

Lenzi, Lamberto: La eosidetta autoeombustione del corpo umano. (Die sog. Selbstbrennbarkeit [Autopyrie] des menschlichen Körpers.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Bari.*) Arch. di Antrop. crimin. 55, 713—733 (1935).

Der Gedanke des endogenen möglichen Selbstbrennens [wie er in der bekannten Novelle Meyrinks vom heißen Soldaten phantastisch behandelt wurde (Ref.)], ist medizinhistorisch alt. Jacobaeus behandelt das Thema 1692, Bianchini, Padua, 1763; ihnen folgen Lecat, Kopp, Marc, Dupuytren, Brechet, Burdac, Franc, Devergie, Miglietta, Strubel u. a. Etwa 60 Fälle wurden in der Literatur beschrieben. Cuvier u. a. glaubten an das Feuerfangen der Alkoholiker (!). Dupuytren meinte, der soporöse oder komatöse Alkoholiker sei unempfindlicher und brenne daher, besonders, wenn er fett sei, leichter. Eine große Rolle spielte die idio-elektrische Theorie (Morion, Ruischio, Bally): unter gewissen unbekanntem Umständen entwickle sich ein status idio-electricus, dessen Kapazität zum Funkenübersprung Anlaß gebe. Endgültig widerlegt wurde diese Theorie erst durch Liebig's Sachverständigen-gutachten vor dem Darmstädter Tribunal. Es handelte sich um den Mordprozeß der Gräfin Goerlitz. Liebig widerlegte chemisch die Alkoholverbrennbarkeit im Menschen und bewies die ausgesprochene Schwerebrennbarkeit menschlicher Organe. Er wandte sich auch gegen Dupuytren's Auffassung von der Brennbarkeit des Fettes, da erst das Wasser der Gewebe verschwinden müsse. — Verf. gelang es bei einem einzigartigen Fall, zu diesen Theorien Stellung zu nehmen; es handelte sich um eine tatsächlich verkohlte Leiche, von der nur Herz, Uterus und abgesehen von Knochenresten, unverbrannte Extremitäten (nb. in deutlich zum Becken angezogener Beinstellung, die der Unglücksstelle entsprach) übriggeblieben war. Die Holzmengen-Ascherechnung genügte nicht, um die erforderliche Hitze zu erklären. Eine katalysatorische Wirkung mußte daher entsprechend der Öllampendochtwirkung angenommen werden. Man stellte fest, daß ein Brandherd von Olivenholz vorhanden war; das Öl wirkte gasförmig und wurde zum Teil von den Kleidungsstücken — das Opfer war infolge Herzschwäche in den Scheiterhaufen hineingefallen — gierig aufgesaugt; so kam es zum Schmelzen des subcutanen Fettes, da nun der Körper zu einer Dochtackel geworden war und diese gesteigerte Hitzewirkung führte zu dem extremen Befund. Ein Experiment ähnlicher Art, das an dem noch vorhandenen Bein vorgenommen wurde, bewies die Richtigkeit der Annahme (4. Abbildungen).

Leibbrand (Berlin).

Schwangerschaft, Abort, Geburt, Kindesmord.

Szabuniewicz, Bożydar: Über den Mechanismus der Spermatozoenwanderung in den weiblichen Geschlechtsorganen. Polska Gaz. lek. 1935, 407—408 [Polnisch].

In Anbetracht der Experimente Hartmanns und Balls, Floreys und Waltons, endlich E. I. Evans ist es laut Szabuniewicz erwiesen, daß bei vielen Tieren die Spermatozoen unter normalen Bedingungen keinen langen Weg zum befruchtenden Ei zu bewältigen haben. Es ist nicht bekannt, wie beim Menschen die Befruchtung erfolgt. Wenn beim Menschen überhaupt eine aktive Mitwirkung des weiblichen Organismus bei der Befruchtung besteht, so ist sie sehr beschränkt. Es ist beim Menschen kaum feststellbar, ob die Spermatozoen nicht schon während des Beischlafes in die Uterushöhle, selbstverständlich bei aktiver Mitwirkung des weiblichen Organismus, gelangen. Gewisse Beobachtungen sprechen dafür, daß die Mitwirkung des Weibes beim Beischlaf für das Zustandekommen einer Befruchtung zwar nicht unbedingt nötig, dennoch nicht ohne Belang ist.

L. Wachholz (Kraków).

Westman, Axel: Einige Bemerkungen aus Anlaß des Aufsatzes von Waldeyer: „Zur Frage der Reaktivierung von senilen menschlichen Ovarien.“ (*Univ.-Frauenklin., Uppsala.*) Zbl. Gynäk. 1935, 676—677.

