

Gerichtliche Geburtshilfe.

Batisweiler, Johann: Die Kohabitation in der Ätiologie des Puerperalfiebers. (II. Frauenklin., Univ. Budapest.) Zbl. Gynäk. 1931, 2858—2869.

Kohabitation in der ersten Hälfte der Schwangerschaft kann zu Blutungen und Fehlgeburt führen. Es wird die einschlägige Statistik über diese Zeitperiode genau besprochen. Besonders bei Erstgeschwängerten wäre auf die Dauer der ersten 3 Monate eine Abstinenz anzuraten. In der 2. Hälfte der Gravidität ist unter normalen Umständen der geschlechtliche Verkehr gefahrlos. In den letzten 3—6 Wochen hat der Verkehr zu unterbleiben, denn durch ihn können nicht nur Infektionen, sondern auch vorzeitiger Blasensprung verursacht werden. Während der Geburt oder nach erfolgtem Blasensprung kann der Coitus eine tödliche Sepsis hervorrufen. Im Wochenbett zu früh erfolgter Verkehr kann ebenfalls zu einer tödlichen Sepsis führen, wie Verf. in einem selbsterlebten genau untersuchten Falle (Spermatozoenbefund im Uterus bei der Obduktion) beobachten konnte.

P. Klein (Prag).

Grosser, Otto: Embryonalentwicklung, Konzeptions- und Ovulationstermin. Zbl. Gynäk. 1932, 706—710.

Der Follikelsprung liegt wahrscheinlich 14—16 Tage nach Beginn der letzt abgelaufenen Menses. Unter 24 Fällen mit genauen Konzeptionsangaben fielen 10 auf die Zeit vom 2. bis 10., 10 auf die vom 18. bis 24. und 4 auf die vom 11. bis 17. Tage nach Beginn der letzten Menses. Letztere Zeit hält Knaus für die einzig mögliche Konzeptionszeit. Physiologischerweise fallen Kohabitation, Ovulation und Befruchtung der Eizelle zeitlich zusammen oder sind nur durch Stunden getrennt. Ein mehrtägiges Überleben der Eizelle scheint ausgeschlossen. Die Implantation wird etwa auf den 10. Tag nach Entwicklungsbeginn anzusetzen sein. Möglicherweise ist dieser Zeitraum noch kürzer. Wie die 10 Tage auf Tubenwanderung und Wanderung im Uterus bis zur Implantationsstelle aufzuteilen sind, bleibt unbestimmt.

Georg Straßmann (Breslau).

Bolaffio, M.: Über den Konzeptionstermin. (Univ.-Frauenklin., Modena.) Zbl. Gynäk. 1932, 1510—1520.

Die Erhebungen gehen auf die Kriegszeit zurück mit einmaligem Verkehr mit dem Urlauber in 68 Fällen, und mit 1—3 tägigem Verkehr in 89 Fällen. Die Zahl ist aber so klein, daß die Schlußfolgerungen nur im Zusammenhalten mit anderen Statistiken Wert erhalten. Verf. stellt seine Ergebnisse mit denen der übrigen Autoren in Kurvenform zusammen und findet das Konzeptionsmaximum am 7. bis 8. Tage, das Minimum in den letzten 7 Tagen des Cyclus. In seinen eigenen Fällen ist es freilich in den 2 ersten Tagen besonders groß im Vergleich mit den übrigen Autoren. Die Konzeptionsfähigkeit steigt vom 1. bis 8. Tage, fällt rasch ab und wird vom 17. Tage ab sehr gering. Bei Cyclen von längerer Dauer als 28 Tage steigt sie wieder vom 29. Tage und vom 31. Tage ziemlich bedeutend. In dieser dicht prämenstruellen Zeit und in den 2 ersten Tagen werden vorwiegend Mädchen, in den 2 folgenden Tagen werden etwa gleichviel Knaben und Mädchen und zwischen dem 5. bis 16. Tage bedeutend mehr Knaben empfangen. Dieses Ergebnis wird mit der verschiedenen Reife der Eier in Verbindung gebracht. Die Zahlen sind um so auffälliger, als die nicht zahlreichen Konzeptionen unmittelbar vor der Regel ganz vorwiegend Mädchen erbringen. Nicht nur die Einbettung des Eies, sondern schon Konzeption verhindert das Eintreten neuer Menstruation. Befruchtung ist auch kurz vor der Menstruation möglich. Aus einer Reihe einzeln angeführter Fälle geht hervor, daß die Imprägnation der Konzeption unmittelbar folgt. Normale Menstruation nach Konzeption ist zumindest sehr selten. Das „Primat der Eizelle“ wird angenommen, weil das befruchtete Ei schon vor der Einbettung das Corpus luteum zum Corpus luteum graviditatis wandle. (Dieses kann natürlich nur auf die Fälle von Spätkonzeption unmittelbar vor der zu erwartenden Menstruation bezogen sein; Ref.) Mit der Annahme der häufigsten Zeit des Follikelsprunges am 9. bis 10. Tage (R. Meyer) und mit der Annahme einer schnellen Befruchtung post coitum (Grosser) stimmt das

