

hibitionismus. Auch die psychoanalytische Untersuchung ergab nichts Auffälliges. Die körperliche Untersuchung ergab einen erhöhten Blutdruck von 220/70 und häufig auftretende „asystolische Krisen“; er war deshalb 4 Jahre lang in Behandlung verschiedener Ärzte.

Verf. nimmt an, daß diese Kreislaufstörungen nicht ohne Einfluß auf das cerebrale Geschehen waren. Er bespricht die, auch bei Frauen — lange nach dem Klimakterium —, durchaus nicht seltenen Fälle von stark gesteigerter Erotik, die zweifellos nicht von den Geschlechtsdrüsen selbst ausgelöst werden kann. Verf. denkt dabei vor allem an Schädigungen des Striopallidum, da häufig nach Encephalitis solche Störungen beobachtet worden seien. Die metencephalisch bedingten sexuellen Delikte seien heute durchaus anerkannt. — Es habe sich im erwähnten Falle um eine isolierte Störung der Hemmungsvorgänge auf psychosexuellem Gebiet gehandelt. *Majerus.*°°

Markuszewicz, Roman: Vom Sado-Masochismus zum Todestrieb. (Weitere Revision der Freud'schen Theorie.) *Kwart. psychol.* 10, 103—143 (1938) [Polnisch].

Freud hätte nach Verf. schon bei der Aufstellung des Lust-Unlustprinzips als Haupttendenz zur Abänderung der psychischen Situationen Schwierigkeiten gehabt, die sexuelle Erregung, die eine lustvolle Reizsteigerung darstellt, zu erklären. Dadurch, daß er statt den Trieben den Lust-Unlustgefühlen die wichtigste dynamische Funktion zuschrieb, hatte er (Freud) wieder einen außerhalb der psychoanalytischen Lehre gelegenen Standpunkt eingenommen. Auch der Masochismus, den Freud später als primären dem Sadismus vorausgehenden Trieb anerkannte, ließ sich nicht mit dem Lustprinzip in Übereinstimmung bringen. Dieses hätte für Freud der Grund zur Annahme von Todes (Destruktions-) trieben abgegeben, die nach Verf. noch ganz unbewiesen sind. Der Todestrieb, der nur in lebenden Wesen existieren, sein Ziel aber außerhalb des Lebens finden würde, wäre eine unhaltbare Konzeption. Die Erklärung Freuds, daß der Sadismus sekundär durch die Projektion des Masochismus nach außen entstehen würde, befriedigt Verf. nicht. Denn würde — wie Freud es sich vorstellt — dabei der Narzismus, um das Ich zu schützen, den primären Masochismus aus dem Ich herausdrängen, so würde es zu einem anderen Resultat kommen, denn „was aus dem Ich gedrängt wird, gelangt nach der psychoanalytischen Lehre ins Unbewußte“. (Verf. verleiht hier offenbar, daß eine Trielatendenz nicht nur verdrängt werden, sondern auch in Handlungen umgesetzt werden kann. Ref.) Die Arbeit ist stark polemisch eingestellt. *Flescher (Rom).*°

Schwangerschaft. Fehlgeburt. Geburt. Kindesmord.

Samuels, Jules: The cycle of the woman. (Der Cyclus der Frau.) *J. Obstetr.* 45, 291—319 (1938).

Die folgenden Angaben gründen sich auf Beobachtungen der Reduktionszeit des Oxyhämoglobins mit dem von Samuels angegebenen Cycloskop (spektrographische Methode). Die Brauchbarkeit der Methode ist aber noch keineswegs erwiesen, manche Angaben, wie z. B. diejenige über eine Methämoglobinbildung, sind sehr anzuzweifeln (Ref.). Bei täglicher Beobachtung der Reduktionszeit bei 30 gesunden Frauen hat S. zur Zeit der Regel und zur Zeit der Ovulation eine deutliche Verlangsamung der Reduktionszeit gefunden. Die Werte liegen während dieser Zeit statt um 150 Sekunden zwischen 165 und 180 Sekunden. Es soll bei Mehrgebärenden im allgemeinen in jedem Cyclus zwei Ovulationen geben. Das Corpus luteum des ersten Follikels wird durch die Entwicklung des zweiten Follikels in seiner Ausdehnung unterdrückt. Erst das zweite Corpus luteum vermag die Schleimhautumwandlung herbeizuführen. Bei Operationen hat S. diese cyclographischen Beobachtungen bestätigt gefunden. Er betont aber an anderer Stelle auch, daß Robert Meyer es für außerordentlich schwer hält, die Ovulationszeit nach dem Alter des Corpus luteum zu bestimmen und festzustellen, ob es sich um ein weitgehend zurückgebildetes oder in seiner Entwicklung gehemmtes Corpus luteum handelt. Bei Nulliparen werden meist drei Ovulationen in einem Cyclus beobachtet. Die Schwankungen in der Reduktions-

zeit fehlen bei Männern, bei Frauen in der Menopause, bei Kastrierten und während der Schwangerschaft. Die Fruchtbarkeit ist am größten während der Ovulation und gut bis zu 3 Tagen vor der Ovulation. Nach der zweiten Ovulation bis zum 3. Tage nach Beginn der Regel ist jede Frau absolut steril. Eine relative Sterilität besteht bis zum 3. bis 5. Tage vor der ersten Ovulation des neuen Cyclus. Das Ei verliert seine Befruchtungsfähigkeit 48 Stunden nach dem Follikelsprung. Kommt es zur Befruchtung, so sieht man am 3. Tage nach diesem Ereignis im Cyclogramm einen plötzlichen Anstieg und dann einen ebenso plötzlichen Abfall. Nach diesem Abfall bleiben die Reduktionszeiten konstant. An Hand von 7 Cyclogrammen werden noch eine Reihe von Einzelheiten besprochen, die im Original nachgelesen werden müssen. Es finden sich ferner noch Angaben über die Möglichkeit der Beeinflussung endokriner Drüsen durch Kurzwellenbehandlung. Aus der Darstellung ist aber nicht zu ersehen, wie diese Behandlung durchgeführt wird. Angaben darüber finden sich in der Strahlentherapie 1938. Hansen (Rostock).

Samuels, Jules: Eine exakte Methode zu Ovulations- und Schwangerschaftsbestimmungen. Jap. J. Obstetr. 20, 579—595 (1937).

Mit dem Cyclooskop bzw. dem Spektroreduktometer, wurde bei Frauen die Reduktionszeit des Oxyhämoglobins bestimmt. Während des Cyclus zeigen diese Zahlen typische Schwankungen, und Verf. bringt sie in Zusammenhang mit der wechselnden Hormonproduktion. Die ermittelten Reduktionszeiten wurden in ein Diagramm zusammengestellt, welches durch Verf. „Cyclogramm“ genannt wurde. Während des Cyclus treten 2 Abweichungen von den Normalwerten auf: 1. während der Menstruation und 2. bei der Ovulation. Es konnte festgestellt werden, daß Frauen 2- oder 3mal monatlich ovulieren. Diese Tatsache konnte 2mal bei Laparotomien bestätigt werden. Da die Feststellung der Ovulation nach dieser Methode sehr einfach ist, gelingt es auch, den günstigsten Konzeptionstermin zu bestimmen. Das Ei soll 2 Tage befruchtungsfähig sein und 2 Tage nach der letzten Ovulation bis zur Menstruation ist die Frau steril. Bei Schwangerschaft ist die Reduktionszeit dauernd verlängert und dadurch kann die beschriebene Methode auch zur Schwangerschaftsdiagnose benutzt werden. Einmal gelang es schon, 12 Tage vor der erwarteten Menstruation eine Gravidität festzustellen. P. de Fremery (Oss, Holland).

Schöner, Otto: Bestimmung des Ovulationscyclus der Mutter und des Geschlechtes der Kinder nach deren Geburtstagen. Med. Welt 1938, 706—708.

