

obachteten Kindern konnten als geheilt angesehen werden, 5 waren noch zu jung, um ein Ergebnis festzustellen. Die gewöhnlich bleibende Schädigung ist ein Hydrocephalus mit Epilepsie oder Idiotie. *Hörmann (Dresden).*

Voron, J., et H. Pigeaud: Le rôle joué par les tares héréditaires et en particulier par la syphilis dans l'étiologie des hémorragies intra-crâniennes mortelles des nouveau-nés. (Die Rolle, welche Heredität und Syphilis in der Ätiologie der tödlichen intrakraniellen Blutungen der Neugeborenen spielen.) *J. Méd. Lyon* **9**, 689—696 (1928).

Das Geburtstrauma spielt sicher eine Rolle in der Pathogenese der intrakraniellen Blutung Neugeborener, stellt aber nur eine Gelegenheitsursache dar und bedingt die Häufigkeit der Meningealblutung im Vergleich zu den visceralen Blutungen. In der Mehrzahl der Fälle besteht aber daneben als Hauptursache ein hereditäres Moment (kong. Syphilis), das an sich allein die Blutung herbeizuführen vermag.

Kurt Mendel (Berlin).

Šibkov, A.: Ein Fall von starker postmortalen Nabelblutung bei einem Neugeborenen. *Med. Mysl'* **5**, 44—46 (1928) [Russisch].

In Abortjauche aufgefundene grünfaule Leiche eines weiblichen Neugeborenen, 2190,0 g schwer, mit durchschnittener, nicht unterbundener Nabelschnur; eine Marlybinde um den Bauch, mäßig mit Blut durchtränkt, an der Innenseite außerdem etwa $\frac{1}{2}$ Teelöffel voll Blutgerinnsel. Bald nach Entfernung der Binde und der an der Schnittfläche der Nabelschnur befindlichen dünnen Blutkruste beträchtliches Nachsickern des Blutes aus derselben, wobei die Leiche am Bauch, rechten Oberschenkel sowie das untergelegte Brett reichlich mit Blut besudelt wurden. Beim leichten Druck auf die Brust- und obere Bauchgegend neuerliche, bald stillstehende Nachblutung, zugleich Ausscheidung von Meconium aus dem Anus und Imbibitionsflüssigkeit aus Mund und Nase. Innerhalb von 20—25 Minuten nicht weniger als 40,0 Blut ausgetreten, somit etwa $\frac{2}{3}$ des Gesamtblutes des Neugeborenen. — Bauch stark aufgetrieben, Kuppeln des Zwerchfelles auf der 7. Rippe, reichlich Fäulnisblasen unter dem Lungenfell. Lungen schwimmfähig, mittels Handtuch ausgedrückte Stücke des Lungengewebes sinken unter. Herz, insbesondere Vorkammern, durch Gase gebläht, enthält wenig Blut; Leber stark anämisch. — Es handelt sich somit um eine totgeborene Frucht, die in Abortjauche schnell in Gasfäulnis übergegangen war, noch ehe die Gewebe in größerem Umfange imbibiert waren. Durch Druck der Fäulnisgase ist sodann das Blut aus dem Herzen, der unteren Hohlvene, ferner aus der Leber, dem Ductus Arantii in die Nabelvene vorgezogen und bei Entfernung der Binde und Blutkruste an der Schnittfläche der Nabelschnur ausgetreten. Ähnliche Fälle können eine tödliche vitale Nabelblutung vortäuschen, wobei nur die regelrecht ausgeführte Lungenschwimmprobe eine Differentialdiagnose zwischen einer vitalen oder postmortalen Nabelblutung ermöglicht.

S. Talvik (Tartu).

Gerichtliche Geburtshilfe.

Bueura, C.: Zur Frühdiagnose der Schwangerschaft. (*Gynäkol. Abt., Allg. Poliklin., Wien.*) *Wien. klin. Wschr.* **1928 II**, 1677—1678.

Zwischen der 4. und 6. Woche nach Beginn der letzten Menstruation läßt sich als frühzeitigstes palpatorisches Zeichen eine Verkleinerung der Gebärmutter nachweisen. Der Uterus macht den Eindruck einer typischen Hypoplasie; andere für Infantilismus oder Hypoplasie sprechende Zeichen fehlen. Dieses Kleinerwerden der Gebärmutter im Beginn der Schwangerschaft erklärt sich Verf. durch den ersten Beginn der Auflockerung der Uterussubstanz, die entsprechend dem Bau der Uteruswand lamellär erfolgen dürfte. Die mantelartige, primär aufgelockerte Gewebsschicht ist so erweicht, daß man sie gegenüber den übrigen, noch hart gebliebenen Partien übersieht, also nur die härteren Muskelschichten tastet und somit den Eindruck einer Verkleinerung des Uterus gewinnt. Erst in der 6. Woche und nachher lockern sich auch die übrigen Uterusschichten, so daß man dann die vergrößerte, teigig weiche Gebärmutter deutlich als solche durchtastet.

