

Tumor, der dem rechten Eierstock angehörte. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Bild eines Luteinzellentumors. Anschließend findet sich eine ausgedehnte Darlegung aus dem Schrifttum über die vermännlichenden Keimdrüsentumoren [R. Meyer, Verh. Path. Ges. Berlin 1930, Z. Geburtsh. **98**, 131 (1930), sowie Arch. Gynäk. **145**, 2 (1931), und Benecke, E., Virchows Arch. **294**, 38 (1934)]. Zu erwähnen ist noch, daß vor der Operation Follikulin weder im Blut noch im Harn nachzuweisen war. Der Prolannachweis im Harn fiel negativ aus. Nach der Operation verschwanden alle Symptome der Vermännlichung ganz oder sehr weitgehend, 4 Wochen nach der Operation setzte die Periode wieder ein und blieb regelmäßig. *Walcher.*

Sand, Knud, and Harald Okkels: The histological variability of the testis from normal and sexual-abnormal, castrated men. (Der histologische Unterchied der Hoden von normalen und von sexuell-abnormen, kastrierten Männern.) (*Inst. of Leg. Med., Univ., Copenhagen.*) Endokrinol. **19**, 369—374 (1938).

Die histologische Untersuchung der Hoden von 39 entmannten Sexualpsychopathen ergab beim Vergleich mit Hoden, die bei der Leichenöffnung plötzlich Verstorbener gewonnen wurden, keine wesentlichen Unterschiede. *v. Neureiter (Berlin).*

Kapp, Franz: Einzelbeitrag zur forensischen Beurteilung des Altersabbaus. Schreibübungen eines greisen Homosexuellen als Lustgewinn und infantile Regression. Mschr. Kriminalbiol. 516—526 (1937).

Es handelt sich um einen Homosexuellen, der mit 8 Jahren eine heftige Neigung zu einem etwas älteren Mitschüler hatte. Mit 13 Jahren erfolgte die sexuelle Aufklärung und zugleich mutuelle Onanie. Mit 22 Jahren trat zum ersten Male die Liebe zu einer Frau auf. Nach anfänglichem Versagen gelang der Sexualverkehr mit beiderseitiger Befriedigung. Trotz der mit 26 Jahren geschlossenen Ehe wurde der homosexuelle Verkehr nebenher fortgesetzt. In den letzten Jahren machte der Begutachtete Schreibübungen in Sütterlinschrift; zwischen unverfänglichen Worten finden sich solche, die unzweideutig auf Homosexualität schließen lassen. Als Erklärung für diese Wortwahl gab der Begutachtete an, das Schreiben sexuell betonter Worte sei für ihn mit Lustgefühl verbunden; er freue sich schon von vornherein auf den Zeitpunkt, an dem er sie schreiben könne. In den letzten 2 Jahren war ein Verfall der Persönlichkeit aufgetreten, der sich auf psychischem und körperlichem Gebiet bemerkbar machte; er verursachte eine Verringerung der Hemmungen und Schwächung der Widerstandskraft. § 51,2 StGB. wurde zugebilligt. *Göring (Berlin).*

Schwangerschaft. Fehlgeburt. Geburt. Kindesmord.

Drabkin, Charles, and Siegfried Goldschmidt: Chemical determination of pregnancy by the Visscher-Bowman technique. (Chemische Schwangerschaftsdiagnose nach Visscher-Bowman.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., Washington Univ. School of Med., St. Louis Maternity Hosp. a. Barnes Hosp., St. Louis.*) Amer. J. Obstetr. **34**, 634—638 (1937).

Die Reaktion kann nicht als zuverlässig genug bezeichnet werden. Sehr hoch konzentrierte Urine geben auch bei nichtgraviden Frauen positive Resultate. 25 nicht-gravide Frauen wurden nach diesem Test über 2 Cycluserioden auf die Ausscheidung von Prolan geprüft. Der höchste Prozentsatz positiver Resultate wurde während des 2. Tages der Menstruation gefunden. Am 10. Tage konnte ein weiterer Gipfel der Ausscheidung festgestellt werden. Vom 10. Tage bis zum Ende des Cyclus fiel die Zahl positiver Reaktionen ab. Der Test war bei 72% von 104 gesunden schwangeren Frauen positiv und bei 27% negativ, wobei die Prüfungen zu verschiedenen Zeiten der Schwangerschaft vorgenommen wurden. Bei ektopischen Schwangerschaften konnte derselbe Test in 85% positiv und in 14% der Fälle negativ gefunden werden. Der Test war weiterhin positiv in 55% und negativ in 44% bei 9 Patienten mit akuter inflammatorischer Salpingitis. Falsche positive Resultate können je nach dem spezifischen Gewicht des Harns gefunden werden. Die Wahrscheinlichkeit falscher Resultate steigt bei Harnen über 1018—1020. *Gehtgens (Leipzig).*

Samuels, J.: An exact method of determining ovulation and pregnancy. (Eine exakte Methode, die Ovulation und die Schwangerschaft zu erkennen.) (*Inst. f. Short-Wave Therapy, Amsterdam.*) J. Obstetr. 44, 1036—1055 (1937).

