

Rührei, Spiegelei und gekochtes Ei keine Gewähr bieten. (Vgl. a. diese Z. **23**, 126 [Willführ, Fromme u. Bruns].) Kärber (Berlin).

Cox jr., Warren M., and Allan J. Roos: On the alleged toxicity of cod liver oil. (Über die behauptete Giftigkeit des Lebertrans.) (*Dep. of Pediatr., Johns Hopkins Univ., Baltimore.*) Bull. Hopkins Hosp. **54**, 430—439 (1934).

Die Befunde Agduhrs, nach denen Ratten und Mäuse nach Fütterung größerer Dosen Lebertran bei der Sektion typische Herzbefunde zeigten, konnten nicht bestätigt werden. Junge Ratten, die auf einer Kost gehalten wurden, die 56 % Lebertran enthielt (oder 78 % der Calorien), zeigten keine histologischen Herzveränderungen. Sie bleiben nur im Wachstum gegenüber den Kontrollen zurück. Bomskov (Kiel).

Raab, H., and B. N. E. Cohn: Knochenveränderungen bei Vigantol-Vergiftung. (*Path.-Anat. Inst., Univ. Innsbruck u. Laborat. of Research Orthop., Univ. of Pennsylvania, Philadelphia.*) Frankf. Z. Path. **47**, 152—158 (1934).

Die Verf. erhielten durch Überdosierung von Vigantol bei jungen wachsenden Ratten Knochenveränderungen, die denjenigen bei Rachitis entsprachen. Als Ursache für die Entstehung dieser Veränderungen wird die infolge der Eiweißzerfallstoxikose und des Hungerzustandes der Tiere auftretende Blutacidose angesehen. Schönberg (Basel).

Szántó, Jenő: Versuche zur Erforschung der Schädlichkeit einzelner Haarfärbemittel. Orv. Hetil. **1934**, 660—663 [Ungarisch].

Zahlreiche Versuche ergaben, daß die aromatischen Verbindungen von Diamin und Aminophenol schwere Hautentzündungen hervorrufen können. In der Empfindlichkeit der einzelnen Personen war ein gewisser Unterschied erkennbar. Das beige-menge Alkalisulfit bzw. Natriumsulfit kann die Hautentzündung oder die Überempfindlichkeitserscheinungen nicht verhindern. Beimengung einer Sulfokomponente vermindert die Vergiftungsgefahr, verhindert sie aber nicht. Die angeführten Fälle und Versuche beweisen, daß die aus Diamin- und Aminophenolverbindungen erzeugten Haarfärbemittel ernste Schädigungen hervorrufen können. Vitray (Budapest).

Carratalá, Rogelio E., and José C. Belbey: Psychische und nervöse Störungen infolge Haartinkturen. *Semana méd.* **1934** I, 1727—1731 u. *Rev. Asoc. méd. argent.* **48**, 412—417 [Spanisch].

Die Verf. berichten über 3 Fälle, bei denen der Gebrauch von Haartinkturen zu Allgemeinstörungen, besonders nervöser Art, geführt hatte. Ein 42 Jahre alter Mann litt an Kopfschmerzen, Herzklopfen, Angstgefühlen, Sensibilitätsstörungen, Wadenkrämpfen, Gesichtsschwellung, Appetitlosigkeit. Nach Weglassen der Tinktur, die Parafenilendiamin enthielt, schwanden die Erscheinungen. An der Kopfhaut waren keine Störungen aufgetreten. — Auch in einem 2. Fall hatten sich ähnliche, zum Teil schwerere Symptome ausgebildet nach Gebrauch einer Haartinktur, die ammoniakalisches Silbernitrat, Schwefel- und Cyanverbindungen enthielt. — Auch in einem 3. Fall, einer 56 Jahre alten Dame, war es nach jahrelangem Gebrauch verschiedener Tinkturen zu ähnlichen Störungen gekommen. Gesetzliche Handhaben fehlen, um das Publikum vor dem Vertrieb solch gefährlicher Tinkturen zu schützen.

Ganter (Wormditt i. Ostpr.).

Busacca, Archimede: Neuroretinitis nach Gebrauch von Haartinktur mit Anwesenheit des Macular-Sterns. *Fol. clin. et biol.* (São Paulo) **6**, 45—49 (1934).

Die Patientin stellte sich mit einer erheblichen Neuroretinitis optica vor. Da der Urin Spuren von Eiweiß enthielt, nahm Verf. eine toxische Ursache an. Da sie infolge des zu starken Gebrauchs eines Kopfwassers ein Ekzem der Kopfhaut hatte, wurde dieses Kopfwasser untersucht: es erwies sich in erheblichem Grade bleihaltig. Die rasche Heilung nach Aussetzen des Kopfwassers wurde unterstützt durch eine Schwefelbehandlung. F. Hahn (Bremen).

Gerichtliche Geburtshilfe.

Ota, T.: A study on the birth control with an intrauterine instrument. (Eine Studie zur Geburtenregelung durch ein intrauterines Instrument.) (*Gynecol. a. Obstetr. Inst., Imp. Univ., Kyoto.*) *Jap. J. Obstetr.* **17**, 210—214 (1934).

Verf. empfiehlt sein in Anlehnung an den Gräfenberg-Ring konstruiertes Intrauterinpressar aus Gold. Es besteht aus einem Drahttring mit 3 Speichen, die zentral (Achse) einen kleinen Ball oder Kapsel tragen. Die Erfolge damit seien gegenüber dem Ring von Gräfenberg deshalb bessere, weil die der Schleimhaut aufliegende Oberfläche größer sei. Weder im Kaninchenexperiment noch bei der menschlichen Uterus-

schleimhaut hat sich histologisch eine Schädigung gezeigt. (Keine deciduale Reaktion beobachtet.) Tietze (Kiel).

Busatto, Santo, e Mario Nizza: La reazione di Aschheim e Zondek nella diagnosi medico-legale di progresso aborto. (Die Aschheim-Zondeksche Reaktion in der gerichtsmmedizinischen Diagnose des vollendeten Abortus.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Torino.*) (*5. rium. d. Assoc. Ital. di Med. Leg., Roma, 1.—4. VI. 1933.*) Arch. di Antrop. crimin. **53**, 1366—1377 (1933).