(Vgl. diese Z. 25, 34.) Verf. erwidert, daß natürlich der Beweis dafür, daß es sich bei den Proliferations- bzw. Luteinisierungsprozessen nicht um eine einfache spontane Follikelreifung handelt, nicht erbracht sei. Verf. glaubt, daß solche spontanen Reaktivierungen außerordentlich selten sind. Er hielt sich zu seiner Schlußfolgerung

aus dem weiteren Grunde für ermächtigt, weil auch in dem um den Follikel herumliegenden kleinen Follikel Blutungen zu finden waren. Nach den Beobachtungen von Waldeyer selbst (sieht) man solche Vorgänge bei reaktivierten Follikeln niemals. Trotzdem empfiehlt Verf. selbst durch Materialsammlung weitere Beobachtungen zusammenzutragen, um zu der Frage der Reaktivierung seniler menschlicher Ovarien eindeutiger Stellung nehmen zu können.

Kefler (Kiel).^o

Manzi, Luigi: Trattamento locale (iniezioni in vagina), con estratto follicolare, e, reazione estrale, nelle coniglie castrate. (Nota prev.) (Lokalbehandlung [Einspritzung in die Scheide] mit Follikulin und Oestrusreaktion bei kastrierten Kaninchen. [Vorläufige Mitteilung.]) (*Scuola Ostetr. Prov. e Maternità, Catanzaro.*) Arch. Ostetr. **42**, 419—422 (1935).

Durch 4 Tage lange Injektion von $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ ccm Follikulin, das 1000 I.E. Follikelhormon pro Kubikzentimeter enthält, konnte Verf. bei kastrierten Kaninchen einen sicheren Oestruseintritt durch Scheidenabstrich nachweisen, während bei der subcutanen Anwendung derselben Präparate mindestens die doppelte Menge zur Erreichung desselben Zweckes nötig war. Verf. legt Wert darauf, daß die Scheidenabstriche durch Aufdrücken des Objektträgers auf die Vulva gewonnen werden, weil jede Manipulation in der Vagina zu kleinen Verletzungen führen muß, die dann das Bild des Abstriches verändern. Der Oestrus wurde nachgewiesen dadurch, daß am 5. bis 6. Tage nach Beginn der Behandlung die Leukocyten und kernhaltigen Zellen im Scheidensekret verschwunden und nur noch Schollen zu finden waren. Am 10. Tage traten wieder kernhaltige Epithelien und Leukocyten auf. Das Ergebnis konnte auch mit $\frac{1}{3}$ ccm, d. h. mit einer Gesamtdosis von etwa 1350 I.E. erreicht werden. Bei der Laparotomie fanden sich die Uterushörner vergrößert und aufgelockert. Kontrollversuche mit subcutanen Injektionen verlangten mehr als 2000 I.E., um denselben Effekt hervorzurufen, solche mit Wasser in die Scheide blieben negativ. Verf. hat die vaginale Injektion von Ovarialhormon auch für den Menschen ins Auge gefaßt. *Frommolt* (Halle a. d. S.).^o

Mueller, P.: Ist die angebliche physiologische Sterilität der Frau im Praemenstrum gerichtlich-medizinisch verwendbar? (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Göttingen.*) Ärztl. Sachverst.ztg **41**, 199—203 (1935).

Verf. diskutiert im Rahmen eines Alimentationsgutachtens die forensische Wertbarkeit der Lehre von Knauss, nach der bei normalem, regelmäßigem Menstruationscyclus insbesondere die prämenstruelle Woche keine Konzeptionsfähigkeit aufweist. Verf. zeigt aus der Literatur, daß Konzeptionen nach dem 25. Tage des Cyclus in einer Häufigkeit von 8—10% vorkommen, daß also von einer völligen periodischen Sterilität keinesfalls die Rede sein kann. In dem vorliegenden Gutachten hatte der fragliche Geschlechtsverkehr 2—3 Tage nach dem zu erwartenden Beginn der Periode stattgefunden. Schon am Tage darauf war bei der Kindsmutter Übelkeit aufgetreten. Die Geburt des reifen Kindes erfolgte etwa 230 Tage nach dem Verkehr. In dem Gutachten wurde die Vaterschaft des Beklagten abgelehnt, und zwar 1. weil nach einer solchen Tragdauer nach Sellheim nur mit 0,3% Wahrscheinlichkeit ein reifes Kind geboren werden kann, 2. weil am Tage nach dem Verkehr schon Übelkeit als Zeichen bestehender Schwängerung aufgetreten war, eine Beobachtung, die jeder ärztlichen Erfahrung widerspricht, und 3. mußte gegen die Vaterschaft mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit wenigstens der Konzeptionstermin in der Zeit des zu erwartenden Wiederbeginns der Periode sprechen. Verf. betont, daß es sich im vorliegenden Fall also um einen „Additionsbeweis“ handelt, der durch Zusammentreffen mehrerer mehr oder weniger ausschlaggebender medizinischer und nichtmedizinischer Indizien gegen die Vaterschaft zustande gekommen ist. Ein klares Ja oder Nein ist in der Medizin oft nicht zu erbringen, so daß ohne Kalkulationen mit dem Begriff der Wahrscheinlichkeit nicht gearbeitet werden kann. Auch der Jurist stützt sich doch in seinem Urteil in Straf- und Zivilsachen oft auf zahlreiche mehr oder weniger ausschlaggebende Indizien. Das gleiche Recht muß dem medizinischen Gutachter eingeräumt werden.