In der Arbeit wird ein Instrument beschrieben, Cycloskop genannt, mit Hilfe dessen der Termin der Ovulation und der eingetretenen Schwangerschaft angeblich exakt festgestellt werden kann. Es handelt sich um eine spektroskopische Methode, mit der täglich die Reduktionszeit des Oxyhämoglobins festgestellt werden kann. Aus dem Verlauf der in eine Kurve gebrachten Reduktionszeiten der verschiedenen Untersuchungen sind die Ergebnisse abzulesen. Es kann daraus bestimmt werden, und zwar angeblich auf den Tag genau, wann die Frau ovuliert; auffallenderweise zeigen die Ergebnisse, daß junge Frauen meist 3mal, etwas ältere gewöhnlich 2mal im Monat ovulieren. Solche Ergebnisse sind geeignet, die Berechnungen über die befruchtungsfähigen und befruchtungsunfähigen Phasen der Frau während des Cyclus zu beeinflussen. Schnell und absolut sicher ist die Schwangerschaftsdiagnose zu stellen, und zwar noch früher als mit der Methode nach Aschheim-Zondek. Die Methode hat außerdem den Vorzug, einfach zu sein. *H. Siegmund (Wien).*

Simonin, C.: Diagnostic histologique précoce de la grossesse. (Die histologische Frühdiagnose der Schwangerschaft.) (*21. congr. internat. de méd. lég. et de méd. soc. de langue franç., Paris, 24.—27. V. 1937.*) Ann. Méd. lég. etc. 17, 909—918 (1937).

Es werden die anatomischen Veränderungen am Uterus während der Schwangerschaft beschrieben und zeitlich folgendermaßen eingeteilt: In den ersten 4 Wochen das gleiche anatomische Bild wie im Prämenstruum; am Ende der 4. Woche Auftreten von Zotten, Fibrin und Fibrinoid; am Ende des 1. Monats deciduale Reaktion der Mucosa bis zum Myometrium; Anfang des 2. Monats choriale Einwanderung in die Schleimhaut, in die Gefäßwände und zwischen die Muskelbündel; Ende des 2. Monats Beginn der makroskopisch wahrnehmbaren Vergrößerung des Uterus; 4. oder 5. Monat — Entwicklung der Keifferschen „glandes myométriales“; 6. Monat — Hyalinisierung der Arterienwände. — Von all diesen Veränderungen ist zum exakten histologischen Nachweis der Schwangerschaft, besonders für gerichtliche Zwecke, ausschließlich die Anwesenheit von Chorionzotten verwertbar. Alle anderen Veränderungen sind für eine Schwangerschaft nicht beweisend. Auch an der Hypophyse und am Gelbkörper gibt es keine Zellveränderungen, die mit Sicherheit auf eine Schwangerschaft schließen lassen. Für gerichtsmedizinische Zwecke ist auch die Aschheim-Zondeksche Schwangerschaftsreaktion nicht anwendbar (Leichenharn!). Es ist also z. B. bei einer Abtreibung etwa 14 Tage nach Ausbleiben der Regel nicht möglich, exakt nachzuweisen, daß auch wirklich eine Schwangerschaft vorgelegen hat. „Ainsi, l'histo-embryologie met en échec le Code pénal.“ *Buschbeck (Würzburg).*

Kunisada, Kiyoshi: Über die Nabel- und Fundushöhe der normalen japanischen Schwangeren. Beitrag zur Diagnose des Zeitpunktes der Schwangerschaft. (*Frauenklin., Zweighosp., Kais. Univ. Tokyo.*) Mitt. jap. Ges. Gynäk. 31, H. 12, dtsh. Zusammenfassung 114—116 (1936) [Japanisch].

