

lichem Interesse, zumal er ja oft vor die Frage gestellt wird, ob eine Verletzung des Kindes spontan durch den Geburtsvorgang entstanden ist oder gewaltsam zugefügt wurde. Im wesentlichen wird natürlich die Klinik der Geburtsverletzungen behandelt, die Ursachen der Verletzungen des Kindes in der Schwangerschaft, bei der Geburt, durch geburtshilfliche Maßnahmen, ihre Diagnose, Therapie, Prognose und Verhütung. Dabei werden auch die pathologisch-anatomischen Befunde berücksichtigt. Am ausführlichsten, weil am häufigsten und bedeutungsvollsten, werden die Verletzungen des Kopfes (Weichteilläsionen, Nervenschädigungen, Knochenläsionen, Verletzungen des Schädelinhaltes) behandelt, aber auch sämtliche sonstigen Verletzungen (Rumpf, Extremitäten) und ihre Folgen für die spätere Entwicklung des Kindes werden besprochen. Ein eigenes Schlußkapitel ist über die soziale und forensische Bedeutung der Geburtsverletzungen des Kindes angefügt. *G. Strassmann* (Breslau).

**Ximenez, Isaias: Vergeblicher Kindsmordversuch.** Arch. Pediatr. Uruguay 4, 404—405 (1933) [Spanisch].

Das Neugeborene war gleich nach der Geburt in eine Dungsgrube geworfen worden. Trotzdem es dort über 4 Stunden gelegen hatte, gelang es durch entsprechende Maßnahmen, das Kind zu retten und am Leben zu erhalten. Nur eine Bronchitis hatte sich eingestellt. *Ganter* (Wormditt).

### Gerichtliche Geburtshilfe.

**Knaus, Hermann: Die periodische Frucht- und Unfruchtbarkeit des Weibes.** (*Univ.-Frauenklin., Graz.*) Zbl. Gynäk. 1933, 1393—1408.

Der Verf. wiederholt noch einmal die dem Befruchtungstermin zugrunde liegenden wissenschaftlichen Tatsachen, nämlich: die unbefruchtete Eizelle bleibt nach der Ovulation nur wenige Stunden befruchtbar, die Spermatozoen verlieren ihre Befruchtungsfähigkeit in spätestens 48 Stunden, das Corpus luteum spurium des Menschen funktioniert 14 Tage, der Follikelsprung erfolgt spontan und 14 Tage vor Eintritt der folgenden Menstruation, das Persistieren des Corpus luteum bei Eintritt der Schwangerschaft beruht auf einer hormonalen Wirkung des implantierten Eies. Hierauf tritt der Verf. verschiedenen, seiner Ansicht nach unrichtigen Behauptungen und Schlüssen L. Fraenkels in der Frage des Konzeptionstermins entgegen. Ebenso glaubt er auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen, die Annahme Grossers einer unregelmäßigen, d. h. durch die Kohabitation provozierte Ovulation, widerlegt zu haben. Es werden mehrere Menstruationstabellen mitgeteilt, in welche der nach Knaus zu errechnende Ovulationstermin (14. Tag vor Beginn der Menstruation) eingetragen ist. Es ist von Wichtigkeit, den Menstruationscyclus einer Frau mindestens während eines ganzen Jahres genau festzulegen. Dann ergibt sich, daß es regelmäßig menstruierende Frauen im Sinne eines 28tägigen Cyclus nicht gibt, sondern vielmehr die Menstruation im Laufe der Zeit mindestens eine Schwankungsbreite von 4—6, in seltenen Fällen bis 8 Tage aufweist. Hieraus ergibt sich ohne weiteres ein Schwanken des stets 14 Tage vor Menstruationsbeginn liegenden Ovulationstermins. Eine Nichtbeachtung dieser Tatsache führt nach Ansicht von Kn. zu einer scheinbaren Unrichtigkeit seiner These. Die in den erwähnten Tabellen eingetragenen Kohabitationsdaten sollen nämlich beweisen, daß bei genauer Beachtung dieses Ovulationstermins und in Anbetracht dessen, daß sowohl die Lebensfähigkeit des Eies wie des Spermas äußerst kurz ist, bei jeder Frau nur eine kurze Zeitspanne von wenigen Tagen innerhalb eines Menstruationscyclus besteht, um zu konzipieren. Hieraus ergeben sich 2 physiologische Phasen der Konzeptionsunfähigkeit, nämlich die Zeit im Anschluß an die vorangegangene Menstruation sowie die Tage vor Beginn der nächsten Menstruation. Auf Grund dieser Überlegungen ist es möglich, eine physiologische Konzeptionsverhütung ohne Anwendung antikonzepzioneller Mittel zu treiben. (Vgl. diese Z. 20, 44 [Grosser].) *F. Siegert* (Düsseldorf).<sup>oo</sup>

**Macias de Torres, E.:** Les phases de stérilité physiologique de la femme. (Die physiologischen Sterilitätsphasen der Frau.) (*Serv. de Gynécol., Hôp., Oviédo, Espagne.*) Gynéc. et Obstétr. **27**, 513—518 (1933).