Kefler (Kiel).^o

Fischer, Erich: Kritische Untersuchungen über Schwangerschaftsreaktionen. (*Univ.-Frauenklin., Heidelberg.*) Mschr. Geburtsh. **99**, 69—72 (1935).

1. Die von Bercovits angegebene Pupillenreaktion wurde nachgeprüft. Es wird bei dieser Reaktion der zu untersuchenden Frau Blut aus der Vene entnommen und von dem durch Zentrifugierung erhaltenen Serum der betreffenden Frau einige Tropfen steril in ihren Conjunctivalsack geträufelt, wobei bei Schwangerschaft eine mehrere Minuten dauernde Erweiterung oder Verengung der Pupillen oder beides in raschem Wechsel eintreten soll. Bei Nichtschwangeren verändern sich angeblich die Pupillen nicht. Bei 88 von 145 Schwangeren blieb indessen diese Reaktion bei der von Fischer vorgenommenen Nachprüfung negativ, bei 12 von 30 Nichtschwangeren war sie positiv und bei 4 von 10 Männern war sie gleichfalls positiv! Versuche bei Kaninchen verliefen im Gegensatz zu den Angaben von Bercovits negativ. Der Ausfall der Nachprüfungen ergibt also, daß diese Pupillenreaktion für die Schwangerschaftsdiagnose nicht brauchbar ist. — 2. Ferner wurde die von Porges und Pollatschek angegebene intracutane Prolaninjektion nachgeprüft. Bei dieser Reaktion werden 0,2 ccm „Prolan“ intracutan injiziert. Bei schwangeren Frauen soll keine Reaktion an der Injektionsstelle auftreten, bei Nichtschwangeren soll in der Umgebung der Einstichstelle ein roter Hof von mehreren Zentimetern Durchmesser entstehen. Bei der Nachprüfung zeigte sich jedoch bei 40 von 50 Schwangeren eine Reaktion, bei 6 von 30 Nichtschwangeren trat keine Reaktion auf! Verwendet wurde Homhormon. Das Ergebnis der Nachprüfungen spricht nach F. gegen die Brauchbarkeit dieser Schwangerschaftsreaktion. — 3. Schließlich wird über den Ausfall der Aschheim-Zondekschen Schwangerschaftsreaktion berichtet bei 700 Fällen von intra- oder extrateriner Gravidität (ohne Blasenmolen oder Chorionepitheliome). Die Anzahl der Extraterin-Graviditäten wird nicht angegeben. Es handelte sich durchweg um Schwangerschaften in den ersten Monaten. Unter diesen 700 Fällen waren nur 3 Fehlergebnisse. Dies ergibt eine Fehlerquote von nicht einmal 1%. „Mehr kann von einer biologischen Reaktion nicht erwartet werden.“ [Vgl. Berovits, *Amer. J. Obstetr.* **19**, 767—778 (1930)].

H. O. Kleine (Heidelberg).

Séguy, J., et P. Isidor: Pseudo-gestation et stérilité. (Scheinschwangerschaft und Unfruchtbarkeit.) (*Laborat. d'Anat. Path., Maternité, Port-Royal.*) *Gynéc.* **34**, 281—290 (1935).

Es werden 5 Beobachtungen und 3 einschlägige Fälle aus dem Schrifttum mitgeteilt, in denen nach jahrelanger Unfruchtbarkeit bei Frauen im Alter von 29—38 Jahren die monatlichen Regelblutungen ausblieben und erst mit einer Verspätung von 11—42 Tagen eingetreten waren. Die histologische Untersuchung der Abgänge konnte nur deciduale Umwandlung der Gebärmutter Schleimhaut, jedoch keinerlei Chorionzotten oder Eireste feststellen. Auch waren die biologischen Reaktionen (Aschheim-Zondek) negativ. Das Ausbleiben der monatlichen Regel wird auf hormonale Störungen zurückgeführt. Es erscheint die Kenntnis dieser Fälle wichtig, weil aus den klinischen Erscheinungen auf eine ektopische Schwangerschaft geschlossen und zwecklos operiert werden könnte.

Breitenecker (Wien).

Molinengo, Luigi: La gravidanza „breve“. (Die „kurze“ Schwangerschaft.) (*Istit. Ostetr.-Ginecol., Univ., Torino.*) *Ginecologia* (Torino) **1**, 115—160 (1935).

