

Piccoli, Salvatore: La spermatanato filia essenziale. (Die essentielle Spermathanatophilie.) (*Clin. Ostetr., Univ., Napoli.*) *Rinasc. med.* 18, 463—464 (1941).

Kurze Schilderung des von Casagrandi, dem Direktor des Hygienischen Institutes von Padua, beschriebenen Krankheitsbildes, das bei sonst ganz gesunden jungen Männern gelegentlich beobachtet wird und das dadurch gekennzeichnet ist, daß an Stelle eines normalen Samens nur einige wenige unbewegliche, jedoch normal gestaltete Samenfäden ejakuliert werden. Eine Ursache für das Leiden ließ sich nicht auffinden, daher seine Bezeichnung als „essentiell“. v. Neureiter (Straßburg i. E.).

Schwangerschaft. Fehlgeburt. Geburt. Kindesmord.

Zondek, Bernhard: Sur le mécanisme de la menstruation. (Über den Mechanismus der Menstruation.) *Ann. Endocrin.* 1, 484—493 (1940).

Die Möglichkeit, daß die Eizelle den Vorgang der Menstruation beeinflusst, muß abgelehnt werden, da die Proliferation der Uterusschleimhaut sicher nur vom Follikulin und die Umbildung der Uterusdrüsen sicher nur vom Corpus luteum-Hormon Progesteron abhängig ist, dessen Erzeugung durch Prolan auch nach Zerstörung des Eies erreicht werden kann. Die Oogenese selbst ist von den hormonalen Vorgängen unabhängig und läuft z. B. auch nach Hypophysektomie weiter. Für den Menstruationsvorgang aber ist das gonadotrope Hypophysenvorderlappenhormon von ausschlaggebender Bedeutung, ohne dieses gibt es keine hormonale Ovarialfunktion. Die Blutung selbst kann durch die Ovarialhormone nicht unmittelbar hervorgerufen werden. — Im einzelnen geht der Prozeß so vor sich, daß das Prolan A die Follikulinproduktion, das Prolan B die Progesteronproduktion bewirkt. Durch den wachsenden Follikulingehalt wird die Prolan A-Produktion mehr und mehr eingeschränkt — dieser Syn-Antagonismus Hypophyse-Ovar ist bekannt —, bis auf einen Rest, der auch im Corpus luteum der Primaten noch Follikulin vorhanden sein läßt. In diesem Augenblick wird das Prolan B eingesetzt. Es bewirkt zunächst den Follikelsprung, dann die Produktion des Progesteron. Gleichzeitig hat das Sinken des Follikulinbestandes eine erneute Produktionssteigerung des Prolan A bewirkt, durch die der Follikulingehalt erneut ansteigt. Zur Zeit der Reife des Corpus luteum sind dann beide gonadotrope Faktoren des Hypophysenvorderlappens durch den großen Bestand an beiden Ovarialhormonen außer Wirksamkeit gesetzt, wodurch dieser Bestand automatisch wieder verringert wird. Wenige Tage später setzt die Blutung ein, auch nach experimenteller Follikulinapplikation erst nach Ablauf dieses Intervalls. Offenbar ist sie auf die Wirksamkeit eines weiteren Hormons zurückzuführen, von dem unbekannt ist, ob es überhaupt noch nicht entdeckt ist, oder ob es unter den schon bekannten Wirkstoffen gesucht werden muß (Nebenniere?). Der Umstand, daß die Menstruationsblutung nur bei den Primaten statthat, während sich bei den anderen Säugern die Uterusschleimhaut ohne Blutung zurückbildet, und die Besonderheiten des Menstruationsblutes (Follikulingehalt, Gerinnungszeit) führen den Autor zu dem Schluß, daß es sich bei der Menorrhagie nicht um einen pathologischen, sondern um einen physiologischen Vorgang, vielleicht in dem uralten Sinne einer Art von „Reinigungs“-prozeß, handeln muß. Romberg (München).

Seitz, L.: Die verschiedenen Formen ovarieller Unzulänglichkeit in ihrer Wirkung auf die uterine Blutausscheidung, die Bedeutung des Follikelsprungs und das Vorkommen eines anovulatorischen ein- und zweiphasigen unterschweligen blutungsfreien Cyclus. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 3, 278—298 (1941).

