

Schwangeren ist besonders zu beachten, dass etwaige, den operativen Eingriffen vorausgegangene Berührungen der Genitalien seitens der Schwangeren selbst oder seitens ihres Mannes zur Ablagerung von Keimen haben Anlass geben können, die dann bei der Vornahme des Eingriffes das Unheil anrichten können. Umfangreiche bakteriologische Untersuchungen wie auch die klinische Erfahrung haben gezeigt, dass eine vollkommene Vernichtung und Unschädlichmachung der massenhaft an und in den Genitalien vorhandenen Keime durch desinfektorische Massnahmen unmöglich ist. Ganz besonders ist hier zu beachten, dass bei den Infektionen mit Geschlechtskrankheiten, insbesondere mit dem Tripper, in der Tiefe der Gewebe, besonders der Gebärmutter, die Tripperkeime vorhanden sind, unter Umständen vergesellschaftet mit anderen giftigen Bakterien, die unsere ganze Antisepsis zunichte machen können und bei Eingriffen gelegentlich Infektionen erzeugen. Wie ungerechtfertigt wäre es, in einem solchen Falle Aerzten oder Hebammen das Unglück zur Last zu legen, das die Folge einer in die Ehe eingeschleppten oder während der Ehe erworbenen Geschlechtskrankheit des Mannes ist. Bei den vielen Prozessen und Anklagen, denen die Aerzte, besonders die Geburtshelfer, bei Kindbettfieber ausgesetzt sind, ist es stets von den sachverständigen Gutachtern wie auch von den Richtern anerkannt worden, dass unter der Voraussetzung richtigen wissenschaftlichen Handelns eine septische Infektion nicht dem Arzte oder der Hebamme zur Last gelegt werden darf.

Auch das weitere Vorgehen der Aerzte: Einlegen eines sterilen Gazestreifens zum Zwecke der Vervollendung der durch die Laminariadilatation noch ungenügenden Erweiterung des Mutterhalses, Entfernung des Eies mit einer ausgeglühten Kürette, entspricht durchaus den wissenschaftlichen Grundsätzen bei der Einleitung und Behandlung einer Fehlgeburt.

Der Vorwurf, dass Dr. X. wegen seines Ekzemes der linken Hand die Operation nicht hätte ausführen dürfen und dass dadurch etwa die Erkrankung der Frau N. veranlasst worden wäre, fällt vollkommen fort, da durch mehrere Zeugnisse in den Akten bestätigt wird, so besonders von einem Dermatologen, dass das Ekzem eine Sublimatdesinfektionsfolge war und nach keiner Richtung hin Anlass zu infektiöser Erkrankung bei der Kranken geben könnte.

Ich komme somit zu dem Schlusse, dass den beiden angeklagten Aerzten keinerlei Vorwurf in der Behandlung der Frau N. gemacht werden kann und dass keinerlei Fahrlässigkeit bei der Behandlung vorliegt.

## Schwangerschaftsunterbrechung wegen Rückfallsgefahr bei endemischer Enzephalitis\*).

Von Prof. H. Stursberg, Bonn.

M. H.! Die endemische Enzephalitis, von der ja auch in der Bonner Gegend eine nicht ganz unbeträchtliche Zahl von Fällen beobachtet wurde, hat sich mehr und mehr als eine tückische Erkrankung erwiesen. Sie hinterlässt nicht nur vielfach sehr schwere, dauernde Störungen, sondern bedroht auch den anscheinend Geheilten häufig mit Rückfällen, deren Verlauf ungünstig sein kann. Diese können sich ohne erkennbare Veranlassung entwickeln, in anderen Fällen anscheinend durch Ueberanstrengung, unzuweckmässige Lebensweise usw. ausgelöst werden.

Ich möchte Ihnen heute über eine Beobachtung berichten, in der ich den Eintritt einer Schwangerschaft als auslösende Ursache eines Rückfalles beschuldigen zu müssen glaube. Ich kann mich bei Wiedergabe der Krankengeschichte kurz fassen.

