

gehen auf Goldschmidt und seine Schule zurück. Goldschmidt gelang es bei den Untersuchungen über die Vererbung des Geschlechts durch Kreuzen verschiedener Schmetterlingsrassen eine Reihe intersexer Individuen zu züchten, die er „Umwandlungsmännchen“ bzw. „Umwandlungsweibchen“ nannte, da sie nach der Vorstellung Goldschmidts von einem Drehpunkt an eine Entwicklung zu dem Geschlecht nahmen, in dessen äußerem Gewand sie später erscheinen, obwohl sie genetisch eigentlich dem anderen als dem äußerlich manifestierten Geschlecht zugehören. Es lag nahe, intersexe Formen auch beim Menschen anzunehmen und hier das Phänomen der Homosexualität in eine ursächliche Beziehung zur Intersexualität zu setzen, wobei Gedanken an die mitunter zu beobachtende feminine körperliche wie seelische Struktur mancher männlich Homosexueller oder an virile Stigmen lesbischer Frauen mitgesprochen haben mögen. Die Annahme, daß es sich bei einem Teil der männlichen Homosexuellen um Umwandlungsmännchen handele, wurde zuerst von Goldschmidt geäußert, später aber wieder fallen gelassen. — Im Anschluß an diese theoretischen Erörterungen berichtet der Verf. über ein sächsisches Material, das er der Leipziger Kriminalpolizei und anderen sächsischen Behörden verdankt. Es steht zu hoffen, daß man auf Grund zukünftiger Untersuchungen intersexe Formen beim Menschen als gegeben erachten und endogene Verknüpfungen zwischen Intersexualität und Homosexualität bei einem Teil homosexueller Persönlichkeiten für bewiesen halten kann. Ob sich die Intersexualität beim Menschen nur oder auch nur vorwiegend in einer Perversion der sexuellen Triebrichtung äußern muß, sei dahingestellt. Denkbar ist, daß manche triebschwache oder triebunsichere Psychopathen intersexe Individuen sind. Die Aufgabe genealogischer Untersuchungen wird es sein, Klarheit zu bringen, wenn die Ausgangsfälle nach sicherer klinischer Diagnose gewählt werden.

Heinr. Többen (Münster i. W.).

Schwangerschaft. Fehlgeburt. Geburt. Kindesmord.

Tietze, K.: „28-tägiger“ und verkürzter *Cyclus*. (*Univ.-Frauenklin., Leipzig*.) Geburtsh. u. Frauenheilk. 2, 567—572 (1940).

Im Durchschnitt kehrt der Regelbeginn am 28. Tag des *Cyclus* wieder. Die Schwankungen bei der allgemein und genital-gesunden Frau sind unbedeutend. Die *Cyclus*-längen mögen gewiß einmal 24—32 Tage betragen, obwohl hier die Grenzen zum Pathologischen gegeben sind. Wenn die Schrödersche Schule vom regelmäßigen 28-tägigen *Cyclus* spricht, so wird darunter der normale Typus mit einer Dauer von durchschnittlich 28 Tagen verstanden, wobei Schwankungen von 2—4 Tagen mit einberechnet sind. Die Länge der Follikelphase wird wahrscheinlich bestimmt durch die Anzahl der gleichzeitig mitwachsenden Follikel. Bilden diese Begleitfollikel sich gleichzeitig nicht wieder atretisch zurück, so zieht sich die Follikelphase etwas länger hin. Bei wenigen und schnell atresierenden Begleitfollikeln reift der zum Sprunge bestimmte Follikel schneller aus. Im Gegensatz zu den physiologisch möglichen *Cyclus*-verkürzungen zeigen die pathologisch verkürzten *Cyclus* folgende Zeichen: Die Verkürzung ist erheblicher, die *Cyclus*-längen betragen etwa 21 Tage und weniger, bis etwa 16 Tage. Verkürzte *Cyclus* dieser Art treten auf zur Zeit erhöhter funktioneller Labilität des Ovars, Menarche, Klimax, im Anschluß an Wochenbett, bei Allgemeinerkrankungen usw. oder als Folge primärer konstitutioneller Ovarialinsuffizienz. Sie betreffen häufig Frauen, die ursprünglich durchschnittlich 4 wöchentlich menstruiert waren. In den meisten Fällen kann ein exogenes oder endogenes Trauma für das Auftreten der pathologischen Ovarialfunktion verantwortlich gemacht werden.

H. Winkler.

Béclère, Claude, G. Armelin et R. Demange: *L'hémorragie intermenstruelle cyclique*. (*Cyclische, intermenstruelle Blutung.*) Bull. Soc. Gynéc. 28, 568 (1940).

In der „Mehrzahl“ der 5 beobachteten Fälle von cyclischer intermenstrueller Blutung zeigte sich allmonatlich 10—15 Tage vor der Periode eine Blutung, die 1—2 Tage anhielt und mit Schmerzen verbunden war. Dieses Syndrom wurde jahrelang (bis zu

6 Jahren) beobachtet. Es hat allem Anschein nach seine Ursache in einer Störung der Ovulation, wie sie bei chronischer genitaler Infektion (Go.) häufig vorkommt.

v. Neureiter (Hamburg).

Novak, Emil: The anovulatory cycle in women. (Der anovulatorische Cyclus bei der Frau.) (*Dep. of Gynecol., Johns Hopkins Med. School, Baltimore.*) An. Fac. Med. (Montevideo) **25**, 687—696 (1940).