Verf. kommt zu dem Schluß, daß nur wenige Tage während des Menstruationsintervalls die Frau befruchtungsfähig ist. Diese Zeit liegt bei 28 tägiger Menstruation zwischen dem 14. und 18. Tag nach Beginn der letzten Regel. Da jedoch die Menstruationsintervalle verschieden groß sind, d. h. entweder 30 Tage überschreiten oder 24 Tage unterschreiten können, so muß die Sterilitätsphase der Frau nach dem Beginn der nächsten Regel berechnet werden. Nach Knaus liegt diese 14 Tage vor diesem Termin. Diese physiologische Sterilität der Frau ist darauf zurückzuführen, daß die Lebensdauer des Eies sowie des Spermatozoon eine bestimmte Zeit — man nimmt an 48 Stunden — nicht überschreitet. Um nun die Sterilitätsphase bei der Frau genau zu erfassen, muß man mindestens 3 Monate lang den Menstruationsablauf der betreffenden Frau aufs genaueste festlegen. Der Verf. selbst hat Beweise für die postmenstruelle Sterilität aus sicher über 2 und 4 und 10 Jahre hin beobachteten Fällen. Für den prämenstruellen Sterilitätsabschnitt hat der Verf. bisher noch keine entsprechenden Anhaltspunkte in der Praxis gefunden. Er hält sie daher für problematisch.

*F. Siegert (Düsseldorf).*

**Reiprich, Woldemar:** Eine neue Schwangerschafts-Schnellreaktion aus dem Harn. („30-Stunden-Reaktion.“) (*Univ.-Frauenklin., Breslau.*) Klin. Wschr. **1933 II**, 1441 bis 1444.

Verf. gibt als Modifikation der Aschheim-Zondek-Reaktion eine Schwangerschafts-schnellreaktion aus dem Harn an, die er nach 30 Stunden ablesen kann. Als Versuchstiere dienen weibliche Ratten im Gewicht von 40—50 g. Diese vertragen größere Urinmengen, die in kurzen Zeitabständen injiziert werden, gut. Die Injektion des Urins erfolgt subcutan unter die Rückenhaut, entweder 2 mal je 5—7 ccm im Abstand von 6—9 Stunden oder in 3 Portionen, 2 mal 5 ccm und 1 mal 2—4 ccm im Abstand von je etwa 6 Stunden. Dann ist die Reaktion am Ovar schon etwa 30 Stunden nach der ersten Injektion makroskopisch sicher ablesbar. Der positive Ausfall besteht in einer enormen Hyperämie und Vergrößerung der Ovarien auf das Doppelte bis Dreifache, während die Kontroll ovarien blaß und klein bleiben. Mikroskopisch findet man eine enorme Durchblutung, starkes Wachstum der normalerweise noch kleinen Follikel und beginnende Luteinisierung. Gelegentlich findet man auch schon Corpora lutea. Gesamtzahl der Versuche des Verf. beträgt bisher 147. Eine Fehldiagnose kam vor bei Injektionen von Urin von Krebskranken, der ebenfalls gelegentlich eine leichte Hyperämie und sogar Corpus luteum-Bildung machen kann.

*Philipp.*

**Kraul, Ludwig:** Über die Frühdiagnose der Schwangerschaft. (*I. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Wien. klin. Wschr. **1933 I**, 558—562.

Alle übrigen Schwangerschaftsreaktionen müssen angesichts der ausgezeichneten Resultate des Aschheim-Zondekschen Verfahrens als wertlos bezeichnet werden. Hierauf werden die bekannten klinischen Schwangerschaftszeichen angeführt. Auf die beiden von Hegar gelehrten Symptome legt der Autor weniger Wert als auf das Piskaczeksche Schwangerschaftszeichen. Differentialdiagnostisch kann gegenüber weichem Myom die intravenöse Pituitrininjektion (Hoehne) empfohlen werden.

*Hans Heidler (Wien).*

**Parry, L. A.:** Abortion: Some medical, legal, and sociological points. (Einige medizinische, rechtliche und soziologische Gesichtspunkte zur Abortfrage.) Trans. med.-leg. Soc. Lond. **26**, 111—136 (1933).