H. H. Schmid (Reichenberg).

Witte, Wilhelm: Die Frühdiagnose der Schwangerschaft nach der Dienstchen Methode. (*Prov.-Hebammenlehranst., Hannover.*) *Zbl. Gynäk.* **1929**, 718—719.

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu einer völligen Ablehnung der von Dienst angegebenen Schwangerschaftsreaktion. Die aufgezählten positiven und

negativen Reaktionen ergaben sich bei meist durch die Operation erhärteten Diagnosen, und es ist bemerkenswert, daß auch 4mal bei gesunden Männern die Reaktion positiv ausfiel. *Keßler (Kiel).*

Schmidt, Walther: Die Brauchbarkeit der Trübungsreaktion nach v. Mertz. (*Prov.-Hebammenlehranst., Hannover.*) Zbl. Gynäk. 1929, 214—216.

Der Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit der von v. Mertz angegebenen neuen Reaktion auf Schwangerschaft, die vor der Lüttge-v. Mertz'schen Alkohol-extraktreaktion den Vorteil größerer Einfachheit hat, so daß sie auch vom Praktiker ausgeführt werden kann.

Die Technik dieser neuen Reaktion ist kurz folgende: Zu je 1 ccm Serum gibt man 1 ccm einer Phosphorwolframsäurelösung von bestimmter Konzentration (2,8 g auf 1 Liter Wasser) und läßt dann eine halbe Stunde bei Zimmertemperatur stehen. Nach dieser Zeit tritt mit Gravidentserum eine Trübung auf. Beobachtet wird analog Meinicke gegen das Fensterkreuz bei 2 m Entfernung. Das Ablesen der Reaktion wird durch Zugabe von 2—3 Tropfen Bromphenolblau als Indicator erleichtert. Unter 100 Fällen hatte Schmidt insgesamt 10 Versager, also 90% richtige Resultate.

Am empfindlichsten scheint die Trübungsreaktion in den ersten Schwangerschaftsmonaten zu sein, beginnend von der 6. Woche aufwärts bis zum 6. Monat, um von da wieder langsam abzuflauen. *Walther Schmidt (Würzburg).*

Gragert, O.: Über die Alkohol-Extrakt-Reaktion nach Sellheim-Lüttge-v. Mertz und einige ihrer Fehlerquellen. (*Univ.-Frauenklin., Greifswald.*) Mschr. Geburtsh. 81, 41—50 (1929).

Bei Verwendung von Placentaextrakt ergab sich, berechnet auf eine Gesamtzahl von 136 untersuchten Sera, eine Treffsicherheit von 82,4% in der Erkennung der Schwangerschaft. Mit Testisextrakt wurden 29 Sera überprüft. In 13 Fällen ergab sich ein richtiges, in 16 Fällen ein falsches Resultat und damit eine Treffsicherheit von nur 44,8%! Weder der positive noch der negative Ausfall der A.E.R. bei der Verwendung von Testisextrakt gibt uns einen Anhalt für die Geschlechtsvoraussage des Kindes in utero. *Gragert (Greifswald).*

Casabona, Emilio: La determinazione del sesso fetale colla reazione emato-chimica del Manoiloff. (Die Feststellung des fetalen Geschlechts mit der chemischen Blutreaktion von Manoiloff.) (*Istit. di maternità, Genova.*) Rass. di studi sessuali, demogr. ed eugenica Jg. 7, Nr. 3, S. 191—200. 1927.

Die Manoiloffsche Probe ist bequem ausführbar, aber für die Bestimmung des Geschlechts beim Fetus nicht zu brauchen. Die Zahl der positiven Erfolge ist geringer als bei anderen zum gleichen Zwecke vorgeschlagenen Proben (Patti, Oppenheimer, Lutge). Da sie in den ersten Schwangerschaftsmonaten selten positiv ausfällt, ist sie auch zur Schwangerschaftsdiagnose nicht brauchbar. *Sulze (Leipzig).*

Neumann, Hans Otto: Sectio caesarea in mortua et in moribunda. (*Univ.-Frauenklin., Marburg a. d. L.*) Z. Geburtsh. 94, 749—764 (1929).