Der Verf., der bereits durch die von ihm verfochtene Anschauung, daß beim Zustandekommen der verschiedenen Geschlechter dem sog. Geschlechtschromosom nicht die entscheidende Rolle zukomme, wie angenommen wird, bekannt geworden ist, und der die These vertritt, daß die Geschlechtsreihenfolge in jedem Ovarium 2:1 sei, die Geschlechtsanlage also bereits im unbefruchteten Ei festliege, und daß die Ovarien wechselseitig funktionieren, sucht an Hand größerer Stamm bäume die Haltbarkeit seiner Ansicht zu beweisen. Das rechte Ovarium liefert mehr Knaben und weniger Mädchen, das linke mehr Mädchen und weniger Knaben. Das Gesamtergebnis war folgendes: Von 330 Stamm bäumen mit 2478 Kindern wurden 132 bis zum 6. Kinde richtig gelöst. Das sind 40% sämtlicher Stamm bäume. Ausnahmen ergaben sich von den 2478 Kindern in 370 Fällen, das sind 14,93%. Bei 98240 Variationsmöglichkeiten für die Geschlechtsreihenfolge bedeutet das einen Prozentsatz von 0,37%. Verf. hält daher durch diese Resultate seine Theorie mit 99,63% Sicherheit für bewiesen.

Gaehdgens (Leipzig).

Schug, Karoline Felizitas: Die Schwangerschaftsdauer beim Menschen. Erlangen: Diss. 1937. VII, 27 S.

Im 1. Teil der gut disponierten und mit reicher Schrifttumsübersicht versehenen Dissertation stellt Verf. die bisher veröffentlichten statistischen Ergebnisse über die Schwangerschaftsdauer zusammen und kommt zu einem Mittelwert von 272 Tagen. Die Darstellung wäre klarer und übersichtlicher geworden, wenn Verf. die lesenswerte Arbeit von Sellheim (Die Bestimmung der Vaterschaft nach dem Gesetz vom naturwissenschaftlichen Standpunkt, 1928) selbst gelesen und sich nicht nur auf ein Referat gestützt hätte. Im 2. Teil wird zur Erklärung der Unstimmigkeiten in den verschiedenen statistischen Angaben auf die Verschiedenheiten im Regelcyclus, den offenbar schwan-

kenden Ovulationstermin, die (längere) Dauer der Befruchtungsfähigkeit von Ei und Samenfäden (von Knaus für die wärmeempfindlichen Spermatozoen bestritten), jahreszeitliche Einflüsse, soziale Momente während der Schwangerschaft, Konstitutions- und Rassenmerkmale der Eltern und die Frage des physiologischen Geburtseintritts verwiesen. Leider fehlt bei dieser und bei der Beurteilung des Materials der Erlanger Frauenklinik der Hinweis auf Ausschluß von Geburten unter Wehenmitteln und operativen Eingriffen, welche Voraussetzung mit Recht Speitkamp [Z. Geburtsh. **116**, 10 (1937)] aufstellt. Unter Annahme des von Wintz bei Operationen festgestellten Ovulationstermins am 13. Tag nach Beginn der Regel stellt Verf. den 267. Tag als Höhepunkt der Häufigkeit der Schwangerschaftsdauer post coitum fest (praktisch wichtige Schwankungsbreite für die Geburt lebender reifer Kinder zwischen dem 250. bis 280. Tag). *Kresment* (Berlin).

Takata, Maki: Zur Ermittlung des Ovulationstages bei der Frau mit Hilfe der „Flockungszahlreaktion“ im Serum. (Kritik der Ogino-Knaus-Lehre im Lichte unserer neuen Forschung.) (*Prov.-Krankenh., Kobe, Japan.*) Arch. Gynäk. **167**, 204—222 (1938).

Mit Hilfe des Takata-Reagens, einer Mischung von 0,5% Sublimatlösung mit 0,02% Fuchsinlösung, wird die Flockungszahl des Serums der Patientinnen bestimmt. Es muß die ganz feine initiale Flockung festgestellt werden und die Temperatur muß gleichmäßig auf 20° während der ganzen Reaktion gehalten werden. Während die Flockungszahl bei Männern konstant bleibt, fand sich bei den Frauen ein diphasischer Verlauf, d. h. auf einen Tiefstand vor und während der Menstruation folgt ein Anstieg, der von einem scharfen Abfall um die Mitte des Intermenstruums unterbrochen wird. Danach steigt die Flockungszahl wieder etwas an, um bis zur Menstruation allmählich abzufallen. Verf. glaubt nun in dem intermenstruellen Abfall der Flockungszahl die Ovulation erkennen zu können. Im Gegensatz zu der Lehre von Knaus und Ogino glaubt er feststellen zu können, daß die Ovulation stets in einem kausalen Zusammenhang zur vorangehenden Menstruation steht und immer in einem feststehenden Zeitabstand von ihr erfolgt. Er hat dabei 3 Ovulationstypen, eine Frühform, eine Mittelform und eine Spätform, aufdecken können, von denen die Mittelform in 86,4%, die Frühform in 12,5%, die Spätform aber nur in 1,1% beobachtet wurde. Bei der Mittelform liegt die Ovulation zwischen dem 10. und 15. Tag nach Beginn der letzten Menstruation, und zwar am häufigsten am 13. Tag. Da es aber noch die Früh- und Spätform gibt, beträgt die Streuung der Ovulation bis zu 14 Tagen. Es ist möglich gewesen, nach Feststellung des Absinkens der Flockungszahl eine Konzeption zu erreichen. Das gestattet auch, die echte Schwangerschaftslänge beim Menschen festzustellen, die an 3 Kindern mit 2 mal 271 Tagen und einmal mit 277 Tagen festgesetzt werden konnte. *Frommolt* (Halle a. d. S.).

Bodó, Bertalan von: Über die Visscher-Bowmansche Schwangerschaftsreaktion. (*Gynäkol. Abt., Spít. d. Königl.-Ungar. Eisenbahnen, Budapest.*) Wien. klin. Wschr. **1938 I**, 609—610.

Die Reaktion hat sich dem Autor für die Erkennung der Schwangerschaft als unverläßlich erwiesen, da er nur in 82,7% der Fälle einen positiven Ausfall erzielen konnte. Er hält sie außerdem aber, wie auch andere Autoren, für unspezifisch, da durch sie nicht das Prolan, sondern andere kolloide Stoffe des Harns nachgewiesen würden.

P. Werner (Wien)._o

Gyarmati, Elemér: Sul valore della reazione di Kosjakoff quale mezzo per la diagnosi di gravidanza. (Der Wert der Reaktion von Kosiakoff als diagnostisches Mittel der Gravidität.) (*Clin. Ostetr. e Ginecol., Univ. e R. Maternità, Torino.*) Ginecologia (Torino) **4**, 322—330 (1938).

Die Reaktion von Kosiakoff beruht auf der Voraussetzung, daß das männliche Haar mehr Schwefel enthält als das weibliche und durch die Wirkung des sich entwickelnden Schwefelwasserstoffes mit Methylenblau in Kontakt gebracht, rascher

Entfärbung eintritt. Kosiakoff bemerkte, daß die Haare Gravidier sich wie männliche Haare verhalten, so daß das weibliche Haar in der Gravidität mehr Schwefel enthält als im nichtgravidem Zustande. Verf. hat die Reaktion von Kosiakoff nachgeprüft und gefunden, daß der Schwefelgehalt der Frauenhaare individuell verschieden ist und mit der Schwangerschaft nichts zu tun hat, deswegen ist die Reaktion nach Kosiakoff als Schwangerschaftsreaktion nicht zu brauchen, außerdem ist dieselbe wenig stabil.

Cristofolotti (Gorizia).

Kestermann, E., und W. vor der Brück: Das Verhalten der Serumbactericidie während der Gravidität und des Puerperiums. (*Med. Klin. u. Frauenklin., Univ. Marburg a. d. Lahn.*) Dtsch. Arch. klin. Med. **181**, 635—639 (1938).