Bis zum Jahre 1929 war die gesetzliche Zulässigkeit des künstlichen Abortes in England eine ungeklärte Frage. Es existierten zwar eine Anzahl Meinungsäußerungen von Rechtslehrern, die noch dazu in ihrer Stellungnahme voneinander abwichen; richterliche Entscheidungen, die eine klare Rechtslage geschaffen hätten, gab es jedoch nicht. Durch eine im Jahre 1929 im Parlament eingebrachte Gesetzesvorlage wurde die Einleitung der künstlichen Frühgeburt (d. h. nach Erreichung des 7. Schwangerschaftsmonates!) aus vitaler mütterlicher Indikation gestattet; für alle übrigen,

vor Erreichung des 7. Schwangerschaftsmonates sowie zur Erhaltung der mütterlichen Gesundheit eingeleiteten Aborte blieb die Rechtslage genau so ungeklärt wie bisher. Im praktischen Rechtsgebrauch wird aber auch der — zu anderen Zeiten eingeleitete — therapeutische Abort nicht als ungesetzliche Handlung bewertet, wofür die Begründung der ärztlichen Notwendigkeit die Zustimmung eines angesehenen Kollegen erhalten hat. — Von den Methoden zur Schwangerschaftsunterbrechung werden kurz gestreift die allgemeine Gewalteinwirkung, ferner die Anwendung von Blei in Gestalt von Bleipflastern, ferner Sadebaum, Rainfarn, Poleiminze, Chinin; als verlässlichste Methode wird der Eihautstich erwähnt. — Unter den Gefahren des kriminellen Abortes wird vor allem auf die Verstöße gegen die Asepsis sowie auf beobachtete Shock-Todesfälle hingewiesen, ferner auf die Gefahr eines Tetanus bei Verwendung von Petersilienstengeln. — Ein geschichtlicher Überblick beleuchtet die verschiedene Stellungnahme der Gesetze zu den Versuchen mit tauglichen und untauglichen Mitteln am tauglichen und untauglichen Objekt; das Strafmaß schwankte zwischen 2jähriger Gefängnisstrafe bis zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe. Bis zum Ende des letzten Jahrhunderts wurde der Abtreiber, der seine Patientin tötete, unweigerlich wegen Mordes verklagt. Vor etwa 25 Jahren wurden durch die Geschworenengerichte die Urteile auf Totschlag gemildert. Auch in späteren Jahren wurden Todesurteile wegen dieses Vergehens stets in Zuchthausstrafen umgewandelt. — Die Umschreibungen, unter denen Abortiva in den verschiedensten Zeitschriften — darunter auch religiösen! — feilgeboten werden, sind ähnliche, wie die früher auch bei uns üblichen, die Herstellungskosten stehen in keinem Verhältnis zu den Verkaufspreisen. Ein im Jahre 1931 eingebrachter Gesetzesentwurf, der mit einem Schläge den Verkauf derartiger Mittel unterbunden hätte, fiel bei der Lesung in den Parlamenten durch. Durch Hinzufügen des ausdrücklichen Vermerkes, daß die Mittel bei schwangeren Frauen nicht angewendet werden dürfen, wird vielfach erst die Aufmerksamkeit von Interessentinnen wachgerufen. — Die Durchbrechung des sehr hoch bewerteten ärztlichen Schweigegeheimnisses ist an die ausdrückliche Zustimmung des Patienten gebunden; auch der Staat hat nicht das Recht, dem Arzt die Verpflichtung zur Durchbrechung des ärztlichen Schweigegeheimnisses aufzuerlegen. — Unter Hinweis auf die Folgen der Legalisierung des künstlichen Abortes in Rußland stellt Verf. fest, daß in England bislang kein Bedürfnis bestehe, die zur Zeit geltenden Gesetze zu ändern und das Strafmaß für die unerlaubte Einleitung des Abortes zu mildern.

In der Aussprache glaubt Mullins, den Ursprung aller bisherigen, den künstlichen Abort betreffenden gesetzlichen Bestimmungen auf eine Stelle im 21. Kapitel des 2. Buches Mosis zurückführen zu können, auf das gleiche Kapitel, in dem die längst außer Kraft gesetzten Rechtssätze stehen: „Aug' um Auge und Zahn um Zahn.“ Er glaubt, den Zeitpunkt voraussetzen zu können, zu dem der Staat aus einer Art Selbstverteidigung heraus die „Engros-erzeugung“ von Kindern in den Fällen unterbinden werde, wo diese Kinder weder gewünscht würden, noch für ihre Aufzucht Sorge getragen werden könne. — McCann warnt vor der Freigabe des künstlichen Abortes unter Hinweis auf die vor allem bevölkerungspolitischen Folgen, die anscheinend sogar auch in Rußland schon zu Bedenken Veranlassung gegeben haben.

