

wenn auch mutmaßlichen hormonalen Defizit. Gegenwärtig zeigt keine andere Methode sicherere Erfolge.

Saurwein (Bochum): Differentialdiagnose beim septischen Abortus. Während bei dem Seifenabortus, der sich auf eine intrauterine Schädigung beschränkt, kaum differentialdiagnostische Probleme auftreten, ist beim Bestehen einer Pelveoperitonitis die Abgrenzung gegenüber einer akuten Appendizitis, einer infizierten Extrauteringravidität und gegenüber Genitaltumoren manchmal schwierig, wie an entsprechenden Fällen geschildert wird. Bei einer Nierenschädigung infolge Anurie muß an primäre Nierenerkrankungen gedacht werden, wie ein weiterer dargestellter Fall beweist. Außerdem wird über eine Kolimeningitis, ausgehend vom infizierten Uterus, eingehender berichtet. — Erscheint an anderer Stelle ausführlich.

Tenhaeff (Essen): Eine neue Form des Seifenabortus. In Abhängigkeit davon, ob der Abortus künstlich durch eine Seifenlösung oder durch synthetische Wasch- bzw. Spülmittel (Detergentien) eingeleitet wurde, werden zwei unterschiedlich schwere klinische Verlaufsformen beschrieben. — Die Patientinnen mit Seifenabortus (Gruppe I) waren alle schwer krank mit mehr oder weniger ausgeprägten Intoxikationserscheinungen. Es fanden sich Temperaturen um 40°, Schock, Schüttelfrost, Oligo-Anurie, Rest-N-Anstieg, Somnolenz, Hämolyse, Ikterus und Störungen im Elektrolythaushalt. Der Urin war burgunderrot-braun verfärbt. Die Therapie, z. T. einschließlich Hämodialyse, war kompliziert und langwierig. Es wurden Rückfälle nach Abortusausräumung gesehen. — Die Patientinnen mit Detergentienabortus (Gruppe II) waren insgesamt nicht schwer krank. Die Temperaturen überschritten 39° nicht und klangen nach Antibiotikagaben schnell ab. Der Urin war in einigen Fällen typisch hellrot verfärbt, wenn als Abortivum synthetische Waschmittel benutzt worden waren. Schock, Anurie, hohe Rest-N-Werte, Somnolenz oder Ikterus wurden in keinem Fall beobachtet. Die Abortusausräumung verlief ohne Komplikationen, die Patientinnen konnten nach kurzer Behandlung gesund entlassen werden. — Die deutlich leichteren Verläufe bei den Patientinnen aus Gruppe II werden u. a. darauf zurückgeführt, daß als Abortivum keine Seifen, sondern Detergentien verwendet wurden, die entweder seifenfrei sind (synthetische Spülmittel) oder nur einen geringen Seifenzusatz als Schaumbremse enthalten (synthetische Maschinenwaschmittel). Die toxische Seifenwirkung ist bei den Detergentienabortus somit nur gering oder sie fehlt ganz. — Durch eindringliches Befragen der Patientinnen und durch die Symptomatik bei Klinikaufnahme sollte die benutzte Substanz ermittelt werden, damit bei anamnestisch gesichertem, meist toxisch verlaufendem Seifenabortus noch rechtzeitig der Entschluß zur Hämodialyse gefaßt wird.

Ehnert (Duisburg): Angeborene Windpocken. Windpocken sind weltweit verbreitet, sehr ansteckend und hinterlassen eine Immunität. Deshalb erkranken ganz überwiegend Kinder. Erwachsene sind in der Regel immun. Angeborene Varizellen — von der erkrankten Mutter in den letzten Wochen der Schwangerschaft übertragen — sind selten. — Bericht über 2 Neugeborene mit angeborenen, intrauterin übertragenen Windpocken: 20 Jahre alte Gravide, 32 Tage vor Geburtstermin inkubiert, erkrankte 14 Tage später an Varizellen. Am 13. Tag der Krankheit, 5 Tage vor dem Termin, Geburt eines Kindes mit ausgeprägtem Windpockenexanthem. Am 3. Lebenstag Kontakt mit einem Kleinkind, welches 15 Tage später erkrankte. Nach den Hauterscheinungen bei dem Neugeborenen könnte das Exanthem intrauterin schon 2 bis 3 Tage bestanden haben. Bei einer mittleren Inkubationszeit von 14 Tagen auch für das Neugeborene müßte dann das Virus schon am 10. bis 11. Tag der mütterlichen Inkubationszeit auf das Kind übergegangen sein. — 18 Jahre alte Gravide, 35 Tage vor Geburtstermin durch eine an Herpes zoster erkrankte Frau inkubiert (Herpes-zoster- und Varizellen-Virus sind identisch oder nahe verwandt), erkrankte 14 Tage später an Windpocken. Am 9. Tag der Krankheit, 14 Tage vor dem Termin, Geburt eines Kindes ohne Krankheitszeichen. In den ersten Lebensstunden Kontakt mit einem 2 Wochen alten Frühgeborenen. Ab 3. Lebenstag typisches Varizellen-Exanthem. Bei einer Inkubationszeit von 14 Tagen für das Neugeborene müßte das Virus ebenfalls am 10. bis 11. Tag der mütterlichen Inkubationszeit übergetreten sein. Das Frühgeborene erkrankte 14 Tage nach dem Kontakt mit dem noch ercheinungsfreien Neugeborenen an Windpocken und übertrug diese auf 3 von 8 Neugeborenen, deren Mütter früher Windpocken durchgemacht hatten, selbst also immun waren. — Nach der Literatur treten bei angeborenen Windpocken oft die verschiedensten Komplikationen auf, zum Teil mit tödlichem Ausgang. Die hier