Da die Gravidität eine Leistungssteigerung des Lebens der Zellen im mütterlichen Organismus bedeutet, ist auch eine Erhöhung der mikrobiciden Kraft des Serums zu erwarten. Um diese Frage zu beantworten, wurde bei 15 Frauen vom 5. bis 7. Schwangerschaftsmonat ab regelmäßig jeden Monat bis zur Geburt und 6 Wochen post partum die Serumbactericidie gegen Colibacillen in 120 Einzelversuchen geprüft. Um Schwankungen des Keimabtötungsvermögens unter der Geburt und einige Tage danach zu erfassen, wurden 24 weitere Versuche bei 6 anderen Frauen während der Eröffnungsperiode, 6 Stunden, 5 Tage und 10 Tage nach der Geburt angestellt. Als Arbeitsmethode wurde das Plattenverfahren nach Kestermann und Knolle angewandt, bei dem die Bactericidie bei 1—24stündiger Serumeinwirkung kurvenmäßig verfolgt werden kann. Die Seren von 6 Frauen boten in allen geprüften Schwangerschaftsmonaten und auch 6 Wochen nach der Geburt ein gleichbleibendes gutes Keimabtötungsvermögen gegen Colibacillen, während bei den übrigen 9 Frauen auch bis zur Geburt eine hohe, durchweg gleichbleibende Bactericidie nachweisbar war, die aber 6 Wochen nach der Geburt ein Absinken des Keimabtötungsvermögens aufwies. Die Prüfung des Keimabtötungsvermögens unter der Geburt bis 10 Tage danach bei 6 Frauen erwies, daß das bactericide Vermögen als Zeichen der veränderten Reaktionslage des Organismus vom 5. Tage nach der Geburt nachlassen kann, was als Rückkehr in den normalen Schwankungsbereich des Keimabtötungsvermögens aufzufassen ist. Wenn die Schwangerschaft sich trotz der hohen Serumbactericidie auf den Verlauf mancher infektiöser Erkrankungen unvorteilhaft auswirkt, dann scheint das nach Ansicht der Verff. ein Hinweis darauf zu sein, daß die Anwesenheit hochwirksamer Anwehrstoffe für die Resistenz gegen Infektionskrankheiten nicht allein ausschlaggebend ist. *G. Schäfer (Berlin).*

Huber, Herbert: Die interstitielle Tubenschwangerschaft. Zugleich ein Beitrag zur Zwillingsschwangerschaft mit heterotopem Fruchtsitz. (*Univ.-Frauenklin., Greifswald u. Kiel.*) Z. Geburtsh. **117**, 94—130 (1938).

Es wird die Klinik der interstitiellen Schwangerschaft im allgemeinen und 7 behandelte Fälle im besonderen besprochen. Diagnostische Schwierigkeiten bereitet die Kombination einer extrauterinen mit einer interstitiellen Schwangerschaft. Bei der Entstehung der interstitiellen Schwangerschaft besitzt die Adenomyosis der Tube eine hervorragende Bedeutung. In 4 Fällen wurde ektopische Uterusschleimhaut innerhalb der Tubenschleimhaut nachgewiesen, und bei 1 Fall waren entzündliche Tubenveränderungen vorhanden. Verf. glaubt, daß die Endometriose der Tube durch embolische Verschleppung aus der Uterusschleimhaut möglich ist. Befund von decidual umgewandeltem endometrioidem Gewebe, das frei in den Gefäßen lag. *Effkemann.*

Tscherne, Erich: Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Übertragung. (*Univ.-Frauenklin., Graz.*) Zbl. Gynäk. **1938**, 1122—1125.

Es gelang Tscherne im Einklang mit Miklòs und Mandelstamm sowie mit Tschaikowsky, die das gleiche an Ratten bzw. Mäusen erreichten, durch Injektion von täglich 5 mg Proluton bei trächtigen Kaninchen vom 26. Tag der Schwangerschaft an den rechtzeitigen Eintritt der Geburt, die sonst stets am 31. bis 32. Tage erfolgte, um 6 bis 7 Tage, 2 Tage nach Absetzen der Injektion, herauszuzögern. Die Früchte waren fruchtlos und auffallend lang. Ebenfalls konnte eine deutliche Übertragung dadurch erreicht

werden, daß einmal, am 27. Trächtigkeitstage, i.v. 1000 R.E. Prolan appliziert wurden. Bei der Probeparotomie am 39. Tage der Trächtigkeit befanden sich die Früchte noch im Uterus, waren jedoch schon teilweise resorbiert. Ebenso gelang es durch i.v. Prolaninjektionen, Scheinschwangerschaften beim Kaninchen künstlich zu verlängern, so daß am 26. Tage, 13. Tage nach der Prolaninjektion, die Pituitrinreaktion negativ ausfiel, der Uterus auf Wehenmittel also noch nicht ansprach. Diese Unansprechbarkeit hielt bis zum 16. Tage nach der Bildung neuer Gelbkörper an. Neben diesen Erfahrungen sprechen auch die Ergebnisse von Butenandt u. a. und die klinische Brauchbarkeit der Corpus luteum-Hormonbehandlung beim habituellen Spätabort dafür, daß dieses Hormon auch in der 2. Schwangerschaftshälfte noch eine Rolle spielen muß.

Hilde D. Müller (Kiel).

Heynemann, Th.: Wesen und Behandlung der Hyperemesis gravidarum. (*Univ.-Frauenklin., Hamburg-Eppendorf.*) *Med. Welt* 1938, 731—735.

Die eigentliche Hyperemesis gravidarum ist nicht als rein psychische Erkrankung anzusehen da 1. bei den allerdings seltenen Todesfällen die Sektionsbefunde nicht denjenigen beim Verhungerten oder Verdursteten entsprechen (toxische Leberdegeneration, Nephrose), 2. sich auch schon klinisch Zeichen einer Lebererkrankung bemerkbar machen, 3. hormonale Veränderungen nachweisbar sind, 4. schwere Erkrankungen bei Zwillingschwangerschaften häufig vorkommen, 5. Zufuhr von Fett und Eiweiß eine Verschlimmerung der Erkrankung hervorruft, 6. psychisch völlig gesunde Frauen erkranken können, 7. es unwahrscheinlich ist, daß sich die psychische Abwehrreaktion gegen die Schwangerschaft immer nur in Erbrechen äußern würde, 8. Scheinunterbrechungen nicht immer zum Aufhören des Erbrechens führen. Andererseits sind zweifellos psychische Einflüsse von großer Bedeutung. Alle Vorgänge im Bereich des Magen-Darmkanals sind ja psychischen Einflüssen besonders zugänglich. Hormonale Erklärungen der Hyperemesis, z. B. die HVL-Theorie von Anselmino und Hoffmann weisen noch viele Widersprüche auf. Bei unserer mangelhaften Kenntnis der Hyperemesisentstehung ist eine wirklich kausale Behandlung noch nicht durchführbar. Die einzig kausale Therapie, die Unterbrechung der Schwangerschaft, kommt nur ganz selten in Frage. Zahlreiche Medikamente sind zur Behandlung der Hyperemesis empfohlen worden, ebenso Hormone und Vitamine. Diese und viele andere Mittel haben zuweilen ausgezeichneten Erfolg, zuweilen versagen sie ganz. Sehr guten Erfolg hat häufig die Einweisung in die Klinik an sich, besonders aus psychischen Gründen. Bei ernstesten Erkrankungen dürfen über der psychischen Beeinflussung gewisse Maßnahmen, im besonderen ausreichende Zufuhr von Kohlehydraten und Flüssigkeit in Form von Tropfeinläufen 10proz. Zuckerlösung, evtl. sogar intravenöse Dauertropfinfusion oder Duodenalsonde nicht versäumt werden. Insulin hat sich Verf. nicht bewährt. Kochsalz soll nur, wenn es im Harn unter 0,05 g% sinkt, intravenös oder per rectum zugeführt werden. Subcutane NaCl-Infusion wirkt oft gut. 209 Frauen wurden nach diesen Grundsätzen behandelt, nur bei 7 war eine Interruption notwendig. Todesfälle sind nicht vorgekommen. 6mal trat ein Spontanabort ein. Ganz zu entbehren ist jedoch die Interruption nicht. Besondere Indikationen dazu ergeben sich aus dem Auftreten eines Ikterus. Zweckmäßig sind Bilirubinbestimmungen im Blut, Harnuntersuchungen können sie nicht ersetzen, Leberfunktionsproben versagen. Vermehrung des Serum-Bilirubins auf etwa 2,0 mg%, E-Gehalt des Harns an 1⁰/₁₀₀, Cylindrurie, Temperaturanstieg, Hirnerscheinungen, kleiner unregelmäßiger Puls sind ernste Zeichen. Die Häufigkeit und Stärke des Erbrechens ist nicht wesentlich. Auch der Nachweis von Ketonkörpern im Harn ist zur Indikationsstellung nicht verwertbar, ebensowenig RN-Bestimmungen. Die Indikation zur Unterbrechung muß aus der Gesamtheit der Erscheinungen und Zeichen gestellt werden.