Die bisherige Entwicklung der Lehre über die Menstruation gipfelte in dem Satz von R. Meyer: „Ohne Ovulation kein Corpus luteum; ohne Corpus luteum keine Menstruation.“ Die Behauptung vom Bestehen „anovulatorischer“ Cyclen wurde daher zunächst strikt abgelehnt, ist jetzt aber allgemein anerkannt. Dabei hatte schon 1894 Heape bei Rhesusaffen Menstruation ohne Corpora lutea nachgewiesen. Corner wies dann 1927 die Möglichkeit anovulatorischer Cyclen beim Menschen nach. Hartmann stellte fest, daß beim Rhesusaffen die Menstruation im Winter mit Ovulation, im Sommer ohne verläuft. Mit Hilfe von Endometriumuntersuchungen konnte Verf. und andere dann das Vorkommen anovulatorischer Cyclen auch beim menschlichen Weibe feststellen. Die Untersuchung muß möglichst zu Beginn der Menstruationsblutung ausgeführt werden. Findet sich Sekretionsphase, so kann man schließen, daß ein Corpus luteum vorhanden ist. Findet sich nur Proliferation, so hat keine Ovulation stattgefunden. Bei der Prognosestellung ist zu beachten, daß anovulatorische Cyclen mit ovulatorischen abwechseln können. Viele Autoren wollen den Ausdruck „Menstruation“ für mit Ovulation verbundene uterine Blutung reservieren. Verf. meint, daß dieser Ausdruck immer für physiologische, periodische uterine Blutungen gebraucht worden ist ohne Rücksicht auf den hormonalen Mechanismus. Bei jungen Patientinnen sind anovulatorische Cyclen wahrscheinlich sehr häufig, dafür sprechen auch die Beobachtungen von v. Mikulicz und Kausch, daß junge Mädchen trotz sexueller Aktivität oft lange Zeit nicht konzipieren. Der Anstoß zur Ovulation geht von der Hypophyse aus, der nähere Mechanismus ist aber noch dunkel. Auch gegen Ende des Fortpflanzungsalters stimmen Menstruation und Ovulation häufig nicht überein, was hier besonders leicht durch Endometriumuntersuchungen nachzuweisen ist. Während des Fortpflanzungsalters überwiegen zweifellos die ovulatorischen Cyclen bei weitem, doch sind manche Sterilitäten durch anovulatorische Cyclen zu erklären. Verf. sah 39 derartige Fälle. Meist fand sich Hyperplasie des Endometriums. Das Alter der Patientinnen lag zwischen 22 und 43. Die Tatsache, daß spontan wieder Ovulationen auftreten können, läßt Vorsicht in der Beurteilung der Therapie notwendig erscheinen. Schilddrüsenpräparate wurden angewendet. Präparate aus Schwangerenurin hatten keinen Erfolg. Einzelne hohe Dosen von oestrogenem Hormon werden von mancher Seite empfohlen. Das gonadotrope Prinzip aus dem Serum trächtiger Pferde wurde in letzter Zeit von vielen Kliniken in hoher Konzentration angewendet, doch liegen noch keine überzeugenden Ergebnisse vor. Die mikroskopische und — anlässlich von Operationen — makroskopische Beurteilung von Follikeln und Corpora lutea, besonders hinsichtlich des Alters, ist viel schwerer, als viele glauben. Der überzeugende Nachweis eines therapeutischen Erfolges des obenerwähnten Präparates aus Stutenserum ist sehr schwierig. Hartmann konnte bei 104 Affen ohne Ovulation nur 7 mal durch ein derartiges Präparat Ovulation hervorrufen, wobei noch die Möglichkeit des spontanen Eintritts offen bleibt.

Siedentopf (Magdeburg).

Kment, Alfred: Schwankungen der Tragzeit bei Zuchttieren und ihre Ursachen. Med. Klin. 1941 I, 112—114.

Die Arbeit bringt eine Zusammenstellung der durchschnittlichen Schwangerschaftsdauer unserer hauptsächlichsten Zuchttiere. Eine Verbesserung der Wiesen und Weiden, günstige Haltung und Ernährung führt bei Pferden zu einer Verkürzung der Tragezeit. Der Monat der Bedeckung ist für die Tragezeit insofern von Bedeutung, als ein wesentlicher Unterschied besteht, ob z. B. ein Fohlen während der Zeit der freien

Weide oder aber während des winterlichen Stallaufenthaltes im Mutterleib heranwächst. Im letzten Falle müssen die der Mutter dann fehlenden Faktoren: Luft, Licht, Grünfütter und Bewegung, durch längere Tragezeit ausgeglichen werden. Erstgebärende Stuten tragen kürzer. Die Anlage zu Verkürzung oder Verlängerung der Tragezeit ist auf die weibliche Nachkommenschaft vererbbar. Männliche Fohlen werden 1,5—5 Tage länger getragen als weibliche, was mit einer „Frühreife des weiblichen Geschlechts an und für sich“ in Verbindung gebracht wird. *Manz* (Göttingen).

Hansen, Rolf: Schwangerschaftszeichen. (*Univ.-Frauenklin., Rostock.*) Med. Klin. 1941 I, 82—85.