Rossenbeck (Gießen).<sup>o</sup>

**Wachsberger, Bruno:** Bemerkungen zum Entwurfe des neuen Fruchtabtreibungsgesetzes in der Tschechoslowakei. Zbl. Gynäk. 1933, 2244—2245.

Der Autor will auch die soziale Indikation beim Entwurfe des neuen Fruchtabtreibungsgesetzes — wenigstens für absehbare Zeit — in Erwägung gezogen haben. Außerdem wünscht er, daß die Durchführung der Schwangerschaftsunterbrechung nicht nur den öffentlichen Krankenanstalten, sondern auch den durch Erwerbung ihres Titels besonders qualifizierten Fachärzten anvertraut werde, bei denen die Voraussetzungen der richtigen technischen Durchführung des Eingriffs, der sachgemäßen Anwendung von Asepsis und Antisepsis, sowie der Leitung der Nachbehandlung gegeben seien.

Küttner (Breslau).<sup>oo</sup>

**Wachholz, L.:** Über Schwangerschaftsunterbrechung im Lichte der Gesetze seit urältester Zeit. Polska Gaz. lek. 1933, 533—537 [Polnisch].

Die Abtreibung einer lebenden Frucht erscheint vom religiösen, menschlichen und juristischen Standpunkt als Totschlag, vom rein ärztlichen Standpunkt darf eine

Schwangerschaft nur dann unterbrochen werden, wenn daraus eine Gefahr für das Leben oder für die Gesundheit der Mutter droht. Da die schwangerschaftsunterbrechenden ärztlichen Eingriffe für die Mutter stets gefahrdrohend sind, soll man bei Aufstellung der Indikation für Fruchtabtreibung sehr zurückhaltend sein. Die Indikation aus eugenischen Gründen erscheint noch nicht vollkommen spruchreif, weswegen man die Außerachtlassung dieser Gründe im neuen polnischen Strafgesetz für gerechtfertigt ansehen muß. Alle anderen Indikationen für eine Fruchtabtreibung liegen abseits der medizinischen Wissenschaft. *Wachholz (Kraków).*

**Gullbring, Alf.:** Über die Lungentuberkulose als Indikation für den künstlichen Abort. *Hygiea (Stockh.)* 95, 315—328 (1933) [Schwedisch].

Ausschlaggebend für die Entscheidung über Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Lungentuberkulose ist die Prognose des einzelnen Falles, die vom Internisten zu geben ist. Verf. rät zur Unterbrechung bei fortschreitender Lungentuberkulose; bei nicht fortschreitender nur dann, wenn frische Veränderungen entstanden sind und bei Vorhandensein von Kavernen. Schließlich ist die Anzeige auch erfüllt bei Kollapsbehandlung wegen schwerer Lungentuberkulose. 3 Beispiele werden mitgeteilt. In 2 Fällen konnte die während einer Schwangerschaft eintretende Verschlechterung auch nach der Entbindung, die einmal vorzeitig erfolgte, nicht aufgehoben werden und führte zum Tode. Verf. hält Einsetzung einer Kommission zur Beurteilung der Indikation für zweckmäßig. Bei einer Krankheit wie Lungentuberkulose sind soziale Gesichtspunkte nicht auszuschalten. Wenn diese berücksichtigt werden sollen, bekommt die ganze Frage ein anderes Aussehen. Es muß dann zur Frage des künstlichen Aborts in ihrer Gesamtheit Stellung genommen werden. *H. Scholz.*

**Gilchrist, A. Rae, and R. M. Murray-Lyon:** Does pregnancy hasten the fatal termination in rheumatic heart disease? (Beschleunigt die Schwangerschaft den tödlichen Ausgang bei rheumatischen Herzerkrankungen.) (*Clin. Laborat., Roy. Infirm., Edinburgh.*) *Edinburgh med. J., N. s.* 40, 587—597 (1933).

Bei 109 Fällen von tödlich ausgegangener rheumatischer Herzerkrankung werden Vergleiche angestellt zwischen dem Verlauf bei Männern sowie bei Frauen, die Geburten durchgemacht haben oder nicht. Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß bei der Mehrzahl der Frauen 1—2 Kinder ausgetragen werden können. Wiederholte Schwangerschaften kürzen die Lebensdauer ab und vermehren das Risiko für den Tod an Herzschwäche. *H. Schwieglk (Berlin).*

**Schröder und Ebermayer:** Ist der Arzt für die Schädigungen durch Intrauterinpressare haftbar? *Dtsch. med. Wschr.* 1933 I, 507.