Bei 1000 normalen Japanerinnen ist mit dem Bandmaß die Nabelhöhe und Fundushöhe des Uterus in der Schwangerschaft bestimmt worden. Als Nabel- und Fundushöhe wird die Länge vom Oberrand der Symphyse bis zur Mitte des Nabels und bis zum Scheitel des Fundus uteri bezeichnet. Die Nabelhöhe nimmt im allgemeinen mit dem Alter der Schwangerschaft zu, der Grad ist aber individuell sehr verschieden und übersteigt nicht 4—5 cm. Der Fundus erreicht die Nabelhöhe zwischen der 16. und 26. Woche (!). Die Fundushöhe beträgt am Ende des 4. Monats 11 cm, am Ende des 5. Monats 15—16 cm und am Ende des 6. Monats 19—20 cm, liegt also zu dieser Zeit schon oberhalb des Nabels, ein Befund, der von den meisten bisherigen Angaben abweicht. Eine Erklärung für diese Tatsache wird nicht gegeben. Rassistische und konstitutionelle Momente werden sicherlich eine große Rolle spielen. *Hansen (Rostock).*

Schürger, Alexander: Über cervicale Schwangerschaft. (*Städt. Geburtsheim, Kispeszt, Ungarn.*) Zbl. Gynäk. 1937, 2584—2588.

Bericht über einen Fall von cervicaler Schwangerschaft bei einer 32jährigen II-para. Schon im 3. Monat der Gravidität trat eine starke Blutung ein, welche zur Hospitalisierung führte. Dort mußte eingegriffen werden, und es stellte sich dann eben der eigenartige Befund der Ausbildung der Schwangerschaft im Cervicalkanal heraus. Da die Hämorrhagie so stark war, daß an eine Verblutungsgefahr gedacht werden mußte, so sollte an die vaginale Exstirpation des Uterus gegangen werden. Sobald aber die Uterinae unterbunden waren, hörte die Blutung auf, und der Eingriff konnte abgebrochen werden. *Hüssy (Aarau).*

Wiese, Franz: Plötzlicher Todesfall an Encephalitis während einer Schwangerschaft im 3. Monat unter dem Verdacht der Fruchtabtreibung. (*Frauenklin., Med. Akad., Düsseldorf.*) Düsseldorf: Diss. 1937. 23 S.

An demselben Tage, an dem ärztlicherseits eine Schwangerschaft festgestellt wurde — der Arzt war wegen seit 14 Tagen bestehender Blutungen aufgesucht worden —, wurde die 31jährige Ehefrau bewußtlos im Badezimmer aufgefunden. In der Nähe lag eine halb gefüllte Mutterspritze mit langem Ansatzrohr, — womit sie gefüllt war, wird nicht angegeben, jedoch ist immer von Seifenlösung die Rede. 3 Stunden nach der sofortigen Einlieferung in die Frauenklinik starb die Patientin unter encephalitischen Erscheinungen (starre Kopfwendung und Blickrichtung nach rechts, Nackensteifigkeit, Bewußtlosigkeit). Der von der Klinik gehegte Verdacht auf einen abtreiberischen Eingriff wurde durch die Sektion nicht bestätigt. Es fanden sich keinerlei Verletzungsspuren am Genitale, auch für die Blutungen waren keine Anhaltspunkte vorhanden (!). Die mikroskopische Untersuchung des Gehirns ergab periaventivell gelagerte intra- und extracelluläre degenerative Fettanhäufungen, als deren Ursache Verf. eine Kreislaufstörung annimmt. Ihre Herkunft bleibt allerdings ungeklärt. *Scheurlen.*

Puga, Juan: 28 Beobachtungen von Uterusperforation bei Abort. Bol. an. Clín. obstétr. Univ. Chile 22/23, 63—69 u. dtsh. Zusammenfassung 70 (1937) [Spanisch].

Verf. gibt eine Übersicht über den Mechanismus einer Uterusperforation, über die klinischen Folgen und die Behandlung. *K. Rintelen (Berlin).*

Purchase, W. Bentley: Medico-legal aspects of abortion. (Gerichtlich-medizinische Gesichtspunkte beim Abort.) (*Kensington Med. Soc., London, I. XII. 1937.*) Lancet 1937 II, 1375—1377.