Verf. führt aus, daß man 3 größere Gruppen von Schwangerschaftszeichen, die sicheren, die wahrscheinlichen und die unsicheren unterscheide. Als sichere könne man nur diejenigen werten, die unmittelbar vom kindlichen Organismus ausgingen: Die kindlichen Herztöne, Nachweis von Kindsteilen und die Kindsbewegungen. Die kindlichen Herztöne könne man frühestens in der 15. bis 16. Woche hören, meisten aber erst in der 18. bis 20. Woche. Zur Feststellung von Kindsteilen bediene man sich am besten der Leopoldschen Handgriffe. Durch leichtes Klopfen gegen den Leib könnten Kindsbewegungen festgestellt werden. Der Nachweis gelinge nicht vor der 14. bis 16. Woche. Zu diesen 3 sicheren Zeichen käme noch das Röntgenbild, das nach dem Ablauf des 4. Monats zuverlässige Resultate gebe. Das Ausbleiben der Menstruation dagegen sei aus den bekannten Gründen (Amenorrhöe bei Krankheiten, Klima- und Berufswechsel usw.) nur als wahrscheinliches Zeichen zu werten. Vulva, Vagina und Portio erhielten einen bläulichen Schimmer. Der Uterus sei am Ende des 2. Monats gänseei-, Ende des 3. Monats etwa faustgroß, im übrigen werde er weich, teigig und aufgelockert, bei Palpation ziehe er sich zusammen. Wenn die typischen Größen überschritten würden, spräche das für Zwillingschwangerschaft, Blasenmole oder Hydramnion. Im 4. Monat sei der Uterus durch die Bauchdecken zu fühlen, schließlich wölbe sich der Bauch vor. Verwechslungen mit Tumoren seien möglich. — In der 2. Hälfte des Aufsatzes werden eine große Anzahl Veränderungen (Hegarsches, Piskaceksches Zeichen, Veränderungen des Kopfhaares an den Schläfen, der Haut (Striae), Auflockerung des Zahnfleisches, leichte Steigerung der Schilddrüsentätigkeit, Brustdrüsenveränderungen, leichte Ödeme, Varicenbildung, Ohnmachtsanfälle, Erbrechen, Geruchs- und Geschmacksperversitäten und Veränderungen der Stimmung) erwähnt, die bei kritischer Abwägung und sorgfältiger Beobachtung sehr häufig die Diagnose Schwangerschaft zu sichern gestatten. Erst wenn alle diese Möglichkeiten erschöpft seien, ohne daß es gelungen sei, eine Klärung herbeizuführen, solle die biologische Schwangerschaftsreaktion Anwendung finden, der gegenüber alle chemischen und physikalischen Reaktionen heute keinerlei praktische Bedeutung mehr besäßen.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

Borgström, Stig: Histidinurie als Schwangerschaftsreaktion verglichen mit der Friedmann-Schneiderschen Reaktion. (*Kvinnoklin., Lund.*) Nord. Med. (Stockh.) 1940, 2468—2470 u. dtsch. Zusammenfassung 2470 [Schwedisch].

Bei einem Vergleich zwischen den beiden Schwangerschaftsreaktionen, wobei die Ergebnisse der Friedmann-Schneiderschen Reaktion als richtig betrachtet wurden, zeigte die Histidinreaktion bei 466 Fällen von Schwangerschaft in 13% ein Fehlergebnis, weshalb also diese Reaktion die biologische Probe nicht ersetzen kann. Eine heterogene Gruppe von 111 Fällen, teilweise mit innersekretorischen Störungen oder Tumor, zeigte in 23 Fällen fehlerhafte Reaktionen; 2 Fälle von Mola hydatidosa zeigten 6 Tage nach Abgang der Mola kein Histidin im Harn, während die biologische Probe erst nach 14 Tagen bzw. 2½ Monaten negativ wurde (Luteincysten?). Bei 3 männlichen Seminomen war die Histidinreaktion negativ; von anderen männlichen Tumoren lieferten ein Chorionepitheliom und eine Mischgeschwulst positive Reaktion, während eine zweite Mischgeschwulst negative Histidinreaktion gab, bei der biologischen Probe

aber positiv reagierte. Die Histidinreaktion scheint post partum schneller negativ zu werden als die biologische Probe. *Einar Sjövall (Lund).*

Tacke, Günther: Verknennung von Schwangerschaft und ihre gerichts-medizinische Bedeutung. (*Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Münster i. W.*) Münster i. W.: Diss. 1940. 28 S.

Verf. behandelt an Hand der Fälle des Schrifttums das Problem der Verknennung von Schwangerschaften und kommt zu dem Ergebnis, daß Verknennung von Schwangerschaft und unangebrachtes Verhalten bei der Geburt nur dann zustande kommen können, wenn eine Reihe von ganz außergewöhnlichen Umständen zusammentreffen. Anführung der benutzten Literatur. *Rudolf Koch (Münster i. W.).*

Ehrenfest, Hugo: Pregnancy and disease. (Schwangerschaft und Krankheit.) Amer. J. Obstetr. **40**, 596—602 (1940).

Schwangerschaft und Krankheit können ganz unabhängig voneinander verlaufen. Die Krankheit kann sich aber auf die Schwangerschaft, Geburt, das Wochenbett und vielleicht auch auf die Gesundheit des Neugeborenen auswirken oder schließlich umgekehrt auch durch eine Schwangerschaft der Verlauf einer Krankheit im ungünstigen, selten auch im günstigen Sinne beeinflußt werden. Es werden dann im einzelnen diese gegenseitigen Beeinflussungen kurz geschildert, ohne daß etwas Neues gebracht wird. Schließlich kommt Verf. noch auf die Eheberatung beim Vorliegen einer Krankheit zu sprechen. Eine Ehe sollte verboten werden, wenn einer der beiden Partner an einer ansteckenden, lebensgefährlichen oder solchen Krankheit leidet, die durch Schwangerschaften verschlimmert oder auf die Nachkommen übertragen wird. Schwangerschaftsverhütung ist angezeigt bei fortgeschrittenen Fällen von Tuberkulose, Nephritis, Herzkrankheiten, Krebs und gewissen Formen von Geisteskrankheiten. Die Indikation zur Unterbrechung einer Schwangerschaft beschränkt sich heute auf relativ wenige Krankheiten, nämlich Kehlkopftuberkulose, Otosklerose und gewisse Geistesstörungen. Eine korrekte Behandlung von Krankheiten, die eine Schwangerschaft komplizieren, ist besser als die Unterbrechung der Schwangerschaft. Wohl aber kann die Einleitung einer künstlichen Frühgeburt bei lebensfähigem Kind in Frage kommen. *Frommolt (Halle a. d. S.).*