Optimum der Befruchtung am 7. und 8. Tage. Der Follikelsprung folgt meist der Begegnung, steigend von 1—8 Tagen. Späterer spontaner Sprung des Follikels erbringt weniger fruchtbare Eier.

Robert Meyer (Berlin).^o

Ogino, K.: Über den Konzeptionstermin des Weibes und seine Anwendung in der Praxis. (*Gynäk. Abt., Takeyama-Krankenhs., Niigata.*) Zbl. Gynäk. 1932, 721—732.

Ogino glaubt an der Hand eigener Beobachtungen gefunden zu haben, daß der Konzeptionstermin zwischen dem 12. und 19. Tag vor der nächsten Menses liegt, daß in einem 5tägigen Zeitabschnitt vorher nur selten eine Konzeption möglich ist und im übrigen die Frau steril wäre. Die Befruchtungsfähigkeit der menschlichen Samenfäden dauere im allgemeinen nicht länger als 3 Tage, vielleicht ausnahmsweise 4—8 Tage. Während des 11tägigen Zeitabschnittes vor den nächsten Menses sei die Konzeption unmöglich. Zwischen dem 20. und 24. Tag vor den Menses (4. bis 8. Tag vor der Ovulation) sei die Konzeption selten möglich.

Georg Strassmann (Breslau).

Kraus, E. J.: Weitere Erfahrungen mit der Samenblasenreaktion (SBR.) zur Erkennung der Schwangerschaft aus dem Harn. (*Path.-Anat. Inst., Dtsch. Univ. Prag.*) Münch. med. Wschr. 1932 I, 214—216.

In der Med. Klin. 1930 II, 1484 hat Verf. über ein der Schwangerschaftsreaktion von Aschheim-Zondek nachgeahmtes Verfahren berichtet, das gestattet, bei Verwendung männlicher infantiler Mäuse schon nach 3 Tagen eine bestehende Schwangerschaft bei der Frau zu erkennen bzw. auszuschließen. Bei vorliegender Gravidität sind die Samenblasen dieser Tiere mindestens 2mal, in der Regel sogar mehrfach so groß als die des Kontrolltieres. Verf. teilt hier die Ergebnisse an 200 Harnproben mit der Samenblasenreaktion mit. Er sieht sie als ebenso verlässlich wie die Aschheim-Zondeksche Reaktion an; ihr Vorteil liegt darin, daß sie um einen Tag kürzer dauert als die Originalreaktion. Allerdings kommen bei pathologischen Zuständen (Genitalcarcinom, Kastration, chronischer Hirndruck) Versager vor. Verf. hatte im ganzen 3,8% Versager. Der negative Ausfall der Samenblasenreaktion vermag indessen Gravidität ebenso sicher auszuschließen, wie die negative Reaktion von Aschheim-Zondek, während die starke Samenblasenvergrößerung bei gesunden Frauen in geschlechtstüchtigem Alter ebenso sicher Gravidität anzeigt, wie die positive Hypophysenvorderlappenreaktion II und III. Man sollte die Samenblasenreaktion womöglich stets zusammen mit der Reaktion nach Aschheim-Zondek ausführen. E. Philipp (Berlin).^o

