

Hemsath, Frederick A.: Ventricular cerebral hemorrhage in the newborn infant. A pathologic and etiologic study of twenty cases. (Ventrikelblutungen beim Neugeborenen. Eine pathologische und ätiologische Studie an 20 Fällen.) (*Dep. of Path., New York Lying-In Hosp. a. Nursery a. Child's Hosp., New York.*) Amer. J. Obstetr. 28, 343—354 (1934).

Die pathologischen Bilder waren weitgehend übereinstimmend. Nur in einem Falle ging die Blutung von einer großen, mit geronnenem Blut gefüllten Höhle in der Hirnsubstanz aus. Es mag sich hier um eine ischämische Nekrose gehandelt haben, welche auch zum vorzeitigen Eintritt der Wehen führte. In den 19 restlichen Fällen fand sich meist eine profuse Hämorrhagie, welche von subependymalen Herden in der Nähe des vorderen Abschnittes der Stria terminalis der Seitenventrikel ausging. Zum kleineren Teil gingen die Blutungen von den Plexus chorioidei der Seitenventrikel aus. Es sind offenbar dispositionelle Momente, welche zu diesen Schädigungen führen. Andere Schädigungen haben sich nicht nachweisen lassen, zumal es sich in den meisten Fällen um Spontangeburt in Schädellage gehandelt hatte.

Panse (Berlin-Wittenau).

Golik, N., und P. Istomin: Intranatale Traumen des zentralen Nervensystems. Vrač. Delo 17, 219—224 (1934) [Russisch].

Es wurden 42 Gehirne von Neugeborenen untersucht, die während oder in den nächsten Tagen nach der Geburt starben. Unter ihnen fanden sich 32 Frühgeburten, ohne jeden chirurgischen Eingriff wurden 30 geboren. Erstgeburten waren 30. In 36 der untersuchten Fälle finden sich makroskopisch intrakranielle piale Hämorrhagien von verschiedener Lokalisation und Intensität. Im größten Teil der Fälle lokalisieren sich die Hämorrhagien im Occipitalgebiet und den Zentralwindungen, in einigen Fällen subependymal im Gebiet der Ventrikel, des verlängerten Markes, der Brücke und des Kleinhirns. Sie treten isoliert oder in verschiedenen Kombinationen auf. Meistenteils werden die pialen teilweise mit subependymalen kombinierte Hämorrhagien durch Zerreißen der in die Blutleiter mündenden Gefäße bedingt. Die Hirnrinde zeigt makroskopisch keine Veränderungen. Auf Schnitten werden Vergrößerung der Gefäßlumen und graugelbe hämorrhagische Herde in der weißen Substanz der Hemisphären, des Kleinhirns, in der Oblongata, im Nucl. caudatus und in der Umgebung der Ventrikel beobachtet. Mikroskopisch handelt es sich um Ödem der Hirnhäute und der oberen Schichten des Hirngewebes. Im Gebiet der Hämorrhagien finden sich kaum bemerkbare Reste der weichen Hirnhäute und Elemente der Gefäßwände. In den graugelben hämorrhagischen Herden werden destruktive Veränderungen der Ganglienzellen, der Achsenzylinder und des Gliagewebes in Form aufgehäufter Reste dieser Elemente beobachtet. In 6 Fällen fanden sich Veränderungen der Gefäßwände in Form von Arteriitiden und Phlebitiden, die von Rancke bei Lues beschrieben sind und die in diesen Fällen durch Infektionskrankheiten der Mütter während der Schwangerschaft bedingt werden. In 6 Fällen zeigte weder das makro- noch mikroskopische Bild irgendwelche Veränderungen (Todesursache Pneumonie oder andere Erkrankungen). In 30 Fällen werden also die patho-histologischen Veränderungen durch rein intranatale piale traumatische Hämorrhagien bedingt. Bei überlebenden Kindern können daher verschiedene Varianten von cerebraler Pathologie wie pyramidale, pyramidal-extrapyramidale, basale und Kleinhirnerscheinungen mit und ohne Intelligenzdefekt isoliert und in verschiedenen Kombinationen auftreten. *J. Prissmann (Moskau).*

Gerichtliche Geburtshilfe.

Fecht, K. E.: Über die Gefahren der chemischen Mittel zur Schwangerschaftsverhütung. (*Frauenklin. Dr. Fecht, Schwenningen a. N.*) Münch. med. Wschr. 1934 II, 1764—1765.

Verf. weist auf die Gefahren der chemischen Schwangerschaftsverhütungsmittel hin, welche einerseits in einem weiteren Geburtenrückgang in Deutschland, anderer-

seits in der Schädigung der Gesundheit der Frau bestehen. Solche Mittel sollten nur verordnet werden, wo eine Gravidität aus Gesundheitsrücksichten unter allen Umständen verhütet werden muß. Die Folgen für die Frau sind Ausfluß infolge einer Vaginitis und Endometritis, Erosionen an der Portio und in der Vagina, evtl. Sterilität. Chronisch auftretende Reize begünstigen die Bildung eines Carcinoms. Durch chemische Substanzen kann auch eine direkte Keimschädigung erfolgen, wodurch, wie Verf. glaubt, eine geistige oder körperliche Minderwertigkeit des Kindes mitverursacht werden kann.

Dittrich (Prag).

Starzewski, W.: Ein Fall vollständiger Verwachsung der Scheide während der Schwangerschaft. Now. Lek. 20, 634—636 (1934) [Polnisch].

