bestehenden Blutungen und bei Blasenmole. Von einem Versager bei Pseudogravidität abgesehen, sind wir ausgezeichnet gefahren. Aber der Todesfall an Fettembolie, über den Herr Pankow berichtet, gibt sehr zu denken. Die Situation wird um so ernster, als im Anschluß an den Vortrag von Liepmann² über die medizinisch zulässigen Methoden der Schwangerschaftsunterbrechung über etwa 12 Todesfälle berichtet wurde. Uns schien es, als habe es sich dabei um Luftembolien, also um Fehler der Technik, und zwar vermeidbare Fehler der Technik, gehandelt; aber wenn jetzt Fettembolie beobachtet ist, so liegt die Gefahr doch im Medikament und damit scheint die sonst so ausgezeichnet wirkende Methode gerichtet zu sein. Da sie aber nach unserer Erfahrung so prompt wirkt und den künstlichen Abort außerordentlich vereinfacht, wäre ja wünschenswert, das Mittel seiner Gefahren zu entkleiden und vor allem es von Fett oder fettähnlichen Stoffen, die embolisch verschleppt werden können, zu befreien. Wir haben Versuche in dieser Richtung unternommen, das Ergebnis muß abgewartet werden.

Herr Feldweg (Stuttgart): In den letzten Tagen wurde auch in der Stuttgarter Frauenklinik ein Todesfall nach Provokolinjektion beobachtet. Die Einspritzung war von einem auswärtigen homöopathischen Arzt vorgenommen worden, die Frau starb 8 Tage später an Peritonitis. Die Obduktion zeigte, daß der Uterus perforiert war. In anderen ähnlichen Fällen wurden peritonitische Reizzustände beobachtet, die wieder zum Abklingen kamen. Wir selbst haben Interruptin und Provokol natürlich nie angewandt. Die Erfahrung zeigt, daß die laute Anpreisung und die Betonung der einfachen gefahrlosen Anwendung solche Ärzte zu Interruptin- und Provokolinjektion verleitet, die nicht die geringsten technischen Kenntnisse haben.

Herr L. Seitz (Frankfurt a. M.): Ich habe eine schwere Peritonitis bei Interruptineinspritzung, die von anderer Seite gemacht wurde, beobachtet. Erst 3 Wochen nach der Einspritzung und Ausstoßung der Frucht setzten plötzlich stürmische peritonitische Erscheinungen ein, die einen sofortigen Eingriff erforderlich machten. Bei der Operation zeigte sich, daß, ohne daß eine Perforation vorhanden war, Infektionserreger durch die Uteruswand hindurch auf das Peritoneum des Douglas'schen Raumes durchgewandert

² Vgl. Med. Welt 1931, 1679.

waren. Dort saßen dicke, eitrige Beläge in weiter Ausdehnung und von da aus hatte sich die Peritonitis auf das weitere Bauchfell ausgedehnt. Die Pat. konnte durch den Eingriff noch gerettet werden.

Herr Kuppenheim (Pforzheim) hat ebenfalls das Interruptin angewendet, hat aber nicht den geringsten Vorzug oder Vorteil gegenüber den bewährten Methoden, wie Dilatation durch Laminariastift oder Gazetamponade, oder gegebenenfalls einzeitige Ausräumung beobachten können. Nach dem heute Gehörten dürfte wohl die Gynäkologie von der Interruptinmethode abrücken. Sie wird die Methode der »Abtreiber« werden und die Gynäkologen werden voraussichtlich nur noch als Sachverständige in kriminellen Fällen zu ihr in Beziehung treten.

Endometriose

Floyd E. Keene und Robert Kimbrough (Philadelphia). Über Endometriosen (J. amer. med. Assoc. 1930, Oktober.)

Verff. beschreiben an Hand von 118 Fällen Diagnose und Therapie der Endometriosen. Keine wesentlich neueren Ergebnisse. Therapie so gut wie immer chirurgisch, mit Entfernung der versprengten Endometriuminseln, die ja meist während der Menses starke Beschwerden machen.

R. Mandelbaum (Nürnberg).

D. Dougal (Manchester). Endometriom (Lancet 221, 741 (1931).)

Unter Endometriom ist die Entwicklung tubulärer Drüsen in einem zellulären Stroma auf einem fremden Gewebe zu verstehen, mit charakteristischen Blutungen in den Tumor bei jeder Menstruation. Fragmente des Endometriums können auf die Uteruswand übergreifen (Cullen's divertikuläre Theorie), oder eine Aussaat von Fragmenten in der Bauchhöhle kann durch retrograde Menstruation (Sampson) zustande kommen. Bevorzugte Lokalisationen sind Ovarium und der Raum zwischen Mastdarm und Scheide; die rauhe Zone auf dem von Peritoneum nicht bedecktem Ovarium nach Ruptur eines Follikels ermöglicht die leichte Haftung von Endometriumgewebe, die größten, festen und cystischen Endometriome kommen im Ovarium vor, der Reiz des Menstrualblutes bewirkt eine entzündliche Reaktion, und die Cysten umgeben sich mit dichtem Bindegewebe. Das Endometriumgewebe läuft schichtweise durch die Ovariensubstanz, die Cyste zerreißt bisweilen spontan und verursacht weitere Aussaat im Beckenperitoneum. Oft sind multiple, purpurfarbene Flecken und runzelige Zonen auf dem Peritoneum sichtbar. Unterschieden werden zwei Typen, der eine befällt das rektovaginale Septum und kann purpurfarbene Polypen im hinteren Scheidengewölbe bilden, der andere zieht die Mastdarmwand in Mitleidenschaft, verwandelt sie in eine fibröse Masse, fixiert sie an die hintere Uteruswand und täuscht einen Mastdarmkrebs vor. Unter 137 Fällen hatte Verf. 9 diffuse Endometriome der Uteruswand, 6 Endometriome eines Uterushorns, je 44 Endometriome des Ovarium und des rektovaginalen Septum und 34 kombinierte Endometriome. Fibrome waren in 40% der Fälle vorhanden. Von allen Fibromen waren 10% durch Endometriome kompliziert; möglicherweise vermehrt das Fibrom die Neigung zu retrograder Menstruation. Infektion hat keinen Einfluß auf die Entwicklung der Endo-