Es handelt sich um einen Bericht über verschiedene Vorträge, die in einer Sitzung der medizinischen Gesellschaft zur Abtreibungsfrage gehalten wurden. Die Beobachtungen über das zahlenmäßige Auftreten krimineller Aborte waren sehr unterschiedlich. Im Nordteil Londons wurde eine Abtreibung in 6 Wochen, in anderen Teilen eine in 14 Tagen bekannt. Das Verhältnis von verheirateten Frauen zu ledigen war 2:1. Die Hälfte der kriminellen Aborte wurde von gewerbsmäßigen Abtreibern ausgeführt. Bei den Selbstabtreibungen wurde zumeist mit gewöhnlich erfolglosen medikamentösen Versuchen begonnen und später häufig doch noch ein Abtreiber aufgesucht. Instrumentelle Eingriffe waren in 88% von septischen Erkrankungen gefolgt. Mehrere Todesfälle in Krankenhäusern nach auswärts durchgeführtem Eingriff liefen unter der Diagnose einer Nahrungsmittelvergiftung. Von 1000 besonders zusammengestellten Fehlgeburten wurden 485 von den Frauen ohne weiteres als kriminell verursacht zugegeben; bei 246 war der kriminelle Eingriff sehr wahrscheinlich. Die medizinisch gebotene Schwangerschaftsunterbrechung darf nur unter strenger Indikationsstellung und nach Konsultation mit einem anderen Arzt durchgeführt werden. Die eugenische Indikation wird abgelehnt. Aus einem kurzen Hinweis auf die russischen Erfahrungen ist zu entnehmen, daß der Fehlschlag dieses Großexperiments wohl jetzt allgemein erkannt ist. Die „Abortarien“ sollen eine Morbidität von 20% und eine Mortalität von 8⁹/₁₀₀ gehabt haben. Auf die unsichere Rechtslage der englischen Ärzte bei ihnen bekanntwerdenden Abtreibungsfällen wird kurz hingewiesen. Als Gegenmittel gegen die Abtreibungen und ihre Folgen wird u. a. eine stärkere Propagierung empfängnisverhütender Mittel genannt! *Schrader (Halle a. d. S.).*

Nordmeyer, Kurt: Über die Geburtsdauer und ihre Abhängigkeit von klimatischen und geographischen Einflüssen. (*Univ.-Frauenklin., Göttingen.*) Arch. Gynäk. 165, 95—115 (1937).

Die einfache Berechnung des Mittelwerts der Geburtsdauer genügt nach Ansicht

des Verf. nicht, um charakteristische Unterschiede in der Länge der Geburt aufzudecken. Verf. hat deshalb eine andere statistische Methode angewandt, die im Original nachgelesen werden muß und deren Anwendung auf das Gesamtmaterial der Spontangeburt in Hinterhauptslage in Göttingen erkennen läßt, daß die Häufigkeitskurve der Geburtsdauer 3 deutliche Gipfel zeigt. Wenn Verf. nun das Material nach Sommer- und Wintergeburten einteilt, so läßt sich eine Abkürzung der Geburtsdauer im Sommer feststellen, die statistisch gesichert ist. Die Zangenfrequenz und die Verwendung von Wehenmitteln ist im Sommer ebenfalls herabgesetzt. Ähnliche Untersuchungen an Geburten in Freiburg i. Br. ließen die Sonneneinwirkung infolge der günstigeren klimatischen Verhältnisse noch deutlicher erkennen, so daß diese Umwelteinflüsse sogar die vorhandenen rassischen Unterschiede (höherer Prozentsatz enger Becken in Freiburg) überkompensierten. Durch eine minimale Höhensonnenbestrahlung (mit 30 Sekunden für die Füße beginnend und nicht über 4 Minuten Ganzbestrahlung steigend) ließ sich eine entsprechende Beeinflussung der Geburtsleistung erzielen. Zwischen bestrahlten und unbestrahlten Winterpatientinnen bestand der gleiche Unterschied wie zwischen Sommer- und Winterkurve. Auch die Atonien und Wochenbettstörungen wurden in demselben Maße wie durch die natürliche Sonneneinwirkung herabgesetzt. Da gerade in den Großstädten die Ultraviolettstrahlen des Sonnenspektrums durch die Dunstschicht fast vollständig absorbiert werden, verdienen die Feststellungen des Verf. für die Schwangerenfürsorge besondere Beachtung.

Frommolt (Halle a. d. S.).

Muller, M.: La dissimulation de la douleur dans les accouchements clandestins. (Die Dissimulation des Schmerzes bei heimlichen Entbindungen.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 13. XII. 1937.*) Ann. Méd. lég. etc. 18, 39—42 (1938).