Auf Grund seiner Erfahrungen und Beobachtungen kommt der Autor zu folgenden Feststellungen: Von den angelegten Eifollikeln kommen ungefähr einer von 1000 zur Entfaltung. Der Follikel bildet ein einheitliches Ganzes. Ein Primat der Eizelle gibt es wohl im Hinblick auf ihren Zweck, nicht aber morphobiologisch. Der Follikelsprung bedeutet eine Kraftprobe des weiblichen Organismus, die einen vollentfalteten Körper mit guter Konstitution voraussetzt. Ungünstige Einflüsse der Umwelt verursachen auch

bei cyclisch stabilen Frauen ein Ausbleiben des Follikelsprunges; bei cyclisch Labilen oder gar Debilen bleibt der Follikelsprung leichter aus. Er bildet die Voraussetzung für die Empfängnis, für die Ausbildung eines vollwertigen Gelbkörpers und für das Auftreten einer echten Menstruation. Während echte Menstruation nur bei Primaten auftritt und als eine stammesgeschlechtliche Minusvariante aufgefaßt wird, erfolgt die Rückbildung der Schleimhaut bei den übrigen Säugern durch innercelluläre Rückbildung und zwischengewebliche Aufsaugung ohne Blutabgang. Bei Menschen kommt Rückbildung der Gebärmutter Schleimhaut ohne Blutabgang nur bei ungenügender Entfaltung der Schleimhaut vor (schwächlicher anovulatorischer und schwächlicher ovulatorischer Cyclus). Pseudomenstruation oder Follikelabbruchblutung tritt ein, wenn sich der Follikel gut ausbildet, aber kein Follikelsprung erfolgt und die Bildung des Gelbkörpers ausbleibt. Bei Gelbkörperpersistenz, die durch einseitiges Überwiegen des blutungshemmenden Einflusses des Progesterons entsteht, bleibt die Blutung aus, obwohl die Voraussetzungen dafür geschaffen worden sind. Der Abbruch der cyclisch umgewandelten Schleimhaut wird bei Menschen durch den Überdruck der abbauenden Fermente über die aufbauenden Geschlechtshormone ausgelöst. Der Unterschied in der Wirkung ist quantitativer Natur. Zwischen dem Reifefollikel und der gewöhnlichen Atresie des verfallenden Sekundärfollikels gibt es als Zwischenstufe den Halbreifefollikel. In einem solchen kommt es entweder zu keiner Umwandlung in Granulosaluteinzellen (anovulatorischer einphasiger blutungsfreier Cyclus), oder die Granulosazellen bilden sich teilweise in Granulosaluteinzellen mit Fähigkeit zur Progesteronbildung um. Dieser Vorgang geht vermutlich mit der Ausbildung einer geringen sekretorischen Phase einher. In diesem Falle kommt es zur Ausbildung eines zweiphasigen unerschwelligen, anovulatorischen, blutungsfreien Cyclus. Dieser Zustand findet sich bei Frauen mit minderwertiger geschlechtlicher Konstitution, oder während der Schwangerschaft. Amenorrhöe oder Oligomenorrhöe kann eintreten am häufigsten bei anovulatorischem Cyclus, bei ovulatorischem Cyclus, oder wenn die Gebärmutter Schleimhaut infolge genischer Minderwertigkeit zu wenig auf den Reiz der Geschlechtshormone ansprechen. Zur Auslösung einer echten und regelmäßigen Menstruation gehört die Bereitstellung der richtigen Menge und der richtigen Art der Geschlechtshormone zur richtigen Zeit bei guter Ansprechbarkeit der Erfolgsorgane. Während die Substitutionsbehandlung mit Follikel- und Corpus luteum-Hormon in der Hand des Erfahrenen erfolgreich sein kann, ist die Stimulierungsbehandlung durch gonadotrope Wirkstoffe noch nicht entsprechend ausgebaut.

H. Siegmund (Wien).^o

Wenner, Robert: Follikelhormon-Bestimmungen im Blut und Urin während Schwangerschaft, Geburt und Frühwochenbett. (*Univ.-Frauenklin., Basel.*) Zbl. Gynäk. 1941, 268—278.