Die auf dem Nachweis der Ausscheidung von Hypophysenvorderlappenhormon im Urin von Schwangeren beruhende Aschheim-Zondeksche Reaktion kann auch ein Hilfsmittel zur Feststellung des Abortes sein, da die Ausscheidung noch 4—6 Tage nach der Ausstoßung der Frucht stattfindet. 20 Fälle von unvollständigem und künstlichem Abort wurden täglich untersucht mit dem Ergebnis, daß je nach dem Alter der Schwangerschaft die Dauer der Hormonausscheidung verschieden ist. Die oben angeführte Grenze wurde nie überschritten. Mayser (Stuttgart).

Gernez, Louis: Intéret médico-légal du diagnostic de la grossesse par les méthodes hormonales. (Résultats de 215 réactions biologiques.) (Das gerichtszärztliche Interesse an der Schwangerschaftsdiagnose mittels hormonaler Methoden. [Resultate von 215 biologischen Reaktionen.]) (*Clin. Obstétr., Univ., Paris.*) (*19. congr. internat. de méd. lég. et de méd. soc. de langue franç., Lille, 27.—30. V. 1934.*) Ann. Méd. lég. etc. **14**, 648—656 (1934).

Gegenüber dem Verfahren nach Aschheim-Zondek stellt das nach Friedmann, wo man 24—48 Stunden nach intravenöser Injektion des Urins einer Schwangeren am Kaninchen schon makroskopisch hämorrhagische Follikel im Ovarium findet, einen großen Fortschritt dar. 7 Gruppen wurden untersucht, nämlich: I. 15 genitalgesunde, menstruierte Frauen — alle Reaktionen negativ; II. 21 Frauen mit Genitaltumoren, Appendicitis, Tbc. usw. — alle Reaktionen negativ; III. 36 normale Schwangere — alle Reaktionen positiv; IV. 22 Schwangere mit Komplikationen, wie z. B. Hyperemesis, Albuminurie, Tubengravidität, Blasenmole usw. — alle Reaktionen positiv; V. 58 Frauen, bei denen sonst die Menstruation normal, jetzt aber seit kurzem überfällig war — 34 Reaktionen positiv, 24 negativ; VI. 48 Frauen, wo es sich bei Ausbleiben der Periode um schwierige, chirurgisch wichtige Differentialdiagnosen handelte — 20 Reaktionen positiv, 28 negativ; der klinische Verlauf bzw. der Operationsbefund bestätigte jedesmal die Richtigkeit der Resultate; VII. 15. Frauen wurden nach der Entbindung untersucht, wobei sich zeigte, daß vom 2. bis 3. Wochenbettstage an die Reaktion negativ ausfällt. 187 Reaktionen bei einem Ausbleiben der Menses von wenigstens 10 Tagen gaben 100% richtige Resultate. Fällt bei einem Ausgebliebensein der Menses von weniger als 10 Tagen die Reaktion negativ aus, dann ist sie nach weiteren 10 Tagen zu wiederholen. Die Technik ist beschrieben. Walter Hannes.

Stöckl, E.: Über die gerichtsmmedizinische Bedeutung der biologischen Schwangerschaftsproben. (*Univ. i wojewódzk. klin. dla kobiet, Poznań.*) Ginek. polska **13**, 300—303 (1934) [Polnisch].

Stöckl gelangt auf Grund der in der Gynäkol. Klinik in Posen gewonnenen Erfahrung zur Überzeugung, daß der positive Ausfall der biologischen (Aschheim-Zondek, Friedmann) Schwangerschaftsproben keine 100proz. Gewißheit für die Diagnose der Schwangerschaft liefert. Was den negativen Ausfall anbelangt, so besitzt derselbe sowohl in klinischer wie auch in gerichtszärztlicher Beziehung keine Bedeutung.

L. Wachholz (Kraków).

Misserowa, E.: Die Manoilowsche Reaktion als Methode der Schwangerschaftsdiagnostik. Ginek. Nr **3**, 86—88 (1934) [Russisch].

Die Manoilowsche Reaktion als Methode der Schwangerschaftsdiagnostik ist von der Verf. in 448 Fällen klinisch diagnostizierter Schwangerschaft ausgeführt worden, wobei die Reaktion in 89,06% der Fälle positive Resultate ergab; 115 Sera nichtgravidier Frauen ergaben 38,26% positive und 61,74% negative Resultate. Verf. hebt hervor, daß die Reaktion oft unscharf ist und fließende Übergänge der verschiedenen Farbtöne ergibt. Nach der neuen

Modifikation wird die Reaktion wie folgt ausgeführt: Zu 0,3 ccm des zu untersuchenden Serums werden 1 ccm einer 2proz. frisch hergestellten Diuretinlösung hinzugefügt, darauf 0,5 ccm einer 1proz. wässerigen Lösung von Dimethylbarbitursäure und darauf 1 Tropfen einer 0,2proz. wässerigen Lösung von Nilblau. Die Reaktion, welche ihrer Einfachheit wegen sehr bequem ist, bedarf nach Verf. noch weiterer Verbesserungen und genauerer Nachprüfungen. Glaserapp (Dorpat).^{oo}

Piccone, Luigi: Sul valore della seconda reazione di Manoiloff per la diagnosi di gravidanza. (Über den Wert der 2. Manoiloffschen Reaktion zur Schwangerschaftsdiagnose.) (*Clin. Ostetr. Ginecol., Univ., Siena.*) Riv. Ostetr. **16**, 345—353 (1934).

Verf. spricht der modifizierten Reaktion von Manoiloff jeden praktischen Wert für die Frühdiagnose der Schwangerschaft ab, sei es, daß sie in früheren Monaten oft negativ und öfters auch außerhalb der Schwangerschaft positiv ist. Cristofaletti.

Sabat, Bronislaw: Die Frühdiagnose der Schwangerschaft mittels intrarectaler Radiographie. Ginek. polska **13**, 387—394 u. franz. Zusammenfassung 395 (1934) [Polnisch].

Um die Unzulänglichkeit einer Schwangerschaftsdiagnose in frühen Stadien mittels der gewöhnlich, d. i. exoradiographisch ausgeführten Röntgenaufnahme zu beheben, empfiehlt Sabat die von ihm erfundene „endoradiographische“ Methode, die darauf beruht, daß der zu belichtende Film ins Rectum der Untersuchten mittels des von S. ersonnenen und „Rectoradiograph“ benannten Apparates ausgeführt wird. S. gelang es, mit diesem Apparat, fetales Knochengüst, mithin eine bestehende Schwangerschaft zweifellos zu erkennen. L. Wachholz (Kraków).

Döderlein, A.: Verwechslung eines Myoms mit Schwangerschaft. Münch. med. Wschr. **1934 II**, 1066—1067.