Eine Frau erkrankte im August 1932 mit Schüttelfrost, Leibschmerzen und Erbrechen, nachdem ihr im Juni ein „Silberring von Spiralenform“ in die Gebärmutter eingelegt worden war. Es fand sich ein Exsudat im Douglas und beiderseitige Adnextumoren. Trotz halbjähriger klinischer Behandlung keine völlige Heilung, so daß die Kranke gegen den Arzt Klage wegen fahrlässiger Körperverletzung erwägt. Schröder vertritt den Standpunkt, daß das Intrauterinpressare wegen seiner großen Gefährlichkeit zu verwerfen ist. Soll es angewandt werden, so muß als Vorbedingung völlig normaler Genitalbefund gefordert werden, da es in solchen Fällen jahrelang ohne Schaden getragen worden ist. Danach kann Ebermayer in der Einlegung des Intrauterinpressars nur dann eine Fahrlässigkeit erblicken, wenn der Arzt überhaupt keine oder doch keine ausreichende Untersuchung vornahm oder, obwohl er nach vorgenommener Untersuchung einen nicht normalen Genitalbefund feststellte, trotzdem den Ring einlegte. *Giese (Jena).*

**Gänssbauer, Hans:** Ist der Arzt für die Schädigung durch Intrauterinpressare haftbar? (*Städt. Frauenklin., Nürnberg.*) *Dtsch. med. Wschr.* 1933 I, 858—859.

Gänssbauer wendet sich gegen die von Schröder-Kiel und Ebermayer vertretene Ansicht, daß der Arzt straflos sein solle, wenn er sich vor dem Einlegen des Pessars überzeugt habe, daß die Frau genital gesund sei. Er betont, daß gerade durch das Einlegen eines Pessars die natürliche Schutzkraft des cervicalen Schleimpfropfes durchbrochen werde, so daß schwere Erkrankung und Sterilität der Frau die Folge sei. (Vgl. vorsteh. Ref.) *Giese (Jena).*

**Tropea, Ugo:** A proposito di mezzi adoperati nei delitti contro la maternità. (Beitrag zu den zur Fruchtabtreibung verwendeten Mitteln.) *Clin. ostetr.* 35, 689—692 (1933).

Eine auf dem Lande lebende, im 2. Monat schwangere junge Frau sucht eine Ab-

treiberin auf, die ihr für 15 Lire einen Fremdkörper in den Cervicalkanal mit der Weisung einführt, diesen bei Wehenbeginn aus den Genitalien herauszuziehen. Noch am Abend Wehen und Blutung. Vergeblicher Versuch, den Fremdkörper herauszuziehen. Trotz dauernden Fiebers erst am 17. Tag Zuziehung eines Arztes, der aus dem Cervicalkanal einen kleinen Rautenzweig extrahiert. Unter septischen Krankheitszeichen Tod nach weiteren 12 Tagen. Die Sektion ergibt rundliche Perforation im Uteruskörper, Eiteransammlungen beiderseits im Parametrium, Salpingitis, Peritonitis. Das Holzstück war 15 cm lang. Es wird angenommen, daß die Uterusperforation erst durch die Uteruskontraktionen im Laufe der Erkrankung eingetreten ist, nicht sofort bei der Einführung des Holzstückes, da die Frau ungestört den Weg nach Hause zurücklegen konnte. Der in den Uterus eingeführte Fremdkörper bewirkte Abort und tödliche Infektion.

G. Strassmann (Breslau).

**Caridi, Antonino: Perizia su di un caso di tentato aborto.** (Ärztliche Begutachtung in einem Falle von versuchter Fruchtabtreibung.) (*Scuola di Ostetr., Udine.*) Clin. ostetr. **35**, 550—563 (1933).

Ausführliche Darlegungen mit dem Ergebnis, daß der Abortversuch durch Gummikatheter von einer anderen Person gemacht worden ist. E. Malcovati (Mailand).<sup>oo</sup>

**Orthner, Franz: Ein Fall von Gebärmutterzerreißung durch äußere Gewalt-einwirkung bei einer Hochschwangeren.** (*Allg. Krankenh., Ried, Oberösterreich.*) Münch. med. Wschr. **1933 II**, 1248—1249.

Eine 28jährige Bäuerin erhält etwa 8 Tage vor der zu erwartenden Entbindung einen kräftigen Schlag von dem zurückschnellenden Balken eines Göpels. Sie verliert das Bewußtsein nicht und merkt auch, daß Fruchtwasser abgeht. Der nach einer halben Stunde eintreffende Arzt findet die Kindsteile unmittelbar unter der Bauchdecke, sie sind besonders gut zu tasten, er schafft, in der Annahme einer Uterusruptur, die Frau ins Spital. Sofortige Laparotomie bestätigt diese Annahme. Die zwei in der Bauchhöhle befindlichen Knaben sind aber abgestorben. Die Gebärmutter ist gut kontrahiert, geringe Blutung ins Innere. Die Placenta ragte aus einem etwa 15 cm langen Riß fast genau in der Mittellinie zur Hälfte heraus. Entfernung der Placenta, zweischichtige Naht des Risses. Primäre Heilung. Tietze (Kiel).<sup>oo</sup>

**Hromada, Gebhard: Spontanruptur des schwangeren Uterus.** (*Sanat. Dr. Gebhard Hromada, Salzburg.*) Zbl. Gynäk. **1933**, 1926—1928.