Verf. machte bei 9 Frauen Follikelhormonbestimmungen im Blut und Urin während Schwangerschaft, Geburt und Frühwochenbett und fand, daß die Follikelhormonmenge am Ende der Schwangerschaft immer mehr zunimmt, um unter der Geburt das Maximum zu erreichen. Dabei sei die Menge wie auch die Steigerung individuell verschieden. Der plötzliche, maximale Follikelhormonanstieg im Körper werde meist erst während der Geburt nach Wehenbeginn erreicht. Es wäre demnach die Zunahme des Follikelhormons für den Geburtseintritt von Bedeutung, aber nicht das geburtsauslösende Moment. Sicher spielten dabei, wie auch Tsutsulopulos betone, viele weitere Faktoren mit, und das Follikelhormon allein genüge meistens nicht, um die Geburt auszulösen, wie die zahlreichen Versuche von Streit, v. Wattenwyl u. a. bewiesen. Die Abnahme des Follikelhormons während der etwas längeren Geburt (Fall 5 des Verf.) könnte auf zwei Arten gedeutet werden. Entweder sinke der Follikelhormonspiegel bei protrahierten Geburten schon während des Verlaufs, oder umgekehrt, weil der Follikelhormonspiegel nicht noch weiter ansteige, gehe die Geburt länger. Bei dieser zweiten Annahme müßte also die weitere Zunahme des Follikelhormons als Wehenmittel wirken. Um diese Frage zu klären, seien aber noch weitere Unter-

suchungen erforderlich. Der rasche Abfall des Follikelhormons im Blute, vor allem nach der Geburt, und zwar gleichgültig, ob diese normal verlaufen sei, oder ob ein Kaiserschnitt am wehenlosen Uterus durchgeführt worden sei, hänge sicher mit der Ausstoßung der Placenta zusammen. Die Bestimmungen könnten deshalb als weiterer Beweis für den placentaren Ursprung des Follikelhormons in der zweiten Hälfte der Gravidität angesehen werden. Im gleichen Sinne könnten auch die Follikelhormonwerte im Nabelschnurblut, also im kindlichen Kreislauf, gewertet werden. Schrifttum und 9 Kurven.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

Belonoschkin, B.: Weibliche Psyche und Konzeption. (*Gau-Frauenklin. u. Hebammenlehranst., Posen.*) Münch. med. Wschr. 1941, 1007—1009.

Bei der Prüfung der Aufnahmefähigkeit des Uterus für das in die Vagina ejakulierte Spermia hat sich eine eindeutige Abhängigkeit von der seelischen Beschaffenheit der Frau in actu resp. vom Orgasmus herausgestellt. So konnte der Verf. in allen von ihm untersuchten Fällen kurze Zeit post coitum lebende Spermien im Uterus nachweisen (bereits 3 min post coitum), wenn der Akt vom Orgasmus der Frau begleitet war. Fehlte dagegen die entsprechende psychische Einstellung und blieb der Orgasmus aus, so waren die Spermien — wenn überhaupt — so doch erst nach mehreren Stunden im Uterus nachweisbar. Es scheint, daß bei normalem (physiologischem) Ablauf der Kohabitation beim Menschen das in die Vagina ejakulierte Spermia passiv in den Uterus aufgesogen wird.

v. Neureiter (Straßburg).

Israel, S. Leon: The scope of artificial impregnation in the barren marriage. (Der Bereich künstlicher Befruchtung bei unfruchtbarer Ehe.) (*School of Med., Univ. of Pennsylvania, Philadelphia.*) Amer. J. Med. Sci. 202, 92—98 (1941).