In der Frage der Sectio caesarea in mortua et in moribunda ist die juristische und die ärztlich-moralische Seite getrennt zu behandeln. Was zunächst den juristischen Standpunkt anlangt, so lautet hier die Frage bezüglich der Sectio in mortua: Ist der Arzt verpflichtet, zur Rettung des kindlichen Lebens den Kaiserschnitt an der soeben verstorbenen hochschwangeren oder kreißenden Frau auszuführen? Und andererseits: Macht sich der Arzt durch Unterlassung dieses Eingriffs strafbar? Bis zum Jahre 1871 gab es in den einzelnen Bundesstaaten des Deutschen Reiches teils noch die Lex regia des alten römischen Rechts, teils war die Operation dem Ermessen des Arztes überlassen. Das Strafgesetzbuch machte diese Vorschriften hinfällig, setzte aber auch keine neuen Normen an ihre Stelle. Zur Anwendung kommen hier nur der § 221 des Reichsstrafgesetzbuches, nach dem derjenige, der eine unter seiner Obhut stehende hilflose Person vorsätzlich verläßt, bestraft wird, und der § 222, betreffend die fahrlässige Tötung. Schwierigkeiten in der Anwendung dieser Para-

graphen entstehen nun dadurch, daß der Begriff „Mensch“ im staatsbürgerlichen Sinne nicht einheitlich definiert ist. Der § 1 des BGB. erkennt den Menschen im juristischen Sinne erst nach vollendeter Geburt an, während der § 217 des Reichsstrafgesetzbuches, betreffend die vorsätzliche Kindstötung, die Frucht schon „in der Geburt“ als Mensch ansieht. Nach den gesetzlichen Grundlagen ist also der Arzt nicht zur Sectio an einer verstorbenen Hochschwangeren zur Rettung des Kindes verpflichtet, wohl aber zur Entbindung bei einer soeben verstorbenen Kreißenden. Die ärztliche Moral beantwortet die Frage anders: der Arzt wird auch bei der soeben verstorbenen Hochschwangeren die Sectio zur Rettung eines lebensfähigen Kindes vornehmen, wobei er auch dem Standpunkt der Moralthologen entspricht. Das intrauterine Kind kann bis zu 20 Minuten den Tod der Mutter überleben. Statistiken der neueren Zeit ergaben 22—68% lebende Kinder. Wesentlich günstigere Resultate, bis zu 89% lebende Kinder, ergibt die Sectio in moribunda. Dem an der Sterbenden vorgenommenen Eingriff steht aber formaljuristisch der § 223 des StGB., betreffend die vorsätzliche Körperverletzung, entgegen. Nur bei Einwilligung des Patienten oder seines gesetzlichen Stellvertreters zu dem Eingriff ist der Arzt vor dem Gesetz geschützt. Operationen an Bewußtlosen sind nur bei drohender Lebensgefahr zur Rettung der betreffenden Person, also nicht zur Rettung der Frucht zulässig. Das Notstandsgesetz würde dem Arzt nur in dem einen Falle Schutz gewähren, wenn das zu rettende Kind ein naher Angehöriger des Arztes ist. Das österreichische Gesetz ist in dieser Hinsicht toleranter, es sieht eine Körperverletzung nur als strafbar an, sofern sie in feindlicher Absicht geschieht. Nach Peters ist in den neuen Entwürfen zum Strafgesetzbuch Straffreiheit vorgesehen, wenn eine strafbare Handlung begangen wird, um von sich oder einem anderen erheblichen Schaden abzuwenden. Gegenüber diesen juristischen Erwägungen muß der Arzt den Standpunkt der Sectio in moribunda vertreten. Die Chancen, ein lebendes Kind zu erhalten, sind bei längerem Zuwarten zu gering, besonders wenn es sich nicht um plötzliche Todesfälle, sondern um eine lange Agone oder um chronische, zum Tode führende Leiden handelt. Bei der Wichtigkeit der Entscheidung ist, wenn irgend möglich, ein Konsilium von mehreren Ärzten zu fordern. Die Sectio soll insbesondere dann ausgeführt werden, wenn bereits auch das Kind deutliche Zeichen der intrauterinen Asphyxie zeigt und keine andere Möglichkeit, die Geburt rasch und schonend zu beendigen, besteht. Da Fälle beschrieben sind, in denen die Frauen noch mehrere Tage den Eingriff überstanden haben, so ist die Operation lege artis auszuführen.

Kaboth (Köln).