Verf. befaßt sich mit der „kurzen Schwangerschaft“ und gibt einen Überblick des Schrifttumes über diese verwickelte und umstrittene Frage. Der eigene Beitrag besteht aus einer statistisch-klinischen Untersuchung von 10000 Schwangerschaften, die mit der Geburt eines ausgetragenen Fetus endigten und bei denen die Schwangerschaftsdauer vom ersten Tage der letzten Menses berechnet wurde, und zwar unter Ausschluß solcher Fälle, die eine Fehlerquelle hätten darstellen können. Als „kurz“ werden die Schwangerschaften bezeichnet, die weniger als 260 Tage dauerten. Das kam bei 141 Fällen vor, was 1,41% sämtlicher untersuchten Schwangerschaften ausmacht. Die minimale Schwangerschaftsdauer entsprach 223 Tagen (1 Fall = 0,01%). Die

Kasuistik des Verf. zeigt mit dem Fortschreiten der Schwangerschaftsdauer immer größere Prozentzahlen: 0,03% der Schwangerschaften dauerten 226—230 Tage, 0,05% 231—235 Tage, 0,02% 236—240 Tage, 0,08% 241—245 Tage, 0,05% 246 bis 250 Tage, 9,29% 251—255 Tage, 0,88% 256—260 Tage. Verf. bespricht dann die Faktoren, die die Schwangerschaftsdauer beeinflussen können: Alter, Zahl der Geburten, Geschlechtsfunktion, Beckenverhältnisse, Gesundheitszustand der Mutter, Geschlecht und somatische Entwicklung des Fetus. Die Hauptergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: die kurze Schwangerschaft ist bei Frauen zwischen 20 und 30 Jahren mit gesteigerter Geschlechtsfunktion häufiger und kommt gewöhnlich bei der 2. oder der 3. Schwangerschaft vor. Es ist kein Verhältnis zwischen der Schwangerschaftsdauer und den krankhaften Schwangerschaftsprozessen sowie der Entwicklung des Beckens beobachtet worden. Bei den kurzen Schwangerschaften werden meistens männliche Feten geboren und ihr Gewicht ist größer als durchschnittlich bei ausgetragenen Kindern. Was die Deutung betrifft, so ist Verf. der Ansicht Zangenmeisters, Schickelés und Carlonis, nämlich, daß die Schwangerschaftsdauer mit der frühzeitigen intrauterinen Entwicklung des Fetus zusammenhängt. *P. Malcovati.*

Ferguson, John A., and Israel S. Otis: Full-term unilateral tubal twin pregnancy. (Ausgetragene, einseitige, tubare Zwillingschwangerschaft.) (*Dep. of Path. a. Surg., Meriden Hosp., Meriden, Conn.*) *Amer. J. Obstetr.* **30**, 139—141 (1935).

Es handelt sich um eine 32 Jahre alte Frau, die 2 lebende Kinder hat und 1922 eine Cervixgonorrhöe durchgemacht hat. Letzte normale Periode 20. November 1925. Danach Übelkeit, morgendliches Erbrechen. Am 3. März 1926 1. klinische Aufnahme wegen Schmerzen im linken Unterbauch und genitale Blutung. Bei 19 tägiger klinischer Behandlung gingen diese Symptome zurück. Mit der Differentialdiagnose: chronische Salpingitis oder ektopische Schwangerschaft Entlassung. Im Juni 1926 1. Kindsbewegungen. Am 15. September 1926, also über 9 Monate nach der letzten normalen Periode erneut Aufnahme in die Klinik wegen leichter vaginaler Blutung. Pat. wartete täglich auf die Geburt. Keine kindlichen Lebenszeichen. 5 Tage später Stehen der Blutung und Entlassung der Pat. Am 16. November, also nach über 12 Monate dauernder Schwangerschaft, 3. Aufnahme wegen Schwächegefühl, Müdigkeit und Gewichtsabnahme. Die Palpation zeigte deutlich kindliche Teile, worauf die Laparotomie ausgeführt wurde. Hierbei fand sich eine linksseitige Tubargravidität. Die beiden weiblichen Früchte waren tot und wiesen einen Länge-Gewichts-Quotienten von 40 cm: 1730 g bzw. von 34 cm: 1400 g auf. Es erwies sich als notwendig, das gesamte innere Genitale zu exstirpieren. Pat. lebt und ist beschwerdefrei. *F. A. Wahl.*

James jr., John E., and Henry D. Lafferty: Extrauterine pregnancy: A résumé of 103 cases. (Extrauteringravidität: Ein Bericht über 103 Fälle.) (*Obstetr. Dep., Hahnemann Med. Coll. a. Hosp., Philadelphia.*) *Amer. J. Obstetr.* **29**, 711—714 (1935).