Léon, Juan: Quelques essais sur la réaction de Manoiloff. Valeur de l'épreuve dans le diagnostic de la grossesse. La réaction chez les parturientes et les nouveau-nés. Contribution à l'étude du chimisme de l'épreuve. (Über Versuche mit der Manoiloffschen Reaktion. Wert der Probe für die Diagnose der Schwangerschaft, die Reaktion bei Gebärenden und Neugeborenen mit Beitrag zum Chemismus der Probe.) (*Clin. Obstétr. et Gynécol. „Elvizeo Canton“, Univ., Buenos Aires.*) Gynéc. et Obstétr. 25, 285—299 (1932).

Verf. kommt zu dem Schluß, daß die Manoiloffsche Reaktion keine spezifische Schwangerschaftsprobe darstellt. Ihr positiver Ausfall ist für Gravidität nicht beweisend, die negative Reaktion dagegen schließt fast mit Sicherheit eine über 2 Monate alte Schwangerschaft aus. Die Häufigkeit der positiven Resultate steigt mit zunehmendem Schwangerschaftsalter.

Klaas Dierks (Berlin).^o

Szathmáry, Zoltán v.: Über den Wert der Manoiloffschen Schwangerschaftsreaktion. (*II. Frauenklinik., Univ. Budapest.*) Z. Geburtsh. 102, 112—120 (1932).

Verf. kommt zu dem Schluß, daß die Manoiloffsche Reaktion keine spezifische Schwangerschaftsprobe darstellt und für die Frühdiagnose der Gravidität ungeeignet ist.

Klaas Dierks (Berlin).^o

Nissim, L., und I. Richter: Beitrag zur Schnellidiagnose der Schwangerschaft (Probe nach Kamnitzer-Joseph). Rev. Obstétr. 10, 74—93 (1931) [Rumänisch].

Die Schwangerschaftsdiagnose nach Kamnitzer-Joseph besteht in der Auslösung eines Phlorrhizindiabetes bei der Schwangeren. Verwendet wird β -Eucaïnphlorrhizin, das

sich im Handel unter dem Namen Maturin und Gravidol befindet. Wenn bei einer Frau, bei der kein Zucker im Urin festzustellen war, $\frac{1}{2}$ Stunde nach intramuskulärer Injektion von Maturin eine Glykosurie auftritt, so ist die Diagnose einer Schwangerschaft sehr wahrscheinlich. Bei 140 Schwangeren und Nicht-Schwangeren lieferte die Probe nach Kamnitzer-Joseph Fehlergebnisse in der Höhe von 10—16%. In der ersten Hälfte der Schwangerschaft fanden sich 10% Versager. Von rein gynäkologischen Fällen hatten 12% eine positive Kamnitzer-Reaktion. Bei Amenorrhöen außerhalb der Schwangerschaft gibt diese Reaktion Fehlergebnisse in der Höhe von 22%. Trotzdem empfehlen Verff. weitere Untersuchungen mit dieser Schwangerschaftsreaktion.

Bickel (Berlin).^{oo}

Kolde, W.: Gräfenbergring und Eileiterschwangerschaft. Zbl. Gynäk. 1932, 1048—1050.

Auf Grund eines Falles, bei welchem es trotz Gräfenbergringes zu einer extrauterinen Gravidität gekommen war, spricht sich Verf. entschieden gegen dieses „Abortivmittel“ aus.

P. Klein (Prag).^o

Kreis, J.: La durée de l'accouchement normal. (Die Dauer der normalen Geburt.) (*Clin. Gynécol. et Obstétr., Univ., Strasbourg.*) Rev. franç. Gynéc. 27, 205—228 (1932).