Markov, S.: Ein Fall von tödlicher Blutung aus einem Leberriß bei Eklampsie während der Geburt. Ginek. 7, 415—421 u. dtsch. Zusammenfassung 421 (1928) [Russisch].

Kasuistische Mitteilung eines besonders seltenen Falles von tödlicher Blutung aus einem spontanen Leberkapselriß sub partu bei Eklampsie. Analog den 4 bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle weist die akut einsetzende bedrohliche Anämie auf die Vermutungsd Diagnose einer Uterusruptur bzw. intrauterinen Blutung hin, durch frühzeitige Placentalösung verursacht. In allen 5 Fällen bringt erst die Sektion Klärung. Die eklampthischen Leberparenchymveränderungen sind wohl auch im günstigsten Falle einer sofortigen Laparotomie prognostisch ausschlaggebend.

Treu (Riga/Lettland).

Kobes, Rudolf: Gegen die Schwimmprobe auf Vollständigkeit der Placenta. (Städt. Entbindungsanst. „Sophienhaus“, Kassel.) Zbl. Gynäk. 1929, 790—794.

Verf. berichtet auf Grund der Erfahrung von über 50 Modellversuchen, daß die Schwimmprobe auf Vollständigkeit der Placenta absolut unzuverlässig ist. Selbst bei künstlich gesetzten, über pflaumengroßen Defekten schwamm in zahllosen Versuchen die Placenta einwandfrei horizontal.

P. Klein (Berlin).

Roubakine, Alexandre: Avortement. Problème social et sa solution dans l'union des républiques socialistes soviétiques. (Der Abort als soziales Problem und dessen Lösung in der sozialistischen Republik der Sowjetunion.) (13. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 9.—11. X. 1928.) Ann. Méd. lég. 9, 153—168 (1929).

Seit 1920 sind in Rußland künstlich eingeleitete Fehlgeburten erlaubt, wenn sie

in einem Krankenhause von einem dazu berechtigten Arzte vorgenommen werden. Durch eine Kommission wird geprüft, ob die Gründe für den Abort stichhaltig sind. Wer außerhalb der Krankenhäuser Fehlgeburten einleitet, auch der Arzt, wird bestraft. Seit Erlaß dieses Gesetzes ist keine Vermehrung der in Krankenhäusern vorgenommenen Aborte eingetreten. Während die Mortalität der Aborte sonst 2% betrug, hatten die erlaubter Weise in Krankenhäusern vorgenommenen Fehlgeburten nur eine solche von 0,4%. Die Zahl der erlaubten Aborte ist in den Jahren 1922—1926 von 25 auf 80% der überhaupt in Krankenhäusern vorgenommenen Fehlgeburten gestiegen. In Moskau betrug die Zahl der Aborte 6 auf 1000 Geburten, in Berlin 5—6, es hat sich also keine Vermehrung der Fehlgeburten ergeben. Die Zahl der Infektionen war in Berlin 3—4mal so hoch wie in Leningrad. Die Freigabe des Aborts bedeutet ein Mittel, die Frauen vor Infektionen zu schützen, eine Bekämpfung der Puscherei und eine Reduzierung der kriminellen Aborte.

Richter (Ohlau).^o

Hart, Bernard: Induction of abortion from the psychiatric standpoint. (Einleitung des Abortes vom psychiatrischen Standpunkt aus.) (*Univ. Coll. Hosp., London.*) *Lancet* 1929 I, 658—659.

Bei echten Psychosen, sei es, daß sie bereits vor der Schwangerschaft existierten oder erst während einer Schwangerschaft auftreten, ist die Einleitung des Abortes nicht gerechtfertigt, da die Schwangerschaft in keinem Zusammenhang mit dem Wesen der geistigen Erkrankung steht. Das gilt auch für sog. Erschöpfungspsychosen. Nur bei Rückfällen von Psychosen, wo die früheren Anfälle bereits mit Schwangerschaften verbunden waren, ist meist eine Einleitung des Abortes wünschenswert. Bei den Psycho-
neurosen lassen sich exakte Richtlinien nicht angeben. Hier muß jeder einzelne Fall individuell gewürdigt werden. Aber es gibt Fälle, wo tatsächlich die Schwangerschaftsunterbrechung gerechtfertigt ist. Ebenso ist sie gerechtfertigt bei einer Gruppe, die zwischen Psychose und Psychoneurose steht, wo schwere Angstzustände auftreten, verbunden mit Suicidgefahr. Bei einer Entscheidung können in solchen Fällen die ökonomischen Verhältnisse der Patienten nicht vernachlässigt werden. *Peysers*.^o

Busehke, A., und Wilhelm Curth: Über die Bedeutung der Graviditätsdermatosen für die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. (*Dermatol. Abt., Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.*) *Münch. med. Wschr.* 1929 I, 361—364.