10—15% der Ehen bleiben in den Vereinigten Staaten von Nordamerika ungewollt unfruchtbar. Oft werden deshalb Ärzte konsultiert. Verf. schildert zunächst die historische Entwicklung der künstlichen Befruchtung, die im Tierversuch bereits im Jahre 1700, beim Menschen 1866 geglückt ist. Durch eine Umfrage in Nordamerika, die sich an 30000 Ärzte richtete, soll festgestellt worden sein, daß bis zum Juni 1940 mindestens 9000 lebende Kinder durch künstliche Befruchtung in diesem Lande erzeugt sind. Ihre Anwendung findet diese Befruchtungsmethode vorwiegend bei Hypospadie oder Vaginalatresie. Wenn der Ehegatte infolge Aspermie oder unbeeinflussbarer Azoospermie unfruchtbar ist, muß der Samen von einem fremden Spender genommen werden, was offenbar in USA. öfters geschieht. Die Rechtslage zur Frage der künstlichen Befruchtung mit fremdem Spermia, die noch nicht restlos geklärt ist, wird vom Verf. kurz erörtert. Abschließend wird über 6 gelungene künstliche Befruchtungen berichtet, aus denen 5 gesunde Kinder hervorgingen. Bei einer Frau wurde 2mal mit Erfolg diese Methode angewandt. Die Zahl der bis zur Schwängerung erforderlichen Spermajektionen schwankte zwischen 1 und 10.

Schrader (Halle a. d. S.).

Frudenfeld, J. Clough, Inglewood and A. N. Webb: Ovarial pregnancy. (Ovarialgravidität.) Amer. J. Obstetr. 39, 517—519 (1940).

Krankengeschichte und mikroskopische Bilder einer histologisch nachgewiesenen geplatzen Ovarialgravidität bei einer 20jährigen Primigravida.

Rosenkranz.

Gutzeit, Richard: Doppelseitige Eileiterschwangerschaft. (*Johanniter-Kreiskranken., Neidenburg i. Ostpr.*) Zbl. Gynäk. 1941, 657—660.

Verf. beschreibt den Fall einer 30jährigen Frau, die zwei Schwangerschaften innerhalb der Gebärmutter ausgetragen und einen intrauterinen Abort durchgemacht hat und die anfangs 1937 mit linksseitiger, anfangs 1940 mit rechtsseitiger Eileiterschwangerschaft zum Verf. gekommen ist. In beiden Tubenschwangerschaften ist es nicht zu lebensbedrohenden Blutungen in die freie Bauchhöhle, sondern zu Blutansammlungen in den Douglas gekommen, die bei der rechtsseitigen Tubenschwangerschaft im Jahre 1940 infiziert und vereitert ist. Derartige Fälle werfen nach Ansicht des Verf. die Frage auf, ob es nicht zweckmäßiger sei, bei der Operation einer Eileiterschwangerschaft den anderen Eileiter, falls er nicht völlig gesund erscheine, mit zu entfernen. Das

Urteil, ob eine Tube völlig unversehrt sei, sei durch bloße Besichtigung nicht immer leicht zu fällen, und die Pertubation oder Salpingographie werde man ohne Bedenken immer erst einige Zeit nach der Laparotomie vornehmen können. Der gleichzeitigen Abtragung beider Tuben — der schwangeren und der nicht schwangeren — ständen allerdings gesetzliche Bedenken entgegen, da sie einer Unfruchtbarmachung gleichkomme. Es müsse aber in die freie und gewissenhafte Erwägung des Operateurs gestellt sein, wenn er seinem Verdacht die Tat folgen lasse, ohne vorher behördliche Erlaubnis einzuholen (an die Aufklärungs- und Einwilligungspflicht des Arztes ist aber bei einem so folgenschweren Eingriff zu denken! Ref.). Vielleicht helfe dem Operateur bei dieser schwierigen Entscheidung auch die Durchblasung der nichtschwangeren Tube von der Leibeshöhle aus weiter. Histologische Untersuchung jeder herausgenommenen Tube wird gefordert, um neue Erkenntnisse zum Segen aller Frauen zu gewinnen, die unter einer Tubargravidität gelitten hätten, und denen eine zweite erspart werden soll.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

Erbslöh, Joachim: Über spontane Uterusruptur in der Schwangerschaft. (*Städt. Frauenklin., Bromberg.*) Zbl. Gynäk. 1941, 1692—1699.