Ausführlicher Bericht über alle Einzelheiten mit genauen Zahlenangaben. Hier sei nur das Wichtigste referiert: in ihrem Material beobachteten Verff. vom 1. I. 1929 bis 31. XII. 1933 1 Tubargravidität auf 85 Schwangerschaften. Als Ursache der Extrauterin Schwangerschaft konnte festgestellt werden: Tubenfibrom (1 mal), vorangegangene Infektionen oder Laparotomien aus anderen chirurgischen Gründen. 19% zeigen eine sekundäre Sterilität. 4 Fälle hatten zum 2. Male eine Extrauteringravidität. Leukocytose in 5% der Fälle. Unter 13 Fällen war der Test nach Friedmann 10mal positiv. Die Diagnose konnte in 74% der Fälle vorher gestellt werden. 47 Fälle von Tubenruptur. 42 von Tubarabort, 8 mit unbestimmtem Sitz, Bauchhöhlenschwangerschaft in 4 Fällen und Eierstockschwangerschaft in 1 Falle. 7 mal Bluttransfusion vor, 20 mal nach Operation. 3 Todesfälle (darunter ein Fall an Peritonitis, bei dem mit der Salpingo-Oophorektomie die Appendektomie vorgenommen worden war). Während gewöhnlich innerhalb der ersten 9 Wochen die zur Operation führenden Symptome auftreten, erlebten Verff. 3 Fälle mit vorgeschrittener Gravität. Eine im 7. Monat und 2 am Ende der Schwangerschaft; alle drei Kinder waren abgestorben. *Tietze.*

Lankowitz, A. W.: Ein Fall von spontaner Uterusruptur bei fünfmonatiger Gravidität. (*Baummannsche Gebäranst., Moskau.*) Zbl. Gynäk. 1935, 1936—1940.

Es handelt sich um eine 34jähr. Frau, die eine normale Geburt, danach eine Oophorektomia dextra wegen Cystenbildung und etwa 10 Jahre später eine Fehlgeburt durchgemacht hat. Bei der Fehlgeburt zeigte sich, daß die Placenta fest mit der Uteruswand verwachsen war und stückweise mit dem Finger und der Curette gelöst werden mußte. Nach weiteren 6 Jahren erneute Schwangerschaft. Im 3. Monat heftige Schmerzen, so daß die Frau in der Folgezeit dauernd bettlägerig war. Im 5. Monat plötzlich sehr heftige Schmerzen im Bauch, so daß Operation notwendig wurde. Der Uterus entsprach in seiner Größe dem 3. Monat, im Bauch zeigten sich 500—600 ccm Blut, am Fundus rechts bei abnormer Wandverdünnung der Umgebung 5—7 ccm langer Riß, in dem Placenta und Nabelschnur sichtbar ist. Tote 5monatige Frucht liegt zwischen den Dünndarmschlingen. Histologisch zeigte sich, daß das Deciduagewebe in der Placentastelle so gut wie völlig fehlt. Die Zotten haben das Myometrium völlig durchbrochen. Die Muskelzellen zeigen weitgehende Degenerations- und Nekroseerscheinungen. Es handelt sich um einen Fall von Placenta increta, und zwar als Rezidiv. Verf. diskutiert die Frage, ob nicht eine ungenügende deciduale Reaktion bei gleichzeitiger erhöhter Lebenstätigkeit der Zotten als Folge einer pluriglandulären Störung ätiologisch in Frage kommt.

Keßler (Kiel).

Burnett, E. C., and W. H. McMenemey: Rupture of the normal spleen in pregnancy. (Riß der gesunden Milz während der Schwangerschaft.) (*District. Hosp., Grimsby.*) Brit. med. J. Nr 3882, 1122—1123 (1935).

In der Literatur sind bisher nur 15 Fälle von Milzrissen während der Schwangerschaft mitgeteilt worden und bei diesen Fällen war die Milz entweder krankhaft verändert, oder es hatte ein direktes Trauma stattgefunden. Bei dem von den Verff. berichteten Fall war die Milz normal und das Trauma nur ganz geringfügig. Aus der Krankengeschichte geht hervor, daß es sich um eine 43jährige Frau handelte, die ihre 16. Schwangerschaft durchmachte. Beim Herumdrehen im Bett zum Zwecke des Lichtausschaltens verspürte sie plötzlich heftige Schmerzen unter dem linken Rippenbogen. Unter den Zeichen einer starken inneren Blutung wurde der Leibschnitt ausgeführt und als Ursache derselben ein Riß der leicht vergrößerten Milz festgestellt. Da der Versuch einer Naht mißglückte, wurde die Splenektomie nach vorheriger Kaiserschnittentbindung des Kindes (wegen des fortgeschrittenen Zustandes der Schwangerschaft) vorgenommen und ließ sich danach leicht durchführen. Mit Autotransfusion und weiteren Maßnahmen überstand die Kranke den schweren Eingriff. Die mikroskopische Untersuchung der Milz ergab keinen krankhaften Befund. 18 Monate später wurde die Kranke wegen eines Strangulationsdarmverschlusses der Flexura lienalis am Ende einer inzwischen neuerdings eingetretenen Schwangerschaft eingewiesen und gebar 3 Tage nach der Operation ihr 17. Kind. Sie und beide Kinder sind gesund.

v. Gusnar (Meldorf).