40jährige Frau (früher 7 normale Geburten, letzte vor 8 Jahren, und 1 Fehlgeburt, zwischen der 5. und 6. Geburt) wurde mit Anzeichen schwerer innerer Blutung eingeliefert. Lap. Kein freies Blut in der Bauchhöhle. Großes retroperitoneales Hämatom. Frucht (M.V.) in intakter Fruchtblase mit Placenta im Cavum vesico-uterinum. Uterus ist vorn an der Grenze zwischen Cervix und Corpus geborsten; der Riß geht links am Gefäßbündel vorbei bis in die Hinterwand. Cervix hart, starr, Halskanal nicht erweitert. Amputation des Uterus. Heilung. — Anatomisches Präparat: Normale Insertion der Placenta im Fundus, dort normale Wand; dagegen histologisch in der Umgebung der Rupturstelle hochgradige Muskelschädigung durch Thrombose der kleinen Gefäße (Rollett-Salzburg). Erklärung dieser Spontanruptur intra graviditatem: Rigidität der Cervix; Parenchymschädigung im Isthmus durch Thrombose; Ruptur der geschädigten Wand, weil Cervix nicht distrahierbar. Zusammenstellung bisher beobachteter ähnlicher Fälle. H. Siebke (Kiel).<sup>oo</sup>

**Kakuschkin, N.: Beitrag zur Frage der Uterusperforation bei der Ausschabung.** (*Univ.-Frauenklinik., Saratov.*) Mschr. Geburtsh. **95**, 135—144 (1933).

Verf. glaubt, daß eine Uterusperforation bei liegendem Hegarstift durch eine Spontankontraktion der Gebärmutter eintreten könne. Bei jeder Auskratzung hat man die Anamnese besonders daraufhin zu erheben, ob irgendwelche, eine Perforation begünstigende Momente vorliegen, wie Atrophie der Uteruswand (Alter, Lactation, Tuberkulose und andere allgemeine Erkrankungen), entzündliche Veränderungen der Uteruswand, Kreislaufstörungen und Tumoren. Man denke bei der Auskratzung immer an die Möglichkeit der Gebärmuttererschaffung. In der Regel soll nach einer Uterusperforation die Bauchhöhle eröffnet werden, und zwar per vaginam. Laparotomie ist nur erforderlich, wenn man mit einer Verletzung der Nachbarorgane rechnen muß. In besonders günstigen Fällen braucht eine Uterusperforation nicht operativ angegangen zu werden. Perforationsverletzungen der Gebärmutter heilen gewöhnlich glatt und ohne Folgen für die Zukunft, besonders dann, wenn sie gut genäht wurden.

Frommolt (Berlin).<sup>o</sup>

**Gaifami, Paolo: Morte improvvisa in gravidanza. Aborto nella bara o aborto eriminoso?** (Plötzlicher Tod in der Schwangerschaft. Sarggeburt oder krimineller Abort?) (*Clin. Ostetr.-Ginecol., Univ., Bari.*) *Clin. ostetr.* **36**, 47—54 (1934).

Auf Grund eines unklaren Todesfalles (Verdacht auf Abtreibung, hochgradige Fäulnis) weist Verf. auf verschiedene Möglichkeiten eines plötzlichen natürlichen Todes in der Schwangerschaft hin. Im Gegensatz zu einem Vorgutachten hält er einen kriminellen Abort nicht für erwiesen, sondern nimmt eine Sarggeburt an.

*Heinz Kockel* (Frankfurt a. M.).

**Takahashi, Kinjiro: Über das Röntgenbild des intrauterinen Fruchttodes.** (*Frauenklin., Kais. Univ. Tokyo.*) *Mitt. jap. Ges. Gynäk.* **28**, H. 11, dtsh. Zusammenfassung 99—100 (1933) [Japanisch].