Verf. berichtet über einen Fall von spontaner Uterusruptur am Ende der Schwangerschaft. Es kam am Fundus uteri zu einer Reißbildung, durch die das Kind und die in unmittelbarer Nähe inserierende Placenta in die freie Bauhöhle geboren wurde. Wandschädigung durch Entzündung, frühere Geburten oder intrauterine Eingriffe konnten ausgeschlossen werden. Die histologische Untersuchung der Reißstelle ergab eine Auflockerung des Zwischengewebes, das Auftreten myogener Riesenzellen, jedoch kein destruktives Einwachsen von Chorionzotten noch auch Narbenbildung oder Restzustände nach Entzündung. Histologisch fand sich also keine Erklärung für das Auftreten dieser spontanen Ruptur. Beim Fehlen anderer Anhaltspunkte außer einer verspäteten Menarche dürfte auf eine gewebliche Unterwertigkeit des Fruchthalters geschlossen werden können.

Wolfram (Prag).

Massenbach, W. Frhr. v.: Spontanruptur und Hämatom des Musculus rectus abdominalis in der Schwangerschaft. (*Univ.-Frauenklin., Göttingen.*) Zbl. Gyn. 1941, 1214—1219.

Nach einer längeren und ausführlichen Darstellung der bisher erschienenen Literatur wird über einen eigenen Fall berichtet. Es handelt sich um eine Multiparans IV—V, die mit den klinischen Zeichen einer beginnenden Peritonitis wie Abwehrspannung, aufgetriebenes Abdomen, Verminderung der Darmgeräusche, Verhaltung von Stuhl und Winden eingeliefert wurde. Die klinische und gynäkologische Untersuchung ließ den Eindruck eines etwa kindskopfgroßen Tumors entstehen, dessen Abgrenzung vom Uterus nicht sicher zu tasten war. Unter der Haut etwas unterhalb des Nabels zeigten sich mehrere bis markstückgroße blaue Flecken, Temperatur 37,5, R.R. 115/85, Hämoglobin 50%. Bei Beginn der Operation, die auf Grund der Diagnose: stielgedrehte Ovarialcyste und beginnende Peritonitis sofort vorgenommen wurde, quoll nach Durchtrennung der Aponeurose sofort reichlich altes, zum Teil geronnenes, zum Teil flüssiges Blut hervor. Es bestand ein etwa zweifaustgroßes, unter der Aponeurose gelegenes Hämatom auf der linken Seite. Der Hauptteil des Musculus rectus war in einer Breite von 3 cm etwa 2 cm über seinem Ansatz am Becken durchgerissen. Ein intraperitonealer Prozeß konnte nach Eröffnung des Peritoneums ausgeschlossen werden. Bei der Versorgung des Defektes durch teilweise Abdeckung mit dem Musculus obliquus externus fiel die außerordentliche Brüchigkeit der Muskulatur auf. Der postoperative Verlauf war völlig reaktionslos, die Wunde heilte per secundam, ein Teil der Aponeurose stieß sich ab. Was die Ätiologie betrifft, dürfte es sich in diesem Falle um die Folgen heftiger Hustenstöße bei einer mittelstarken Bronchitis handeln.

Kiessig (Kiel).

Johansson, B., und C. J. Møllenbach: Der künstliche Abort im ersten Jahr nach Inkrafttreten des Schwangerschaftsgesetzes. Ugeskr. Laeg. 1941, 652—657 [Dänisch].

Die Grundlage für die Arbeit sind ausschließlich die gesetzlichen Berichte an die

Gesundheitsleitung gewesen. Die Anzahl der Schwangerschaftsunterbrechungen war 475 gegen durchschnittlich 410 in den vorhergehenden Jahren. 75,8% waren Verheiratete. 83% wurden im 2. bis 3. Monat der Schwangerschaft vorgenommen. *Depressio mentis* war die Indikation in 103 Fällen (21,6%) gegen 85—90 (etwa 29%) in den vorhergehenden Jahren, so daß die Befürchtung, daß diese Indikation stark erweitert werden könnte, nicht begründet erscheint. 3 Patienten starben (0,63%), von diesen jedoch nur 1 (0,21%) möglicherweise infolge des Eingriffes. Ernsthafte Komplikationen, die nicht den Tod zur Folge hatten, fanden sich in 28 Fällen (5,8%), nämlich: Kollaps in 2 Fällen, Collumriß 1, Endo-Parametritis 2, Febrilia 14, Parametritis 6, Phlebitis 1 und Perforatio uteri (mit darauffolgender supravaginaler Amputation) in 2 Fällen. Die zahlreichen Tabellen und Kurven entziehen sich im übrigen einem kürzeren Referat.