Siedentopf (Magdeburg).

Jaschke, v.: Herzkrankheiten und Gestation. (25. Vers. d. Dtsch. Ges. f. Gynäkol., Berlin, Sitzg. v. 20.—23. X. 1937.) *Arch. Gynäk.* 166, 24—43 u. 81—88 (1938).

Es wird dem früher weit verbreiteten Pessimismus bei der Beurteilung herzkranker

Schwangerer und Gebärender entgegengetreten und dieser damit erklärt, daß immer nur die schwersten, klinikbedürftigen Fälle in den Statistiken Aufnahme fanden. Vortragender fand an seinem reichen Material nur eine Sterblichkeit von 1,18%. Gleichzeitig warnt er aber vor zu großem Optimismus bei dekompensierten Vitien, besonders solchen, die bereits in einem frühen Stadium der Schwangerschaft dauernd oder sofort nach Aussetzen der Therapie dekompensiert sind. Maßgeblich für die Prognose sei vor allem der Zustand des Herzmuskels. Auch ein hypertropher Herzmuskel sei noch wohl imstande, der Belastung durch eine Geburt standzuhalten. Bei dekompensierten Vitien tritt er dafür ein, der Frau die das Herz stark belastende Austreibungsperiode durch eine Schnittentbindung in Lumbalanästhesie zu ersparen, für prognostisch absolut infaust hält er die Fälle mit rekurrirender Endokarditis, auch die Vitien mit chronischer Nephritis beurteilt er ungünstig. Die Schwangerschaftsunterbrechungen hält er nur in den Fällen für indiziert, in denen ein Vitium schon vorher mehrmals dekompensiert war, in denen sich in einem sehr frühen Schwangerschaftsstadium Dekompensation einstellt oder wenn diese jeder Therapie trotzt. Er selbst mußte nur in 2% aller herzkranken Schwangeren unterbrechen. Gleichzeitig müsse aber auch immer erwogen werden, ob nicht eine Sterilisation in Frage käme, was besonders bei älteren Mehrgebärenden in Betracht zu ziehen wäre, da eine über 4 Kinder hinausgehende Geburtenzahl das Leben herzkranker Frauen verkürze. Bei akuter Myokarditis müsse zuerst deren Abklingen abgewartet werden, dann gelte für sie sowie für die chronische Nephritis die gleiche Therapie wie für die Herzfehler, die ja als Endzustände einer Endokarditis aufzufassen sind. In der Aussprache weist Kleine darauf hin, daß nicht nur der Grad, sondern auch die Art des Herzfehlers ausschlaggebend sei, besonders gefährlich seien Mitral- und Aortenfehler. Auch sei die Art der Entbindung nicht unbedingt entscheidend. Er beurteilt den Herzfehler bei der Geburt im ganzen etwas pessimistischer. Mayer berichtet über mehrere Fälle, die trotz schwerer Herzfehler mit einer normalen Spontangeburt endeten. Rosenbeck tritt für die Geburtsbeendigung durch Zange und ausgiebige Episiotomie in Pudendus-Coccygeusanästhesie ein und schlägt vor, die Bauchatmung, die für die Erhaltung des Kreislaufes sehr wichtig sei, durch Ausschaltung des postoperativen Schmerzes zu erhalten. Siedentopf begrüßt die starke Beschränkung der Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung und Caffier weist darauf hin, daß es bei schwerdekompensierten Vitien häufig zu spontanen Unterbrechungen kommt.

Plachetsky (Berlin).

Mallow, Siegfried: Über Galaktorrhöe. (*Univ.-Frauenklin., München.*) Zbl. Gynäk. 1938, 1350—1353.

Der Verf. stellt zuerst fest, daß man unter Galaktorrhöe nicht eine einfache Hypersekretion der Mamma, sondern eine Milchsekretion nach lange verstrichenem Wochenbett oder ohne durchgemachte Schwangerschaft versteht. Es werden 2 einschlägige Fälle mitgeteilt. 1. 34-jährige Frau, vor 3 Jahren normaler Partus. Neben Kopfschmerz, Schwindel starke Milchsekretion. Periode schwach und unregelmäßig. Zunächst Versuch mit 5 mal 5000 B. E. Progynon. Nachher wesentliche Verminderung der Sekretion. Auf Hinzufügen von Proluton vollkommenes Aufhören der Lactation. Auftreten einer normalen Periode. Allgemeinbefinden wesentlich besser. 2. 22-jährige Frau. Seit 3 Monaten nach einer normalen Geburt wieder normal menstruiert. Das Kind 4 Monate gestillt. Nachher Rückgang der Milchsekretion, bald aber wieder Zunahme. Proluton ohne Effekt. Das Lactationshormon des H.V.L. im Tierversuch vermehrt. Es wurden an einem Tage 250000 B. E. Progynon gegeben. Sofortiges Nachlassen der Milchsekretion. Nach einigen Tagen wieder Auftreten in ganz geringem Maße. Die nächste Periode war stark, die folgende normal. Die Milchsekretion hört vollkommen auf.

T. Antoine (Wien).^o

Mulazzi, Gualtiero: Rilievi anatomo-clinici sulla patologia renale negli stati eclamptici gravidici. (Anatomisch-klinische Untersuchungen über die Pathologie der

Nieren bei Schwangerschaftseklampsie.) (*Istit. di Anat. Pat., Univ., Milano.*) Ann. Ostetr. **60**, 329—357 (1938).

Verf. hat 33 Fälle von Eklampsie in der Schwangerschaft bearbeitet, diese betrafen Frauen vom 17. bis zum 46. Lebensjahr. Die Kasuistik der letzten 6 Jahre beweist, daß nur 55% der Eklamptischen Erstgebärende sind. Die Erscheinungen von seiten des Sympathicus sind besonders ausgeprägt bei Frauen unter 30 Jahren. Am häufigsten tritt die Eklampsie in den letzten 2 Schwangerschaftsmonaten auf. Das regelmäßigste Symptom ist die Oligurie mit meist intensiver Albuminurie, oft mit Cylindrurie, selten mit Hämaturie vergesellschaftet. In allen Fällen von Eklampsie mit Tod der Frucht findet man Glykosurie allein oder verbunden mit Acetonurie. In den meisten Fällen ist der arterielle Druck erheblich gesteigert. Ein charakteristischer Typ der Nierenläsion läßt sich nicht herausstellen, auch besteht kein eindeutiges anatomisch-pathologisches Bild, vielmehr finden sich viele Abwandlungen der Veränderungen, sei es der Tubuli, sei es der Glomeruli. Ebenso bestehen äußerst vielfältige Beziehungen zwischen der Nierenfunktion und den histomorphologischen Befunden der einzelnen Fälle. Die Nierenpathologie muß als Teil eines toxischen Zustandes verstanden werden, der unlöslich mit der Schwangerschaft zusammenhängt. *Helene Fritz-Hölder.*

Mulazzi, G.: I quadri anatomo-patologici renali negli stati eclamptici (considerazioni cliniche). (Die anatomisch-pathologischen Nierenbefunde bei eklamptischen Zuständen [klinische Betrachtungen].) (*Istit. Anat. Pat., Univ., Milano.*) Atti Soc. ital. Ostetr. **34**, Suppl.-Nr 2, 232—236 (1938).