Die Schmerzempfindung während der Geburt ist individuell sehr verschieden. Gerade bei heimlichen Entbindungen sind z. T. außergewöhnliche Vorkommnisse bekannt geworden, wo Schmerzäußerungen weitestgehend unterdrückt wurden. Verf. fügt diesen Beobachtungen 5 Fälle aus dem letzten Jahre hinzu:

1. 23jährige Kellnerin von mittlerer Intelligenz, die bereits ein 7jähriges uneheliches Kind hat. Heimliche Geburt eines 3000 g schweren Kindes in ihrer Kammer im 4. Stockwerk, 5 Stunden nach Wehenbeginn. Als die Austreibung eben beendet war, wird sie zur Bedienung eines Gastes ins Lokal heruntergerufen. Sie durchreißt die Nabelschnur und läßt das Kind auf dem Bett liegen. Nach Bedienung von noch zwei weiteren Gästen steigt sie wieder in die Kammer hinauf, erdrosselt das Kind mit einer Schürzenschnur, wickelt es in die Schürze ein und verbirgt es unter dem Tisch. Die Kaffeehausbesitzerin findet sie kurz darauf sehr bleich auf dem Bett liegend und holt einen Arzt, der die Kindestötung entdeckt. — 2. 24½jährige Köchin. Heimliche Niederkunft im 7. Schwangerschaftsmonat auf Abort in den frühen Morgenstunden, 5 Stunden nach Wehenbeginn. Als der kindliche Kopf in der Vulva erscheint, holt sie aus der benachbarten Küche eine Schere und durchschneidet damit nach Kindesaustritt die Nabelschnur. Das Kind stürzt in den Abortschacht. Kurz danach tritt auch die Nachgeburt aus. Danach Rückkehr in die Küche unter sorgfältiger Vermeidung von Blutspuren. Nach Vulvaverschluß mit Serviette macht sie sich an die Morgenarbeit, wischt die Küche auf, bereitet den Frühlkaffee und deckt den Frühstückstisch. Gegen 7 Uhr wird sie von der Arbeitgeberin bei ihrer gewohnten Arbeit, jedoch sehr blaß gefunden und legt sich auf deren Rat tagsüber nieder. Vom anderen Morgen ab Hausarbeit wieder in gewohnter Weise durchgeführt. Entdeckung der Kindestötung erst 3 Monate später bei Ausleerung der Abortgrube. — 3. 20jährige Apothekenangestellte, die als Erstgebährende 14 Tage vor Schwangerschaftsende niederkommt. Wehenbeginn in Gegenwart des ahnungslosen Bruders. Geburt in der Küche; dabei mit gespreizten Beinen gegen Tisch gelehnt. Nach Kindesaustritt wird durch Zug an der Nabelschnur rasches Nachfolgen der Nachgeburt bewirkt. Unterdrückung des Kindesgeschreies durch Würgen und Drosseln; schließlich Ertränken des Kindes. Nach Einwicklung von Kindesleiche und Placenta in einem alten Tischtuch wird noch die Küche aufgewischt; dann erst legt sie sich nieder. Am anderen Tage Offenbarung der Tat gegenüber Mitarbeiter, der von der Schwangerschaft und Geburt nichts gahnt hat. — 4. 25jähriges Dienstmädchen, die als Zweitgebährende keinerlei Geburtsvorbereitungen traf. Die Wehen angeblich als kolikartige Magendarmbeschwerden verkannt. Die Geburt erfolgt nachts auf halb mit Wasser gefülltem Eimer. Nach Durchschneidung der Nabelschnur wird das Kind im Eimer gelassen. Nach Vorbinden einer Serviette vor die Vulva zur Vermeidung von Blutspuren kurze Zeit hingelegt. Um 7 Uhr morgens die Hausarbeit

in gewohnter Weise wieder aufgenommen. — 5. 20 $\frac{1}{2}$ jährige Zuschneiderin, die als Erstgebärende am Schwangerschaftsende ein reifes Kind gebar. Sie bewohnte in einer Pension gemeinsam mit einem anderen jungen Mädchen ein Zimmer. Geburt in den frühen Morgenstunden unter der Bettdecke. Erdrückung des Kindes zwischen den Beinen, damit Stubengefährtin nichts merkte, die sich gerade anzog. Nachdem diese, ohne etwas Auffallendes wahrzunehmen, sich entfernt hatte, Durchschneidung der Nabelschnur mit Schere. Nach Ankleidung ins Sprechzimmer der Pension zum Empfang eines Besuchers hinuntergestiegen, ohne daß man ihr etwas anmerkte. Später Beseitigung der Kindesleiche und der Nachgeburt.

Schrader (Halle a. d. S.).

Hoehne: Über Verletzungen des uterinen Anteiles des Durchtrittsschlauches und über Verletzungen des vorangehenden Kindesteiles im Verlaufe von Spontangeburt. (*Univ.-Frauenklin., Greifswald.*) *Tung-Chi* 13, 34—39 (1937).