Bei der Impetigo herpetiformis ist die Unterbrechung der Gravidität wohl in jedem Falle indiziert. Bei dem Herpes gestationis dürfte sie nur ganz ausnahmsweise in Betracht kommen. Beim Pemphigus muß man unterscheiden, ob dieser schon vor der Gravidität besteht oder durch die Gravidität ausgelöst wird. Der erstere gibt eine schlechtere Prognose als der letztere, der Verlauf der Erkrankung und das Allgemeinbefinden sind ausschlaggebend für die Unterbrechungsindikation.

Max Jessner (Breslau).

Birch-Hirschfeld: Hochgradige Kurzsichtigkeit und künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. (*Univ.-Augenklin., Königsberg i. Pr.*) *Z. Augenheilk.* 68, 127—133 (1929).

Birch-Hirschfeld glaubt nicht, daß die normale Schwangerschaft an sich eine besondere Gefahr für das hochgradig kurzsichtige Auge bildet. Eine Grenze für die Berechtigung der Schwangerschaftsunterbrechung (S.U.) in Dioptrien anzugeben ist nicht möglich, da die Fälle sich verschieden verhalten können. Wichtiger ist das Verhalten des Augenhintergrundes. Durch Angabe der klinischen Daten von 3 kurzsichtigen Frauen, bei denen er die S.U. befürwortet hat, zeigt B.-H., worauf es ankommt. Er faßt seinen Standpunkt zu dieser Frage dahin zusammen, daß beidäugige hochgradige Kurzsichtigkeit mit zentralen Netzhautveränderungen und Schwachsichtigkeit des einen Auges zur S.U. berechtigt wegen der Gefahr der Erblindung oder Eintretens einer der Erblindung praktisch gleichkommenden Schwachsichtigkeit (durch Blutung, Gefäßobliteration) auch des besseren Auges. Diese Gefahr ist besonders dann zu berücksichtigen, wenn nach früheren Geburten Abnahme der Sehkraft mit oder ohne Fort-

schreiten der Kurzsichtigkeit beobachtet worden ist. Unter gleichen Bedingungen ist auch Empfängnisverhütung zu empfehlen. Die Entscheidung soll den individuellen Verhältnissen weitgehend Rechnung tragen.

F. Jendralski (Gleiwitz).

Krückmann: Über ophthalmologische Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft. (*Ges. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Berlin, Sitzg. v. 30. XI. 1928.*) *Z. Geburtsh.* 95, 340—348 (1929).

Auf Grund seiner Erfahrungen und wiederholter Aussprachen mit Puppe, Bumm, Franz stellt Krückmann folgende augenärztliche Indikationen für die Unterbrechung der Schwangerschaft (S.U.) auf. Die S.U. ist angezeigt bei eklamptischer Amaurose, da dann das Sehvermögen wiederkehrt. Es soll ferner unterbrochen werden bei chronischen Nierenleiden, wenn Netzhautveränderungen vorhanden sind, auch bei urämischer Amaurose. Bei Erblindung infolge akuter Nierenerkrankung soll die S.U. in Betracht gezogen werden, wenn starke Krämpfe und Gefäßspasmen vorhanden sind, denn die Retina verträgt Sauerstoffmangel nicht lange. Im übrigen muß nach der Schwere des Falles entschieden werden. Wenn bei einer Retinitis als Nebenerscheinung einer schweren Nierenentzündung Sehnerv oder Maculagegend erkrankt sind, das Sehvermögen stark sinkt, ist die S.U. anzuraten, desgleichen bei albinurischer Netzhautablösung. Netzhautblutungen in der Schwangerschaft erfordern große Aufmerksamkeit, da sie erste Anzeichen einer ernstern Nierenerkrankung sein, bei allgemeiner Hypertonie drohende Hirnblutung anzeigen können. Schwangere mit perniziöser Anämie und Netzhautblutungen befanden sich nach der S.U. noch jahrelang wohl. Kr. hat sich bei 50 Fällen von Endocarditis lenta mit Netzhautblutungen von der Aussichtslosigkeit jeder Behandlungsart überzeugen können und den Eindruck gewonnen, daß die Schwangerschaft den Zustand verschlechterte. Daher hat er mehrfach die S.U. befürwortet. Bei diabetischen Schwangeren ist die S.U. angebracht, wenn die Insulinbehandlung versagt, vorhandene Netzhautblutungen zunehmen und die Maculagegend bedroht wird. Dringend angezeigt ist die S.U. bei tuberkulöser Erkrankung der Netzhautvenen mit Blutungen. Bei anderen Formen der Augentuberkulose ist die Indikation nicht dringend, man kann erst beobachten, wird sich aber besonders bei doppelseitigen tuberkulösen Prozessen am Sehnerv oder in der Maculagegend, bei bösartigen tuberkulösen Erkrankungen des vorderen Augenabschnittes (Exsudat, Sekundärglaukom) zur S. U. entschließen müssen. Luetische Augenkrankheiten gaben Kr. bisher keine Veranlassung zur S.U., auch nicht tabische Opticusatrophie. Neuritis optica als Symptom der multiplen Sklerose kann die S.U. notwendig machen, wenn das Sehvermögen im Verlaufe der Schwangerschaft abnimmt. Das gleiche gilt für die Stauungspapille bei nicht lokalisierbaren oder inoperablen Hirntumoren, weil das Tumorstadium in der Schwangerschaft meist rasch zunimmt. S.U. kommt auch bei Netzhautablösung hochgradiger myopischer Augen in Frage, besonders dringend, wenn ein Auge schon während einer früheren Schwangerschaft erblindet ist und etwa am zweiten Auge Zeichen einer beginnenden Netzhautablösung auftreten. Auch bei nicht myopischer Netzhautablösung ist die S.U. zu erwägen. Exophthalmus bei Basedowscher Krankheit erfordert nur dann Unterbrechung bestehender Schwangerschaft, wenn Hornhautdefekte auftreten und der Nahtverschluß der Lider unmöglich oder aussichtslos erscheint.