Verf. hatte ein Gutachten abzugeben, da eine Frau einen Chirurgen verklagte, welcher selbst nach Eröffnung ihres Unterleibs den myomatösen Uterus für einen graviden hielt. Verf. betont, es gebe unzweifelhaft weiche Myome, die eine Schwangerschaft in den ersten Monaten vortäuschen können. Dies gelte nicht bloß für die eigentliche gynäkologische kombinierte Untersuchung, sondern auch für die Probelaaparotomie. Auch bei der direkten Untersuchung sei es unter Umständen nicht ohne weiteres möglich, Geschwulst des Uterus und Schwangerschaft zu unterscheiden. Es bedeute keinen Kunstfehler, wenn der Beklagte bei der Operation eine Schwangerschaft vor sich zu haben glaubte. Verf. erkennt es an, daß der Operateur nach Eröffnung der Bauchhöhle in der allerdings irrtümlichen, aber verzeihlichen Meinung, einen schwangeren Uterus vor sich zu haben, die Exstirpation des Uterus unterließ und die Bauchhöhle wieder schloß. Dittrich (Prag).

Peralta Ramos, Alberto, und Francisco A. Deluca: Über Geschlechtsbestimmung. (*Inst. de Maternidad de la Soc. de Beneficencia de la Capital, Buenos Aires.*) Rev. méd. lat.-amer. **19**, 219—230 u. franz. Zusammenfassung 230 (1933) [Spanisch].

Von Vargas war in letzter Zeit wiederum die Theorie aufgestellt worden, daß aus dem rechten Ovarium die Knaben, aus dem linken die Mädchen entstehen. Um die Richtigkeit dieser Anschauung nachzuprüfen, wurden 17684 Krankengeschichten durchgesehen, bei Kaiserschnitten der Sitz des Schwangerschaftsgelbkörpers festgestellt, an vorhandenen Präparaten der Frage nachgegangen und schließlich bei 47 Ratten und 8 Kaninchen ein Ovar entfernt, um nachher aus dem Geschlecht der Nachkommen die notwendigen Schlüsse ziehen zu können. Alle diese Methoden der Nachprüfung ergaben, daß die Theorie von Vargas in keiner Weise sich bestätigte. [Vargas, Rev. méd. lat.-amer. **16**, 633 (1931).] Liegner (Breslau).

Margottini, M.: La rottura spontanea accidentale dell'utero gravido. (Die spontane zufällige Ruptur des schwangeren Uterus.) (*Reparto Maternità, Osp. di S. Spirito, Sassia.*) Policlinico Sez. chir. **41**, 191—205 (1934).

35jährige IV-Gebärende, bei der vor 4 Jahren wegen Eklampsie Schnittentbindung vorgenommen worden war, wird nach Wehenbeginn in kollabiertem Zustand eingeliefert. Diagnose: Uterusruptur. Bei der Laparotomie zeigt sich, daß der Fetus aus einem großen vertikalen Riß der Vorderwand der Gebärmutter in die freie Bauchhöhle ausgetreten ist, in welcher sich große

Mengen Blut befinden. Nach Ausräumung Naht der Rißstelle, die sich an der alten Wundnarbe befindet. Placentaransatz an der Vorderfläche der Gebärmutter. Heilung. Durch die alte Operationsnarbe und die Art des Placentaransatzes war in diesem Fall die Ruptur begünstigt worden. Der vollkommene Austritt der Frucht aus der Rißstelle ist selten.

G. Strassmann (Breslau).

Stahel, W.: Über einen Fall von doppelseitiger Tubargravidität. (*Bezirksspít., Langenthal.*) Schweiz. med. Wschr. 1934 II, 920—921.

Mitteilung eines Falles von doppelter rupturierter Eileiterschwangerschaft infolge chronischer Salpingitis.

Schönberg (Basel).

Szenteh, István: Zwei ausgetragene Extrauteringraviditäten. Orv. Hetil. 1934, 589—590 [Ungarisch].

30jährige II-para, Uterus dem 8. Monat entsprechend, Röntgenbild zeigt das Kind in Querlage, Diagnose: linksseitige Extrauteringravidität. Laparotomie in Lumbalanästhesie, reifes Kind, 2800 g schwer, stark verunstaltet. Placenta sitzt am Peritoneum, am Dickdarm und Mesenterium. Supravaginale Amputation des Uterus, Drainage nach Tóth. Tod des Kindes am 4. Tage. — Der zweite Fall wurde mit hohem Fieber eingeliefert, neben dem vergrößerten Uterus wurde eine kindskopfgroße Geschwulst palpiert, Abgang von Deciduagewebe. Laparotomie in Lumbalanästhesie. Die 36 cm lange Frucht befand sich in der freien Bauchhöhle, die infizierte Placenta saß am Darm. Totalexstirpation, Drainage, Heilung. Bei diagnostizierter Extrauteringravidität soll sofort operiert werden.

Felix Gál (Budapest).

Steel, W. Arklay: Full-term extrauterine pregnancy with living child. (Ausgetragene Extrauterinschwangerschaft mit lebendem Kind.) (*Hillingdon County Hosp., Uxbridge.*) Brit. med. J. Nr 3836, 62—63 (1934).

24jährige Erstgebärende mit Querlage, die beim Versuch einer Wendung auf den Kopf kollabierte. Bei der Operation — es war an Uterusperforation gedacht — fand sich die Bauchhöhle mit Blut angefüllt, es wurde ein lebendes Kind herausgeholt, der geplatze Fruchtsack, der dem rechten breiten Mutterband anlag, abgetragen, der Uterus war unverändert. Das Blut wurde wieder intravenös infundiert, das Kind lebte 12 Stunden. Bei der Sektion des Kindes zeigte sich, daß es sich um ein voll ausgetragenes Kind handelte, das im übrigen keine krankhaften Veränderungen an den inneren Organen aufwies.

G. Strassmann (Breslau).

Lull, Clifford B., and J. Bernard Bernstine: Twin abdominal pregnancy. (Abdominale Zwillingschwangerschaft.) (*Philadelphia Gen. Hosp., Philadelphia.*) Amer. J. Obstetr. 28, 126—128 (1934).