Meyer, P.: Grossesse tubaire bilatérale simultanée. (Gleichzeitige doppelseitige Eileiterschwangerschaft.) (*Maternité, Hôp. Civ., Strasbourg.*) Gynéc. **38**, 476—480 (1939).

Verf. beschreibt einen Fall von gleichzeitig bestehender doppelseitiger Tubargravidität, bei der die geplatzte linke Tube zur Operation Anlaß gegeben hatte. Links zeigte die Tube, von der Größe einer Nuß, eine Rupturstelle an der Hinterseite des isthmischen Teils, aus der Blut sickerte. Im Bauch 700—800 g Blut. Auf der rechten Seite fand sich in Höhe des inneren Drittels des isthmischen Teiles der Tube eine intakte Hämatosalpinx, ebenfalls von der Größe einer Nuß. Die Eierstöcke zeigten keine Veränderungen. In der Vorgeschichte sind unregelmäßige Regelblutungen zu erwähnen. Histologische Untersuchung und deren Ergebnis (2 Abbildungen). Auf die Frage des Alters der Schwangerschaft, die Frage des „gleichzeitig“ oder doch „aufeinanderfolgend“ usw. wird kurz eingegangen. *Rudolf Koch (Münster i. W.).*

Kosmak, George W.: Contraceptive practices. (Schwangerschaftsverhütung.) Amer. J. Obstetr. **40**, 652—654 (1940).

Die enorme Ausbreitung der sog. Geburten-Kontroll-Kliniken in Amerika macht dem Verf. Bedenken und erfordert eine sorgfältige Kontrolle und Regelung dieser Institute, sonst würden sie sich bevölkerungspolitisch sehr ungünstig auswirken. *Frommolt.*

Jaeger, Horst: Geburtenrückgang und Unfruchtbarkeit durch Scheidenspülung. Zbl. Gynäk. **1941**, 283—286.

Verf. nimmt sehr mit Recht Stellung gegen den weitverbreiteten Unfug der Vaginalspülungen durch Laien. Es wird auf die Schädlichkeit derartiger Spülungen mit allen ihren Folgen (Störung der normalen Sekretion und Schleimhautregeneration, Kolpitis, Unfruchtbarkeit usw.) hingewiesen. Vom Gesetzgeber wird Verbot bzw. Rezept-

pflicht aller Vaginalspülapparate und Spülmittel gefordert. Weiterhin wäre ein Verbot der zu Spülungen anregenden Reklame zu erwägen. *Rudolf Koch* (Münster i. W.).

Danforth, W. C.: *The unmarried mother as a medical and social problem.* (Die ledige Mutter als medizinisches und soziales Problem.) *Amer. J. Obstetr.* **40**, 637 bis 640 (1940).

Verf. tritt gegen die Verdammung der ledigen Mutter auf. Im Staate Illinois wurden 1928 $18,36\frac{0}{00}$ uneheliche Kinder geboren. 85% ihrer Mütter waren unter 25 Jahre alt, 40% unter 18 und 11,1% 15 Jahre oder jünger. Die Tatsache, daß die unehelichen Mütter so jung sind, macht die Forderung, das Kind nicht von der Mutter zu trennen, für viele Fälle illusorisch. Unbedingt zu fordern ist aber, daß das uneheliche Kind daselbe Recht genießt wie die anderen Kinder und vor allen Dingen ist die Fürsorge für die unehelichen Kinder auch bei der Adoptionsvermittlung wichtig. Keineswegs sind alle unehelichen Mütter wertlose Menschen. Die schwierige wirtschaftliche Lage der Jetztzeit verhindert sehr häufig die Eheschließung, und da man Männer und Frauen nicht hermetisch voneinander abschließen kann, ist es nicht zu verwundern, daß uneheliche Kinder geboren werden. Da ein Teil dieser Mütter durchaus wertvolle Menschen sind, sollte man sie vor einer Abtreibung warnen und alles tun, um ihre Gesundheit und die Wiederherstellung ihrer Selbstachtung zu fördern. Bei den ganz jungen Müttern sind die Eltern mehr zu verdammen als die Mädchen selbst. Ein größeres Verständnis dem unehelichen Kind gegenüber ist dringend erforderlich. *Frommolt* (Halle a. d. S.).

Reichling, Hans: *Abortivmittel und Methoden des kriminellen Aborts im Landgerichtsbezirk Essen.* (*Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Münster i. W.*) Münster i. W.: Diss. 1939. 39 S.