Beck, Henryk: Über subcutane Leberruptur während der Schwangerschaft. Ginek. polska 14, 309—315 u. franz. Zusammenfassung 314—315 (1935) [Polnisch].

Eine 28jährige, im 8. Monat schwangere Frau verspürte plötzlich beim Bücken, um sich Schuhe ausziehen, einen heftigen Bauchschmerz und fiel in Ohnmacht. Bei der kurz danach ausgeführten Laparotomie fand Beck eine 20 cm lange Leberkapselruptur an der Oberfläche des rechten Lappens, welche parallel zum Vorderrand des Lappens verlief. Es folgte Verblutungstod.

L. Wachholz (Kraków).

Figero Casas, Pedro: Abort als Folge chirurgischer Eingriffe während der Schwangerschaft. (*Serv. de Ginecol. y Cir. Gen. de Mujeres, Hosp. Españ., Rosario.*) Rev. méd. del Rosario 25, 426—435 (1935) [Spanisch].

Verf. teilt die verschiedenen chirurgischen Eingriffe während der Schwangerschaft in drei Gruppen: extragenitale, paragenitale und chirurgische Eingriffe der Genitalien. In der I. Gruppe wurden 8 Patienten operiert (3 Cholecystitis ac. pur., 3 Hernien I Pyonephrosis, 1 Echinococcusyste). Niemals trat Abort ein. Zur II. Gruppe gehört die Appendicitis. Ungestörter Schwangerschaftsverlauf nach Operation der chronischen Appendicitis (15 Fälle), dagegen trat bei 12 Fällen von akuter Appendicitis 3mal Schwangerschaftsunterbrechung ein. Von den 23 verschiedenen chirurgischen Eingriffen an den Genitalien kam es 3mal, und nur bei torquierter Ovarialcyste zum Abort. Die torquierte Ovarialcyste ist daher eine der ungünstigeren Schwan-

gerschaftskomplikationen, besonders weil in der Schwangerschaft dieselben Neigung zur Torsion zeigen (45,36%). Es wird empfohlen, jede in der Schwangerschaft festgestellte Ovarialcyste baldigst operativ zu entfernen. *Giorgetti (Aarau).*

Leditznig, Christoph: Ein seltener Fall von Fruchtabtreibung mit tödlichem Ausgang. Beitr. gerichtl. Med. **13**, 68—69 (1935).

Sektionsbericht über einen seltenen Fall von Abtreibung. Durch den eröffneten Muttermund wurde von der Verstorbenen ein Spülrohr eingeführt, in das vom Schwängerer kräftig Luft eingeblasen wurde. Bei dieser Manipulation äußerte die Frau Schmerzen in Brust und Bauch und kam bald darnach ad exitum. Die Sektion ergibt eine Luftembolie, der rechte Vorhof ist durch die Luftanfüllung überdehnt, die Placenta ist in einer Fläche von 2:1 cm von der Gebärmutterwand abgelöst. *A. Köhler.*

Bláha, Jan: Embolie eines Gummikatheters ins Herz nach einem kriminellen Abort. Bratislav. lek. Listy **15**, 170—176 u. dtsch. Zusammenfassung 104 (1935) [Tschechisch].

26jährige Frau benutzte zur Schwangerschaftsunterbrechung einen 24 cm langen und 4 mm dicken Gummikatheter, mit dem sie sich die hintere Cervixwand durchstieß. Aus der deutschen Zusammenfassung ist zu entnehmen, daß der Katheter liegenblieb und bei der anschließenden ärztlichen Untersuchung nicht mehr aufzufinden war. Auch die Röntgenuntersuchung und die Laparotomie brachten keine Klärung. 7 Tage nach dem Abtreibeversuch starb die Patientin an einer „Sepsis“. Bei der Autopsie wurde der Katheter in der Vene jugularis communis sinistra gefunden. Offenbar war der Katheter von der Perforationsstelle in die rechte Vena uterina gekommen und von hier durch die Vena hypogastrica in die Vena cava inferior gelangt. Der Katheter sei dann innerhalb von 5 Tagen in den rechten Herzvorhof und von hier gegen den Blutstrom durch die Vena superior in die Vena anonyma und in die Jugularvene eingedrungen. *Willi Schultz (Halle a. d. S.).*

Lantuéjoul, P.: Quelques observations de morts inexpliquées du fœtus ou du nouveau-né. (Einige Beobachtungen von unerklärtem Todesintritt bei Feten oder Neugeborenen.) Leç. Clin. Tarnier **10**, 106—116 (1934).