Hoehne führt aus, daß es durch abnorme Widerstände im Uteruscollumgebiet („langes Collum als Ausdruck von Hypoplasie, Starrheit der Collumwände durch Elastizitätsverlust bei alten Erstgebärenden oder infolge von entzündlichen Prozessen, Narben, Spasmen usw.“) zum vorzeitigen Mitpressen Kreißender komme. Dieses vorzeitige Mitpressen könne Cervixrisse von großer Ausdehnung, Schnürfurchenbildung bis zu Schnürnekrosen am kindlichen Schädel und u. U. Nekrotisierung des Collumwandgewebes, insbesondere im Portiogebiet, hervorrufen. Normalerweise funktioniere der Reflexvorgang des Mitpressens in der Geburt so, daß die Kreißende bei Erreichung des der vollen Erweiterung des äußeren Muttermundes entsprechenden Längsdehnungsgrades des unteren Uterinsegmentes und des Ligamentapparates des unteren Uterinsegmentes automatisch jeder weiteren Dehnungssteigerung durch Herabdrücken des Uterus mittels der Rumpfpresse entgegenarbeite.

Koch.

Weymersch, A., et J. Snoeck: Traitement de l'apoplexie utéro-placentaire. (Behandlung der uteroplacentaren Blutung.) (*X. congr. de l'Assoc. des Gynéc. et Obstétr. de Langue Franç., Paris, 30. IX.—2. X. 1937.*) *Gynéc. et Obstétr.* 36, 156 bis 208 (1937).

Die Verf. behandeln vom klinischen Standpunkt aus eingehend die Ätiologie und Therapie der vorzeitigen Lösung der richtig sitzenden Placenta auf toxischer Basis. Auf die verschiedenen Ursachen der vorzeitigen Lösung (Nephropathie, Eklampsie, Blutdruckschwankungen usw.) wird ausführlich eingegangen. Weiterhin werden die Prophylaxe und die verschiedenen Therapieformen (geburtshilflicher Art, Kaiserschnitt und Uterusexstirpation) eingehend und kritisch behandelt. Bei der Todesursachenstatistik werden eingehende autoptische Untersuchungen bei diesen gar nicht seltenen Fällen gefordert. Ausführliche tabellarische Zusammenstellungen und Anführung der Literatur.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

Conti, Nanna: Müttersterblichkeit bei der Geburt und im Wochenbett bei Anstalts- und Hausentbindungen. *Öff. Gesdh.dienst* 3, B 584—B 592 (1937).

Verf. beschäftigt sich zunächst mit den verschiedenen Statistiken, die die Frage der Komplikationsfälle bei Anstalts- und Hausentbindungen behandeln. Sie weist dann ferner darauf hin, daß, nachdem zunächst die Anstaltsentbindung stark propagiert worden war, sich allmählich die Stimmen mehrten, die für die Hausentbindung eintreten. Sie wirft schließlich die Frage auf, ob das jahrelang ausgesprochene Dogma von der Anstaltsentbindung als der höheren und besseren Form der Entbindung noch weiter aufrecht erhalten werden kann. Es bedarf nach ihrer Ansicht keiner besonderen Erwähnung, daß bestimmte geburtshilfliche Fälle der Anstalt vorbehalten bleiben müssen. Die heute zu entscheidende Frage sei die, ob die Anstaltsentbindung unter allen Umständen als Fortschritt anzusehen ist, und nach und nach die Haus- und Hebammenentbindung zugunsten der Anstaltsentbindung verschwinden soll. In vielen Ländern wird heute zugunsten der Anstaltsentbindung geworben und das Hebammenwesen vernachlässigt. Während man aber die Anstaltsentbindung fördert, werden weiterhin Hebammen in großer Zahl ausgebildet, ohne daß man danach fragt, ob dieser Stand überhaupt noch lebensfähig ist. Verf. tritt zum Schluß stark für die Hausentbindung ein. Die Erwartung der Verf., daß es gelinge, mit Hilfe einer genauen geburts-

hilflichen Statistik die Frage Anstaltsentbindung oder Hausentbindung eindeutig zu klären, vermag ich (Ref.) nicht zu teilen. Aus der Statistik wird sich nur schwer die Tatsache ausschalten lassen, daß die Anstalten mit ärztlicher Geburtshilfe besonders von solchen Frauen aufgesucht werden, bei denen von vornherein mit einem schwereren Geburtsverlauf zu rechnen ist. Man sollte also in die Statistik keine allzu große Erwartung auf Klärung setzen.