Übersicht über die gebräuchlichsten Abtreibungsmittel vom Altertum bis zur Neuzeit. 219 Fälle krimineller Aborte werden statistisch erfaßt, 79,4% davon waren von Laien ausgeführt, 15,1% von den Schwangeren selbst, 3,2% von Hebammen, 2,3% von Ärzten. Angewandt wurden die Methoden: äußere in 13,3%, perorale in 11,3%, vaginale in 6,4%, intrauterine in 69,0% der Fälle. Das beliebteste Mittel war die intrauterine Einspritzung von Seifenwasser (33,3%), erst an zweiter Stelle kommt die Einführung fester Gegenstände in die Uterushöhle. Vaginale Spülungen werden nur sehr wenig benutzt. Innere Mittel werden meist nur in Verbindung mit einer anderen Methode angewandt. Liebt ist starker Kaffee, Kaffee mit Alkohol und Rotwein mit Nelken. Auch die Anwendung von Apiol hatte zugenommen. Von den äußeren Mitteln werden hauptsächlich heiße Bäder und Dampfbäder der äußeren Geschlechtsteile gebraucht, auch Motorradfahren auf schlechten Straßen wird häufiger versucht. *Manz* (Göttingen).

Benthin, W.: *Ergebnisse und Richtlinien der Therapie des fieberhaften Aborts.* *Med. Klin.* **1941 I**, 132—134.

Verf. führt als Gründe für sich einstellende Nacherkrankungen und unglücklichen Verlauf des fieberhaften Aborts an: „1. Außerachtlassung erprobter Behandlungsrichtlinien; 2. Überschätzung der Blutungen; 3. Verkennung des Krankheitsumfangs, namentlich bei komplizierenden Prozessen; 4. mangelhafte Beherrschung der Technik, insbesondere allzu häufige Anwendung der Kürette bei dafür völlig ungeeigneten Fällen, unvollständige Entleerungen der Uterushöhle, instrumentelle Verletzungen, namentlich durch forcierte Dilatierung des Cervicalkanals und nicht indizierte Benutzung von Abort- oder gar Kornzangen; 5. unzweckmäßige Nachbehandlung und schließlich 6. viel zu späte Überweisung in prognostisch weit günstigere klinische Verhältnisse.“ Die abwartende Therapie (5tägige Entfieberung) sei die richtige und habe große Vorteile. So lange der Cervicalkanal nicht eröffnet sei, liege Dringlichkeit, insbesondere eine vitale Indikation zum Eingreifen nie vor. Das sei besonders bei Bestehen von Parametritis, Peritonitis, Adnexentzündungen, lokalen und diffusen Peritonitiden zu beachten. Sei der Cervicalkanal eröffnet, so seien bei Nutzlosigkeit wehentreibender Mittel und starker Blutung Eingriffe erlaubt. Schon im Ausstoßen befindliche Pla-

centarteile seien zu entfernen. Die künstliche Entleerung des Uterus lasse sich am sichersten und schonendsten durch digitale Ausräumung bewerkstelligen. Benutzung der Kürette sei nur bei zurückgebliebenen kleinen Placentarteilchen (Endometritis post abortum) vorzuziehen. Jede digitale Ausräumung sei in tiefer Narkose und so zart und behutsam wie möglich, in jedem Falle aber vollständig, vorzunehmen. Technisch erleichtert werde sie durch vorhergehende Injektion von Gravitol oder Secacornin. Die Dauerkontraktion hemme die Keimeinschwemmung in die Blutbahn. Für die Behandlung der neben dem Abort bestehenden Infektionsprozesse behielten die für sie als zweckdienlich erkannten Richtlinien und Behandlungsmaßnahmen volle Gültigkeit. Größter Wert sei auf frühzeitige Erkennung der diffusen Peritonitis zu legen. Die Bekämpfung bereits manifestierter Allgemeinerkrankungen sei nicht mehr aussichtslos.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

Cantone, Carlo: **Un caso non comune di grave trauma addomino-pelvico da pratiche abortive.** (Über eine ungewöhnliche schwere Abtreibungsverletzung.) (*Scuola di Ostetr. Ginecol., Osp. Magg., Vercelli.*) *Ginecologia* (Torino) **6**, 606—618 (1940).

Eine Frau hat bei einem jungen Mädchen zu Abtreibungszwecken einen halbstarren Katheter von 25 cm Länge in die Harnröhre eingeführt und die Blase hinten durchstoßen. Der Katheter wurde bei der 9 Tage nach der Verletzung erfolgten Operation im rechten Parametrium vorgefunden. Der größte Teil des Fremdkörpers steckte in einem Teil des Netzes und es bestand eine schwere eitrige Peritonitis. Ausgang in Heilung. Es werden die in der Literatur berichteten Fälle (im wesentlichen italienische Literatur) besprochen.

Elbel (Heidelberg).

Omaggio, P.: **Osservazioni istologiche sui villi coriali di uova abortive. Deduzioni etio-patogenetiche.** (Histologische Beobachtungen über die Chorionzotten von abortierten Eiern. Ätiopathogenetische Erwägungen.) (*Clin. Ostetr. e Ginecol., Univ., Roma.*) *Atti Soc. ital. Ostetr.* **36**, Suppl.-Nr 4, 387—393 (1940).

Es werden eingehend die Befunde beschrieben, die die Chorionzotten bei den verschiedenen Ursachen des Abortes bieten. Diesen Befunden sei bisher nicht die genügende Aufmerksamkeit zugewandt. Es sei möglich, aus den histologischen Befunden z. B. mit größerer Sicherheit auf das Vorliegen einer Lues Rückschlüsse zu ziehen, als es serologische Reaktionen ermöglichen. Aus der fehlenden oder vorhandenen Vascularisierung können bedeutende gerichtlich-medizinische Schlüsse gezogen werden, insbesondere, ob es sich um lebensfähige Chorionzotten gehandelt habe oder nicht.

Reinhardt (Weißenfels).