Bei der Eklampsie kann nicht von einem einheitlichen anatomischen Befund der Niere gesprochen werden; man kann eine Nephrose mit trüber Schwellung und Verfettung, eine Nephrose mit Verfettung, an der auch die Lipotide beteiligt sind, eine Verfettung mit Nekrose, eine diffuse tubuläre Glomerulonephritis und eine akute ausgebreitete Glomerulonephritis mit Nekrose, Verfettung und trüber Schwellung unterscheiden. Diese verschiedenen Bilder sind durch einen nephropathischen Zustand bedingt, der als ein Teil eines toxischen Allgemeinzustandes aufzufassen ist und als sekundär verursacht betrachtet werden muß. *Brückmann (Florenz).*

Klaften, E.: Die Pathogenese der Eklampsie. (*Amsterdam, Sitzg. v. 4.—8. V. 1938.*) Verh. internat. Kongr. Geburtsh. **1**, 1—24 (1938).

Der Artikel ist ein Referat über die verschiedenen Theorien der Eklampsieentstehung und ihrer Krankheitssymptome, mit Aufzählung zahlreicher Autorennamen. Ursprünglich standen die nervösen Theorien im Vordergrund. Nach der Entdeckung der Albuminurie wurde eine primäre Erkrankung der Nieren angenommen. Es folgten druckmechanische Theorien. Alle diese alten Auffassungen kehren später in veränderter Form wieder, z. B. die bis in die jüngste Zeit vertretene Lehre vom gesteigerten Hirndruck, ja selbst die bacilläre Theorie. Allmählich gewann die Intoxikationstheorie an Raum. Besondere Formen sind die fetale und die placentare Theorie. Die Fibrin fermenttheorie leitet über zu den Auffassungen der Eklampsie als einer anaphylaktischen oder allergischen Erkrankung. Die Theorie der herdtöxischen Bedingtheit der Eklampsie wird erwähnt. Die besondere Giftigkeit der Placenta und des Serums Eklamptischer sind zur Aufstellung von Theorien herangezogen worden. Weitere Theorien sind diejenigen vom Hirnödeme, von der Mangel-, im besonderen Vitaminmangelkrankheit, von der Spermaintoxikation. Eine ganz andere ergiebige Forschungsrichtung leiteten die chemischen und Stoffwechseluntersuchungen ein. Hier schließen sich auch die endokrinen Theorien an. Von den endokrinen Organen ist fast jedes zum Ausgangspunkt der Eklampsieentstehung gemacht worden; in letzter Zeit spielte vor allem der Hypophysenhinterlappen eine Rolle. Doch ist bisher mangels geeigneter Untersuchungsmethoden der sichere Nachweis der Über- oder Dysfunktion einer bestimmten Drüse nicht gelungen. Verf. geht dann zur Besprechung der Genese der häufigsten Eklampsiesymptome, nämlich der Acidose, der Ödeme, der Blutdrucksteigerung, des Angiospasmus, der Neigung zur Hämolyse, der Nierenveränderung über.

Die konstitutionellen und dispositionellen sowie die exogenen Faktoren, z. B. das Wetter, werden erwähnt. Verf. kommt zu dem Schluß, daß wir trotz der enormen bisher geleisteten Arbeit über die letzten Ursachen der Eklampsie noch nichts Sicheres aussagen können. *Siedentopf* (Magdeburg)。

Vitali, M.: *Sulle diverse cause di asfissia endouterina del feto e sulla loro frequenza.* (Ursachen der fetalen intrauterinen Asphyxie.) (*Clin. Ostetr. e Ginecol., Univ., Milano.*) *Atti Soc. ital. Ostetr.* **34**, Suppl.-Nr 2, 179—180 (1938).

Es werden die hauptsächlichsten Ursachen der intrauterinen fetalen Asphyxie tabellarisch dargestellt. 1. Allgemeinkrankheiten der Mutter in 77 Fällen, 5%. 2. Krankheiten des mütterlichen Genitales 358, 23%. 3. Anomalien der Placenta, des Nabelstranges und anderer Organe 868, 56%, fetale Anomalien 62,4%. Bei Allgemeinkrankheiten der Mutter, die intrauterine fetale Asphyxien erzeugen, finden sich vorwiegend Erstgebärende und junge Mütter. Was die Dystokie des normalen Nabelstranges anbelangt, findet sich diese bei älteren und mehrgebärenden Müttern. *Cristofolletti.*

Schwarz, Franz: *Intrauteriner Fruchttod bei abnorm kleiner Placenta.* (*Frauenabt. u. Wöchnerinnenheim, Hosp., Reichenberg, Böhmen.*) *Zbl. Gynäk.* **1938**, 1298—1303.

Bei einer 35jährigen Erstgebärenden stirbt das Kind unter der Geburt nach der 5. Wehe ab und wird schließlich nach Kraniotomie entwickelt. Die Placenta war abnorm klein; ihre Durchmesser betragen 15 : 11 cm, die Dicke im Durchschnitt ca. 1½ cm, ihr Gewicht 300 g. Der Verf. nimmt an, daß diese durchaus ungenügend große Placenta das Kind gerade noch ernähren konnte, unter den ungünstigen Verhältnissen der Geburtswehen aber mußte sie sich als insuffizient erweisen, so daß das Kind absterben mußte. *P. Werner* (Wien)。

Meiffert, Karl: *Die Bedeutung des männlichen Partners für den intrauterinen Fruchttod.* (*Geburtsh.-Gynäkol. Abt., St. Elisabeth-Krankenb., Königsberg i. Pr.*) *Zbl. Gynäk.* **1938**, 1295—1297.

In vielen Fällen des intrauterinen Fruchttodes wird keine Ursache gefunden. Verf. lenkt darum die Aufmerksamkeit auf die männliche Keimzelle. Bei 3 jugendlichen Frauen, bei denen anamnestisch und objektiv die Zeichen des intrauterinen Fruchttodes nachgewiesen wurden, ergab eine eingehende Untersuchung keinen krankhaften Befund; jedoch wies das Sperma der zugehörigen Ehemänner immer pathologische Formen auf. Tiermedizinische Erfahrung und das Resultat mikroskopischer Untersuchung von Embryonen stützen die Vermutung, daß die Ursache des Absterbens im kranken Spermatozoen begründet liegt. Das Spermabild des männlichen Partners soll dann auch bei der Ausstellung der Eheauglichkeitszeugnisse Berücksichtigung finden. *van Tongeren* (Amsterdam)。

Lundborg, O.: *Die legalisierte Abtreibung.* *Sv. Läkartidn.* **1938**, 463—465 [Schwedisch].

Der schwedische Reichstag hat in diesem Jahre eine von der Regierung eingebrachte Gesetzesvorlage über das Recht zur Unterbrechung der Schwangerschaft angenommen. Das Gesetz gestattet eine Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischen, humanitären (grobe Verletzung der Handlungsfreiheit der Frau bei der Schwängerung), medizinischen und kombiniert medizinischen und sozialen Gründen. Die letztere Kategorie liegt vor, wenn die Austragung der Leibesfrucht, infolge der Schwäche der Mutter, für diese eine ernste Bedrohung von Leben und Gesundheit bedeuten würde; der Gesetzgeber denkt hier in erster Linie an Frauen, die sich in einem Zustand so starker körperlicher oder seelischer Schwäche befinden, daß „sich ein gewissenhafter Arzt sagen muß, daß unter Berücksichtigung auch der Umstände, unter denen die Frau zu leben hat, sie nicht ohne ernste und offenbare Gefahr für ihre Gesundheit der Belastung ausgesetzt werden kann, welche die Schwangerschaft, Geburt und Pflege des Säuglings bedeuten würden.“ Es handelt sich also hier um „abgearbeitete Mütter und gleichartige Fälle“. Lundborg hat es, während dieser Gesetzentwurf im Reichstag durch die Instanzen ging, als seine Ansicht dargelegt, daß diesen Müttern auf andere Weise geholfen werden

solle als durch Unterbrechung der Schwangerschaft; es sei für den Arzt auch recht umständlich und schwierig zu beurteilen, ob der Schwächezustand einer Schwangeren ausreiche, um dem Sinn des Gesetzes zu entsprechen. *Einar Sjövall* (Lund, Schweden).

Konungen, Till: Weiterer Bericht der Zentralverwaltung in der Abortfrage. Sv. Läkartidn. 1938, 466—471 [Schwedisch].