H. Linden (Berlin).

Franz, Helga: Geburtstraumen und ihre Folgen mit Berücksichtigung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. (*Psychiatr. u. Neuroklinik., Univ. Jena.*) Jena: Diss. 1937. 24 S.

An Hand einer kurzen Schrifttumsübersicht geht Verf. auf die Frage der geburts-traumatischen Schädigungen und deren Folgen mit Bezug auf das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ein. Berücksichtigt werden der angeborene Schwachsinn, nur kurz die Epilepsie und unter Darstellung eines Falles von Blindheit und Epilepsie nach Geburtstrauma auch die erbliche Blindheit. Ihre, in sehr summarischer Darstellung geäußerte, recht oberflächliche Anschauung über die Lebersche Sehnervenatrophie dürfte Verf. mit wachsender erbbiologischer Erfahrung einer Revision unterziehen. Günther.

Erbslöh, Joachim: Über Schädelfrakturen beim Neugeborenen und ihre klinische Bedeutung. (*Staatl. Frauenklinik., Akad. f. Prakt. Med., Danzig.*) Arch. Gynäk. 165, 76—94 (1937).

Verletzungen des knöchernen Schädels unter der Geburt, sofern sie lediglich in Frakturen oder Infraktionen bestehen, verursachen im allgemeinen keine Symptome. Sie werden wahrscheinlich auch häufig übersehen. Umfangreichere Verletzungen und selbst teilweise Zertrümmerungen des Schädels, die den Hirnstamm intakt lassen, verursachen im allgemeinen erst nach der Geburt des Kindes Symptome und dann oft sofortigen Exitus. Sie sind intrauterin an der Frequenz der Herztöne nicht zu erkennen. Als Folge einer Schädelfraktur kann eine Meningocele spuria traumatica auftreten. In Fällen von steigendem Hirndruck oder bei Kompressionsfraktur wird chirurgisches Vorgehen empfohlen. Die Spätprognose aller umfangreichen Verletzungen ist meist schlecht. Hier wird über eine eigene Beobachtung berichtet, wo ein Kind im Uterus bei einem Zangenversuch zwei Frakturen des Schädeldachs erlitt; sie heilten vollkommen aus und 5 Jahre später hatte das Kind keinerlei Symptome mehr. Die einzelnen Möglichkeiten werden durch zahlreiche Beobachtungen aus dem Schrifttum belegt.

Kurt W. Schultze (Elberfeld).

Cappellani, S.: Malattie del neonato di origine ostetrica. (Krankheiten des Neugeborenen geburtshilflichen Ursprungs.) Arch. Ostetr. 1, 570—582 (1937).

Zuerst wird das Cephalhämatom besprochen, das von Gock zu Ende des 18. Jahrhunderts klar von der serosanguinolenten äußeren Kopfgeschwulst getrennt wurde. Es besteht in einer subperiostalen Blutung an der Innenseite der Knochen der Schädelkonvexität, ist meist solitär auf das rechte Scheitelbein beschränkt, seltener bilateral unter beiden und noch seltener tritt ein drittes Hämatom unter dem Occipitale auf. Nach 3—5 Tagen oder noch etwas später bildet das Periost einen erhabenen Knochenring von 3—5 mm Höhe, die Blutung wird langsam resorbiert und abgekapselt. Hinsichtlich der Genese stehen einander zwei Theorien gegenüber, nach der einen soll sich das Periost infolge des Drucks der Schädelknochen gegen den knöchernen Geburtskanal ablösen und die Blutung sekundär unmittelbar nach der Geburt erfolgen, nach der zweiten soll die Blutung primär sein. Die Resorption erfolgt im allgemeinen in einigen Wochen, Folgen hinterbleiben im allgemeinen nicht. Viel wichtiger sind Druckfurchen des Schädels und Brüche der Schädelknochen, wenn diese auch infolge der Fortschritte der operativen Geburtshilfe seltener als früher geworden sind. Sie sind selten am Occipitale, betreffen meist die Parietalia und das Frontale entsprechend der Coronarnaht, am häufigsten sind sie an den Parietalia als Eindrücke von den Zangenlöffeln, besonders bei Extraktion am nachfolgenden Kopf bei verengtem Becken. Zwei parallele Druckfurchen treten auch am Frontale bei Spontangeburt auf. Meist