Es handelte sich um eine 38-jährige kräftige Frau, die bis dahin gesund war, mehrere gesunde Kinder hatte und Anfang Juni vorigen Jahres erkrankte. Die erste Erscheinung war eine Lähmung des linken Gesichtsnerven, welche die Kranke wegen gleichzeitiger Schmerzen zum Ohrenarzt führte, dann folgten Störungen im Bereich des linken Okulomotorius und zunehmende Allgemeinerscheinungen, die am 11. VI. Krankenhausaufnahme nötig machten. Die Augenstörungen besserten sich bald, dagegen blieben die Störungen des Allgemeinbefindens und die Fazialislähmung lange bestehen. Im Krankenhaus bestanden leichte Erhöhungen der Körperwärme. Sie schwankte in den ersten Tagen bei Bettruhe etwa zwischen 37,2° und 37,9° im Darm. Nur einmal wurden 38,5° erreicht. Später blieben leichte Erhöhungen zwischen 37,2° und 37,7° bestehen, nachdem vorübergehend die Morgentemperaturen regelrecht gewesen waren. Auch nach Entlassung aus dem Krankenhaus am 27. VII. blieb der Zustand noch ungefähr der gleiche und erst im Oktober klangen die Steigerungen ab unter gleichzeitiger Besserung des Allgemeinbefindens. Die Kranke fühlte sich wieder völlig wohl und war wie früher im Geschäft tätig.

Am 1. II. 22. wurde mir die Kranke von dem Hausarzt, Herrn Koll. Weidenhaupt, erneut überwiesen. Sie fühlte sich ihrer Angabe nach seit etwa 8 Tagen ausserordentlich elend, war „direkt fertig“, schlapp und müde, hatte starke Kopfschmerzen, war meist appetitlos, zeitweise heiss-hungrig, litt an häufigem Gähnen und Brechreiz. Am 20. XII. war sie zuletzt unwohl gewesen. Das Aussehen bestätigte die Klagen über Müdigkeit, ausserdem ergab die Untersuchung beträchtliche Erhöhung der Knieerreflexe, die beiderseits vom ganzen Schienbein auszulösen waren, sehr lebhaft die Achillessehnenreflexe, aber kein Fusszittern, Fehlen der Fusssohlenreflexe, Steigerung der Speichenreflexe, lebhaftes, feinschlägiges Zittern der Hände, durchweg Erscheinungen, wie sie auch im Sommer bestanden hatten. Reste der Lähmung des Gesichtsnerven waren noch erkennbar, im übrigen Gehirnnerven nicht nachweisbar verändert.

\*) Vortrag in der Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde in Bonn am 19. VI. 1922.

Bis zum 14. II. hatte sich der Zustand immer weiter verschlechtert, so dass ich Krankenhausaufnahme zur Beobachtung vorschlug. Die Kranke klagte über sehr heftige Kopfschmerzen, es sei ihr „furchtbar zu Mute“, Nachts „fliege sie oft in die Höhe“. Die Untersuchung ergab das gleiche Verhalten der Reflexe. Die Kranke sah ausserordentlich schlecht aus, machte einen schwer erschöpften, dabei aber zeitweise erregten Eindruck. Im Krankenhaus wurden die von ihr inzwischen gemessenen Temperaturen bestätigt: Morgens im Darm 37,2°—37,3°, tagsüber 37,5°—37,6° bei Bettruhe, während nach Abklingen der Erscheinungen im Oktober die Körperwärme morgens 37°, tagsüber 37,2° bei der Arbeit nicht mehr überschritten hatte.

Da auch bei Bettruhe der ungünstige Allgemeinzustand blieb, entschlossen wir uns zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Denn das Auftreten der neuen Krankheitserscheinungen, die bei Fehlen jedes sonstigen krankhaften Befundes doch wohl nur auf einen in Entwicklung begriffenen Rückfall der Enzephalitis bezogen werden konnten, unmittelbar nach Beginn der Schwangerschaft, liess an ursächlichen Beziehungen zwischen beiden keinen Zweifel zu.

Die Unterbrechung der Schwangerschaft (Dr. Weidenhaupt) ging unter Steigerung der Körperwärme bis auf 38,3° am 23. Februar glatt von statten und hatte einen ganz auffallenden Erfolg. Bereits am 25. Februar war die Körperwärme regelrecht, der Allgemeinzustand besserte sich sehr schnell, die Kopfschmerzen verschwanden und die Kranke ist seitdem gesund geblieben. Der Verlauf hat also die Berechtigung des Eingriffes, zu dem ich mich nur sehr schwer entschliessen konnte, erwiesen.

In der Literatur fand ich nur einen Fall, in dem bei beginnender Schwangerschaft und gleichzeitiger Erkrankung an Enzephalitis der Abort eingeleitet wurde. Kreis [1] hat ihn mitgeteilt und berichtet, dass zwei Wochen nach Ausräumung der Gebärmutter Besserung eingetreten sein „soll“.