Axel Olsen (Aarhus).

Kjaergaard, S.: Tentamen abortus provocandi — Peritonitis aseptica. (*Dän. Chir. Ges., Kopenhagen, Sitzg. v. 15. XII. 1940.*) Nord. Med. (Stockh.) 1941, 1531 [Dänisch].

Eine 36jährige Frau, die schon 2mal geboren hatte und die jetzt wieder geschwängert war, versuchte Fruchtabtreibung mit einem mit einem langen, schmalen Ebonitrohr versehenen Ballon. Der Ballon war mit Wasser gefüllt, worin 25 g Alaun aufgelöst war. Von einem Finger geleitet führte sie das Rohr in die Gebärmutter hinein und spritzte den Inhalt des Ballons hinauf. Sie bekam gleich heftige Leibscherzen. Durch Laparotomie 3 Tage später wurde keine Perforation der Gebärmutter, sondern eine aseptische Peritonitis festgestellt. Man darf annehmen, sie sei dadurch entstanden, daß die Alaunlösung durch Uterus und Tubae ins Peritoneum hinausgedrungen ist. Dies ist wohl möglich, weil der Spaltraum zwischen Decidua vera und reflexa erst im 4. bis 5. Monate verschwindet. Die Patientin wurde am 17. Tage mit ununterbrochener Gravidität entlassen.

W. Munck (Kopenhagen).

Kehrer, E.: Kritik der beckenerweiternden Operationen. Ein Rückblick und Ausblick. Zbl. Gynäk. 1941, 718—736.

Verf. gibt an Hand der Literatur eine eingehende Kritik der beckenerweiternden Operationen und führt aus, daß die Erhaltung der topographisch-anatomischen Einheit des infrasympophysären Bandapparates der Garant für die unversehrte Erhaltung des Clitorisschwellkörpers und der Urethra und zugleich für die funktionelle Einheit des Beckens sei. Eine Clitorisschwellkörperblutung lasse sich bei keiner anderen als bei der vom Verf. angegebenen Methode mit Abhebung des Bogenbandes vermeiden; sie allein vermöge die topographisch-anatomische Einheit aller infrasympophysären Gebilde einschließlich des Clitorisschwellkörpers zu erhalten. Dagegen könne eine Blutung aus einer prävesikalen Vene bei keiner einzigen beckenerweiternden Operation mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden, wengleich sie bei richtiger und vorsichtiger Technik der subcutanen Symphysiotomie (abgekürzt: s. S.) selten sei. Hier zeige sich der einzige schwache Punkt, von dem keine Art der Beckendurchschneidung vollkommen frei bleibe. Unter den Vorbedingungen zu den beckenerweiternden Operationen unterscheidet E. Kehrer absolute und bedingte. Absolute Vorbedingungen: 1. Ausführung der Operation ausschließlich in der Klinik von einem erfahrenen, allen Situationen gewachsenen Frauenarzt und unter genügender und guter Assistenz. 2. Lebendes, annähernd reifes und ausgetragenes, durch den Geburtsakt noch nicht zu schwer geschädigtes und bei richtiger Entbindungsart annehmbar am Leben bleibendes Kind. 3. Erweiterung des äußeren Muttermundes auf mindestens Kleinhandtellergröße. Bedingte Vorbedingungen zur s. S. sind: 1. Erstgebärende mit enger, wie auch Mehrgebärende mit narbiger Scheide sind auszuschließen. 2. Blasensprung und 3. gute Wehentätigkeit sind erwünscht, aber nicht unbedingt erforderlich. Indikationen zu den beckenerweiternden Operationen sind: 1. Schädellagen mit mittlerem mechanischem Mißverhältnis zwischen dem kindlichen Kopf und dem mütterlichen Becken. 2. Anomale Schädellagen. 3. Übermäßig lange Geburtsdauer und besonders Tokostase