sind die Druckfurchen von strahligen Knochenfissuren begleitet. In manchen Fällen bleiben die Schädigungen auf die Knochen beschränkt, in anderen kommt es zu großen Loslösungen der Dura und zu Verletzungen der weichen Hirnhäute. Commandeur und Brindeau weisen aber darauf hin, daß schwerere interkraniale Schädigungen auch ohne schwerere Verletzung des Craniums selbst auftreten können. Pestalozza beobachtete bei einem Neugeborenen einseitige epileptiforme Krämpfe, Druckfurchen und Krämpfe verschwanden gleichzeitig. — Raso lenkte neuerlich die Aufmerksamkeit auf interabdominale Blutungen, besonders Hämatome der Leber, und intraperitoneale Blutungen. Die Leberhämatome können intrakapsulär oder parenchymatös sein. Durch Kapselzerreißen können schwere Blutungen in die Bauchhöhle stattfinden; möglicherweise besteht ein Zusammenhang zwischen parenchymatösen Blutungen und Icterus neonatorum. Die Leberhämatome können durch Trauma oder Asphyxie verursacht sein, es kann aber auch eine beim Neugeborenen beobachtete geringere Blutgerinnbarkeit in Frage kommen. — Die intrakraniellen Blutungen können extradural, subdural, in den Leptomeningen, den Ventrikeln, der Gehirnsubstanz und im Wirbelkanal auftreten; in 163 Sektionen fand Holland 31 Zerreißen des Tentoriums und 5 der großen Sichel, in letzterem Falle sind die Extravasate gering, Hämorrhagien der weichen Hirnhäute treten besonders bei Frühgeburten auf, entsprechend deren leichter Gefäßzerreißenbarkeit, drei Viertel der interkranialen Blutungen kommen bei künstlichen Entbindungen vor. Bei schweren interkranialen Blutungen zeigt das Neugeborene entweder das Bild der Synkope oder das der Asphyxie, erstere meist tödlich, letztere meist günstig verlaufend. Das klinische Bild dieser Blutungen weist zahlreiche Züge auf, die Prognose muß stets zurückhaltend sein, als Spätmanifestationen können Bilder wie bei der spinalen Kinderlähmung oder der Littleschen Krankheit entstehen, nach der Pubertät kann es zur Epilepsie kommen, auch die Entstehung von Gehirncysten und circumscripten Pachymeningitiden ist möglich; Tissier stellte bei 900 nervenkranken Erwachsenen 201 künstliche Entbindungen fest. Manche durch den Geburtsakt bedingte Schädigung könnte durch Kaiserschnitt vermieden werden.

Robert Müller (Wuppertal).

Duncan, J. H.: Neo-natal mortality. (A study of an eleven-year period of obstetrics in a small city.) (Neugeborenensterblichkeit. [Eine Untersuchung der Geburtshilfe in einer kleinen Stadt während 11 Jahren.]) *Canad. med. Assoc. J.* **37**, 474—478 (1937).

Auf 6954 Geburten entfielen 453 gestorbene Neugeborene, einschließlich die Totgeburten. Die Todesursachen werden in einer Tabelle zusammengefaßt. Die Sterblichkeit der Neugeborenen bei den verschiedenen Geburtshelfern schwankte zwischen 4,88 und 9%. Bessere Überwachung der Schwangerschaft könnte die Zahl der Totgeburten auf die Hälfte erniedrigen.

A. Peiper (Wuppertal).

Menesini, Giulio: La soffocazione del neonato e i suoi mezzi di accertamento. (Der Erstickungstod des Neugeborenen und die Wege zur Beweisführung.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Siena.*) *Clin. ostetr.* **39**, 579—584 (1937).

Verf. zeigt an 2 genau geschilderten Fällen, daß man sich hüten muß, auf Grund äußerer Besichtigung allein Kindestötung durch Erstickung des Neugeborenen zu diagnostizieren. Er fordert exakte histologische Untersuchung, die mit größter Vorsicht durchgeführt werden muß, um nicht ebenfalls zweideutige Resultate zutage zu fördern. Nur die Feststellung kleiner Blutergüsse in den Geweben beweisen die Anwendung mechanischer Gewalt. Makroskopische Betrachtung allein vermag nicht mit Sicherheit den Tod an Asphyxie auszuschließen. Helene Fritz-Hölder (Wiesbaden).

Naturwissenschaftliche Kriminalistik. Spurennachweis. Alters- und Identitätsbestimmungen.

Manczarski, Stanisław: Über Anwendung der infraroten Photographie in der Gerichtlichen Medizin und Kriminalistik. *Czas. sąd.-lek.* **2**, 205—218 (1937) [Polnisch].
Manczarski bespricht an der Hand von vorgeführten einschlägigen Photo-