

Über diese ist nichts Sicheres anamnestisch bekannt. Es besteht ein deutlicher Rigor der oberen und unteren Extremitäten, links mehr als rechts, Zwangshaltung und unwillkürliche Bewegungen, mimikarmer Gesichtsausdruck.«

Im Laufe einer 2monatlichen Beobachtungszeit als Hauschwangere hat sich der Zustand nicht geändert, jedenfalls aber nicht verschlechtert.

9. VI. 1935 2.30 Uhr kräftige Wehen alle 3 Minuten, 4.35 Uhr Blasensprung, 4.50 Uhr Preßwehen, 6.00 Spontangeburt in II. Hinterhauptslage. Nachgeburtsperiode normal. Ausgetragenes gesundes Kind von 3210 g und 51 cm Länge.

Die kräftigen Wehen wurden in gleicher Weise empfunden und verarbeitet, wie bei jeder gesunden Frau. Keine gegenseitige Beeinflussung von Erkrankung und Geburt, diese ist allerdings für eine Ipara auffallend schnell und leicht verlaufen.¹

Es fragt sich, ob sich der Parkinson mit der Zeit bessern oder aber verschlechtern wird, oder mit einem Stationärbleiben desselben zu rechnen ist. Auf diese Fragen kann noch nicht geantwortet werden. Da jedoch eine Verschlechterung des Parkinson in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft und durch die Geburt nicht eingetreten ist, liegt im Augenblicke keine medizinische Indikation zur Sterilisation vor.

Winter und Naujoks (Der künstliche Abort, 1932, 127) rechnen den Parkinson auf Grund einiger schlechter Erfahrungen (Bland-Goldstein, Heidler u. a.) unter die bedingten Indikationen zum Abortus artificialis, das gleiche dürfte demnach wohl auch für die Sterilisation gelten. Da die einzelnen Fälle aber sehr verschieden sind, und anscheinend auch recht verschieden verlaufen, muß bei den Unterbrechungen und Sterilisationen in jedem Falle weitgehend individuell verfahren und entschieden werden.

Der vorliegende Fall muß vorläufig weiter beobachtet und behandelt werden (Atropin-Skopolaminkur). Gegen ein Stillen der Mutter kann natürlich nichts eingewendet werden, im Gegenteil, es ist dringend erforderlich, das gesunde und keinesfalls erkrankte Kind natürlich zu ernähren.

4) **L. Schneider:** Intrauteriner Silberspiralring und Extrauterin-gravidität. Ein in den Eihäuten eingebetteter Silkwormring

Über die Gefährlichkeit intrauteriner Schwangerschaftsverhütungsmittel liegen zahlreiche Beobachtungen vor. Es ist zu erhoffen, daß aus diesem Grunde und im Interesse der Volksvermehrung ein gesetzliches Verbot derselben, wie es in der Sitzung der medizinischen Gesellschaft am 15. dieses Monats im Anschluß an den Vortrag von Herrn Gesenius vorgeschlagen wurde, bald erfolgen wird. Wenn ich heute auf dieses unerfreuliche Thema eingehe, so geschieht es nur, um Ihnen kurz unsere diesbezüglichen Beobachtungen mitzuteilen und um ein Präparat zu zeigen.

Unsere Poliklinik wurde häufig von Frauen aufgesucht, bei denen Intrauterin-pessare Adnexentzündungen und Blutungen hervorriefen. Die Beschwerden traten manchmal spät, erst nach Monaten auf. Bei den meisten Pat. waren Silberspiral-ringe, sogenannte Gräfenbergringe, eingelegt.

Einmal beobachteten wir eine Extrauterin-gravidität, deren Entstehung meines Erachtens zweifelsohne auf den Silberspiralring zurückzuführen war. Die 26jährige Frau, die zwei Spontangeburt und einen Abort durchmachte, hatte nie irgendwelche Unterleibsbeschwerden. Es wurde bei ihr ein Ring eingelegt, bald danach traten an Intensität zunehmende Schmerzen auf, 2½ Monate später Einlieferung

¹ Der Geburtsverlauf wurde später nachgetragen, Demonstration erfolgte noch vor der Geburt.

wegen Extrauterin gravidität. Es handelte sich um eine frische Tubenruptur mit starker Anämie. Der Ring lag im Uterus, die Tubengravidität war ganz jung. Über ähnliche Fälle berichteten Kritzler und Ottow.