Starzewski fand bei einer 33jährigen, zum sechstenmal Gebärenden den oberen Abschnitt der Scheide narbig verwachsen. Da alle anderweitigen Ursachen dieser Verwachsung ausgeschlossen werden konnten, glaubt S. die Entstehungsweise dieser Vernarbung einem während der Schwangerschaft abgelaufenen entzündlichen Prozeß (Gonorrhöe?) zuschreiben zu müssen.

L. Wachholz (Kraków).

Kurzrok, Raphael, Irene J. Kirkman and Margaret Creelman: Studies relating to the time of human ovulation. (Studien über den Zeitpunkt der Ovulation beim Weibe.) (*Dep. of Obstetr. Gynecol. a. Biochem. a. Sloane Hosp. f. Women, Coll. of Physic. a. Surg., Columbia Univ., New York.*) Amer. J. Obstetr. 28, 319—333 (1934).

1. 10 junge Frauen wurden auf die tägliche Prolan A-Ausscheidung hin längere Zeit beobachtet. 2. Die plötzliche Ausscheidung dieser Hormone kommt ungefähr in der Mitte des Menstrualcyclus vor und hat eine gewisse Neigung ungefähr zur selben Zeit beim nächsten Cyclus aufzutreten. 3. Diese plötzliche Ausscheidung von Prolan A aus dem Hypophysenvorderlappen wird als Anreiz der Ovarien zur Ovulation angesehen. 4. Der Beweis dafür ist erbracht dadurch, daß die Ovulation der Prolan A-Ausscheidung in etwa 24 Stunden folgt. Man nimmt an, daß die Ovulation nicht eintreten kann, ohne diesen Anreiz von Prolan A. Das Vorhandensein dieser Substanz setzt jedoch nicht unbedingt voraus, daß eine Ovulation eintritt. 5. Der Zeitpunkt der Ovulation, den man nach dieser Methode festgestellt hat, stimmt vollkommen überein mit den Resultaten aller bisherigen anderen Methoden, die beim Studium dieses Problems gefunden wurden. 6. Am häufigsten trat die Prolan A-Ausscheidung zwischen dem 10. und 13. Tag und die Ovulation zwischen dem 11. und 14. Tag ein. 7. In einem der Fälle bestand die Möglichkeit der Menstruation ohne Ovulation und in einem anderen Fall Ovulation ohne vorangegangene Menstruation. 8. Zwei von den unter Beobachtung stehenden Patientinnen wurden während der Beobachtungszeit schwanger. 9. Zeitliche Beziehungen zwischen Menstruation, Ovulation, Schwängerung, Follikelsprung und Nidation wurden erwogen. 10. 2 Fälle zeigten sehr frühes Auftreten einer positiven Aschheim-Zondek-Reaktion, und zwar am 25. resp. 26. Tag nach dem Einsetzen der letzten Menstruation oder 2 Tage zuvor und 1 Tag nach dem erwarteten Einsetzen der fällig gewesenen Periode. 11. Die Verwandlung eines positiven Aschheim-Zondek in eine positive Prolan A-Reaktion am Ende der Schwangerschaft, ist zurückzuführen auf eine Vermehrung der gonadotropen Hormone der Hypophysenvorderlappendrüse.

Hans Otto Neumann (Marburg a. d. L.).

Weinstock, F.: Das zeitliche Verhalten von Ovulations- und Konzeptionstermin an Hand von 416 Fällen mit genau bekannter einmaliger Kohabitation und nachfolgender Schwangerschaft. (*Univ.-Frauenklin., Breslau.*) Zbl. Gynäk. 1934, 2947—2952.

Die vorliegende Arbeit formte sich aus fast 2 Jahre lang sorgfältig durchgeführten Untersuchungen. Es sollte eine Statistik angelegt werden zur Lösung der Frage nach einer empfängnisicheren Zeit innerhalb des Menstruationscyclus. Eine Schwierigkeit hierbei ergibt sich daraus, daß man bei derartigen Erhebungen auf die Angaben der Frauen angewiesen ist, und doch muß man auf solche subjektive Aussagen in Fragen der Menstruation und Kohabitation zurückgreifen. Dieser Unsicherheitsfaktor wird hier dadurch weitgehend ausgeschaltet, daß es sich um eine große Zahl von Fällen handelt. In die Statistik sind nur die Fälle aufgenommen, bei denen 1. nach einmaliger

Kohabitation Schwangerschaft eintrat, 2. das Datum der Kohabitation und 3. mindestens die 3 letzten Menstruationen und die Dauer des Cyclus genau angegeben werden konnten. Ein regelmäßiger Menstruationsrhythmus konnte nur in 213 Fällen nachgewiesen werden. Auf eine verhältnismäßig größere Regelmäßigkeit im Ablauf des Menstruationscyclus ist im Alter von 20—30 Jahren zu rechnen. Empfängnis ist an jedem Tage des Cyclus möglich. Schwankungen in der Befruchtungsfähigkeit kommen vor, sie sind unabhängig vom Menstruationstypus. Das Konzeptionsoptimum liegt zwischen dem 5. bis 10. Tage des Intervalls. Verf. schließt, daß es eine empfängnisfreie Zeit innerhalb des Menstruationscyclus des Weibes nicht gibt. *Dittrich* (Prag).