Es zeigt sich, daß die Geburtsarbeit bei einer Erstgebärenden unter normalen Verhältnissen 6 Stunden nicht überschreiten sollte. Wenn man die Zeit der Austreibung annäherungsweise feststellen wollte, so würde sie etwa 40—45 Minuten betragen. — Für die normale Mehrgebärende würde sich die Geburtsdauer auf etwa 4 Stunden belaufen. Sie ist aber häufig kürzer, besonders in Hinsicht auf den Zeitabschnitt, welcher auf die Austreibung entfällt, da nur selten eine völlige Rückbildung der Gewebe nach den vorangegangenen Geburten eingetreten ist. Diese Fälle sind aber, streng genommen, nicht als normal zu bezeichnen. — Verf. bespricht dann ausführlich die Regelwidrigkeiten, welche im Gefolge eines unregelmäßigen Wehenbeginns eintreten, weiterhin die Pathogenese der Vorwehen bzw. der „fausses douleurs“, und die Störungen der Wehentätigkeit unter der Geburt.

Brühl (Göttingen).^o

Föderl, Viktor: Superfetatio. Ein beweisender Fall. (II. Univ.-Frauenklin., Wien.) Arch. Gynäk. 148, 653—673 (1932).

34jährige Frau. Zwei Geburten vorausgegangen. Letzte Periode am 4. III. Am 1. IV. schwache Blutungen. Seit 9. VI. stärkere Blutungen und Krämpfe. Auf Chinin Ausstoßung einer $3\frac{1}{2}$ monatigen lebensfrischen männlichen Frucht. 2 Stunden später Abgang der vollständigen Placenta. 2 Tage nach der Aufnahme hält die Blutung trotz Verabreichung von Wehenmitteln an, der Uterus ist überfaustgroß und weich. Austastung und Ausräumung eines walnußgroßen Placentaklumpens. Heilung. Die histologische Untersuchung ergab, daß es sich um ein gut erhaltenes Ei handle, welches einen etwa 16 mm langen, lebensfrisch fixierten Embryo enthält. Während die Placenta der ersten Frucht keine Langhans-Zellen mehr enthält, sind solche in der zweiten Placenta nachweisbar. Der zweite Embryo war weiblich. Der größere Embryo entspricht in seiner Größe der 16. Schwangerschaftswoche, der kleinere entsprechend der Entwicklung der Nachniere dem Ende der 6. Woche. Kopf war leider nicht erhalten. Die Vortäuschung eines Altersunterschiedes durch Absterben der Frucht kann mit Sicherheit ausgeschlossen werden, denn der Embryo war im Zeitpunkte der Ausstoßung fraglos lebensfrisch. Feten und Placenten sind altersverschieden.

Damit ist der Beweis für das Vorliegen einer Superfetation erbracht.

O. O. Fellner (Wien).^{oo}

Gengenbach, Alfred: Maße und Gewichte von Feten in den frühen Monaten. (*Frauenspit.-Basel-Stadt.*) Zbl. Gynäk. 1932, 972—975.

Von 180 Feten des 2.—7. Schwangerschaftsmonates, berechnet nach dem 1. Tag der letzten Menstruation, wurden die Scheitel-Fersenlängen und das Gewicht bestimmt. Dabei zeigten sich bei den Feten gleicher Graviditätsdauer ganz erhebliche Differenzen. Noch größere Unterschiede allerdings ergab die quantitative Bestimmung des Fruchtwassers, sowie die Bestimmung des spezifischen Gewichtes und des Eiweißgehaltes, so daß diese Zahlen zunächst nicht verwertet wurden. Die errechneten Mittelwerte ergeben eine Kurve, welche mit den Werten von Haase weitgehend übereinstimmt. Für die ersten 3 Monate allerdings sind die Haaseschen Angaben zu hoch. Verf. gibt außerdem noch eine Streuungskurve, aus der man ersieht, daß z. B. ein Fetus von 150 Tagen zwischen 22 und 30,5 cm messen kann. Es werden Zahlen für die

Wachstumsgeschwindigkeit angegeben, welche bis zum 4. Monat ansteigt, dann langsam abnimmt. Sie beträgt z. B. im 4. Monat 3,2 mm pro Tag. Eine weitere Kurve zeigt die Streuung der Schwangerschaftsdauer bei gegebener Kindeslänge, welche in extremen Fällen bis zu 2 Monaten umfassen kann. *Brühl* (Göttingen).^o

Grosser, Otto: Über das wahre Alter menschlicher Embryonen. *Anat. Anz.* **73**, 479—486 (1932).