Das oben genannte (vorsteh. Ref.) Gesetz über das Recht zur Unterbrechung der Schwangerschaft enthält die Bestimmung, daß dieser Eingriff nur dann erfolgen darf, wenn der Arzt, der den Eingriff vornimmt, zusammen mit einem von der Regierung verordneten Amtsarzt in einer schriftlichen, begründeten Erklärung die Voraussetzungen für die in Rede stehende Maßnahme als gegeben bezeichnet. Nur bei eugenischer Indikation soll der Fall der Medizinalbehörde zur Prüfung vorgelegt werden. Der Ärztebund, der zu dem Gesetzentwurf Stellung genommen hat, gibt dieser dahingehend Ausdruck, daß das Gutachten der Medizinalbehörde in allen einschlägigen Fällen eingeholt werden solle, in denen es sich um Schwangerschaft vor der 20. Woche handelt. Eine spätere Unterbrechung ist in Schweden nur aus medizinischen Gründen gestattet; für diese Gruppe ist die Prüfung durch die Medizinalbehörde nach Ansicht des Ärztesbundes unnötig. *Einar Sjövall* (Lund, Schweden).

Hüssy, Paul: Einiges über Abort und Unfall. Mschr. Geburtsh. 1938, 1—12.

An Hand von konkreten Beispielen aus der Weltliteratur und aus der eigenen Erfahrung weist Verf. nach, daß ein Abort fast niemals auf einen Unfall zurückzuführen ist. Alle gegenteiligen Feststellungen entsprechen nicht den Tatsachen. Wenn man immer und immer wieder beobachten kann, wie selbst allerschwerste Traumen eine Gravidität nicht zu unterbrechen vermögen, so kann man unmöglich annehmen, daß die landläufigen leichten Unfälle eine Fehlgeburt zur Folge haben könnten. Eine größere Rolle scheint das Schreckerlebnis nach Walthard zu haben, aber auch in dieser Hinsicht muß man bei der Begutachtung vorsichtig sein, namentlich mit Rücksicht auf die Erfahrungen in den italienischen Erdbebengebieten. Stets müssen andere Erkrankungen und evtl. kriminelle Eingriffe mit Sicherheit auszuschließen sein, bevor man als Gutachter der Ansicht zustimmen könnte, es sei ein Kausalzusammenhang zwischen Abort und Unfall vorhanden, wobei noch zu bemerken ist, daß das Trauma meist nur begünstigend und nicht direkt kausal gewirkt hat. Febrile Aborte sind wohl fast immer auf ein Verbrechen zurückzuführen. Die Rücksicht auf die Volksgesundheit, das Volksvermögen und das Ansehen des Ärztestandes verlangen vom Gutachter stets äußerste Objektivität. *Hüssy* (Aarau, Schweiz).

Mittelstrass, Hans: Augenstörungen infolge schwerer Abortanämie. (*Univ.-Frauenklin., Hamburg-Eppendorf.*) Dtsch. med. Wschr. 1938 I, 936—938.

Eine 26jährige Kranke bemerkte 6 Tage nach Einsetzen schwerer Abortblutungen Verschlechterung des Sehens auf beiden Augen. Bei der nach weiteren 4 Tagen erfolgten Klinikaufnahme wurde ein Hämoglobingehalt von 25% festgestellt. Rechts waren Visus und Gesichtsfeld nur wenig beeinträchtigt, die Papille war unscharf, etwa 1 Dioptrie prominent, die Gefäße waren stark geschlängelt, die Venen erweitert, der Fundus anämisch; es bestand geringes Netzhautödem. Links war die Papille auf allen Seiten unscharf, 1,5 Dioptrie prominent, der Fundus wegen starken Netzhautödems verschleiert. Die Stase der Venen war stärker als rechts. Vom linken Gesichtsfeld war am 6. Tag nach der Aufnahme nur ein kleines röhrenförmiges zentrales Feld und ein kleines temporales Feld vorhanden. Die Behandlung bestand vorwiegend in Bluttransfusionen. Der Visus stellte sich ebenso wie das Gesichtsfeld auch links weitgehend wieder her. *Ernst Meumann* (Meseritz-Obrawalde).

Greeske, Hans-Joachim: Komplikationen nach febrilem Abort. (*Univ.-Frauenklin., Kiel.*) Kiel: Diss. 1938. 32 S.

Die Arbeit stellt eine statistische Untersuchung über 678 Fälle von fieberhaftem Abort dar, welche in der Zeit von 1928—1938 in der Kieler Frauenklinik beobachtet wurden. Das Material ist vielseitig, hauptsächlich nach der prognostischen und therapeutischen Seite gesichtet; Verf. berücksichtigt auch kurz pathologisch-anatomische und gerichtsmmedizinische Gesichtspunkte. — Bei fieberhaftem Abort sei die expectative und konservative Behandlung die Methode der Wahl, lediglich massive Blutung

bilde die Indikation zur sofortigen Ausräumung. Verf. findet, daß die Prognose quoad vitam und quoad sanationem bei Ausräumung und Ausstoßung innerhalb der Klinik viel besser sei als außerhalb derselben. So gibt er für Ausräumungen außerhalb der Klinik für 71% der Fälle Komplikationen an, für Spontanausstoßung außerhalb der Klinik beobachtete er Komplikationen in 40% der Fälle. Die entsprechenden Hundertsätze betragen für die Klinik 26 bzw. 19%. Auch die Todesfälle sind außerhalb der Klinik bedeutend häufiger. Die größte Mortalität wurde bei septischer Allgemeininfektion nach Abort beobachtet. Von Interesse sind die Beobachtungen über die relative Häufigkeit der Uterusperforation bei außerhalb der Klinik durchgeführten Ausräumungen. (Bei 12 Kranken mit Peritonitis wurde in 4 Fällen eine Uterusperforation festgestellt.) Interessant sind auch die erwähnten Sektionsbefunde: Am häufigsten wurde eine Endometritis und Parametritis festgestellt; auch eine Thrombophlebitis der Vena spermatica wurde öfter beobachtet. Seltener kommt es zur Thrombophlebitis der Vena iliaca und V. hypogastrica; Thrombophlebitis der V. ovarica und der V. femoralis sind seltene Befunde. Frühaborte zeigen eine bedeutend höhere Mortalität wie die Spätaborte, die Prognose ist um so schlechter, je öfter die Frauen bereits geboren hatten. In der Arbeit sind auch Angaben über kriminelle Eingriffe, die zum Abortus führten, berücksichtigt, insbesondere bei Fällen mit tödlichem Ausgang. Auffallend ist hierbei, daß kriminelle Eingriffe besonders von Frauen, die noch nie geboren hatten, häufig zugegeben wurden.

Huber (Würzburg).

Pallos, Karl v.: Ein interessanter Fall von kriminellm Abort. (II. Frauenklin., Univ. Budapest.) Zbl. Gynäk. 1937, 2703—2710.

Eine Frau führte sich, als ihre Menses 1 Tag ausblieben, einen hakenförmig gebogenen verrosteten Draht in den Uterus ein. Da er nicht entfernt werden konnte, mußte eine Totalexstirpation des Uterus vorgenommen werden. Der Draht hatte mehrere kanalartige Verletzungen der Uteruswand gesetzt, in deren Umgebung bereits 9 Stunden nach dem Eingriff histologisch eine akute Endometritis und Myometritis mit beginnender Abszeßbildung nachgewiesen werden konnte. Außerdem wurde histologisch auch das sehr junge, aber durch den Eingriff stark beschädigte Ei, und zwar seine choriale Höhle und der diese umgebende Trophoblastmantel aufgefunden, während das Mesoderm und die beiden Keimblasen, wie sie in diesem Frühstadium der Entwicklung zu erwarten sind, zerstört waren.

Weimann (Berlin).

Valenzi, A.: Aborto procurato con introduzione di una pastiglia di sublimato in vagina. (Krimineller Abort durch Einführung einer Sublimatpastille in die Vagina.) (Reparto Ostetr. e Ginecol., Maternità di Santo Spirito, Roma.) Atti Soc. ital. Ostetr. 34, Suppl.-Nr 2, 152—155 (1938).