Roemer jun., H.: **Eklampsietod mit ausgedehnter Blutung in die Leberkapsel und die freie Bauchhöhle.** (*Univ.-Frauenklin., Gießen.*) *Zbl. Gynäk.* **1941 I**, 383—386.

Bei einer 30jährigen Frau trat während ihrer 5. Schwangerschaft im 7. Monat eine schwere Eklampsie ein. Es fanden sich besonders heftige Schmerzen unterhalb des rechten Rippenbogens, die als Gallenkoliken gedeutet wurden. Nach einer Untersuchung in Narkose verfiel die Patientin plötzlich und starb schnell. Bei der Leichenöffnung fand sich eine schwere subkapsuläre Blutung in der Leber und eine Verblutung in die Bauchhöhle aus dem geplatzten Hämatom unter der Leberkapsel. Die übrigen Leichenveränderungen zeigten eine etwas atypische Schädigung der Nieren, während sich bei der Leber eine typische Eklampsieschädigung herausstellte.

Gerstel.

Frostad, H.: **Röntgenuntersuchung der Placenta praevia.** (*Sykeh., Ålesund.*) *Nord. Med.* (Stockh.) **1940**, 2078—2082 u. engl. Zusammenfassung 2082 [Norwegisch].

Der Verf. hat in 11 Fällen Udde und Urners Methode zur Diagnostizierung von Placenta praevia verwendet, wo der klinische Verdacht darauf wegen Blutung im letzten Teil der Schwangerschaft bestand. Die Methode zeigte, daß der Verdacht in 7 Fällen begründet war; 6 mit zentralem und 1 mit marginalem Charakter. Die Methode kann auch bei Steißlage und Querlage die Diagnose stützen; besonders wenn die unteren Extremitäten vorgehen und der oberen Begrenzung der Blase parallel anliegen, kann man eine Placenta praevia mit großer Bestimmtheit ausschließen.

Sjövall (Lund).

Utzuki, A., und H. Hashidzume: Über die röntgenologische Darstellung der Körperoberfläche des Feten in utero mit besonderer Berücksichtigung von Mißbildungen und von Totenzeichen. (*Zentr. Geburtsanst. d. Japan. Roten Kreuzes, Tokyo.*) Zbl. Gynäk. 1941, 194—200.

Verff. waren bestrebt, neue Mittel und Wege zur röntgenologischen Darstellung von Weichteilanomalien der Frucht zu finden. Folgende Technik wurde angewandt: Die Bauchdecke der in Rückenlage befindlichen Patientin wurde mit Tinctura jodi und Alkohol desinfiziert. Einige Zentimeter unterhalb des Nabels und 3—4 cm seitlich der Mittellinie, wo die kleinen Teile nachweisbar waren, wurden durch Punktion etwa 1000—2000 ccm Fruchtwasser abgelassen. Anschließend wurden 15 ccm Moljodol (ein von einer japanischen Firma hergestelltes organisches Jodöl) in den Fruchtsack instilliert. 3 Fälle werden beschrieben, bei denen auf diese Weise die Körperoberflächenschatten des Kindes intrauterin so klar dargestellt werden konnten, daß Kopfhare, Augenlidspalten, Ohren, Nase, Mundöffnung, Umriß und Falten am ganzen Körper, Scrotum, Penis, Nabelring usw. gut sichtbar und Ödem- und Weichteilmißbildungen diagnostizierbar waren. Bei einem toten Kind konnten ferner Hautablösungen erkannt werden. Moljodol scheint die Neigung zu besitzen, der Haut und der Vernix caseosa des Kindes anzuhafte. Die 3 Patientinnen haben nach 7—10 Tagen die Klinik gesund verlassen, woraus zu schließen ist, daß das Verfahren für die Mutter nicht schädlich ist. Der Einfluß auf das Kind konnte — da es sich stets um mißgebildete Früchte handelte — von den Verff. nicht sicher erkannt werden; da das Mittel jedoch eine schwer veränderliche Verbindung ist, glauben sie, daß es für das Kind keine Schädigungen verursachen werde.

Beil (Göttingen).

Geller, F. Chr.: Welches Verfahren zur Erweiterung des Gebärmutterhalskanals ist das beste? (*Abt. f. Frauenkrankh. u. Geburtsh., Städt. Krankenh. zu Allerheiligen, Breslau.*) Zbl. Gynäk. 1941, 298—302.

An Hand von 3 Fällen von Gebärmutterverletzungen wird die Frage der weiteren Anwendung oder Ablehnung des Metranoiktors zwecks Erweiterung des Gebärmutterhalskanals zur Erörterung gestellt. Insbesondere wird auch erwogen, ob die beschriebenen Gebärmutterverletzungen etwa die Folge einer falschen Indikationsstellung oder ungeeignete Auswahl der Federspannung des Metranoiktors seien. Wenn der 5 kg-Metranoikter bei einem nicht puerperalen oder schwangerem Uterus eine Zerreißen hervorrufen könne, so dürfte das Instrument in dieser Stärke nicht mehr hergestellt werden, zumal den Instrumenten eine Gebrauchsanweisung nicht beiliege. Verff. bittet seine Fachkollegen, in eine Erörterung über die Frage der zweckmäßigsten Methode der Erweiterung des Halskanals einzutreten. 1 Abbildung. *Rudolf Koch.*

Hagblom, Gunnar: Ein Fall von zu kurzer Nabelschnur mit tödlichem Ausgang für Mutter und Kind. (*Gynäkol. Avd., Las., Nörrköping.*) Sv. Läkartidn. 1940, 2020—2029 u. dtsh. Zusammenfassung 2028—2029 [Schwedisch].