Clifford, Stewart H.: Studies on the reduction of the newborn infant death rate.

II. The determination of the weight and age of the fetus in utero by the aid of stereoröntgenometry. (II. Gewichts- und Altersbestimmung von intrauterinen Feten mit Hilfe der Stereoröntgenometrie.) (*Boston Lying-in-Hosp., Dep. of Obstetr. a. Pediatr., Harvard Med. School a. Dep. of Child Hyg., Harvard School of Public Health, Boston.*) *Surg. etc.* 58, 959—961 (1934).

Auf Grund von Beobachtungen an 479 Kindern konnte Verf. eine Tabelle bzw. Kurve aufstellen, mit deren Hilfe sich das Gewicht und Alter von intrauterinen Feten aus der stereoröntgenometrischen Bestimmung des occipitofrontalen Durchmessers voraussagen lassen. An einigen Krankengeschichten wird die Genauigkeit dieser Voraussagen erläutert sowie ihr besonderer Wert in komplizierteren Fällen. Durch die Kenntnis der Größe der Feten können Schwangerschaften, die sonst häufig sofort beendet werden (Blutungen, Herzfehler, Toxämie usw.) solange fortgeführt werden, bis ein lebensfähiges Kind zu erwarten ist. Ebenso kann unnötige Verlängerung der Schwangerschaft vermieden werden, wenn die Röntgenuntersuchung eine bereits genügende Größe des Fetus ergibt. [Vgl. a. *Surg. etc.* 58, 727 (1934).]

Happel (Hamburg).

Sechi, Francesco: Sulla pretesa diagnosi biologica prenatale del sesso con la prova di J. H. Dorn e J. Sugarman. (Über die angebliche biologische Geschlechtsdiagnose vor der Geburt mittels des Versuches von J. H. Dorn und J. Sugarman.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Cagliari.*) *Pathologica* (Genova) 26, 723—725 (1934).

Nach Dorn und Sugarman soll eine Geschlechtsdiagnose des menschlichen Fetus auf hormonalem Wege möglich sein, wenn man einem jungen männlichen Kaninchen Urin der Schwangeren intravenös verabreicht und 48 Stunden danach die Hoden untersucht. Vorzeitige Spermatogenese, Vergrößerung des Hodens, Blutanfüllung sollen als Anzeichen für weibliches Geschlecht der Frucht gelten. In 14 Versuchen des Verf. wurden so viele unstimmmige Ergebnisse erhalten, daß die Probe als wertlos beurteilt wird. *Mayser* (Stuttgart).

Weiss, Moriz: Über den Schwangerschaftsnachweis mittels der Histidinreaktion im Harn. *Klin. Wschr.* 1934 II, 1579—1580.

Der Autor gibt eine Modifikation der Histidinreaktion im Harn von Kapeller-Adler an, die besonders die Verhältnisse des praktischen Arztes berücksichtigt. Insbesondere wird auf die möglichen Fehlerquellen der Methodik hingewiesen. Der Autor faßt sein Urteil über die Methode der Schwangerschaftserkennung folgendermaßen zusammen: „Der sicher positive Ausfall der Histidinreaktion spricht für Schwangerschaft. Ein negativer Ausfall ist bei einer Gravidität nach der 4. Woche kaum zu erwarten.“ Irgendwelche Unterlagen und nähere Angaben über das untersuchte Material sind in der Arbeit nicht enthalten. *Mühlbock* (Beriin).

Morra, Giuseppe, e Franco Gasparri: Modificazioni istologiche dei tessuti del perineo in gravidanza. Pt. II. (Histologische Veränderungen im Gewebe des Perineums während der Schwangerschaft. II. Teil.) (*Istit. Ostetr.-Ginecol., Univ. e R. Maternità, Torino.*) *Boll. Soc. piemont. Ostetr.* 2, 757—764 (1934).

Die Verff. stellten vergleichende histologische Untersuchungen des Dammgewebes an, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Schwangerschaft, um die Veränderungen festzustellen, die durch den schwangeren Zustand hervorgerufen werden. Sie beobachteten in der Schwangerschaft eine auffallende und charakteristische Hyperplasie

des elastischen Gewebes, wobei zarte, wenig gewundene Fibrillen vorwiegen, die, zu Bündeln vereinigt, sich untereinander nach verschiedenen Richtungen kreuzen. Bei Mehrgebärenden ist die quantitative Verteilung stellenweise verschieden. Das Muskelgewebe behält bei der Erstgebärenden gewöhnlich die normale Struktur, während bei Mehrgebärenden, besonders bei solchen mit ausgedehnteren Verletzungen des Dammes, degenerative Veränderungen, manchmal ziemlich beträchtlichen Umfangs, festgestellt werden können. (Zwei Abbildungen.) *Samtner* (Bruck a. d. Mur).

Schulz, Herbert: Über eine Schwangerschaft bei einer Mehrgebärenden ohne die geringsten subjektiven Erscheinungen. (*Frauenklin. v. Dr. Schulz, Quedlinburg.*) Zbl. Gynäk. 1934, 2961—2963.

Verf. teilt eine Beobachtung mit, die zeigt, daß ein völliger Empfindungsmangel für die Kindesbewegungen auch eintreten kann, ohne daß eine Erkrankung von seiten des Zentralnervensystems vorliegt.