Einige andere Arbeiten beschäftigen sich mit der Beeinflussung der Enzephalitis durch gleichzeitige Schwangerschaft. Dimitz [2] sah unter 20 kranken Frauen 5 Schwangere, bei denen der Verlauf durchweg schwer war. In einem Falle trat nach Einleitung der künstlichen Frühgeburt wesentliche Besserung ein. Sternberg [3] fand unter 14 an Enzephalitis verstorbenen Frauen 5 Schwangere. Hofer [4] entband eine im 8. Monat schwangere Kranke durch Kaiserschnitt und beobachtete danach deutliche, sehr schnell eintretende Besserung. In der Besprechung zu seinem Vortrage berichtet Latzko [5] über einen ähnlichen günstigen Erfolg und empfiehlt den Kaiserschnitt unter örtlicher Betäubung warm. Patek [6] sah allerdings günstigen Verlauf trotz Fortbestehens der Schwangerschaft. Jorge [7] ist ebenfalls der Ansicht, dass Schwangerschaft die Vorhersage der Enzephalitis in der Regel verschlimmere, aber nicht in allen Fällen. In zwei Fällen machte er die künstliche Frühgeburt, aber nur einmal mit günstigem Erfolg für das Gehirnleiden. Margareth Schulze [8] sah Besserung nach der Geburt, die Kranke starb aber dann an Embolie.

Benthien [9] konnte eine Verschlechterung der Vorhersage durch die Schwangerschaft nicht feststellen, ebenso wenig eine Schädigung des Kindes. Er steht aber mit letzterer Ansicht im Gegensatz zu Jorge, der placentare Uebertragung der Enzephalitis für möglich hält, und zu Marinisco [10], der sie anatomisch nachwies. Tropf [11] ist der Ansicht, dass nicht die Schwangerschaft, sondern die Geburt ungünstig einwirke, und spricht sich deshalb gegen ein Eingreifen aus. Nach Vincent und Ganjou [12] ist Unterbrechung der Schwangerschaft wohl nur selten erforderlich.

Alles in allem ergeben also die bisherigen Veröffentlichungen kein einheitliches Bild. Beobachtungen wie die von mir mitgeteilte lassen aber doch ein tätiges Vorgehen gegen die Schwangerschaft ratsam erscheinen, wenn ein ungünstiger Einfluss auf den Verlauf der Enzephalitis auf Grund eingehender Beobachtung als wahrscheinlich anzusehen ist.

### Literatur:

1. Kreis: Zbl. f. Gyn. 1920 Nr. 43 S. 1220.
2. Dimitz: W.kl.W. 1920 Nr. 8.
3. Sternberg: W.kl.W. 1920 Nr. 35.
4. Hofer: Zbl. f. Gyn. 1921 Nr. 44 S. 1604.
5. Latzko: Ebenda S. 1543.
6. Patek: Ebenda.
7. Jorge: Paris méd. Jg. 11, ref. Kongresszentralbl. 20, S. 355.
8. Schulze: Ref. Kongresszentralbl. 13, S. 164.
9. Benthien: Zbl. f. Gyn. 1920 Nr. 25 S. 673.
10. Marinisco: Kongresszentralbl. 19 S. 269.
11. Tropf: Ref. Zbl. f. Gyn. 1921 Nr. 40 S. 1475.
12. Vincent u. Ganjou: Ref. Zbl. f. Gyn. 1921 Nr. 47 S. 1715.

## Ein Fall von Exophthalmus der Neugeborenen, wahrscheinlich als Folge eines Tentoriumrisses.

Von Hofrat Dr. Hans Doerfler, Weissenburg in Bayern.

Auf die Bedeutung der Zerreissungen des Tentoriums für das Leben der Neugeborenen haben Beneke und Seitz hingewiesen. Während Seitz glaubt, die Hälfte aller intrakraniellen Blutungen auf Tentoriumzerreissungen zurückführen zu können, hat Leopold Meyer bei 68 Sektionen Neugeborener 28 mal Tentoriumzerreissungen als Todesursache festgestellt. Zimmermann hat aus der Jenaer Frauenklinik erst jüngst in dieser Wochenschrift über 14 Todesfälle berichtet, bei denen als Todesursache bei Neugeborenen Tentoriumrisse nachzuweisen waren. Es sind fast ausschliesslich Sektionsresultate, die über Tentoriumrisse bei Neugeborenen berichtet werden. Dass auch Heilungen durch Operation sowohl als spontan möglich sind, geht ebenfalls aus den Literaturberichten hervor. Immerhin gehören Heilungen zu den Seltenheiten. Es sei mir darum gestattet, im Folgenden über einen Fall Mitteilung zu machen, bei dem mit grösster Wahrscheinlichkeit ein Tentoriumriss als Ursache eines schweren Exophthalmus beim Neugeborenen vorgelegen hat und Heilung eingetreten ist nach einfacher Lumbalpunktion. Eine Berechtigung zur Veröffentlichung sehe ich auch in dem