In der Aussprache betont Sachs, daß die Indikationen von Krückmann sich fast gar nicht von denen Winters unterscheiden. Nur bezüglich der eklamptischen Amaurose sei Winter konservativer, denn mit dem Abklingen der eklamptischen Erscheinungen sei auch die Amaurose geschwunden. Bei urämischer Amaurose wurde stets unterbrochen, ebenso bei perniziöser Anämie, auch wenn keine Augensymptome bestanden, die Diagnose aber gesichert war. Die gleiche Indikation galt für die Neuritis nervi optici. — Auch Hamerschlag ist bei eklamptischer Amaurose zurückhaltender als Krückmann. Er berichtet über den ungünstigen Einfluß der Schwangerschaft auf die Kurzsichtigkeit einer Frau (Zunahme der Kurzsichtigkeit, Netzhautblutungen), so daß er sich genötigt sah, die 5. Schwangerschaft zu unterbrechen. Besonders aber richtet er an Krückmann die Frage, ob er denn in den Fällen, bei denen er sich wegen des Augenbefundes zur S. U. entschlossen hat, danach

Besserung dieses Befundes hat beobachten können, denn man stehe doch auf dem Standpunkte, daß man eine Berechtigung zur S. U. nur dann habe, wenn nur diese die schwere Schädigung des Körpers aufhebe oder doch eine Verschlechterung verhüte. — Auch Stoeckel betont, daß die S. U. nur auf Grund der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen vorgenommen werden dürfe. Er habe zum Teil den Eindruck gehabt, daß Krückmann sog. Mitleidsindikationen aufstelle, also etwas weitherzig im Sinne des Gesetzes sei. — Krückmann hält demgegenüber seinen als weitherzig bezeichneten Standpunkt für berechtigt in allen Fällen, in denen zu hoffen ist, auch nur einen Rest des Sehvermögens durch die S. U. zu erhalten. Das gelte besonders für die Netzhautblutungen, solange nicht eine Möglichkeit aufgezeigt werde, während der Schwangerschaft das Gefäßsystem zu stabilisieren.

F. Jendralski (Gleiwitz).

Peller, Sigismund: Studien zur Statistik des Abortus. (*I. Chir. Abt., Allg. Krankenh., Wien.*) Zbl. Gynäk. 1929, 861—871.

In den ersten Nachkriegsjahren ist die Gesamtzahl der Todesfälle post abortum gegenüber der Vorkriegszeit angestiegen. Die Zahl der Todesfälle nach Perforationen, die an sich klein ist, ist dagegen gesunken. 28% der im Wiener Allgemeinen Krankenhaus behandelten Abortfälle waren fieberhaft. In 3,2% trat Exitus letalis ein. Die Häufigkeit des letalen Ausgangs der Abortfälle war in den ersten Jahren nach dem Kriege sehr hoch; sie sank im Laufe der Jahre von 3,4 auf 0,45%. In den Nachkriegsjahren ist die Frequenz des Abortes angestiegen. Sie wird in Wien auf rund 14000 pro Jahr berechnet.