Verf. ergänzt seine 1927 (in Bd. V der Frauenheilkunde) aufgestellte Alterstabelle junger menschlicher Embryonen. Nach kritischer Aussonderung mehrerer Fälle bleiben im ganzen 24 übrig, deren Anamnesen fast durchweg ganz eindeutig lauten und deren Entwicklungsgrad, besonders der jungen Stadien, genau bestimmt ist. Diese 24 Fälle werden in einer Tabelle nach ihrem Alter geordnet. Sie umfaßt das Alter von 12—13 Tagen (Sch. v. Möllendorff) bis zu 69 Tagen (Ve 5 Ludwig) und bringt neben dem Alter noch Angaben über Konzeption, Wartezeit der Spermien, Ovulation und Imprägnation. Erörtert werden weiter noch die Altersbestimmung von Ludwig und die sich aus der Tabelle ergebenden Ovulations- und Konzeptionstermine. Hinsichtlich der letzteren spricht sich Verf. gegen die immer wieder behauptete Sterilität der Frau bis zum 11. und nach dem 17. Tage des Intermenstruums aus. Am Schluß werden noch die Altersbestimmungen für die wesentlichsten Stadien der menschlichen Frühentwicklung zusammengestellt, z. B. Implantation 10. Tag; Primitivstreifen 18. Tag; Beginn der Segmentierung 20. Tag usw. *Voss* (Leipzig).^o

Bachner, Fritz: Zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung bei M. Addison. (*Frauenklin., Dtsch. Univ. Prag.*) *Zbl. Gynäk.* **1932**, 1039—1042.

Verf. schildert einen selbsterlebten Fall, bei welchem es durch Gravidität zu einer bedeutenden Verschlechterung des Allgemeinzustandes gekommen war. Nach Beseitigung der Schwangerschaft trat wieder Erholung ein. Da man jetzt die Möglichkeit hat, bei M. Addison erfolgreich Nebennierenrindenhormonpräparate zu verabreichen, die Prognose also nicht mehr in allen Fällen so schlecht zu sein scheint, ist die *Interruptio gravid.* indiziert. *P. Klein* (Prag).^{oo}

Bucura, C.: Die psychiatrische und neurologische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung. (*Gynäkol. Abt., Poliklin., Wien.*) *Mschr. Geburtsh.* **91**, 22—31 (1932).

Anschließend an die Besprechung des Themas in der Wiener Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie sind hier die Erfahrungen zur Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung, nach denen heute verfahren zu werden pflegt, zusammengestellt. Ein neuer Gesichtspunkt oder eine Vertiefung der alten ist nicht hinzugefügt. Daß bei den vielfach noch unübersehbaren Entwicklungsbedingungen der in Frage kommenden Krankheiten ganz allgemein anerkannte Regeln sich nicht aufstellen lassen, ist selbstverständlich. (Vgl. diese Z. **18**, 250.) *Seelert* (Berlin-Buch).^o

Borberg, N. C.: Die ärztlichen, speziell die neuropsychiatrischen Indikationen des künstlichen Aborts. *Hosp.tid.* **1932**, 399—406 [Dänisch].