25jährige III-para, bei der die Periode über 10 Monate ausgeblieben war. Niemand dachte an Schwangerschaft, alles sprach mehr für eine endokrine Regelstörung. Die Periode wurde erst nach der letzten Entbindung sehr unregelmäßig und stark, so daß das Ausbleiben der Periode als etwas gewöhnliches angesehen wurde. Die Frau fühlte keine Kindesbewegungen. Da sie nach den ersten Schwangerschaften sehr stark geworden war, hatte niemand eine wesentliche Zunahme des Unterleibs bemerkt. Die Untersuchung ergab Schwangerschaft. Es stellten sich keinerlei Zeichen des Geburtsbeginns ein, die Frau merkte auch weiterhin keine Kindesbewegungen. Röntgenuntersuchung ergab ein ausgetragenes Kind in I. Schädellage. Die Geburt wurde medikamentös eingeleitet. Nach 6 Stunden sehr schmerzhaftes Wehen. Geburt 2 Stunden nach Wehenbeginn normal. In den späteren Monaten nach der Entbindung wieder sehr starke und unregelmäßige Periodenblutungen.

Da die Empfindungsstörung für Kindesbewegungen erst eintrat, nachdem im Anschluß an die vorangegangenen normalen Entbindungen sich unter zunehmender Fettleibigkeit Regelstörungen bemerkbar machten, ist anzunehmen, daß es sich auch schon früher um einen Ausfall der Tätigkeit innerer Drüsen gehandelt hat, wie er auch nachträglich durch die vorgenommenen Hormonbestimmungen nachgewiesen werden konnte. *Dittrich* (Prag).

Daners, H.: Ausgetragene ektopische Schwangerschaft. (*Frauenklin., Städt. Krankenanst., Wiesbaden.*) Zbl. Gynäk. 1935, 212—218.

Verf. berichtet über einen Fall von primärer interstitieller Tubengravidität. Bei einer Schmerzattacke im 2. Monat der Gravidität ist es offenbar und ohne größere Blutung zu einer Ruptur der Tube und zum Austritt der Frucht gekommen, wobei die Schwangerschaft weiter als nunmehr sekundäre Abdominalschwangerschaft bestehen blieb; dies wahrscheinlich dadurch, daß ein Teil der ernährenden Zotten am primären Ansiedlungsort in der Tube haften blieb, die ausgetretenen Zotten haben dann zu einer neuen Implantation geführt. Aus organisierten Blutgerinnseln und neugebildetem vascularisiertem Granulations- und Bindegewebe bildete sich in den von Muskelfasern freien Abschnitten außerhalb der rupturierten Tube ein Fruchtsack als reaktive Kapsel. Diagnostisch ist man objektiv auf den Palpationsbefund angewiesen. Zu anderen diagnostischen Maßnahmen wird man erst Veranlassung haben, wenn bei fortgeschrittener ektopischer Schwangerschaft besondere Beschwerden auftreten. *Dittrich* (Prag).

Holzappel, Karl: Gemini permagni. Mschr. Geburtsh. 98, 30 (1934).

Bericht über eine Zwillinggeburt, wo das erste Kind 4670 g, das zweite 4510 g schwer war. Beide wurden durch Exstruktion bzw. Wendung und Exstruktion nach mißlungenem Zangenversuch geboren. *Derichsweiler* (Berlin).

Pfahl, Johannes: Ruptur eines Nabelschnurgefäßes sub partu. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Zbl. Gynäk. 1935, 446—450.

Verf. berichtet über einen Fall von Ruptur einer Vene der Nabelschnur auf der fetalen Placentarseite dicht neben dem Nabelschnuransatz. Die mikroskopische Untersuchung des rupturierten Gefäßes ließ eine sehr schwache Muskulatur und sehr gering ausgebildete Elastika erkennen. *Dittrich* (Prag).

Neuweiler, W.: Über einen Fall von Nabelschnurhämatom. (*Univ.-Frauenklin., Bern.*) Zbl. Gynäk. 1935, 450—453.

Verf. berichtet über einen Fall von isolierter Ruptur der Nabelschnurvene, die wohl kurz vor der Geburt erfolgte. Die Ruptur wurde auf einen abnormen Verlauf der Nabelschnur und auf Wandschädigung der Vene infolge chronischer Nephritis der Frau zurückgeführt.

Die Nabelschnur verlief, straff gespannt, über die Bauchseite zwischen den Beinen den Rücken herauf, einmal um den Hals und dann zur Insertionsstelle an der Placenta. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine abnorm schlecht ausgebildete Vene mit entzündlichen Erscheinungen in der Wand.

Dittrich (Prag).

Perl, Jerzy: Ein Fall spontaner teilweiser Ablösung des Gebärmutterhalses während der Geburt. Ginek. polska 13, 629—636 u. franz. Zusammenfassung 636—637 (1934) [Polnisch].

Der beschriebene Fall stellt eine ganz seltene Geburtskomplikation dar und kommt hauptsächlich bei älteren Erstgebärenden vor. Verf. erwägt eine ganze Reihe möglicher Ursachen, wie: Unnachgiebigkeit der Portio vaginalis, uterinen Infantilismus, das Fehlen von elastischen Fasern, Eingriffe an der Portio vaginalis, langdauernde Geburtstätigkeit, vorzeitiger Abfluß des Fruchtwassers. Die Hauptursache dürfte jedoch eine mechanische Schädigung der Portio vaginalis durch den Druck des vorangehenden Kindsteils sein. Der beschriebene Fall betrifft eine 33jährige Erstgebärende, welche rachitische Merkmale und ein allgemein verengtes Becken besitzt. Sie hat den Kaiserschnitt verweigert. — 44 Stunden nach Aufnahme in die Klinik und 33 Stunden nach Blasensprung wurde die Geburt mit der Zange beendet. Auf dem Kopf des Neugeborenen saß kappenförmig ein Teil des Gebärmutterhalses. Er war dunkelblau, seine Ränder glatt, wie abgeschnitten, und hatte in der Mitte eine $3\frac{1}{2}$ cm weite Öffnung (Muttermund). Zu einer Blutung kam es nicht.

