

plasma in Form eines Fadens aus dem Blutkörperchen zum größten Teile schon ausgewandert ist.

Da unsere Untersuchungen deutlich zeigen, daß es im konservierten Blut zur Entwicklung von gametenähnlichen Dauerformen kommt, an denen wir Tendenzen zur Teilung und Weiterentwicklung annehmen können, müssen wir uns nun auch die Frage vorlegen, was mit diesen Formen geschieht, wenn einmal das konservierte Blut überimpft ist. Es ist einer der strittigsten Punkte der Malarialehre, ob es eine sogenannte Parthenogenese gibt, das heißt, ob sich unter bestimmten Umständen — wie man bisher angenommen hat, vornehmlich beim Malariarezidiv — gametische Formen wieder in Schizonten umbilden können. Ich glaube, wir können diese Frage schon jetzt mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit bejahen, da in dem Blut des mit konserviertem Malariablut geimpften Patienten die schizontische Entwicklung in der typischen Weise vor sich geht. Wir sind der Ansicht, daß die Tatsache der Plastizität der Impfmalaria, wie sie aus unseren Versuchen hervorgeht, unsere Erkenntnisse über manche andere Erscheinungen der Malaria — so zum Beispiel der Parthenogenese — zu fördern imstande sind, zu denen wir bisher keine Erklärungsmöglichkeiten besaßen.

Aussprache: Hr. B. Busson: Ich möchte darauf aufmerksam machen, daß ich in meinen Ausführungen betonte, daß auch bei dem von uns untersuchten Patienten Malariaplasmidien, i. h. Tertianaringe, sogar nach sieben Tagen in den Blutkörperchen gefunden wurden und daß möglicherweise die von mir geschilderten Formen auch mit dem Malariaparasiten in Zusammenhang stehen könnten.

Hr. W. Schlesinger: Die Frage nach der Parthenogenese der Gameten könnte durch die interessanten Beobachtungen der Vortragenden tatsächlich geklärt werden, wenn die Sicherheit dafür gegeben ist, daß die verwendeten Dauerblute tatsächlich völlig frei von Schizonten waren.

Eine weitere Klärung könnten jene Fälle bieten, wo nach Injektion von Dauerblut kein Malariaanfall erfolgt. Eine nachträglich gelingende Aktivierung (etwa durch Natr. nucl.) könnte in Übereinstimmung mit meinen eigenen Aktivierungsversuchen die Parthenogenese von Gameten sprechen.

Hr. O. Kauders (Schlußwort): Man kann in einzelnen Präparaten in der Tat von einer Reinkultur von Gameten sprechen. In anderen Präparaten finden sich wohl auch Ringformen, doch nur anfangs, denn der Prozeß, der zur Bildung von gametenähnlichen Formen führt, vollzieht sich in Etappen. Bei Betrachtung von 66 bis 88 Stunden alten Präparaten sind ausschließlich Formen von Gametencharakter in wohl erhaltener oder schon degenerierter Ausbildung vorhanden.

Hr. O. O. Fellner: Die Wirkung des Feminin auf das Ei.

Vortr. hat Meerschweinchen-, Kaninchen- und Mäuseweibchen Feminin injiziert, und ihnen dann den Bock zugeführt. Die meisten Tiere nahmen nicht auf. Kam es aber zur Befruchtung, so wurden fast ausschließlich weibliche Junge geworfen. Zweimal haben Kaninchen nach Injektion und wirksamem Sprung nach einem Monate ein Nest gebaut. Das Nest blieb leer. Ein Tier wurde getötet und hatte sechs in Rückbildung begriffene Corpora lutea. Ein Kaninchen, welches nach der Injektion dann am nächsten Tage einmal wirksam besprungen wurde, am dritten Tage zweimal, baute nach 28 Tagen ein Nest, das am nächsten Tage verschwunden war. Erst fünf Tage später wurde wieder ein Nest gebaut und wurden die Jungen geworfen. Fellner schließt daraus, daß nicht die Follikel geschädigt, nicht der Follikelsprung oder die Corpus luteumbildung durch das Feminin verhindert wird, sondern das Ei geschädigt wird. Nicht die Beardsche Theorie erklärt die hormonale Sterilisation, sondern die eben mitgeteilte Beobachtung. Zur Erreichung einer hormonalen Sterilisation beim Menschen sind so ungeheure Mengen notwendig, daß derzeit daran gar nicht gedacht werden kann. Die überdauernde Sterilisation müßte eigentlich zur hormonalen Kastration führen.

Mit Steigerung der Feminindosen sind also beim Tiere verschiedene Folgezustände zu erzielen: 1. Brunsterscheinungen, Vergrößerung des Uterus. 2. Vorwiegend weibliche Früchte bei Verminderung der Zahl derselben. 3. Zer-

störung der Eier ohne Hemmung der Corpus luteumbildung. Hormonale Sterilisation (Nestbau ohne Trächtigkeit). 4. Zer- störung der Eier mit Hemmung der Corpus luteumbildung (kein Nestbau). Die entsprechenden Folgezustände beim Menschen wären: 1. Wachstum des Uterus bei Hyperplasie der Gebärmutter, Sterilität. 2. Möglicherweise Geburt von Mädchen. 3. Hormonale Sterilisation bei Fortdauer der Menstruation. 4. Ueberdauernde Sterilisierung. Hormonale Kastration.

Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien

Sitzung vom 10. Mai 1927

Hr. Latzko: Mastdarmstriktur nach Röntgen-Radiumbestrahlung wegen Carcinoma vaginae. Demonstration einer Frau, bei welcher vor fünf Jahren eine Röntgen- und Radiumbestrahlung wegen eines zirkulären vorgeschrittenen Vaginalkarzinoms gemacht worden war. Schon wenige Monate nach der Behandlung war der Tumor verschwunden. Jetzt wurde Patientin neuerlich der Abteilung überwiesen. Man stellte 2 cm oberhalb des Anus eine für den Finger nicht durchgängige Mastdarmverengung fest, deren Erweiterung mit Hegarstiften erfreuliche Fortschritte machte. Die Demonstration erscheint durch die Seltenheit der Dauerheilung eines strahlenbehandelten Scheidenkrebses und die Schädigung des Mastdarnes (Radiumeffekt) gerechtfertigt.

Aussprache zum Vortrage Hr. E. Waldsteins: Therapie der Eklampsie.

a) Hr. Hermann: Bericht über das gesamte Eklampsiematerial der drei geburtshilflichen Kliniken in Wien vom Jahre 1900 bis zum Jahre 1926. Eine ganze Reihe von Tabellen, in welchen die Fälle nach verschiedenen Gesichtspunkten zusammengestellt sind, wird projiziert. Eine Abnahme der Eklampsiehäufigkeit in den Kriegsjahren konnte im Wiener Material nicht festgestellt werden. Berücksichtigt man nur die Hausschwangeren, so beträgt die Sterblichkeit 1.47%, gegenüber der von Waldstein hervorgehobenen Mortalität von 1.7%. Die Verwertung der therapeutischen Resultate der drei Wiener Kliniken führt zur Ablehnung der Schnittentbindung als Methode der Wahl. Sie bleibt reserviert für reine Fälle und unvorbereitete Geburtswege alter Erst- und Mehrgebärender. Bei kleinen Kindern wird vaginale Sektio bzw. Metreuryse mit folgender Kraniotomie empfohlen. Ein Schema läßt sich nicht aufstellen, man muß individualisieren.

Pathol.-anatomisch wurden in 69% Lebernekrosen gefunden. Das konstitutionelle Moment (Adipositas, Hypoplasie des Gefäßsystems, wodurch sich die große Zahl der Hirnblutungen erklärt, und Lymphatismus) spielt in der Eklampsiefrage eine große Rolle.

b) Hr. Peham: Den glänzenden Resultaten Waldsteins kann man die Anerkennung nicht versagen, wenn auch das Material der Klinik mit dem von W. verwerteten niemals verglichen werden kann. In seinen therapeutischen Schlußfolgerungen geht W. zu weit; es ist zu befürchten, daß durch die Anpreisung der Schnellentbindung der Kaiserschnitt in der Praxis allzuoft zur Anwendung kommen wird. Stoeckels Standpunkt, daß eine Eklampsie auf das Rascheste entbunden werden, daß eine förmliche Laparotomiebereitschaft vorhanden sein, daß also ein Vorgang wie bei geplatzter extrauteriner Schwangerschaft eingehalten werden müsse, erscheint stark übertrieben. Unter 153 Fällen, die seit 6 Jahren an der I. Frauen-Klinik zur Beobachtung gelangt sind, betrug die Mortalität 8.3% (gegenüber Stoeckel 8.4%). Dabei wurde im allgemeinen die Therapie der mittleren Linie geübt. Die Schnittentbindung wird besonders bei alten Erstgebärenden und lebensfähigem Kind gemacht; bei unreifen Kindern erscheint der vaginale Weg (Metreuryse, Kraniotomie) zweckmäßig. Hieß hat aus dem früheren Material der Klinik (538 Fälle) eine Sterblichkeit von 12% berechnet, woraus man nicht ohne weiteres schließen kann, daß die Behandlung in den letzten Jahren besser geworden ist, da z. B. unter den post partum-Eklampsien der letzten 7 Jahre die Sterblichkeit 0% ist, unter 97 Fällen der früheren Zeit aber 13.4% betragen hat. Die günstigsten Resultate werden immer bei jenen Fällen erzielt, die möglichst früh zur Behandlung gelangen. Nicht in der Frühentbindung, sondern in der Frühbehandlung sieht P. das Wesen der therapeutischen Aufgabe.

c) Hr. Kermanner: Die Aussprache müßte eigentlich zwei Vorträge berücksichtigen: die Ausführungen Hr. Waldsteins und das heute von Hr. Hermann Vorgebrachte. Das Material dieser beiden Autoren ist wohl total verschieden. Hr. Hermann hat so viele Zahlen vorgebracht, daß man kaum in der Lage ist, maßgebende Richtlinien aus der verwirrenden Fülle aufzustellen. Im allgemeinen ist K. mit Hermanns Schlußfolgerungen einverstanden. Die Therapie der mittleren Linie wird