In 2 Fällen, bei denen es sich um eine verlängerte Schwangerschaft gehandelt hat, sind die Kinder während der Geburt ohne erkennbare Ursache gestorben. Beim Versuch, diese Todesfälle zu erklären, will Verf. am ehesten an irgendein erbliches Moment glauben, das eine besondere Empfindlichkeit der Kinder gegenüber der Wehentätigkeit bedingte. Daher empfiehlt er vor allem den Kaiserschnitt kurz vor der Niederkunft. *v. Neureiter (Riga).*

Fischer, Carl Joseph: Über Todesursachen bei neugeborenen Kindern. (*Path.-Anat. Inst. u. Frauenklin., Univ. Graz.*) Wien. klin. Wschr. **1935 I**, 360—363.

Es wird das Sektionsmaterial des Grazer Pathologisch-Anatomischen Universitäts-Institutes der Jahre 1923—1932 verwertet, wobei die einschlägigen Krankengeschichten und Operationsprotokolle der Grazer Frauenklinik bei der statistischen Bearbeitung herangezogen worden sind. Die zwischen dem 1. und 10. Lebenstage inklusive verstorbenen Neugeborenen wurden fast alle vollständig obduziert, so daß vor allem auch die so wichtigen Befunde am Neugeborenen Schädel vorliegen. Nur 5—6 Totgeburten im Jahre wurden nicht sezirt, da sie zu Lehrzwecken teils von der Frauenklinik zurückbehalten, teils dem Gerichtlich-Medizinischen Institute überwiesen wurden. Bei 669 Kinderleichen (Gesamtmortalität 3,2%, bei Spontangeburt allein 2,4%) wurden folgende Todesursachen gefunden: 1. Intrauteriner Fruchttod: 115, d. i. 17,5%. — 2. Status post craniotomiam: 33, d. i. 5%. — 3. Syphilis congenita: 50, d. i. 7,6%. — 4. Angeborene Mißbildungen: 39, d. i. 5,9%. — 5. Debilitas vitae: 39, d. i. 5,9%. — 6. Geburtstraumen: 224, d. i. 34,1%. — 7. Fruchtwasser-Aspiration intra partum: 37, d. i. 5,6%. — 8. Bronchitis und Bronchopneumonie: 85, d. i. 12,9%. — 9. Übrige Todesursachen: 36, d. i. 5,5%. — Die 9 Rubriken werden etwas genauer besprochen. Die 39 Mißbildungen (Rubrik 4) betrafen 1 Anencephalie, 2 Mikrocephalien, 3 Meningocelen, 1 Porencephalie, 2 Hydrocephalus internus, 1 Arhinencephalie, 1 Cor biloculare, 1 Stenose des Conus pulmonalis, 1 Isthmusstenose der Aorta, 1 Transposition der großen Gefäße, 1 Adenom der Lunge, 1 Trachealstenose, 2 Atresia oesophagi, 3 Eventratio diaphragmatica, 2 Bauchspalte, 3 Hernia funiculi umbilicalis, 1 Stenose des Dünndarms, 10 Atresie des Darmes, 2 Verschluß der Gallenwege mit Icterus gravis. — Die Gruppe 5 enthält immerhin 39 Fälle von „Debilitas vitae“.

so daß der Begriff Lebensschwäche noch nicht gestrichen werden kann. Die größte und wichtigste Gruppe (6) stellt das Geburtstrauma dar, das mit 224 Fällen = 34,1% vertreten ist. Die Hauptmasse der Geburtsverletzungen ist durch den Tentoriumriß (182mal = 81,3%) repräsentiert. Ihm gegenüber treten alle übrigen Schädel-läsionen, wie Ventrikelblutungen, intracerebrale Hämorrhagien usw., in den Hintergrund. Unter den 224 Fällen von Geburtsverletzungen wurden 104mal größere geburts-hilffliche Eingriffe (Forceps, Extraktion und Manualhilfe) vorgenommen. Dies zeigt, daß auch in den Fällen mit geburtshilfflichen Eingriffen die Operation durchaus nicht immer der Anlaß zum Geburtstrauma gewesen ist. Die Rubrik Fruchtwasser-Aspiration intra partum (7) enthält nur 37 Fälle, d. i. 5,6%, und beweist somit, wie sehr in früherer Zeit die Asphyxie als Todesursache Neugeborener überschätzt worden ist. Die Rubrik 9 wird folgendermaßen spezifiziert: 3 Nabelsepsis, 3 Tetanus neonatorum, 1 Erysipelas faciei, 1 allgemeine Sepsis, 3 Meningitis purulenta, 3 Enteritis acuta, 1 Peritonitis fibrinosa, 6 Volvulus, 2 Ulcus duodeni, 1 Nebennierenblutung, 6 Milch-Aspiration, 1 Struma congenita, 2 Hydrops universalis congenitus, 2 Osteogenesis imperfecta, 1 allgemeine hämorrhagische Diathese.