B. Kowalski.

Simonsitz, Géza: Über zwei Fälle schwerster puerperaler Gasbakterienallgemeinfektion. (Univ.-Frauenklin., Graz.) Mschr. Geburtsh. 97, 7—14 (1934).

In dem einen Falle handelte es sich um eine Gasbakterienallgemeinfektion, ausgehend vom Uterusinneren (Placenta), nach kriminellen Abtreibungsversuch, die nach der digitalen Ausräumung und unmittelbar nachfolgender Verabreichung von Gasödemserum in Heilung ausging. Der andere Fall von Gasbakterieninfektion, ausgehend vom Uterusinneren, starb 9 Tage nach dem Auftreten der Allgemeinfektion trotz intensiver Behandlung mit Gasödemserum. Bei dem augenscheinlichen Abklingen der Symptomtrias der Gasbakterienallgemeinfektion scheint sich die Erkrankung in den Nieren lokalisiert zu haben, wobei die Regeneration der Nieren eine zu langsame war, um die rasch zunehmende Urämie verhindern zu können.

Dittrich (Prag).

Deutsch, Josef: Zur Frage der Metritis dissecans. (Frauenhosp., Wien-Döbling.) Wien. med. Wschr. 1934 II, 1099—1101.

Bei einer 25jährigen Erstgebärenden wurde nach 29stündiger Wehendauer die Frucht mühelos mittels Zange entwickelt. Schon während der Geburt war die Temperatur auf 39,4 angestiegen. Das Fieber hielt im Wochenbett an. Es bestanden überriechende, jauchige Lochien. In den ersten Wochenbettstagen stand der sehr druckempfindliche Uterusfundus unter dem rechten Rippenbogen, am 6. Wochenbettstage noch in Nabelhöhe. Am 22. Tage nach der Geburt kam man bei vaginaler Untersuchung in den weit klaffenden, noch doppelt faustgroßen Uterus. Eine Wandverdickung war nicht zu tasten. Am 25. Wochenbettstage ging ein großer Gewebsfetzen per vaginam ab, welcher dem größten Teil des Uterus zu entsprechen schien. 3 Tage später war bei vaginaler Untersuchung nur eine Höhle nachweisbar, aber kein Uterus mehr zu tasten. Am 38. Wochenbettstage fand man nur einen vollkommen geschlossenen Vaginalsack. Verf. glaubt, daß in diesem Falle als Folge einer Metritis dissecans puerperalis der größte Teil des Uterus per vaginam ausgestoßen worden ist, während Halban anlässlich der Vorweisung des Präparates in der Wiener geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft vermeinte, daß es sich bei dem abgegangenen Gewebsstück um ein nekrotisches und spontan ausgestoßenes Myom handelt. Im Anschluß daran berichtet Verf. noch kurz über einen 2. Fall von Metritis dissecans, der insofern interessant ist, als er sich nach einer Entbindung durch Kaiserschnitt ereignet hat.

v. Neureiter (Riga).

Cotte, G., et J. Mathieu: Quelques cas d'ovarites non suppurées consécutives à la puerpéralité. (Einige Fälle von nicht eitriger Eierstocksentzündung nach der Geburt.) Gynéc. et Obstétr. 29, 313—324 (1934).

Bei 3 Frauen, bei welchen wegen hartnäckiger, nach einer Geburt aufgetretener Schmerzen im Unterleib eingegriffen wurde, fanden sich bloß vergrößerte Eierstöcke, in 2 Fällen mit dem Bilde kleincystischer Degeneration (ovarite sclero-cystique), ohne Veränderung am Bauchfell oder den übrigen Teilen der Gebärmutteranhänge. In einem 4. Fall schließen die Verf. aus dem Verlauf auf dieselbe Veränderung. Die Erkrankung ist gekennzeichnet durch den schleichenden Beginn, das geringe oder kurzdauernde, oft unbeachtet bleibende Fieber, die Hartnäckigkeit der dumpfen, nicht übermäßig heftigen Schmerzen im Unterbauch, Regelstörungen, Ausfluß, eine meist mehrjährige Dauer und ihre Gutartigkeit. In allen Fällen der Verf. Hei-

lung. Eine der Frauen mit den kleincystischen Eierstöcken wurde nach dem Schwinden der Erscheinungen neuerlich schwanger. Als sie das Kind nach 14 Monaten abstillte und die Regel wieder eintrat, kehrten die Krankheitserscheinungen wieder, die in diesem Falle durch Röntgenkastration beseitigt wurden. *Meizner* (Innsbruck).

Dörfler: Der Abortus. Münch. med. Wschr. 1934 II, 1495—1498.