Sichere Fälle von primärer abdominaler Zwillingschwangerschaft sind nur wenige in der Literatur beschrieben worden. Um eine sekundäre Entstehung nach Tubarabortion oder -ruptur mit Bestimmtheit auszuschließen, ist die mikroskopische Untersuchung der Adnexe erforderlich. Im vorliegenden Falle war das nicht möglich, trotzdem ist der Fall interessant. Es handelte sich um eine Zwillingschwangerschaft im freien Bauchraum. Bis zum 6. Monat traten trotz eines Abtreibungsversuches mittels Katheters im 2. Monat keine pathologischen Erscheinungen auf, dann plötzlich scharfe Schmerzen im Unterbauch und Kollaps. Durch Röntgenaufnahme wurde schon vor der Operation die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf extrauterine Zwillingschwangerschaft gestellt. Die weiblichen Zwillinge nebst Placenta wurden durch Laparotomie entfernt. Der Eisack saß am Appendix, Dünn- und Dickdarm und am Uterus fest. Tamponade. Heilung. In der Diskussion zu diesem Vortrage wurde darauf hingewiesen, daß bei so weit fortgeschrittener Schwangerschaft die Entscheidung, ob es sich um eine primäre oder sekundäre Bauchhöhlenschwangerschaft handele, nicht mehr zu treffen sei.

H. Siedentopf (Leipzig).

Wehrung, E., et H. Nerson: Un cas de mort subite une heure et demie après un accouchement normal; choc obstétrical. (Plötzlicher Tod 1½ Stunde nach normaler Geburt; Geburtsschock.) Bull. Soc. Obstétr. Paris 23, 430—433 (1934).

Es handelt sich um eine 32jährige IX-para, die nach normaler Geburt plötzlich unter schwersten Kollapserscheinungen starb. Klinisch: Tod im Geburtsschock; bei der Autopsie wurden im Abdomen 2 l Blut gefunden, die von einer geplatzen varicösen Vene eines kindskopfgroßen Ovarialeystoms herrührten.

Seynsche (Essen).

Oing, Margarethe: Mechanisches Geburtshindernis bei Uterus duplex durch den nichtschwangeren Uterus. (*Univ.-Frauenklin., Marburg a. L.*) Zbl. Gynäk. 1934, 1954 bis 1956.

Verf. berichtet über einen Fall von Geburt im 10. Monat bei Uterus duplex. Unter dem Kopfe unterhalb der Beckeneingangsebene fühlte man ein enteneigroßes teigiges Gebilde, das sich vom Kopfe durch eine Furche deutlich absetzte, in der Wehe härter wurde und vor dem Kopfe fast bis auf den Beckenboden herunterdrückte. Dieses Gebilde stellte den zweiten nichtschwangeren Uterus dar, der zwischen Promontorium und Kopf eingeklemmt war, so daß er als Geburtshindernis wirkte. Es gelang aber, denselben nach oben abzuschieben. Dieser zweite Uterus könnte unter Umständen ein absolutes Geburtshindernis bilden, das zur Schnittentbindung zwingt.

Dittrich (Prag).

Fuchs, H.: Gefahren und Schädigungen bei der medikamentösen Geburtslenkung mit Hypophysenextrakten. Fortschr. Ther. 10, 219—223 (1934).

Verf. tritt gegen den in der Praxis weitverbreiteten, nutzlosen bzw. schädlichen Aktivismus in der Anwendung von Hypophysenextrakten auf. Die grundsätzliche Verabfolgung des Hormons in der Placentarperiode ist unphysiologisch und rächt sich nicht selten durch reaktive Atonie. Bei notwendiger Verstärkung der Nachgeburtswehen durch Hypophysin darf die Sicherung des Kontraktionseffekts durch nachgespritzte Mutterkornpräparate nicht verabsäumt werden. Auch die stärksten Hypophysin-nachwehen nützen nichts gegen die Placenta accreta und increta. Der sichere kontraktische und styptische Erfolg der Nachgeburtperiode darf nicht zu einer minder sorglosen Besichtigung der Placenta auf Vollständigkeit führen. In der Austreibungsperiode sind Fehlschläge bei hohem Kopfstand und bei räumlichem Mißverhältnis heute an der Tagesordnung. Sie wirken besonders verhängnisvoll, wenn, wie üblich, zu hoch dosiert und obendrein noch intravenös gespritzt wird. Tetanus uteri, Uterusruptur, aufsteigende Infektion, asphyktische Gefährdung des Kindes sind häufig zu beobachtende Folgezustände. Nicht minder schädlich wirkt die Überdosierung in der Eröffnungsperiode, zumal bei abwegiger Wirkung des Hormons keine Möglichkeit der Entbindung besteht. In der Eröffnungsperiode und bei der primären Wehenschwäche sind noch mehr als in der Austreibungsperiode und bei sekundärer Wehenschwäche kleine, tastende, langsam zu steigernde Dosen geboten. Sinnlos ist die Wiederholung der Treibmittel nach einmaligem Versagen. Bei der inkompletten Fehlgeburt ist das Hypophysin nicht wirksam, bei der Frühgeburt nur bei geöffneter Eiblaste. Der hochgravide, noch ruhende Uterus spricht nur bei vorhandener Wehenbereitschaft auf Hypophysenauszüge an, mit fast experimenteller Sicherheit geschieht dies bei Überschreitung der Tragzeit. Die Richtlinien für die Anwendung der Hypophysenauszüge lassen sich etwa folgendermaßen zusammenfassen: 1. Das geburtslenkende Hormon wirkt nicht nur individuell, sondern auch je nach der Geburtsphase sehr verschieden. 2. Das Hormon ist ein differenter Stoff mit geringer, und zwar in der Eröffnungsperiode geringster Wirkungsbreite zwischen Nutzen und Schaden. 3. Das Hormon verlangt somit eine möglichst niedrige, aber zugleich optimale, d. h. die für einen physiologischen Effekt hinreichende Dosierung. 4. Die Einzeldosen liegen für die Eröffnungs- und Austreibungsperiode minimal bei 1, maximal bei 1,5 Voegtlin-Einheiten, d. h. z. B. bei 0,2—0,3 Thyophysin, 0,25—0,5 Orasthin, 0,5—0,75 Physormon usw. Die maximale Gesamtdosis innerhalb 3 Stunden liegt etwa bei 3 Voegtlin-Einheiten. Die genannten Dosen liegen weit unter den heute in der Hauspraxis noch gebräuchlichen. In der Nachgeburtperiode beträgt die maximale Einzeldosis 3 Voegtlin-Einheiten (z. B. 1 ccm Orasthin, 0,5 ccm Pituglandol). 5. Nur in der Nachgeburtperiode ist die intravenöse Einspritzung zulässig. 6. Für die durch das Überangebot der pharmazeutischen Industrie sehr erschwerte Wahl des Präparates bedarf es keiner festen Richtlinien, sofern nur von standardisierten Extrakten (Voegtlin-Einheiten) Gebrauch gemacht wird, die eine einigermaßen sichere Dosierung gestatten. 7. Für alle mit Blutdrucksteigerung verbundenen Geburtskomplikationen (Kreislaufstörungen, Nephropathie, Präeklampsie, Eklampsie) ist nur das tonusindifferente Fraktionspräparat Orasthin zulässig.