Hans Heidler (Wien).^{oo}

Pineherle, B.: Artrite gonococcica nel lattante. (Gonokokkenarthritis beim Säugling.) Boll. Assoc. med. triest. 26, 247—257 (1935).

Beschreibung eines Falles von kryptogenetischer Gonokokkensepsis bei einem einen Monat alten Säugling mit 7 Gelenkaffektionen und 2 Gonokokkenabscessen. Unter Behandlung mit Mixogon und Antigonokokkenserum Übergang in Heilung.

Burchard (Würzburg).^o

Streitige geschlechtliche Verhältnisse, Perversionen.

● **Schwarz, Oswald: Sexualpathologie. Wesen und Formen der abnormen Geschlechtlichkeit.** Wien, Leipzig u. Bern: Weidmann & Co. 1935. XV, 272 S. RM. 16.—.

Verf. nennt sein Buch eine Ergänzung zu den gebräuchlichen Lehrbüchern im Sinne einer Anleitung zum Verständnis der Tatsachen, zu richtigem klinischem Denken. Nur so ist das Fehlen des Tatsachenmaterials, das sonst einen wesentlichen Bestandteil eines Lehrbuchs bildet, zu verstehen. Die Ausführungen behandeln im wesentlichen neben allgemeinen Darlegungen über das Wesen der Sexualstörungen vorzugsweise die Formen und möglichen Ursachen der Impotenz. In dem allgemeinen Teil wird die „Sexualpathologie im traditionellen medizinischen Aspekt“ flüchtig gestreift, die Rolle der Vererbung nur in wenigen Zeilen berührt, und wenn Verf. Erbgut gleichsetzt mit Tradition aus 3 Quellen: der biologischen, der sozialen und der metaphysischen, so kann dem nicht ohne weiteres zugestimmt werden. Eine überragende Bedeutung für die Entstehung der Sexualstörungen kommt der Neurose zu; als kennzeichnend wird das Zwangshafte, Uneigentliche und Unbewußte der neurotischen Handlungen hervorgehoben. Die Sexualstörungen werden unter den Gesichtspunkten des Motiverlebens, des Entschlusses und der Aktion behandelt. Der spezielle Teil beschäftigt sich mit Wesen und Formen der Onanie, und mit den verschiedenen Formen der Impotenz bei Mann und Frau (Frigidität). Diese sind im Grunde genommen kein Nicht-Können, sondern ein Nicht-Wollen. Auch im vorgeschrittenen Alter ist beim Manne die seelische Komponente in der Mehrzahl der Fälle die Ursache der Störungen. Auf die Sexualstörungen der Frau im höheren Lebensalter einzugehen, hält Verf. für unnötig, da sie „durch den Lauf der Dinge einer Spontanheilung zugeführt“ werden. Die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten von Sexualstörungen, insbesondere die Psychotherapie, werden kurz erörtert. Die subjektiven Angaben durchweg auch als die wirklichen Ursachen der Sexualstörungen anzunehmen, ist nicht angängig, immer soll nach den tieferliegenden Motiven gesucht werden. Das große Gebiet der Perversionen ist nur auf einem sehr begrenzten Raume abgehandelt und im wesentlichen auf eine Erörterung des Wesens der Perversion und ihre Angrenzung vom Normalen abgestellt. Es sind keine Triebanomalien. Im einzelnen werden behandelt: Sadismus und Masochismus. Fetischismus und Homosexualität. Das pathologische Verhalten ist keine einfache quantitative Übersteigerung des Normalen, sondern eine qualitative Deformation, ihre Domäne die Partnerschaft. Verf. bringt eine Reihe von Anschauungen und Erklärungen, die zum Verständnis des Wesens mancher Sexualstörungen beitragen können, wenn auch manche Darlegungen in ihrer subjektiven und zum Teil vorbehaltlosen Weise nicht ohne Widerspruch bleiben dürften. So führt er u. a. aus: „Jede Sexualstörung ist eigentlich eine Furcht vor der Ehe“; oder a. a. O.: „Als normale Sexualität bestimmten wir ja ausdrücklich die eheliche, so daß wir als normalen Geschlechtsakt nur den ehelichen, befruchtenden Coitus gelten lassen können. Wer dazu fähig ist, ist potent, wer das nicht kann, ist impotent.“ Polygame Tendenzen z. B. werden gewissermaßen als Form der Impotenz angesehen. Störend wirken auch die häufigen Hinweise auf frühere Arbeiten des Verf.s.

Dubitscher (Berlin).