O. Schmidt (Breslau).

Puppel, E.: Der kriminelle Abort in Thüringen 1915—1926. (*Hebammenlehranst., Mainz.*) Münch. med. Wschr. 1929 I, 780—781.

Statistische interessante Veröffentlichung auf Grund der Gerichtsakten über alle zur Verfolgung gekommenen Abtreibungsfälle in Thüringen in den Jahren 1915—1926. Die Gesamtzahl der Fälle ist 236. In 83 Fällen mit 231 Angeklagten wurde das Hauptverfahren eröffnet, in 151 Fällen erfolgte Einstellung. 46 Angeklagte wurden freigesprochen, 163 verurteilt, 2mal wurde das Hauptverfahren niedergeschlagen. 5 Fälle fielen unter Amnestien, 15mal wurde das Hauptverfahren eingestellt. In 32 Fällen handelte es sich um Lohnabtreibung, es kamen 18 Todesfälle infolge von Abtreibung vor. Fast alle Verurteilten erhielten mildernde Umstände zugebilligt, darunter auch einige Lohnabtreiber. Fast immer wurde Bewährungsfrist mit bedingtem Strafaufschub erteilt, aber eine empfindliche Buße gleichzeitig verhängt. Mehrfach kam Begnadigung bei Lohnabtreibung vor. Auffallenderweise sollen Gnadengesuche der Geschworenen selbst eingereicht worden sein. Innere Mittel waren selten (hauptsächlich die üblichen Teeaufgüsse), Rotwein mit Nelken, Kaffee mit Cognak, aber auch Schmierseife per os, je 1mal Petersilie und Lebensbaum. In 1 Fall war angeblich nach Genuß von Tee (Hamburg sei häufige Bezugsquelle) Quecksilbervergiftung eingetreten mit Verätzung von Uterus und Vagina, im Mageninhalt erhebliche Mengen von Quecksilberverbindungen. Von mechanischen Mitteln steht die intrauterine Injektion an erster Stelle, vorwiegend mit Klyso Pompe, als Spülflüssigkeit gewöhnliches, nicht gekochtes Wasser, Seifenwasser, Kalium hypermanganicum. Das bekannte Vorgehen bei der Selbstabtreibung in Hockstellung wird mehrfach angegeben, auch das allgemein bekannte gewöhnliche Vorgehen der Lohnabtreiber, meist im Dunkeln. 2mal wurden anonyme Anzeigen wegen ärztlich indizierten Abortes gegen Ärzte erstattet. Von den 18 Todesfällen scheiden 4 aus: akute gelbe Leberatrophie, 2 unklare Fälle und 1 Ileus. 2 tödliche Tetanusfälle ohne weitere Klärung. Die übrigen zeigten bei der Autopsie mehr oder weniger große Uterusperforationen, 1mal eine Rectumverletzung mit Douglasabsceß, in 10 tödlichen Fällen Anzeige durch beamtete Ärzte, aber nur in 2 Fällen Ermittlung des Täters. Verf. selbst hat aus den Kranken oder deren Angehörigen nie etwas herausgebracht; nur einmal später von einer Sterbenden. Die Lohnabtreiber stammen aus den einfachsten Kreisen der Bevölkerung, arbeitslose Handwerker, Naturheilkundige, berufslose Frauen und „sog. geborene Verbrecher“. Lebensalter: 20—75 Jahre, bei den Opfern 17—47 Jahre. Kaufpreis: Lieferung von Lebensmitteln, besonders in der Inflationszeit (Wurstsuppe, ein Stück Kuchen u. ä.), andererseits Zahlung bis 150 RM. Verhältnis von Ledigen und Ehefrauen wie 47:43. „Ursache der Abtreibungen“ seitens der Opfer: Not, vor allem Wohnungsnot. Sonst werden die üblichen sozialen Schwierigkeiten von den Angeklagten betont, aber auch die öffentliche

Bekanntmachung politischer Parteien bezüglich Abschaffung der Abtreibungsparagraphen. Zum Schluß erhebt Verf. die Forderung, die Lohnabtreibung auch künftighin streng zu bestrafen. (Vgl. diese Z. 12, 576.) *Walcher* (München).

Atajanz, I. A.: Über eine intraabdominale traumatische Blutung aus dem Ovarium. (*Gynäkol. Abt., Krankenh. „Asisbekoff“, Baku.*) Zbl. Gynäk. 1929, 615—616.