H. Fuchs (Danzig).

Döderlein, A.: Verblutung nach Perforation des nachfolgenden Kopfes. Münch. med. Wschr. 1934 I, 901—902.

Bei einer Gebärenden mit engem Becken hatte ein Arzt bei noch stehender Blase und leerem Becken die Wendung auf den Fuß gemacht, was sehr leicht gelang. Nachdem der Körper entwickelt worden war, stieß die Extraktion des Kopfes auf große Schwierigkeiten. Bei Anwendung des Veit-Smellieschen Handgriffes riß die Wirbelsäule ab. Darauf schnitt der Arzt mit der Schere den Kopf ab und versuchte wieder den Kopf herauszuziehen. Nähere Angaben über die Technik fehlen, der Arzt hatte nur angegeben, daß er den Kopf perforieren und mit dem Kranioklasten entfernen wollte. Da dies nicht gelang, ließ er die Frau ins Krankenhaus schaffen, wo es ihm nach seiner Aussage auf einmal gelang den Kopf zu zerdrücken und herauszuziehen. Die Kreißende scheint dann an Verblutung offenbar wegen Atonie gestorben zu sein. Trotzdem Verf. die Anwendung des Cephalotryptor statt des Kranioklasten für geeigneter gehalten hätte, kam er doch zu dem Schlusse, daß ein Kunstfehler nicht mit Sicherheit festgestellt werden könne.

Marx (Prag).

Kaplan, A., und J. Shaworonkow: Der Geburtsverlauf bei Sportlerinnen. Ginek. Nr 3, 115—128 (1934) [Russisch].

Die mitgeteilten Beobachtungen beziehen sich auf 157 Frauen, die sich längere Zeit hindurch sportlich betätigt hatten. 136 von ihnen hatten ihren Körper systematisch geschult, ohne jedoch Spitzenleistungen erzielen zu wollen. Diesen gegenüber steht die Gruppe von 21 ausgesprochenen Sportgrößen, die sich durch ihre Rekordleistungen einen Namen in der Öffentlichkeit gemacht haben. In beiden Gruppen waren alle erdenklichen Sportarten vertreten. In der I. Gruppe kamen 110 Frauen zum erstenmal, 26 zum zweitenmal nieder, die II. Gruppe umfaßt 19 Erst- und 2 Zweitgebärende. Was die soziale Schichtung anlangt, so gehörten 12,7% dem Arbeiterstande an, 56,4% dem Angestelltenberuf, 10,3% studierten und 20,6% waren Hausfrauen. Alle Altersstufen waren vertreten: die jüngste Frau war 17, die älteste, eine II-para, 37 Jahre alt. Im Mittel hatten sich alle Frauen $6\frac{1}{2}$ Jahre mit sportlichen Übungen befaßt. 55% hatten den Sport mit Eintritt der Schwangerschaft aufgegeben. 16% hatten bereits 2 Jahre vor der Geburt, 13% 3 Jahre und 3% bis zu 9 Jahren ante partum mit den Übungen aufgehört. 16% setzten ihre Übungen in der 1. Hälfte der Schwangerschaft fort. Leichtathletik, Reiten und Laufen wurden bis zum 5. Monat, Schwimmen im Einzelfall bis zum 7. Monat und tänzerische Übungen bis zum 8. Monat anstandslos vertragen, ohne daß es zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft gekommen wäre. Demnach rechtfertigt sich ein prinzipielles Verbot bzw. eine starke Einschränkung der Leibesübungen in der Gravidität nicht. Ihre angebliche Schädlichkeit ist offenbar sehr in Zweifel zu ziehen, der Vorteil angemessener Körperschulung für die Schwangere hingegen unbestreitbar. Sachgemäße Beratung im Einzelfall dürfte hier viel Nutzen stiften. — Obgleich die verhältnismäßig geringe Anzahl der zur Verfügung stehenden Beobachtungen kaum allgemeingültige Rückschlüsse zuläßt, sind folgende Feststellungen sicher von Wert: Bei Sportlerinnen ist der relativ kleine Prozentsatz graviditätstoxischer Störungen in der Schwangerschaft hervorzuheben. Von 110 Primiparen hatten nur 3 über leichtes Erbrechen und Übelkeit zu klagen, nur 5 wiesen unbedeutende Ödeme an den unteren Extremitäten auf. Von den 21 Frauen der Rekordgruppe waren 3 toxisch geschädigt, 2 leicht, die 3. bekam eine Eklampsie. Schwangerschaftsstreifen kamen bei den sportgeübten Frauen unvergleichlich seltener zur Beobachtung als bei den körperlich nicht geschulten. Von 230 zum Vergleich herangezogenen primiparen Graviden, die keinen Sport trieben und im Durchschnitt 24 Jahre alt waren, hatten 76, d. h. 33%, frische Striae. Hingegen wiesen nur 17% der Sportlerinnen, aus der Rekordgruppe nur 10%, Striae am Bauch und an den Hüften auf. Zieht man ferner in Betracht, daß die Häufigkeit der Schwangerschaftsstreifen bei den zweitgebärenden Sportlerinnen 28% betrug, während die entsprechenden Zahlen in der Literatur, die alle Frauen ohne Rücksicht auf die körperliche Betätigung erfassen, zwischen 86 und 90% schwanken, so wird die hervorragende Bedeutung der Leibesübungen für die Kräftigung des Stützgewebes ersichtlich. Weiterhin ergab die Prüfung der Bauchdecken, daß bei Sportlerinnen relativ selten Rectusdiastasen entstehen. —

Die Geburtsdauer der untersuchten Fälle betrug im Durchschnitt 15 Stunden bei der ersten und 11 Stunden 5 Minuten bei der zweiten Entbindung. Die Austreibungsperiode war ebenfalls verhältnismäßig kurz, sie dauerte durchschnittlich 1 Stunde 6 Minuten, bei den II-parae 30 Minuten. Hingegen erhöhte sich bei den Rekordlerinnen die Geburtsdauer auf 24 Stunden, die Austreibungszeit auf 1 Stunde 30 Minuten. Wie weit dabei eine erhöhte Rigidität der Weichteile mitspricht, bleibt dahingestellt. Ernstere Komplikationen kamen in den ganzen 157 Fällen nicht zur Beobachtung. Dammrisse entstanden bei Erstgebärenden in dem auffallend niedrigen Prozentsatz von 6—7%. (Der gewöhnliche Durchschnittssatz der Klinik betrug 18,5%.) Es konnte festgestellt werden, daß bei Frauen, die regelmäßig Leibesübungen getrieben hatten, die Geburt weniger schmerzhaft verlief. Nachgeburtsperiode und Wochenbett blieben in allen Fällen ohne Störung. Aus dem geringen Umfang des Beobachtungsmaterials läßt sich ein spezifischer Einfluß einzelner Sportarten auf den Geburtsverlauf nicht herleiten.