An 4 von 7 Fällen intrauterinen Fruchttodes wurde im Röntgenbild ein positives Spalding-Hornersches Symptom gesehen. In 1 Fall konnte sein Auftreten 24 Stunden nach dem Fruchttod festgestellt werden. Die Veränderungen der Wirbelsäule sind nicht als für den Fruchttod spezifisch anzusehen. Die bekannte Gibbusbildung wurde nicht beobachtet, dagegen zeigt sich die beschriebene Abknickung der Halswirbelsäule in 35% auch bei lebenden Beckenendlagekindern, so daß ihr kein Wert für die Diagnose des Fruchttodes zukommt. Im Gegensatz zu dem von Naujoks beschriebenen Ausbleiben des Lagewechsels bei toten Kindern konnte der Autor die spontane Wendung einer abgestorbenen Frucht feststellen. Der Schwerpunkt der Diagnose liegt in den Veränderungen der Schädelknochen. *Günter K. F. Schultze.*

**Enneper, Friedrich: Geburtschädigungen beim Neugeborenen.** (*Frauenklin., Med. Akad., Düsseldorf.*) *Med. Welt* **1933**, 803—806 u. 844—846.

Zusammenfassende Darstellung mit besonders ausführlicher Behandlung der geburtstraumatischen Schädigungen des Gehirnes, die überwiegend auf Blutungen des venösen Systemes beruhen. Verf. folgt der üblichen Einteilung in epidurale Blutungen (selten und von geringer Größe), subdurale (sehr häufig und meist bei reifen Kindern) und subarachnoideale Blutungen (meist bei Frühgeburten). Ätiologisch spielen neben den bekannten mechanischen Schädigungen auch konstitutionelle Faktoren eine Rolle, und zwar einmal abnorm gute Verformbarkeit des Kopfes infolge besonders weiter Nähte und Fontanellen, sodann die Blutungsbereitschaft, die nach Untersuchungen Yllpös in umgekehrtem Verhältnis zu der Reife des Kindes steht. Bei Besprechung der Symptomatologie wird hervorgehoben, daß neurologische Zeichen, vor allem Krämpfe und spastische Paresen, erst bei den Kindern auftreten, die die ersten Tage überleben, und meist nicht zur Herddiagnose verwandt werden können. Auch der Lumbalpunktion spricht Verf. keinen besonderen diagnostischen Wert zu. Stärkerer Ikterus läßt an eine größere Blutung denken. Enneper weist auf jene seltenen Fälle hin, wo das scheinbar gesunde Kind einige Tage nach der Geburt plötzlich stirbt und die Autopsie ein Geburtstrauma ergibt. Von Geburtstraumen bei Spontan-geburten interessieren tödliche Druckschädigungen der Medulla oblongata durch Atlas oder Zahnfortsatz, Druckschädigungen des Halsmarkes durch Subluxation der Halswirbel, ferner die meist gutartigen Facialislähmungen und die prognostisch dubioseren Lähmungen des Plexus brachialis. Ganz ähnliche Bilder wie diese machen zuweilen Kapselverletzungen des Schultergelenkes und Epiphysenverletzungen des Oberarmes, weshalb eine Röntgenaufnahme in keinem solcher Fälle versäumt werden soll. Reine isolierte Radialislähmungen als Geburtstraumafolge sind selten und dann sekundär durch Oberarmbrüche hervorgerufen. *Hans Baum* (Königsberg i. Pr.).<sup>oo</sup>

**Nikolajew, A.: Hirnblutungen im Puerperium.** *Zbl. Gynäk.* **1933**, 1701—1703.

Verf. berichtet über 2 Fälle von Hemiplegie nach Geburt infolge von Hirnblutungen. Im 1. Fall handelt es sich um eine 29jährige Zweitgebärende, die Zwillinge zur Welt brachte und nach der Geburt eine atonische Blutung erlitt. Sie erhielt Kochsalz und 1 cem Adrenalin 1:1000. 14 Stunden nach der Geburt plötzliches Erblassen und Bewußtlosigkeit. Lähmung der rechten Seite. Nach 3 Tagen kam die Patientin wieder zu sich und bot eine Aphasie mit rechtsseitiger Lähmung. Es trat vollkommene Heilung ein. Angaben über den Blutdruck

finden sich leider nicht. — Im 2. Fall handelt es sich um eine 36jährige Zweitgebärende. Der Blutdruck betrug 100/60. 3 Tage nach der Geburt zunehmende Kopfschmerzen, Benommenheit und zeitweilige Bewußtlosigkeit; darauf linksseitige Parese (Puls 70, Blutdruck 170/110). Systolisches Geräusch über der Mitralis. Am linken Augenhintergrund abnormer Befund (offenbar Embolie; Ref.). Leichte Besserung der Beschwerden in den folgenden Tagen. Verf. nimmt für den 2. Fall eine Embolie an, während er im 1. Fall (wahrscheinlich zu Unrecht; Ref.) eine Blutung vermutet.

Hiller (München).<sup>oo</sup>

**Chaschinsky, P. Ch., und S. I. Jerschow: Über „Pubertas praecox“ und Schwangerschaft mit rechtzeitiger Geburt bei einem 6jährigen Mädchen.** (*Geburtsh.-Gynäkol. Klin., Med. Inst., Charkov.*) Zbl. Gynäk. 1933, 2252—2256.