Die Abortseuche ist nur „durch eine vollständige geistige Umkehr unseres Volkes“ zu bekämpfen. Da dies aber längere Zeit benötigt und da sofortige Maßnahmen erforderlich sind, muß eine gesetzliche Anzeigepflicht für jeden Arzt, jedes Krankenhaus, jede Hebamme eingeführt werden. Die Unterlassung der Meldung ist unter hohe Strafe zu stellen. Es muß endlich gelingen, die Abtreiber oder Abtreiberinnen festzustellen und empfindlich zu strafen (Zuchthaus). — Es wird nach der Wagnerschen Einteilung des Abortes unterschieden. Bei Abortus imminens kann eine Gebärmutterblutung z. B. aus der Decidua parietalis oder durch Lösung einzelner Chorionzotten erfolgen, ohne daß das Ei Schaden leidet (Behandlung: Bettruhe 3—4 Wochen lang, Coitusverbot, kleine Opiumdosen). Da bei jeder Gebärmutterblutung in den ersten Monaten der Schwangerschaft an Extrauterin gravidität zu denken ist, kann man eine vorsichtige „aufklärende“ Untersuchung per vaginam nicht vermeiden. Ist „Abortus im Gang“ mit einiger Sicherheit anzunehmen, untersuche man im Hause der Kranken aus Gründen der Asepsis überhaupt nicht. Ist die Untersuchung nicht zu umgehen, untersuche man rectal. In der Klinik kann man bei Abortus incompletus abwarten, in der Praxis ist die Erledigung des Abortes häufig sofort notwendig. (Krankenhaus nicht in der Nähe.) Der mit der Curette nicht bewanderte Arzt räume bei für einen Finger offenem Muttermund in Narkose digital aus. „Wer die Curette nicht beherrscht, beherrscht erst recht nicht die Abortzange.“ Verf. überführt jeden inkompletten Abort einem Krankenhaus. „Tamponade der Scheide ist total verpönt.“ Der nicht untersuchte und nicht tamponierte Abort bietet die besten Chancen für einen operativen Eingriff. Wer Blutungsgefahr auf dem Transport befürchtet, tamponiere mit dem Inhalt einer ganzen Dührssenschen Büchse oder mit 5—6 eigroßen Watteknugeln (Einführung auf dem hinteren Speculum unter starkem Druck zur Kompression der Arteria uterina). Verf. ist bei der instrumentalen Ausräumung immer mit Hegarschen Dilatatoren nach vorheriger Sondierung ausgekommen. Er spült nach der Curettage mit heißem sterilen Wasser oder schwächster Sagrotanlösung. Blutet es in Ausnahmefällen trotz leerer Gebärmutterhöhle weiter, ist 24 stündige Uterustamponade zu empfehlen. Verf. hat bei derartigem Vorgehen noch niemals eine Frau an Abortusblutung verloren. Es kommt vor, daß auch der geübteste Arzt ein Stück Placenta zurückläßt, das hart an der Uteruswand sitzt und über das hinweggeschabt wird. Verf. kennt einen Fall, in dem eine Schwangerschaft trotz Curettage zu einem gesunden Kinde führte.

Willi Schultz (Halle a. d. S.).

Pilloni, Silvio: Su di un caso di aborto per trauma psichico. Perizia medico legale. (Über einen Fall von Abort durch psychisches Trauma. Gerichtlich-medizinisches Gutachten.) Clin. ostetr. 36, 768—775 (1934).

Eine 40jährige Frau, die bereits 8mal entbunden hat, erleidet in unmittelbarem Anschluß an eine große Erregung, die ihr eine übelwollende Nachbarin durch Schimpfen und Todesdrohungen bereitet, einen Abort im 2. Monat. Verf. hält den ursächlichen Zusammenhang zwischen psychischem Trauma und Abort für erwiesen, wenn auch das relativ hohe Alter und das Zusammentreffen des Traumas mit der Menstruationszeit eine gewisse Disposition bildeten. Die Frau war bald danach wieder gravide. *Laehr* (Naumburg a. d. S.).

Brückner, Stanislaw: Luftembolie bei kriminellm Abortus. Polska Gaz. lek. 1935, 102—105 (1935) [Polnisch].

Brückner teilt einen Fall von plötzlichem Tod einer Schwangeren in der Wohnung einer Hebamme mit. Nach Angabe der Angeklagten, hat die Schwangere starken brennenden Schmerz in der linken Kniekehle empfunden im Augenblick, als die Angeklagte ihre 2 Finger in die Scheide zwecks Untersuchung einführte. Die Angeklagte wollte der Schwangeren diesen Schmerz durch Massage der Kniekehlegegend stillen, die Patientin verlor aber die Besinnung, es stellte sich starke Cyanose und der Tod ein. Auf Grund der gerichtlichen Erhebungen und auf Grund des Sektionsbefundes gelangte B. als zugezogener Experte zum Schluß, daß es sich hier um Tod durch Luftembolie gehandelt hat. Die Luftembolie war die Folge einer

Uteruseinspritzung, welche durch die angeklagte Hebamme zwecks Fruchtabtreibung ausgeführt wurde. *L. Wachholz* (Kraków).

Környey, St.: Über den Gehirnbefund nach Einspritzung von Seifenlösung in die Gebärmutter. (*Nervenabt., Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) *Klin. Wschr.* 1934 II, 1502—1505.