H. Kolbow (Königsberg i. Pr.).

Waalder, Georg H. M.: Über die Größe neugeborener Zwillinge. (*Kvinnekl. og Univ. Pat.-Anat. Inst., Oslo.*) Norsk. Mag. Laegevidensk. **95**, 1113—1137 u. dtsh. Zusammenfassung 1138—1140 (1934) [Norwegisch].

Von einem Gesamtmaterial von 186 männlichen und 164 weiblichen Zwillingen, das in eineiige, zweieiige gleichgeschlechtliche, zweieiige ungleichgeschlechtliche und in eine vierte Gruppe aufgeteilt ist, die die Kinder enthält, deren Zwillingart unbekannt oder bei denen ein Partner gestorben ist, wurden die Durchschnitte der Schwangerschaftsdauer, der Länge und des Gewichtes errechnet. An Hand von 7 Tabellen, die einer früheren Arbeit des Verf. „Über die normale Schwangerschaftsdauer und ihre Variationen sowie über die Länge und das Gewicht des Neugeborenen“ entstammen, wurden die gefundenen Werte mit den entsprechenden für Einzelgeborene verglichen. — Unter Berücksichtigung der durchschnittlich um 16 Tage kürzeren Schwangerschaftsdauer bei den Zwillingen weichen ihre durchschnittliche Länge und Gewicht nicht nennenswert von denen von Einzelgeborenen mit gleichlanger Schwangerschaftsdauer ab. —

Eitel (Berlin).^{oo}

Witenstein, F.: Beitrag zur Ätiologie des spontanen Aborts. (Schwangerschaft und Bangsche Krankheit.) (*Klin. f. Geburtsh. u. Gynäkol. [Univ.-Frauenklin.], Inst. f. Klin. Med., Charkov.*) Zbl. Gynäk. **1934**, 1583—1588.

Verf. berichtet über einen Fall von spontanem Abortus bei Infektion mit Bac. abort. Bang. Anfangs wurde die Krankheit irrtümlich als Grippe, dann als Typhus abdominalis angesprochen. Die Frau hatte als Köchin mit rohem Fleisch zu tun gehabt, auch manchmal davon gekostet und oft rohe Milch getrunken. Lange hat man den Bac. abort. Bang für apathogen für den Menschen gehalten. Derselbe kann bei Kontakt mit Tieren durch die Haut eindringen, oder die Ansteckung erfolgt auf enteralem Wege nach Genuß von roher Milch. Über etwaige Übertragung der Infektion von einem Menschen auf den anderen ist nichts bekannt. Nur ein von Schürer mitgeteilter Fall ist bekannt, in welchem sich ein Gynäkologe infizierte, indem er bei einer Kranken eine Ausräumung vornahm.

Dittrich (Prag).

Schwarz, G.: Über den habituellen Abort. (*Privatklin. Dr. Schwarz, Köslin.*) Zbl. Gynäk. **1934** 2131—2141.

Die Fälle, bei denen spontan aus erkennbarer Ursache ein Abort eintritt, bei denen somit eine ätiologische Therapie eingeschlagen werden kann, sind relativ selten. Sie sind auch nicht als habituelle Aborte (h. A.) sensu strictiori zu bezeichnen. Bei einer großen Zahl von h. A. handelt es sich um eine abnorme Sensibilität des Uterus. Es kommt dann zu Fehlgeburten, weil die Frauen trotz leichter Wehen schwere körperliche Arbeit verrichten oder sich sonst ungeschickt verhalten (Wärmeapplikation! Ref.). Bei alten Erstgeschwängerten können in dem starren Uterus frühzeitig Wandspannungen auftreten, die Wehen auslösen und so zur Ausstoßung der Frucht führen. Die Therapie besteht in diesen Fällen in Bettruhe und Sedativis. Es ist jedoch ungewiß, ob sie zu einem Erfolg führt, da solche Patientinnen gelegentlich auch ohne Behandlung nach 1 oder 2 Aborten eine Schwangerschaft austragen. Die Avitaminose als Ursache des h. A. konnte Schwarz in keinem Fall nachweisen. Die Bedeutung der endokrinen

Drüsen für das Zustandekommen des h. A. wird kurz gestreift. Die Wirkungen selbst nicht testierter und ungereinigter Organpräparate, besonders der des Corpus luteum sind unbestreitbar. Verf. möchte jedoch die Frage offen lassen, ob es sich dabei nur um eine spezifische Wirkung handelt, oder ob nicht daneben auch eine unspezifische Eiweißwirkung von Bedeutung ist (Schwangerenserum). Die Lues als Ursache der habituellen Frühgeburt ist bekannt. Man soll sich von dem Dogma frei machen, daß die Syphilis nur Frühgeburten verursachen kann. Gelegentlich muß man sie auch als Ursache einer Fehlgeburt ansprechen. Selbst wenn alle Zeichen (Anamnese, klinischer und serologischer Befund) gegen eine Lues sprechen, kann man in der Frucht gelegentlich Spirochäten nachweisen. Eine antisiphilitische Kur ist daher auch in solchen Fällen zu empfehlen. Das gilt auch für den h. A. Sch. sah gelegentlich gute Erfolge. Er legt Wert darauf, daß die Neo-Salvarsaninjektionen in möglichst großem Abstand — am besten während der ganzen Gravidität — gegeben werden. Die Frage, ob es sich dabei um eine antisiphilitische Salvarsanwirkung handelt oder nicht, bleibt offen: der Erfolg entscheidet. Versicherungsrechtliche Fragen der Kasse gegenüber oder ethische Bedenken wegen der Patientin, die man nicht zu einer Syphilitikerin stempeln will, müssen deshalb in diesen Fällen zurücktreten.