Es wird zu abortiven Zwecken eine Pastille Sublimat in die Scheide eingeführt. Nach einigen Stunden Schmerzen in der Vagina und im Unterbauch mit Anurie verbunden. Wadenkrämpfe, Stomatitis, Spitalsaufnahme. Es treten Diarrhöen mit blutigen Stühlen auf, erhöhte Azotämie, tägliche Urinmenge 10 ccm mit viel Albumen. Vaginalschleimhaut gerötet mit weißen Plaques. Allmählich verschwinden die hohen Werte von Azotämie und die Urinmenge steigt. Abort. Nach einigen Wochen verläßt Patientin in ziemlich gutem Zustande das Spital. Merkwürdig ist, daß Patientin bei dieser Sublimatvergiftung, die meist letal endigt, mit dem Leben davongekommen ist.

Cristofoletti (Gorizia).

Kontsek, Béla: Äußere Einflüsse auf Gewicht und Körperlänge von Neugeborenen. Orv. Hetil. 1938, 309—313 [Ungarisch].

Verf. untersuchte zuerst den Einfluß des Alters und der Zahl der Entbindungen der Mutter auf Gewicht und Länge des Neugeborenen. Kam zu dem bekannten Schluß, daß junge und alte Mütter im allgemeinen kleinere und leichtere Kinder entbinden als solche, die um die 30er Jahre sind. Bei der Erklärung dieser Beobachtung schließt sich Verf. der Ansicht Halban an, der die wechselnde Größe des Eies in dem verschiedenen Alter annimmt. So bedeutet auch der Eintritt der Menses noch nicht die beendete

Geschlechtsentwicklung der Frau; erst wenn das Ei eine gewisse Größe erreicht hat, wird es befruchtungsfähig, mithin die Frau geschlechtsreif. Mit dem Alter der Väter nimmt ungefähr bis Mitte der 40er Jahre auch Größe und Länge des Neugeborenen zu. Hochgewachsene Mütter haben größere und schwerere Kinder als solche von kleinem Wuchs. Die Größe und Länge der ehelichen und außerehelichen Kinder fällt bei weitem zugunsten der ersteren aus. Verf. schließt aber daraus im Gegensatz zu anderen Autoren nicht auf eine konstitutionelle Minderwertigkeit der unehelichen Kinder, sondern schreibt den Unterschied lediglich der ruhigeren Lebensweise, besserer Ernährung usw. zu. Das beweist auch, daß die Kinder der sog. Hausschwangeren — die meistens unehelich sind — den ehelichen Kindern anderer klinischen Patientinnen in keiner Hinsicht nachstehen.

Elek (Budapest).°

Hillesmaa, Vilho: Eine ungewöhnliche Geburtsverletzung bei einem Neugeborenen (Ruptura hepatis). Duodecim (Helsinki) 54, 531—538 u. dtsh. Zusammenfassung 538 (1938) [Finnisch].

Leberrupturen bei Neugeborenen sind in Fällen von rechtzeitiger und spontaner Geburt seltene Vorkommnisse. In der Frauenklinik zu Viipuri wurde folgender Fall beobachtet: 26jährige II-para. Die vorige Geburt war eine Zwillingsgeburt. II. Hinterhauptslage, die Schwangerschaft etwas überzeitig. Normales Becken. Die Geburt dauerte 7 Stunden 10 Minuten. Die Dauer der Preßwehen betrug nur 15 Minuten und schon 10 Minuten nach dem Blasensprung wurde das Kind geboren. Es war ein großer Knabe, der 3950 g wog und nichts von dem Normalen Abweichendes aufwies. 4 Tage nach der Geburt, unmittelbar nach dem Wechseln der Windeln, wurde das Kind unruhig und bleich. Der Bauch war etwas aufgetrieben, die Atmung beschleunigt. Man vermutete eine innere Blutung. Exitus letalis 3 Stunden nach dem Erscheinen der Symptome. Sektion: Die Bauchhöhle mit teils flüssigem, teils geronnenem Blut gefüllt. Die ganze rechte Seite der Leber von einem großen Hämatom bedeckt. Das Hämatom reicht bis über den rechten Rand und bedeckt auch einen großen Teil der unteren Fläche. In der Nähe des rechten und hinteren Randes eine schräg transversale, 3 cm lange und $\frac{1}{2}$ cm tiefe, rauhe Rupturstelle. Das $1\frac{1}{2}$ cm dicke Hämatom hat das Parenchym sanft eingedrückt. An der dem Riß entsprechenden Stelle ist die Kapsel geborsten.

Autoreferat.°

Grynfeltt, Jean: Étude cytologique des phénomènes sécrétoires normaux de la mamelle en dehors de la lactation. Les sécrétions colostrales. (Cytologische Studien über die normalen Sekretionserscheinungen der Milchdrüse außerhalb der Laktation. Die kolostrale Sekretion.) (*Laborat. d'Histol., Univ., Montpellier.*) Archives Anat. microsc. 33, 209—250 (1937).

Verf. untersucht eingehend die Sekretionserscheinungen, welche während des embryonalen Lebens und des Lebens nach der Geburt auftreten. Nach ihm umfaßt die kolostrale Sekretion nicht nur die Sekretionserscheinungen vor und nach der trophokrinen Sekretion, sondern auch diejenige, welche bei Neugeborenen, und welche während der Menstruation auftreten. Eiweiß- und Fettgranula sollen an und aus den Mitochondrien entstehen. Die Extrusion dieser Granula vernichtet die Zelle nicht. — Leukocyten und Histiocyten sollen eine wichtige Rolle während der Resorption der Sekretionsprodukte spielen. Während und nach der Menopause sollen nur Eiweißgranula, dagegen keine Fettgranula, entstehen und sezerniert werden. Diese Granula bilden eigenartige „Kappen“, welche völlig übereinstimmen mit denen, welche während des embryonalen Lebens (6—8 Monate) gebildet werden. Auch hier vermißt man eine Fettsekretion. Für Einzelheiten sei auf die sehr inhaltvolle und eingehende Arbeit selbst hingewiesen.

P. B. v. Weel (Bilthoven).°

Philipp, E.: Schwangerschaftsveränderungen beim Neugeborenen. (25. Vers. d. Dtsch. Ges. f. Gynäkol., Berlin, Sitzg. v. 20.—23. X. 1937.) Arch. Gynäk. 166, 185—187 u. 242—252 (1938).