Es ist schwierig oder unmöglich, die Länge der Nabelschnur zu bestimmen, die unter allen Umständen so kurz ist, daß sie Störungen bei der Entbindung verursachen muß. Mehrere Ursachen spielen mit: die Ansatzstelle des Mutterkuchens, die Insertion und Dehnbarkeit der Nabelschnur, die Länge des Gebärrkanals. Eine Länge von nur 20 cm scheint unter günstigen Umständen die Geburt eines ausgetragenen, lebenden Kindes zu gestatten. Andererseits kann beim Zusammentreffen unglücklicher Umstände auch eine 40 cm lange Nabelschnur Komplikationen verursachen. Der Verff. gibt eine diesbezügliche Orientierung und schildert einen Fall (34jährige Erstgebärende): Der Kopf der Frucht wurde spontan zu Hause geboren, der übrige Körper aber kam nicht und das Kind starb; die Nabelschnur war 23 cm lang. Die Entbindung komplizierte sich durch eine anaerobe Infektion, die zum Tode der Mutter führte. *Sjövall (Lund).*

Gesenius, Heinrich: Über Nachgeburtsblutungen. *Med. Klin.* 1940 II, 1358—1360.

In dem Übersichtsaufsatz werden zunächst einleitende Worte über das persönliche Verhalten des Arztes in der Nachgeburtperiode unter Zitat der eindrucksvollen be-

kannten Ausführungen Stoeckels über diesen Punkt gegeben. Nach kurzem Hinweis auf die möglichen Ursachen der Nachgeburtsblutungen wird die konservative und aktive Behandlung nach dem heutigen Stande der Wissenschaft im einzelnen besprochen. Gensienius meint, daß die meisten Verblutungen nicht durch auffallend starken, sondern durch langdauernden Blutverlust oft in Form schubweiser kleiner Blutungen zustande kommen. Die rechtzeitige Bluttransfusion wird besonders empfohlen, es soll nicht weniger als 500 ccm Blut übertragen werden. Die bimanuelle Kompression nach Fritsch leistet in der ersten Not ausgezeichnete Dienste. Die Aortenkompression wird als „noch nicht genügend erprobt“ bezeichnet. Von der Uterusexstirpation als *Ultimum refugium* verspricht G. sich nicht viel. Bei erheblichen Nachgeburtsblutungen muß man sich auf jeden Fall frühzeitig genug über die Blutungsquelle Klarheit verschaffen.

Hansen (Rostock).

Bayer, Richard: Zangentrauma und intrakranielle Blutung. (*Univ.-Frauenklin., Graz.*) Arch. Gynäk. 170, 638—650 (1940).

Statistische Feststellungen über die Mortalität und Spätschädigungen bei Zangen-geburten, abgesehen von den grobmechanischen Verletzungen an der Haut und am Schädel, ergeben, daß diese nach Zangenhilfe bei strenger Indikationsstellung und unter Voraussetzung exakter Operationstechnik nicht auf die Zangenwirkung selbst, sondern auf die ihre Anwendung notwendig machenden Ursachen, in erster Linie auf schwere intrakranielle Geburtsschädigungen, die autoptisch gesichert wurden und als Indikation für die Zange das klinische Bild der intrauterinen Asphyxie in ihren verschiedenen Formen darboten, zurückzuführen sind. Die Spätschädigungen nach Zangenoperationen sind sogar seltener als die durch Nachuntersuchungen aufdeckbaren Entwicklungshemmungen nach Spontangeburt, wobei allerdings nicht übersehen werden darf, daß auch bei klinisch ungestört verlaufenen Spontangeburt nicht selten intrakranielle Blutungen auftreten. Das „Zangentrauma“ tritt also bei der Entstehung intrakranieller Blutungen gegenüber der geburtsphysiologischen Schädigung des Kindes weit in den Hintergrund.

Weimann (Berlin).

Verhatzky, N. P.: Rupture du foie chez un fœtus au cours de l'accouchement. (Leberruptur bei einem Neugeborenen im Verlauf der Geburt.) (*Clin. de Gynéc. et d'Obstétr., I. Inst. de Méd., Kharkof.*) Gynéc. et Obstétr. 40, 457—460 (1940).

Verf. beschreibt eine Leberruptur bei einem 3500 g schweren und 48 cm langen männlichen Neugeborenen. Es wird untersucht, ob der Verband von Verbof, der Kristellersche Handgriff oder die Wiederbelebungsmaßnahmen (Methode Sylvester) bei konstitutioneller Schlawheit der Leber evtl. verantwortlich zu machen sind.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

Potter, Edith L.: Fetal and neonatal deaths. A statistical analysis of 2,000 autopsies. (Fruchttod und Todesfälle von Neugeborenen. Eine statistische Analyse von 2000 Leichenöffnungen.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., Univ. of Chicago a. Lying-in Hosp., Chicago.*) J. amer. med. Assoc. 115, 996—1001 (1940).