Kurt W. Schultze (Königsberg i. Pr.).

Heim, K.: Fruchtabgang zwischen zwei Perioden. (*Univ.-Frauenklin., Leipzig*) Zbl. Gynäk. 1934, 1641—1649.

Verf. berichtet ausführlich über 2 Fälle eigener Beobachtung, welche beweisen, daß trotz eingetretener Schwangerschaft die Periode nochmals in voller Stärke auftreten kann.

Dittrich (Prag).

Bublitschenko, L. I.: Abortion and sterility. (Fehlgeburt und Sterilität.) (*Obstetr. a. Gynaecol. Scient. Inst., Leningrad.*) J. Obstetr. 41, 414—419 (1934).

Auf Grund von 200 genau untersuchten Fällen macht Verf. folgende interessanten Angaben. Mehr als 70% der Sterilitäten nach Abortus bestanden länger als 3 Jahre. 86% der Frauen wurden steril, bevor sie 35 Jahre alt waren. Erbliche Belastung spielt offenbar nur ganz selten eine Rolle, da die Mütter der sterilen Frauen Vielgebärende waren. Manche der Frauen wurden erst nach 1—3 Geburten steril. In 57% konnten chronische entzündliche Prozesse an den Adnexen als Sterilitätsursache nachgewiesen werden. In der Hälfte dieser Fälle entstand die Unterleibsentzündung unmittelbar im Anschluß an den Abortus. Da eine große Anzahl der Frauen nach der Fehlgeburt langanhaltende Blutungen bekam, scheinen auch diese für die Sterilität eine gewisse Bedeutung zu haben. Bei den Frauen ohne anatomischen Befund an den Adnexen scheint eine konstitutionelle Minderwertigkeit vorzuliegen, worunter auch Myome (11,6%) und das Fehlen der Libido (fast 50%) verstanden werden. Störungen in der Menstruation wurden in 61,9% beobachtet. Verf. glaubt, daß ein großer Teil der Infektionen nach Abortus durch bereits im Genitaltrakt vorhandene Keime verursacht wird, da nur etwa 20% der betroffenen Frauen von Hebammen behandelt wurden.

Frommolt (Halle a. d. S.).

Amstad, Hedy: Schicksal und Ausgang unerwünschter Schwangerschaften. Statistische Erhebungen sozialer Natur bei Schwangeren, die mit der Bitte um Unterbrechung der Gravidität die Poliklinik der Universitäts-Frauenklinik Zürich im Jahre 1931 aufsuchten und dem Fürsorgedienst der Klinik überwiesen wurden. Gesdh. u. Wohlf. 14, 289—304 (1934).

Es werden die Erfahrungen der Poliklinik der Universitätsfrauenklinik Zürich aus dem Jahre 1931 mitgeteilt und durch zahlreiche statistische Angaben belegt. Von 194 Frauen, die mit dem Verlangen nach Unterbrechung zur Beratung kamen, wurde vorwiegend der Gedanke einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage als Motiv angegeben. Es gelang, 104 Frauen durch fürsorgliche Maßnahmen zur Austragung der Schwangerschaft zu bringen. Bei 41 Fällen wurde aus medizinischen Gründen eine Unterbrechung notwendig. Von den verheirateten Frauen haben 78,3%, von den

Ledigen 50% die Schwangerschaft ausgetragen. Die Arbeit beweist nach Ansicht der Verf. die Notwendigkeit und soziale Bedeutung der Schwangerenfürsorge. *Seynsche*.

Ilberg, Georg: Über Schwangerschaftsunterbrechung (medizinische und Rechtsfragen; historische und bevölkerungspolitische Betrachtungen; prophylaktische Maßnahmen). Allg. Z. Psychiatr. **102**, 1—38 (1934).

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses dürfe nicht zusammengeworfen werden mit den Vorschriften der Schwangerschaftsunterbrechung. Wegen starker erblicher Belastung werde sie aus eugenischer Indikation gefordert. Aus diesem Motiv sei sie bisher nur sehr selten erfolgt. Verf. erörtert die verschiedenen anderweitigen Motive der Schwangerschaftsunterbrechung. Trotz des Verbotes der Schwangerschaftsunterbrechung bei nicht strenger medizinischer Indikation durch Gesetze haben die Abtreibungen in allen Ländern von Jahr zu Jahr enorm zugenommen. Verf. teilt statistisches Material mit und erörtert die verschiedenen Methoden des kriminellen Abortes. Eingehend wird die Geschichte der Fruchtabtreibung in den verschiedenen Ländern berichtet. Als besonders lehrreich wird das Massenexperiment, das man in den letzten Jahren mit dem legalisierten sozialen Abort in Rußland gemacht hat, angeführt. Zum Schluß erörtert Verf. die Frage, wie man dem Übel der freventlichen Schwangerschaftsunterbrechung begegnen könne, wobei er besonders auf die psychische Beeinflussung werdender Mütter hinweist. *Kankeleit* (Hamburg).

Bovin, Emil: Was lehren uns die Auswirkungen des russischen Gesetzes über die Schwangerschaftsunterbrechung? Sv. Läkartidn. **1934**, 877—892 [Schwedisch].

Verf. gibt ein ausführliches Referat der — auf Veranlassung von v. Franqué aus dem Russischen übersetzten und von A. Mayer herausgegebenen — „Erfahrungen mit der Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung in der Sowjet-Republik“. Vollständige Übersetzung der einschlägigen Arbeiten des ersten allukrainischen Kongresses der Geburtshelfer und Gynäkologen in Kiew“ (Stuttgart, 1933). Die Abhandlung ist daher für ein kurzes Referat ungeeignet. Verf. würdigt die Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung in Rußland als ein großartiges biologisches Experiment und führt zum Schluß aus: „Möge die schwedische Frau niemals Gegenstand eines sozialen Experimentes wie das russische werden, und mögen die Verhältnisse niemals derartig werden, daß die schwedischen Ärzte — aus vermeintlich staatlichem Interesse — beauftragt werden, eine solche unheimliche und dem Wesen wahrer Heilkunst fremde Tätigkeit auszuüben.“ *Axel Olsen* (Aarhus, Dänemark).

Berglund, Åke: Soziale Gesichtspunkte in der Frage des künstlichen Abortes. Nord. med. Tidskr. **1934**, 902—908 [Schwedisch].