Die intrauterinen Schutzmittel sind nicht nur gefährlich, sondern in manchen Fällen auch unzuverlässig, auch wenn sie nicht herausfallen. Wir sahen zehn Graviditäten bei im Uterus liegendem Silberspiralring (Röntgenkontrollen!)

Am 29. IV. dieses Jahres hat bei uns eine 19jährige Ipara spontan entbunden, bei der vor etwa 15 Monaten draußen ein Silkwormring eingelegt wurde. Nach der Geburt ergab die Besichtigung der Placenta und der Eihäute einen interessanten Befund (Demonstration). Sie sehen etwa 2 cm vom Rand der Placenta entfernt, den im Chorion eingebetteten Ring.

Herr Pulvermacher demonstrierte in dieser Gesellschaft im Jahre 1930 ein ähnliches Präparat und zwar ein auf der Oberfläche der Placenta liegendes Sterilett. Außerdem berichtete er in derselben Sitzung über eine Steißgeburt, bei der an der vorangehenden Gesäßbacke die Druckmarken eines Intrauterin pessars feststellbar waren. Das Pessar selbst fiel bei der Entwicklung der Schultern dem Geburtshelfer in die Hände.

5) G. Schöne (a. G.): Die eitrige Phlebitis in der Chirurgie und Gynäkologie

Der Vortr. gibt einen Überblick über die Erfahrungen mit der Diagnose und Behandlung der eitrigen Phlebitis auf den verschiedenen Gebieten der Chirurgie. Nach einer Kennzeichnung der mannigfaltigen Formen der Phlebitis und der Periphlebitis auch unter Bezugnahme auf die experimentellen Arbeiten von Laewen wird zunächst die eitrige Phlebitis der oberflächlichen Venen an den Gliedmaßen besprochen, welche besonders geeignet erscheinen, Wesen, Diagnose, Prognose, Indikationsstellung, operative Therapie usw. im einzelnen zu erläutern. Erfolgreich und erfolgreich operierte Fälle aus der eigenen Erfahrung werden angeführt. Empfohlen wird die hohe Unterbindung und Durchtrennung im Gesunden und die radikale Exstirpation des gesamten erkrankten Venensystems, z. B. der Vena saphena von der Unterbindungsstelle bis in das Wurzelgebiet am Fuß. Auch die Diszision der Venen hat ihre Berechtigung. Weiter werden die Furunkel und Karbunkel, besonders des Gesichts, besprochen, die dabei auftretenden Phlebitiden der Vena facialis, bzw. der Vena angularis und des Sinus cavernosus werden geschildert; ebenso die in Frage kommenden Eingriffe an diesen Venen. Auch die pyämischen Komplikationen anderer Furunkel und Karbunkel werden erörtert, bei denen häufig die Phlebitis einer größeren Vene nicht in die Erscheinung tritt. Gestreift werden die phlebitischen Komplikationen der Ohreiterungen (Sinusthrombose) und der bösartigen Angina. Genauer behandelt werden die Phlebitiden, welche sich im Anschluß an die Appendicitis entwickeln: Phlebitis der Vena ileocolica und der Vena haemorrhoidalis superior mit Vereiterung der Pfortader und der Bildung multipler Leberabszesse. Die Operation an der Vena ileocolica wird geschildert. Abschließend wird ein Vergleich gezogen zwischen den Phlebitiden der Beckenvenen, wie sie im besonderen im Puerperium auftreten und zur puerperalen Pyämie führen, und den geschilderten Phlebitiden sonst in der Chirurgie. Der Vortr. legt Wert darauf, sich auf gynäkologischem Gebiete in seinem Urteil zurückzuhalten. Er betont die Schwierigkeit der Diagnose der beginnenden puerperalen Pyämie und der Bewertung ihrer Prognose. Wesentlich dabei ist, daß die Phlebitis also solche im Becken klinisch viel schwerer zu diagnostizieren ist als auf manchen anderen Gebieten der Chirurgie. Die Frage, ob der Primärherd,