Aus einem Gesamtmaterial von über 2500 Leichenöffnungen von Feten und Kindern werden die 2000 Beobachtungen an Früchten über 35 cm bzw. über 400 g Gewicht und einer Tragezeit über 22 Wochen einerseits und unter einem Monat Lebensalter statistisch bearbeitet. 376 Kinder starben vor dem Einsetzen der Wehen, bei ihnen konnte weder aus der Vorgeschichte der Mutter noch sonst irgendwie eine Ursache des Todes gefunden werden. Bei 104 Kindern trat der Tod während oder kurz nach der Geburt ein, ohne daß es gelang, die Ursache ihres Todes festzustellen. 416 Kinder dürften der mangelnden Ausreifung zum Opfer gefallen sein, der sich in 16% der Fälle die Asphyxie, in 12% der Fälle das Geburtstrauma und in 10% der Fälle Mißbildungen als nächstwichtige Todesursachen anschlossen. Lungenentzündung bewirkte den Tod in 6,5%, Eklampsie der Mutter in 4,7%, Erythroblastose und Syphilis in 1,8 bzw. 1,2% der Fälle. Bei der Feststellung des Alters der Mütter zeigte sich, daß Mütter über 30 Jahre häufiger tote Kinder zur Welt bringen als jüngere Frauen. Auch das

Vorkommen von Erythroblastose, Asphyxie und Mißbildungen ist bei den Müttern über 40 Jahre etwas häufiger als bei jüngeren Frauen. Geburtstraumen kommen bei der ersten Schwangerschaft doppelt so oft vor als bei Mehrgebärenden. Syphilis ist bei Negerkindern 5 mal, Mißbildungen doppelt so häufig als bei Weißen. *Gerstel.*

Naturwissenschaftliche Kriminalistik. Spurennachweis. Alters- und Identitätsbestimmungen.

Staatliche kriminaltechnische Anstalt 1939/40. Nord. kriminaltekn. Tidskr. **10**, 128—130 (1940) [Schwedisch].

Tätigkeitsbericht der von Söderman geleiteten, jetzt wesentlich erweiterten kriminaltechnischen Zentralanstalt für Schweden für die Zeit 1. X. 1939 bis 30. VI. 1940. Die Laboratoriumsabteilung der Anstalt hat in der genannten Zeit 2089 Sachen bearbeitet; neben dem Photographieren von Akten, Gegenständen und Personen waren die am zahlreichsten vertretenen Arbeitsaufgaben Tatort- und Unfallortuntersuchungen (161) sowie Schriftbegütachtung (105 Fälle); das Arbeitsgebiet umfaßt im übrigen alle Bezirke der Kriminaltechnik. Die Registraturabteilung gliedert sich in die schon früher eingerichteten Brand-, Fahrrad- und besondere Kennzeichenregister, ferner ist ein Register für die polizeiliche Fahndung angelegt worden. Eine der umfassendsten Aufgaben dieses Registers war es, ein ganz Schweden umfassendes Personalregister aufzustellen, das die in der Zeitung „Polisunderrättelser“ (Fahndungsblatt) genannten Personen nebst gewissen anderen, z. B. die Klientel der Besserungsanstalten, enthält. Das Fahndungsregister umfaßt auch ein Tatortregister und ein Register über Diebesgut.

Einar Sjövall (Lund).

Takko, Onni: Über Schußwaffen und Untersuchungen von Verbrechen mittels Schießens. Nord. kriminaltekn. Tidskr. **10**, 117—127 (1940) [Schwedisch].

Vortrag mit geschichtlichem Überblick über Schußwaffen verschiedenen Typs, Vergleich zwischen den Eigenschaften des Revolvers und des Brownings, Schilderung der kriminaltechnischen Untersuchung am Tatort und Überblick über die speziellen Fragen, welche die verschiedenen Sachverständigen, wie der Fingerabdruckexperte, der Schußwaffenpezialist, der Chemiker und in gewissen Fällen ein erfahrener Kriminalbeamter beantworten können. Die Darstellung, eingehend und exakt, ohne doch Neues zu bringen, ist eine gute Anleitung für die praktische Arbeit der Polizei und beleuchtet die Darlegungen durch kurze kasuistische Notizen.

Einar Sjövall (Lund).

Sveen, Reidar: Zwei Brandstiftungsuntersuchungen. Nord. kriminaltekn. Tidskr. **10**, 141—142 (1940) [Norwegisch].

Lehrhafte Schilderung zweier Fälle, von denen der eine unvollständig, der zweite mustergültig untersucht worden war. In dem ersten Falle wurde u. a. verabsäumt, die wirtschaftliche Stellung des Brandstifters klarzulegen; erst die Selbstanzeige des Brandstifters klärte den Fall auf.

Einar Sjövall (Lund).

Aasgaard, Reidar: Alibi bei einer Brandstiftung. Nord. kriminaltekn. Tidskr. **10**, 133—136 (1940) [Norwegisch].

Brandstiftung durch brennende Kerze in einem Kasten mit Holzwolle; Brenndauer der Kerze etwa 6—7 Stunden. Der Angeklagte, ein 47jähriger, 6mal vorbestrafter Mann, konnte nach eigener Angabe kein Alibi beschaffen, während ein Bruder von ihm und dann auch die Mutter — unter Abänderung einer früheren Aussage — ihm ein Alibi zu geben versuchten; später änderte der Angeklagte seine Aussagen in besserer Übereinstimmung mit denen der Mutter und des Bruders. Andere Umstände erhärteten die Schuld des Angeklagten und führten zu seiner Verurteilung.

Einar Sjövall.

Sveen, Reidar: Sachverständige zur Beurteilung elektrischer Brandursachen. Nord. kriminaltekn. Tidskr. **10**, 144—145 (1940) [Norwegisch].

Ausgehend von einem Fall, wo als Brandursache Kurzschluß (fehlerhafte Anlage des Schalters) angenommen wurde, schildert der Verf., daß sich bei der Ermittlung von Brandursachen das Bedürfnis nach Hinzuziehung elektrotechnischer und elektro-