Bei disseminierter Sklerose und bei Encephalitis chronica sehen wir oft eine erhebliche Verschlimmerung durch die Geburt und Schwangerschaft, und ihre Unterbrechung wäre zulässig. Bei Morbus Basedow fanden Nowak und Seiz in 60% Fällen eine Verschlimmerung der Krankheit durch die Gravidität, in 40% der Fälle trat keine erhebliche Einwirkung, gelegentlich auch eine Besserung ein. Doch dürften Durchschnittszahlen nicht maßgebend sein und jeder einzelne Fall ist individuell nach seiner Art, Schwere, Dauer zu beurteilen. Außereheliche Schwangerschaften bei diesen Leiden sind anders zu bewerten als legitime. Bei polyglandulärer Insuffizienz toxischer Graviditätsneuritis, Myelitis, Eklampsie, Chorea, Erbrechen der Schwangeren, Tetanie ist jeder Fall einzeln zu prüfen. Bei Syphilis (*Lues cerebrospinalis*, *Tabes*) kommt mehr die antisiphilitische Behandlung in Frage. Bei beginnender Schizophrenie, Manisch-Depressiven kommt es auf das Stadium, Verlauf des Leidens, Stillstand, Progression an. Bei den Depressionen kommen physiologische Reaktionen, Hysterie, Übertreibung, Verhütung von Suicidien mit in Betracht. Eine Internierung kann mitunter letzteren vorbeugen. Wenn der Abtreibungsparagraph im Augenblick noch nicht

ganz entbehrlich ist, so ist doch eine freiere, tolerantere, vernünftige Anwendung und Auffassung desselben anzuraten. *S. Kalischer* (Charlottenburg).

Pagani: Indicazioni oftalmologiche per l'interruzione della gravidanza. (Ophthalmologische Indikationen für die Schwangerschaftsunterbrechung.) (*Osp. Magg., Verucelli.*) Riv. Ostetr. 14, 146—148 (1932).

In allen Fällen, wo Gefahr der Erblindung oder derselben nahekommenden Augenerscheinungen in Frage kommt, ist die Schwangerschaftsunterbrechung indiziert, denn die Mutter, die ein Kind zur Welt bringen soll, muß in erster Linie sehen können. Die Fälle, wie z. B. Hemoralopie oder Hornhauterkrankungen, wo es sich um nur partielle Störungen des Sehvermögens handelt, sind von Fall zu Fall speziell je nach ihrer Schwere zu entscheiden. *W. Rübsamen* (Dresden).

Tilcher, O.: Über das pathologisch-anatomische Bild der „Seifennekrose des Uterus“. (*Path. Inst., Univ. Gießen.*) Virchows Arch. 284, 817—834 (1932).

Verf. glaubt mit dem Begriff „Seifennekrose des Uterus“ ein pathologisch-anatomisch ziemlich umrissenes Bild einer Nekrose feststellen zu können, die ausgesprochen durch Einspritzung von seifenhaltiger Flüssigkeit zum Zweck der Abtreibung zustande kommt. Runge hat zuerst — wie es scheint 1927 — solche durch Operation gewonnene Präparate beschrieben und hat sie als „Alkaline Nekrose des Uterus und der Adnexe“ bezeichnet. Einzelne Fälle sind auch vorher beschrieben worden und möglicherweise in der gleichen Weise zu deuten. Es wird dann nach kritischer Besprechung der Literatur ein eigener Fall mitgeteilt, der tödlich verlief: 32jährige Frau, 4 spontane Geburten. Zugegebenermaßen Einspritzung mittels eines Irrigators mit spitzem Ansatzrohr, eingeführt unter Leitung des Fingers eine halbe bis eine Tasse Seifenwasser, angeblich keine anderen chemischen Bestandteile verwendet; alsbald schwerste Krankheitserscheinungen. Am 6. Tag nach der Einspritzung tritt unter hohem Fieber und unter Zeichen der Kreislaufschwäche der Tod ein. Bei der Sektion findet sich (durch eine bunte Abbildung illustriert) eine ausgedehnte schmutzige graubräunliche Nekrose der hinteren Gebärmutterwand, etwa $\frac{1}{3}$ des ganzen Organs betreffend. Der rechte Eileiter und der rechte Eierstock scheinen ebenfalls geschwollen und von Blutungen durchsetzt. Die mikroskopische Untersuchung ergibt eine durch vollkommenen Kernschwund histologisch ausgezeichnete Nekrose, an der Grenze von lebendem und totem Gewebe starke Leukocytenansammlung und im Grenzgebiet Hämorrhagien. Die Nekrose ist streng demarkiert, nimmt die ganze Wand der Gebärmutter ein (Corpushinterwand). Der Verf. meint, daß der Befund so charakteristisch wäre, um auf Grund des Sektions- oder Operationsergebnisses die „Feststellung einer verbrecherischen Abtreibung durch ein seifenähnliches Mittel“ zu diagnostizieren. Jedenfalls ist das anatomische Bild ein vollkommen anderes als wie beim „gewöhnlichen septischen Abort“. Ref. hat selbst eine ganz ähnliche Beobachtung gemacht bei Einspritzung von Lysoformlösung, die offenbar auch in diesem Fall in die Blutgefäße gelangte, aber nicht zu einer allgemeinen Blutzersetzung geführt hat, sondern nur zu einem ganz ähnlich gestalteten Bild, einer ausgedehnten Nekrose der Gebärmutterwand. Der Verf. will auch nicht behaupten, daß nur Seifeneinspritzung dieses Bild hervorrufe, sondern es könnten auch Seifenpulver und Lysolseifenlösungen, ferner Salmiakgeist und Laugen ein entsprechendes Krankheitsbild und entsprechende Veränderungen erzeugen. *Merkel* (München).