6 $\frac{1}{2}$ jähriges Mädchen, bei dem am Ende des 4. Lebensjahres deutliche Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale beobachtet wurde. Im 5. Lebensjahre Einsetzen eines regelmäßigen Cyclus. Als Erzeuger der Schwangerschaft erwies sich der 69jährige Großvater. Körperlänge 126 cm, Gewicht 43 kg, Beckenmaße 22, 23, 25, Externa 16,5, Bauchumfang 80 cm im 7. Lunarnonat. Im 8. Schwangerschaftsmonat trat ein Hydramnion auf. In der Eröffnungsperiode Absterben der Frucht, Blasensprengung, Perforation und Extraktion des Feten. Die tote Frucht wog 3000 g, ihre Länge betrug 50 cm, Gewicht der Placenta 480 g.

C. Kaufmann (Berlin).<sup>oo</sup>

### Erbbiologie und Eugenik.

**Schubert: Gleichzeitige Erkrankungen bei eineiigen Zwillingen.** Z. Med.beamte 46, 582—583 (1933).

Verf. berichtet unter Bezugnahme auf die neueren Ergebnisse der Zwillingforschung bei Tuberkulose, Schwachsinn, Spaltungsirresein, Masern und Keuchhusten über einige Obduktionen von Zwillingen, die wegen der Unklarheit der Todesursache vorgenommen werden mußten. Er fand dabei bei eineiigen Zwillingen, welche im Alter von 3 Jahren plötzlich ohne erkennbare Krankheit gestorben waren, bei beiden Kindern in den Lungen bronchopneumonische Herde, so daß die krankhaft veränderten Lungen des einen Kindes gleichsam das Spiegelbild von denen des anderen bildeten. Bei einem anderen Zwillingpaar, welches im Alter von 6 Wochen ebenfalls ohne vorherige Krankheitssymptome plötzlich verstorben war, zeigten sich wiederum bei beiden die gleichen Befunde, nämlich Blutungen an beiden Brustfellüberzügen der Lungen sowie am Herzbeutel und außerdem pneumonische Verdichtungen beider Oberlappen und Mittelteile, gleiche Flüssigkeitsmengen in den Brustfellräumen, Vergrößerung und Erweichung der Milz und Anschwellung der Lymphknoten des Gekröses. Erst durch die Ergebnisse der Zwillingforschung war es dem Verf. möglich, bei den Obduktionen fremde Einwirkung als Todesursache auszuschließen.

Spiecker.

● **Goddard, Henry Herbert: Die Familie Kallikak.** Eine Studie über die Vererbung des Schwachsinn. Einzige berechtigte dtsh. Übersetzung v. Karl Wilker. (Friedrich Manns pädag. Magaz. H. 1393. Schriften z. politischen Bildung. Hrsg. v. d. Ges. „Deutscher Staat“. 12. Reihe. Rasse. H. 7.) 2. Aufl. Langensalza: Hermann Beyer & Söhne 1934. 73 S. u. 15 Taf. RM. 2.—.

Goddards Arbeit über die „Familie Kallikak“, 1914 zum erstenmal in deutscher Sprache erschienen, ist längst Gemeingut der Erbforschung über den Schwachsinn, so daß eine kurze Zusammenfassung genügt.

Der Stammvater K. wird durch 2 verschiedene Frauen, von denen die eine normal, die andere schwachsinnig war, der Ahnherr zweier Linien von Abkömmlingen. Der außerehelichen Verbindung mit der Schwachsinnigen entstammt ein schwachsinniger Sohn, der sich mit einer normalen Frau verheiratet. Aus dieser Linie leiten sich insgesamt 480 Nachkommen ab; davon waren: Nur 46 sicher normal, 143 schwachsinnig, 36 unehelich, 33 Prostituierte, 24 Alkoholiker, 3 Epileptiker, 3 Verbrecher, 8 Bordellwirte, 82 starben früh, über die restlichen ist nichts bekannt. Aus der Ehe des Stammvaters K. mit der normalen Frau gingen 7 normale Kinder hervor. In direkter Descendenz zählt diese Linie 496 Angehörige, von denen alle, bis auf 3 etwas degenerierte, aber nicht defekte Männer (2 Alkoholiker, 1 sittlich lockerer Mensch), normale, tüchtige und angesehene Bürger waren.

In der Schrift finden sich ausführliche Angaben über den Gang der Untersuchungen mit Berichten über Entwicklung, Beruf, Milieu usw. der einzelnen Nachkommen. Der Begriff Schwachsinn ist sehr weit gefaßt; es sind auch Individuen als schwach-