40jährige Frau. Seifenlösungeinspritzung in die Gebärmutter. Baldiger Bewußtseinsverlust. Hochgradige Cyanose, Beugestarre der oberen, Streckkrampf der unteren Extremitäten, später partielle Jackson-artige Zuckungen. Tod etwa 20 Stunden nach dem Eingriff. Die Obduktion ergab kein offenes Foramen ovale und keinen Anhalt für Luftembolie im rechten Herzen. Mikroskopisch im Gehirn zahlreiche Erweichungsherde bei völligem Fehlen entzündlicher Veränderungen, vor allem unter dem Bilde einer ausgedehnten Schädigung der Großhirnrinde wie bei schweren andersartigen, vasculär bedingten Störungen. Auch im Putamen und Caudatus Erbleichungsherde, im Thalamus Bezirke mit der ischämischen Zell-erkrankung. Da eine paradoxe Embolie nicht vorliegen konnte, erklärt Verf. das akute Auftreten und Anhalten der Gehirnanämie durch eine Veränderung der Blutbeschaffenheit infolge der Seifenbeimengung. Therapeutisch ergibt sich daraus die Notwendigkeit einer ergiebigen Bluttransfusion bei solchen Fällen, die jedoch möglichst rasch erfolgen muß. Der histologische Gehirnbefund ist keineswegs spezifisch und kommt auch bei sonstigen in der Schwangerschaft auftretenden und mit Krampfständen einhergehenden Erkrankungen (Eklampsie, Urämie) vor. Es ist daher nicht erlaubt, aus seinem Vorhandensein auf einen kriminellen Abort zu schließen. *Weimann* (Berlin).^o

Fomina, P.: Zur Frage des Überganges der wirkenden Agenzien des *Secalis cornuti* in die Milch der Stillenden. *Vrač. Delo* 16, 663—668 (1933) [Russisch].

Geeignet zum Nachweis der wirksamen Stoffe des *Sec. corn.* fand Verf. nur die biologischen Methoden (Adrenalinempfindlichkeit von Kaninchenuteri und Farbe des Hahnenkammes). Untersuchungen von Neugeborenen, die mit Muttermilch ernährt wurden, ergaben in 90% den Resultaten der biologischen Methoden entsprechende Krankheitszeichen. Es darf somit als festgestellt angesehen werden, daß die Wirkstoffe des *Sec. corn.* in die Milch übergehen und die Neugeborenen schädigen können. *Sec. corn.* soll in der auf die Geburt folgenden Periode nur bei erster Indikation gegeben werden. *S. Matwejeff* (Odessa).

Cheney, Clarence O.: Indications for therapeutic abortion. From the standpoint of the neurologist and the psychiatrist. (Indikationen für die therapeutische Schwangerschaftsunterbrechung vom neurologischen und psychiatrischen Standpunkt.) *J. amer. med. Assoc.* 103, 1914—1919 (1934).

Verf. kommt nach bemerkenswerten, durch gut ausgewählte Beispiele illustrierten Ausführungen zu dem Ergebnis, daß es keine neurologische oder psychiatrische Erkrankung zu geben scheint, die eine absolute Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft darstellt. Die Erfahrung lehrt, daß Frauen mit fortgeschrittenen neurologischen Erkrankungen eine Schwangerschaft durchmachen und gesunde Kinder haben können. Die Erfahrung lehrt auch, daß Frauen mit schweren geistigen Erkrankungen eine normale Schwangerschaft und ein normales Wochenbett durchmachen können. Die Schwangerschaftsunterbrechung verhindert nicht sicher neue Krankheitsanfälle oder führt eine Heilung bereits bestehender Erkrankungen herbei. Bei einer Entscheidung über die Unterbrechung der Schwangerschaft muß der allgemeine körperliche Zustand der schwangeren Frau sorgfältig berücksichtigt werden.

Meggendorfer (Erlangen).^{oo}

Kakuschkin, N.: Funktionelle Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane nach künstlichem Abort. *Zbl. Gynäk.* 1934, 2793—2797.

Von 1921 in 2 russischen Kurorten im Laufe von 5 Sommern beobachteten kranken Frauen waren 21,6% absolut steril, von den übrigen hatten 83,8% Aborte durchgemacht, und nur 16,2% der schwangeren Frauen hatten nur rechtzeitige Geburten durchgemacht. $\frac{1}{4}$ der schwangeren Frauen hatte nur Aborte. Auf eine Frau entfielen 2,34 Aborte, aber nur 1,87 rechtzeitige Geburten. Sterilität von mindestens 2 Jahre Dauer nach einem Abortus trat in 65,8% der Frauen ein, wobei sich in der Hälfte dieser Fälle die Sterilität bereits nach einem 1maligen Abortus einstellte. Man kann die

merkwürdige Feststellung machen, daß die Frauen, wenn sie nach einem Abort überhaupt wieder schwanger werden, um so seltener steril werden, je häufiger sie abortieren. Die Zahl der Aborte bei den einzelnen Frauen steigt bis zu 24. Nur 5,3% der Frauen waren nach einem Abortus temporär steril, bei den übrigen wurde eine Sterilität bis über 10 Jahre Dauer festgestellt. In fast 70% der nach einem Abort steril gewordenen Frauen fanden sich entzündliche oder atrophische Vorgänge am Uterus oder an den Adnexen. Für den Eintritt der Sterilität ist es gleichgültig, ob der Abort glatt oder kompliziert verläuft. 33% von 597 Frauen zeigten nach dem Abortus Menstruationsstörungen, die in 60% als spärliche Menses bezeichnet werden. Meist nahmen diese Menstruationsstörungen mit der Zeit an Stärke zu. 16,1% der Kranken zeigten nach dem Abortus Störungen des Geschlechtsgefühls, sowohl Herabsetzung des Geschlechtstriebes wie auch vollständiges Fehlen des Orgasmus, meist war diese Störung mit Sterilität oder Veränderungen der Menses vergesellschaftet. *Frommolt* (Halle a. d. S.).

Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

Dubintschik, J.: Der Einfluß physikalisch-chemischer Faktoren auf die Lebensfähigkeit der Spermatozoen. Ginek. Nr 3, 79—86 (1934) [Russisch].

Versuche wurden angestellt mit Sperma von Menschen, Hunden, Widder und Hengst. In hypotonischen Lösungen (3proz. Glykose, 5proz. Saccharose, 0,3proz. NaCl) werden die fortschreitenden Bewegungen der Spermatozoen langsamer und hören häufig ganz auf. In hypertotonischen Lösungen (15proz. Glykose, 20proz. Saccharose und 3,5proz. NaCl) hört jegliche Bewegung sofort auf. Bei einem p_H von 4,2 verlieren fast alle Spermatozoen ihre Beweglichkeit, gewinnen sie aber wieder, wenn die aktuelle Reaktion nach der alkalischen Seite hin verschoben wird. Bei einem p_H von 3,5—3,4 erfolgt eine vollständige irreversible Paralyse. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß bei Zusatz von Milchsäure zu menschlichem Sperma die Verschiebung der aktuellen Reaktion nach der sauren Seite in viel höherem Maße erfolgt, als bei Zusatz von HCl. Anscheinend bleibt bei Zusatz von Mineralsäuren das Pufferungsvermögen des Spermas sehr weitgehend erhalten. Die Widerstandsfähigkeit des Spermas gegenüber Viscositätsänderungen wurde mit den Apparaturen von Determann und Ostwald geprüft. Die Beweglichkeit war aufgehoben in 20proz. Gummi arabicum-Lösung bei einer Temperatur von 35°, wesentlich verlangsamt waren die Bewegungen in 20proz. Gelatinelösung. In 25proz. Gelatinelösung hörte jede Bewegung auf. Auf die Bewegung zähen Cervixschleimes in Fällen primärer Sterilität wird in diesem Zusammenhang hingewiesen. Nach ihrer Giftigkeit konnten die Kationen in nachfolgender Reihe geordnet werden: Fe, Zn >>> Ca > NH₄ > Na >> Ka. Von den Anionen hemmten die Beweglichkeit am stärksten Citrate, in weitem Abstand Jodide und Chloride. Sulfate und Tartrate schienen sogar die Beweglichkeit in günstigem Sinne zu beeinflussen! Oberflächenaktive Stoffe beeinflussten in sehr weitgehendem Maße das Sperma. Zu Versuchszwecken dienten 1proz. Kerseifenlösung, 1proz. oleinsaures Natrium, 1proz. Lösung von Rindergalle, 1proz. glykocol- und taurocholsaures Natrium. Bolus alba hatte auf das Sperma keinerlei Einfluß. Gegenüber Temperaturwechsel zeigte sich folgendes Verhalten: In einem Reagensglas bei 37° aufgehoben, verlor der größte Teil des Spermas seine Beweglichkeit nach 2½ Stunden; bei Zimmertemperatur sistierten die Bewegungen bei einem Teil der Samenfäden nach 5½ Stunden, doch konnte man auch noch am nächsten Tage an einem Teil des Material lebhaft Bewegungen feststellen. Bei einer Temperatur von 8° waren die Bewegungen nach 4½ Stunden lebhaft, nach 5½ Stunden setzten die Bewegungen bei einem Teil der Spermatozoen aus. *v. Knorre* (Riga).°°

Photinos, P., et A. Rélias: La gangrène foudroyante de la verge. Étude clinique, bactériologique et expérimentale, à l'occasion du premier cas observé en Grèce. (Foudroyante Gangrän des Penis. Klinische, bakteriologische und experimentelle Untersuchung bei dem ersten in Griechenland beobachteten Fall.) (*Hôp. Syggros, Athènes.*) Bull. Soc. franç. Dermat. 41, Nr 7, 1619—1624 (1934).

Erste Beobachtung eines Falles von „gangrène foudroyante“ (Fournier) in Griechenland bei einem 19-jährigen Manne, 10 Tage nach dem Coitus mit einer Prostituierten. Unter Fieber, Kopfschmerzen und allgemeiner Abgeschlagenheit Entwicklung einer schwarzen gangränösen Wunde am Penisrücken mit beträchtlicher ödematöser Schwellung des Penis, sehr starker Schmerzhaftigkeit und entzündlicher Phimosis. Reichliche Entleerung einer übelriechenden eitrigen Flüssigkeit. Rasche Vergrößerung und Ausbreitung der Gangrän über den ganzen Penis, der nach wenigen Tagen fast gänzlich ergriffen ist und abgestoßen wird, so daß nur noch ein kleines Segment der Penismurzel von etwa 0,5 cm zurückbleibt. Heilung. Neben Gram-positiven Diplokokken wurde aus dem Eiter der von Milian (1917) als Erreger beschriebene Gram-negative Bacillus in Reinkultur gezüchtet. Ducrey-Bacillen und Spir. pallida