Follikelhormon und das sog. Hypophysenvorderlappenhormon finden sich beim

Neugeborenen in großer Menge. Das Follikelhormon greift an fast allen Organen an und macht im Neugeborenenorganismus ähnliche Veränderungen wie bei der schwangeren Frau. Im letzten Monat der Schwangerschaft nimmt die Drüsenmasse der Cervix des Feten gewaltig zu. Der ganze Drüsenkörper wird ausgestoßen, sobald die Hormonwirkung aufhört. Hierbei kommt es zu geringen oder stärkeren Blutungen, die die Ursache für die Vaginalblutungen der Neugeborenen darstellen. Die Vaginalepithelien quellen unter dem Hormoneinfluß auf, so daß unter der Geburt 80—90 übereinanderliegende Zellagen feststellbar sind gegenüber 5—6 Zellagen nach der Geburt. Durch das Abstoßen dieser Zellagen kommt der vermehrte Ausfluß der Neugeborenen zustande. Im Gegensatz zur Cervix- und Vaginalschleimhaut bleibt die Corpusschleimhaut unter normalen Verhältnissen unbeeinflußt. Aus diesen Beobachtungen schließt der Verf. folgendes: Gelegentlich beobachtete Scheiden- oder Cervixatresien bei Frauen, die nachweislich keine entzündliche Erkrankung der Genitalien durchgemacht haben, können vielleicht auf eine pathologische Narbenbildung, die durch Abstoßen aller Epithellagen entstanden ist, zurückgeführt werden. Der gegenseitige Kampf von Cervix- und Vaginalepithel am Muttermund unterliegt ebenfalls hormonalen Einflüssen. Möglich ist ein Zusammenhang dieser hormonalen Vorgänge und späterer Carcinombildung. „Die Frucht im Mutterleibe macht eine Art Schwangerschaft durch, die man als Schein-schwangerschaft bezeichnen kann. Dieses kann bei dem späteren Eintreten einer Schwangerschaft die Grundlage für Störungen abgeben, die dann als allergische aufzufassen wären.“ Follikel- und Hypophysenvorderlappenhormon werden beim Neugeborenen rasch ausgeschieden, sie sind normalerweise am 10. Tage so gut wie nicht mehr nachweisbar. Unter pathologischen Verhältnissen bleibt das Follikelhormon länger im Organismus, so daß es seine Wirkung auf die Mamma entfalten kann, wodurch es zur Brustdrüsenanschwellung der Neugeborenen kommt. Im extrauterinen Leben des Kindes läßt sich mit Follikelhormon eine Schwellung der Vaginalschleimhaut erzeugen. Therapeutisch ist dies bei der Scheidengonorrhöe der Kleinstmädchen verwertbar, da beim Aufbau die erkrankten Epithellagen abgestoßen werden. Andere Organe des Neugeborenen sind systematisch zu durchforschen. Weitere Ergebnisse in derselben Richtung sind zu erhoffen. Das Follikelhormon führt auch zu einer „Auflockerung und Ödemisierung“ des Bindegewebes. Die Besserung bei Pruritus vulvae nach Follikelgaben ist wohl darauf zurückzuführen. Bei vaginalen Radikaloperationen transfundiert der Verf. 2 Tage vor der Op. ca. 500 ccm Schwangerenblut. Auch bei alten Frauen ist danach das Gewebe hochgradig aufgelockert. Die Operation ist sehr erleichtert, insbesondere die Ureterdarstellung. Verf. empfiehlt dies Verfahren. *Alfred Saal.*

Philipp, E.: Schwangerschaftsveränderungen beim Neugeborenen. (*Univ.-Frauenklinik., Kiel.*) *Klin. Wschr.* 1938 I, 797—800.

Wie die Placenta als innersekretorische Drüse die Mutter mit Hormonen überschwemmt und bei ihr typische Schwangerschaftsreaktionen auslöst, genau so gibt es nach Ansicht des Verf. bei der Frucht kein einziges Organ, das nicht durch die Placenta-hormone beeinflußt wird. Erwähnt werden die physiologischen Erscheinungen der gelegentlich auftretenden vaginalen Blutung beim neugeborenen Mädchen und der Brustdrüsenanschwellung bei Neugeborenen beiderlei Geschlechts. Die vaginale Blutung entsteht nach Ansicht des Verf. dadurch, daß die unter der Einwirkung des Follikelhormons aufgebaute Cervixschleimhaut der Frucht nach Wegfall der Hormone zugrunde geht und abgestoßen wird. Dabei können kleine Blutgefäße eröffnet werden, was zur sichtbaren Blutung führt. Die Schwellung der Brustdrüse kommt durch das länger im Neugeborenen-Organismus vorhandene Follikelhormon zustande. Bei der Frucht im Mutterleib und auch noch bei Neugeborenen der ersten Lebensstage halten sich Follikel- und Hypophysenvorderlappenhormon (Prolan) die Waage; erst wenn Prolan beim Neugeborenen ausgeschieden ist (rascher als Follikelhormon), wirkt das Follikelhormon auf die Brustdrüse. Follikelhormon und Prolan konnte Verf. im Harn Neugeborener und auch im Meconium nachweisen; diese Hormone sind in reichlichen

Mengen gleich nach der Geburt vorhanden, nehmen von Tag zu Tag ab (nach dem 6. bis 10. Tag kein oder wenig Follikelhormon mehr im Harn, Prolan meist noch schneller ausgeschieden). Durch Placentahormone bedingt sind weiter Veränderungen an der Nebenniere und der Schilddrüse der Neugeborenen; die Desquamationserscheinungen wie auch die sogenannte Saugfalte an den Lippen glaubt Verf. auf den Ausfall des Follikelhormons zurückführen zu können. Die Wirkung des Follikelhormons ist am sinnfälligsten an den Genitalien des Neugeborenen (beim neugeborenen Mädchen oft Schwellung der Vulva, beim Knaben nicht selten Schwellung des Scrotums): Unter Einfluß des Follikelhormons steht auch das Plattenepithel der Vagina, das sich dauernd vermehrt unter Abstoßung der oberen Zellagen. Dieser Zustand besteht vom 7. Monat bis zur Geburt; nach der Geburt stößt sich das gesamte Vaginalepithel ab und wird im Scheidenumen gefunden. Der Ausfluß sieht weiß aus, verliert sich nach einigen Tagen. Im gefärbten Abstrich sind zahlreiche kernhaltige große Epithelien nachzuweisen. Verf. spricht geradezu von einem echten vaginalen Fluor des Neugeborenen (Abstrich der Vagina einer graviden Frau sieht genau so aus, enthält nur weniger Zellen und zahlreiche Bakterien). Auch an der Cervix der Frucht sind hormonale Veränderungen festzustellen: Drüsen der Cervix sind stark entwickelt, finden sich in lebhafter Sekretion; dieses ändert sich rasch nach der Geburt. *Tiller.*

Friedrich, Gustav: Häufigkeit und Ursachen der Totgeburten und Frühsterblichkeit. (Unter Berücksichtigung des Materials an der Universitäts-Frauenklinik Kiel in den Jahren 1929—1933 einschließlich.) Kiel: Diss. 1936. 32 S.

Verf. untersucht die Frühsäuglingssterblichkeit (Sterblichkeit innerhalb der ersten 7 Lebenstage) mit einer gut durchgeführten Statistik bei einem Klinikmaterial von 5466 Entbindungen. Die Frühsterblichkeit umfaßte 5,635% (308). Inwieweit diese Prozentzahl den wirklichen Verhältnissen entspricht, läßt sich nicht feststellen, da einwandfreie Reichsstatistiken über die Säuglingssterblichkeit noch nicht bestehen und das Klinikmaterial von der Anhäufung pathologischer Fälle beeinflusst wird. Bei einem Vergleich mit den statistischen Angaben der Stadt Kiel ergibt sich in der Klinik eine geringere Mortalität. Verf. zieht aus seinen Untersuchungen den Schluß, daß die Frühsterblichkeit im engsten Zusammenhang mit der Geburt steht. So kommen auf die 308 Fälle: 60 Anomalien der Placenta, 38 Fälle von Infektionen der Mutter, 29 Fälle von Schwangerschaftstoxikosen. Für das Ansteigen der Frühsterblichkeit macht Verf. die Vermehrung unehelicher Geburten und das steigende Alter der Erstgebärenden verantwortlich.

W. V. Beck (Breslau).

Gummersbach, Heinz: Die strafrechtliche Wertung der Kindestötung. Münch. med. Wschr. 1938 I, 757—759.

Nach § 217 StGB. wird die Kindestötung als Sonderdelikt milder bestraft, als es der Fall wäre, wenn man diese Straftat nach den allgemeinen Tötungsbestimmungen aburteilen würde. Diese Privilegierung des Deliktes wird mit der Annahme besonderer psychischer Gründe, welche bei Begehung in der Person der Mutter wirksam sein sollen, begründet. Gummersbach untersucht an Hand des Aktenstudiums zahlreicher Fälle der letzten Jahre die Richtigkeit dieser landläufigen Ansicht und kommt dabei zu dem Ergebnis, daß es sich bei der Kindestötung nicht „um eine wohlberechtigte Präsumption gestörten seelischen Gleichgewichts handelt“. Es sei daher zu begrüßen, daß die deutsche Strafrechtsreform den Sondertatbestand der Kindestötung beseitigen wolle, wodurch eine gerechte Bestrafung der erwähnten Delikte gewährleistet ist.

Hans H. Burchardt (Berlin).

Naturwissenschaftliche Kriminalistik. Spurennachweis. Alters- und Identitätsbestimmungen.

Sommerfeld: Gefälschte Kunstwerke. I. Die Ausstellung in Wien. Kriminalistik 12, 176—178 (1938).

Es besteht in Wien eine internationale Kommission, welche Nachrichten über