Haselhorst, G.: Warnung vor der Anwendung des Interruptins. (*Univ.-Frauenklinik., Hamburg-Eppendorf.*) Zbl. Gynäk. 1932, 1050—1057.

Verf. unternimmt es, an Hand von Tierversuchen, die Schädlichkeit des Interruptins klarzulegen. Da jedes Mittel, welches in den graviden Uterus eingespritzt wird, in einem bestimmten Prozentsatz der Fälle, meist auf dem Blutwege, in den Organismus gelangt, hat Verf. seine Versuche so angestellt, daß 3 Hunden das Interruptin sofort intravenös einverleibt wurde. Ergebnis: 1. Nach Gaben von 1,5 ccm Interruptin stirbt ein mittelgroßer Hund nach wenigen Minuten. Plötzlicher Atemstillstand. 2. Nach Einzeldosen von 0,5 und 1,0 ccm Interruptin reagiert ein kleinerer

Hund mit Apathie und Atmungsstörungen. Nach einer 3. Dosis von 2,0 ccm Interruptin Tod in wenigen Minuten. Plötzlicher Atemstillstand. 3. Großer, kräftiger Hund erhält innerhalb 18 Minuten insgesamt 3,75 ccm Interruptin. Tod 35 Minuten nach der ersten Injektion. Lungenödem. An einem 4. Hund werden Versuche mit Lufteinblasungen und Fettinjektionen in die Gefäße gemacht, die der Hund gut übersteht. Da außerdem Blut, mit Interruptin zusammengebracht, sofort der Hämolyse verfällt, besagen all diese Versuche, daß das Interruptin ein starkes Zellgift ist. Wird aber die Frage nach der Todesursache aufgeworfen, so hält Verf. eine Luftembolie für die Mehrzahl der Fälle für ausgeschlossen. Beim Interruptin steht eben ganz im Vordergrund die zellschädigende Wirkung auf das Blut, das Gefäßendothel und das Lungengewebe. Wieweit das Mittel durch die Lungen hindurchtritt und dann die Zentren für die Atem- und Herztätigkeit lähmt, ist schwer zu beurteilen. Der öfter vorkommende plötzliche Atemstillstand kurz nach der Injektion spricht mehr dafür, daß dieser reflektorisch von den Gefäßen oder von dem Lungengewebe ausgelöst wird. Dem Fettanteil dürfte bei der Todesursache keine wesentliche Bedeutung zukommen.

Wehefritz (Göttingen).

Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

Ohki, Masato: Serologische Studien über die Geschlechtsorgane. II. Mitt. Iso- und Autoimmunkörperbildung durch Hodenantigene. (*Hyg. Inst., Univ. Okayama.*) Okayama-Igakkaï-Zasshi 43, 1259—1306 u. dtsh. Zusammenfassung 1307—1309 (1931) [Japanisch].

Die Ergebnisse des Verf. waren ungefähr folgende: 0,1 g getrockneter Hodensubstanz vom Kaninchen wurde mit 4 ccm Kochsalzlösung im Eisschrank extrahiert. Die klare Extraktlösung wurde als Antigen verwandt und dem Kaninchen intravenös intraperitoneal und subcutan wiederholt injiziert. Das Blut des Versuchstieres wurde von Zeit zu Zeit auf Präcipitinreaktion mit Kaninchenhoden geprüft. Unter 9 Kaninchen waren 3 schwach positiv. Bei subcutaner Injektion war die Isopräcipitinbildung sicher positiv. Wenn man den Kaninchenhoden mechanisch, chemisch und pathologisch zerstörte, wurden die Autoantikörper für Hodenantigen durch Präcipitin- und Komplementbindungsreaktionen nachgewiesen. Bei der experimentellen Kaninchenhodensyphilis kamen die Autohodenantikörper langsamer im Blute zum Vorschein. „Das Autopräcipitin des Kaninchenhodens reagiert sowohl mit isogenetischen Hodenantigenen als auch mit eigenen Hodenantigenen.“ „Die spezifischen Antigene, die eine Auto- oder Iso-Antikörperbildung des Hodens hervorrufen können“, sollen von Zellen stammen, welche eine Vorstufe der Spermien sind. Die Temperatur beeinflusst die Präcipitin- und Komplementbindungsreaktion. Bei Zimmertemperatur ist sie stärker als bei 0 Grad. Die Zerstörung des autoimmunisierenden Antikörpers durch Temperatureinfluß ist die gleiche wie die des gewöhnlichen heterogenetischen Antikörpers.

Foerster (Münster i. W.).

Ohki, Masato: Serologische Studien über die Geschlechtsdrüsenorgane. III. Mitt. Die Organspezifität des Samenfadens. (*Hyg. Inst., Univ. Okayama.*) Okayama-Igakkaï-Zasshi 43, 2441—2454 u. dtsh. Zusammenfassung 2454—2455 (1931) [Japanisch].

Die verschiedenen Antispermäsera von Kaninchen reagierten am stärksten mit den entsprechenden Spermaantigenen, schwächer mit artfremdem Sperma. Zwischen Säugetier- und Vogelsperma war die Reaktion positiv. Jedoch unterschieden sich die Antisera von Hoden und Sperma in ihrer Reaktion gegenüber dem Serumantigen des Ursprungstieres, indem Antispermäserum mit Serumantigen keine Reaktion ergab. — Die Antispermafadensera reagierten gleichzeitig mit dem Hoden und dem Nebenhoden, jedoch nicht mit dem gleichartigen Serum und außer spurenweise mit Nierenextrakt auch nicht mit allen anderen Organen. Die Organspezifität des Spermafadens ist noch viel deutlicher ausgeprägt als die des ganzen Hodens. — Durch Absättigung mit Spermaantigen wurde das Antihodenserum seiner Reagierbarkeit gegenüber artfremden Hoden beraubt; es ist daher als Träger der Organspezifität der Hodenantigene das Sperma oder eine Vorstufe desselben anzunehmen.

Kornitzer (Wien).^{oo}

Molfino, Aquiles H., und Raúl A. Boero: Mißbildung der Genitalien vom juristischen Standpunkt aus. (*Serv. de Ginecol., Hosp. Rawson, Buenos Aires.*) *Semana méd.* 1932 I, 551—553 [Spanisch].

Bei einem 25jährigen Pseudohermaphroditen wurde durch die Laparotomie festgestellt, daß es sich um ein weibliches Individuum handelte. Da die Frau beabsichtigte, eine Ehe einzugehen, ergab sich die Notwendigkeit, die Frage zu erörtern, inwieweit