Verf. empfiehlt, daß bei der Gesetzgebung in bezug auf den künstlichen Abort auch die soziale Indikation als legitim anerkannt werden sollte, so wie es im neuen schwedischen Sterilisationsgesetz geschehen ist. Gleichzeitig könnte vielleicht auch die Anerkennung der medizinischen Indikation ausdrücklich eingefügt werden. Im medizinischen Unterricht sollte der sozialen Medizin ein zentraler Platz zugewiesen werden. *Einar Sjövall* (Lund, Schweden).

Kjelland-Mördre, S.: Die Entwicklung und der jetzige Stand der Abortfrage in Norwegen. Nord. med. Tidskr. **1934**, 898—902 [Norwegisch].

Im Anschluß an diesen Überblick betont Verf., wie außerordentlich diffizil und kompliziert diese Frage ist und wie schroff die Meinungen immer noch einander gegenüberstehen. Ein wichtiger Grund gegen die Legalisierung des Abortes bei nicht-medizinischen Indikationen ist die Gefahr, die der Eingriff unmittelbar oder später mit sich bringt; hier soll soweit möglich objektiv abgewogen werden. Dabei sei auch zu berücksichtigen, daß es oft gilt, nicht zwischen künstlichem Abort und fortgesetzter Gravidität, sondern zwischen künstlichem und kriminelltem Abort zu wählen; in dieser Lage sei der künstliche Abort als Nothilfe gerechtfertigt. Die Mehrzahl einer vom Vorstande der norwegischen Ärztesgesellschaft ernannten Kommission (darunter der

Verf.) hat diesen Standpunkt eingenommen; die Minderzahl nimmt eine mehr konservative Stellung ein.

Einar Sjövall (Lund, Schweden).

Manczarski, St.: Plötzlicher Tod während der Ausführung einer Fruchtabtreibung. *Medycyna* Nr 17, 571—578 (1934) [Polnisch].

Auf Grund von 10 einschlägigen Fällen, die im Warschauer ger.-med. Institut sezirt wurden, gelangt Manczarski zu nachstehenden Schlüssen: 1. in jedem Fall von plötzlichem Tod nach vermutlicher Fruchtabtreibung muß man mit der Möglichkeit einer Luftembolie rechnen, 2. die Sektion soll möglichst schnell nach dem Tod ausgeführt werden, 3. das Herz soll stets auf Luftinhalt geprüft werden, 4. die mikroskopische Untersuchung des Hirns und der Oblongata, 5. die chemische Untersuchung des Uterus und seines Inhaltes, endlich 6. die Erwägung der näheren Umstände des Falles dürfen niemals vernachlässigt werden. Shocktod in diesen Fällen bezeichnet M. als selten.

L. Wachholz (Kraków).

Picot, G.: Clôture de la discussion sur les perforations utérines au cours du curetage. (Schluß der Diskussion über die Uterusperforationen im Verlauf der Curettage.) *Bull. Soc. nat. Chir. Paris* 60, 907—912 (1934).

Die Zusammenfassung der Besprechung des oben genannten Themas ergab, daß, wenn auch einzelne Uterusperforationen bei konservativer Behandlung heilen, doch wegen der Gefahr, auch nachträglicher Infektion, besonders aber wenn die Perforation von anderer Seite, nicht durch den Operateur selbst gesetzt und die Gebärmutter nicht entleert ist, der operative Eingriff das Gegebene ist. Zum Schluß werden die Arten des zweckmäßigen Eingriffes bei Perforationen geschildert. Nichteingreifen bedeutet eine große Verantwortung für den Operateur.

G. Strassmann (Breslau).

Obiglio, Julio R.: Eine verbrecherische Verwendung der *Baccharis articulata* (Ginster). (*Cátedra de Med. Leg., Univ., Buenos Aires.*) *Archivos Med. leg.* 4, 155 bis 158 (1934) [Spanisch].

Eine im 3. Monat schwangere Frau suchte durch reichliches Trinken eines Ginsterabsuds und dann auch durch Spülungen den Abort herbeizuführen. Wegen starker Blutungen wurde die Frau ins Krankenhaus eingebracht. Sie zeigte an toxischen Symptomen: Erbrechen, Kopfschmerzen, Anämie, Ikterus, Leberschwellung, Pupillenträgheit. Durch Eingriff wurde der Fetus entfernt. Nach Verf. hat das Trinken des saponinhaltigen Ginsterabsuds nicht durch direkte Einwirkung auf den Uterus den Abort verursacht, sondern durch allgemeine Intoxikation den Tod der Frucht herbeigeführt.

Ganter (Wormditt i. Ostpr.).

Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

Boeminghaus, H., und U. Baldus: Zur Physiologie der Samenblasen und der Spermien. (*Chir. Univ.-Klin., Marburg/Lahn.*) *Z. Urol.* 28, 433—462 (1934).

Die Arbeit geht von der Voraussetzung aus, daß die Samenblasen des Menschen ein Aufbewahrungsorgan für Spermatozoen sind. Die Beweise hierfür werden aus der Literatur erbracht. Danach läßt sich die Tatsache wohl nicht bestreiten, daß in den Samenblasen des Menschen in vielen Fällen lebende Spermatozoen gefunden werden, und es wird diese Beobachtung bei der Durchführung des Sterilisierungsgesetzes zu beachten sein, da auch nach durchgeführter Unterbindung der Samenleiter mit einem befruchtungsfähigem Beischlaf gerechnet werden muß. Eine zeitweise Internierung nach dem Eingriff wird aber unnötig, wenn entsprechend der Entdeckung de Graafs eine Injektion eines spermienabtötenden Mittels in das periphere Ende des bei der Sterilisation durchtrennten Samenleiters erfolgt, da sich nach de Graaf bei Auffüllung des Ductus deferens vom Nebenhoden her zuerst die Samenblase füllt. Aus einer Reihe von spermienabtötenden Mitteln wird zur Injektion in das Vas deferens Rivanol in einer Konzentration von 1 : 1000, Choleval 25 : 100 oder Arg. nitr. 1 : 1000 empfohlen. (Nach den bisher vorliegenden biologischen Untersuchungen kommt die Samenblase nicht als ein Aufbewahrungsorgan der Spermatozoen für längere Zeit in Frage, wie es der Nebenhodenschweif darstellt. Daß die Samenblasen vorübergehend mit Spermatozoen vollgepumpt werden, um sofort mit dem Samenblaseninhalte bei der Ejaculation, nach Aufhebung der von de Graaf gefundenen Sperre, wieder entleert zu werden, ist höchst wahrscheinlich. Eine lange Lebensdauer haben in der Samenblase verbliebene Spermien jedenfalls nicht. Ref.)

Redenz (Danzig).