32jährige Frau, die mit den Erscheinungen einer Tubargravidität zur Operation kommt. Es findet sich bei der Lap. eine große Menge Blut in der Bauchhöhle, am rechten Ovarium ein Riß, am Lig. ovarii proprium und im Douglas eine Verletzung. Versorgung durch Naht. Heilung. Ursache traumatisch: durch Abtreibungsversuch und Perforation kamen obige Verletzungen zustande. *v. Weinzierl* (Prag).^o

Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

Kakuschkin, N.: Über die Länge der Vagina bei erwachsenen Frauen. (*Frauenklinik., Univ. Saratov.*) Z. Anat. 88, 377—384 (1928).

Verf. hat bei 484 Fällen die Scheidenlänge von Vorder- und Hinterwand bestimmt. Die Messung erfolgte mit einem Metallmaß mit Handgriff. Die Resultate sind folgende: Die Vaginallänge von Vorder- und Hinterwand ist sehr verschieden, vor allem das Differenzverhältnis der beiden Scheidenwände. Je größer die Körperlänge der Frau, um so länger die Vagina, jedoch ist dieselbe bei kleineren Frauen relativ länger, bei größeren Frauen relativ kürzer. Mit fortschreitendem Alter vergrößert sich die Länge, um im Senium zu schrumpfen. Relativ am längsten ist die Scheide im reifen Alter. Je länger das Geschlechtsleben der Frau dauert, um so größer ist die Scheidenlänge; ebenso ist die Länge bei größerer Geburtenzahl größer. Die Durchschnittsmaße der Vagina sind herabgesetzt bei Unterentwicklung des Uterus, bei Retroversio uteri und in der Lactationsperiode. Die Längendifferenzen aus verschiedensten Ursachen kommen hauptsächlich im Längenmaß der Hinterwand zum Ausdruck. *Bohnen* (Kiel).^o

Herrmann, Fritz: Über eine besondere Hymenalvarietät. Z. Anat. 88, 784—785 (1929).

Bei einer 20jährigen Virgo zeigte das anscheinend verschlossene Hymen eine halbmondförmige, dorsal gewulstete Öffnung unmittelbar unter der Urethra. Bei der Excision zeigten sich zwei drehrunde 3 mm starke und 6 mm lange Stränge, die unter der Urethra abgingen und beiderseits an der Ansatzstelle des Hymen verstrichen, wodurch zwei Öffnungen entstanden. Das Fehlen einer Mündung des Stranges spricht gegen eine Abkunft vom Gartnerschen Gang. *Krause* (Mülheim-Ruhr).^o

Wachholz, L.: Über die Diagnose der Jungfräulichkeit. *Polska Gaz. lek.* 1928 II, 893—894 [Polnisch].

Von besonderer Wichtigkeit sei das Feststellen der Jungfrauenhaut und deren Bestand für die gerichtliche Praxis, da es sich oft um die Entscheidung handle, ob der männliche Penis in die Scheide schon eingeführt worden sei. Jedoch müsse erwähnt werden, daß in Fällen eines höchst elastischen Hymen (Hymen tendineus) eine solche Entscheidung oft auf Schwierigkeiten stoße, da trotz wiederholten Coitus eine derartige Jungfrauenhaut unverändert bleibe. Deshalb habe der Gerichtsarzt recht, welcher im Zusammenhang mit dem bekannten Berliner Prozeß von Hilde Scheller gegen Paul Krantz behauptet hätte, daß die Diagnose der Jungfräulichkeit von einem erfahrenen Gerichtsarzt und nicht vom praktischen Arzt vorgenommen werden müsse. Die geringe Erfahrung des praktischen Arztes in dieser Hinsicht lasse sich damit erklären, daß selbst beim Studium der Anatomie diesem Organ eine nur sehr geringe Aufmerksamkeit geschenkt würde. — Zuletzt weist der Autor noch darauf hin, daß Untersuchungen des Hymen nur bei entsprechendem Licht (am besten Tageslicht) und auf dem gynäkologischen Stuhle vorgenommen werden müßten.

B. Kowalski (Poznań).^o

Strassmann, G.: Die Untersuchung auf Virginität. (*Gerichtsärztl. Univ.-Inst., Breslau.*) Dtsch. med. Wschr. 1928 II, 1418.

An der Hand von Beispielen wird dargelegt, wie schwierig die Untersuchung des Hymens auf Virginität ist, daß der praktische Arzt im allgemeinen zu dieser Be-