mit vor- oder frühzeitigem Blasensprung, intraanimaler Infektion und nicht zu starker Gefährdung des Kindes. 4. Schlechtes Allgemeinbefinden der Mutter. Bedingte Indikationen zur s. S. bei Mehrgebärenden bildeten Fieber intra partum, hochgradige Varicenbildungen im Vulva-Vaginalgebiet, drohende Uterusruptur, Beckenverengerung I. oder II. Grades mit Beckenend- oder Querlage oder Vorfall der Nabelschnur. Absolute Kontraindikationen für die s. S. seien stark verengte Becken und besondere Arten von gering verengtem Becken, hochgradige Gefährdung des intrauterinen Kindes sowie stärkere Blutung der Mutter infolge Placenta praevia oder vorzeitiger Placentablösung. Der vorsichtige Kliniker ziehe das Anwendungsgebiet der beckenerweiternden Operationen heutzutage recht eng, schalte sie aber nicht ganz aus. Nach der s. S. solle man die Spontangeburt nach Möglichkeit und unter Individualisierung abwarten, nämlich dann, wenn sich aus der dauernden Kontrolle des Kindes ergebe, daß es sich in gutem Zustande befinde, und wenn sich einige Zeit nach Erwachen aus der Narkose kräftige Wehen durch Pituitrin auslösen ließen. Eine entbindende vaginale Operation sei aber an die s. S. anzuschließen, wenn das Kind schon vorher in Gefahr gewesen sei oder gleich nach ihr oder bei weiterem Zuwarten in Gefahr geriete, die fast immer dann auftauche, wenn sich etwa 2 Stunden nach der Operation kein beträchtlicher Geburtsfortschritt bemerkbar mache. Nach weiteren Ausführungen über die mütterliche und kindliche Mortalität sowie über die spätere dauernde Erweiterung des Beckens und die nachfolgenden Geburten sagt K., daß der klassische Kaiserschnitt die Operation der Eröffnungsperiode, die s. S. und extraperitonealer Kaiserschnitt die Operationen der Austreibungsperiode seien.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

Hüssy: Über einige Gerichtsfälle. (*Gynäkol. Ges. d. dtsh. Schweiz, Bern, Sitzg. v. 17. XI. 1940.*) Helvet. med. Acta 8, 181—183 (1941).

I. Es handelte sich um eine 34jährige Frau, die vom behandelnden Arzte mit Verdacht auf rupturierte Tubargravidität in die Anstalt eingewiesen wurde, beim Eintritt aber bereits tot war. Schon die Untersuchung der Leiche erweckte die Vermutung, es könnte sich um einen kriminellen Abort mit Luftembolie gehandelt haben. Die Sektion ergab denn auch die Richtigkeit dieser Annahme und es erwies sich, daß der Ehemann zum Zwecke der Abtreibung mit einer Ballonspritze Luft in den Uterus gepumpt hatte. — II. Der zweite Fall betrifft eine junge Drittgebärende, bei welcher durch den wenig erfahrenen Arzt bei Anlaß einer Placentarlösung der Uterus aus dem Leibe herausgerissen wurde. Es wurde noch die Laparotomie versucht, aber während der Operation starb die Frau. — III. Die dritte Beobachtung bezieht sich auf die Berstung eines Ovarialtumors bei Anlaß eines Unfalles. Es kam nachher zu einer schleichenden Peritonitis, welcher die Patientin trotz Laparotomie schließlich erlag. In der Literatur hat Stohrer eine ganze Reihe solcher Fälle zusammenstellen können, wobei es in 8 Fällen ebenfalls zur Bauchfellentzündung kam, in weiteren 8 zur inneren Verblutung und raschem Tode.

Hüssy (Aarau).

Boek, A.: Über Symphysenruptur bei Spontangeburt. (*Gynäkol.-Geburtsh. Abt., St. Gertrauden-Krankenb., Berlin-Wilmersdorf.*) Zbl. Gynäk. 1941, 494—497.

Verf. berichtet unter 7850 Geburten über 2 Fälle von Symphysenzerreißung bei erstgebärenden Frauen (20 und 29 Jahre). Die beiden Fälle wiesen alle typischen Zeichen der Schoßfugenerreißung auf (sehr starker lokaler Schmerz, besonders bei Druck, Stauchungsschmerz bei seitlichem Zusammendrücken des Beckens, Unmöglichkeit für die Kranke, die unteren, meist in Außenrotation liegenden Extremitäten, zu bewegen). Die 1. Kranke war von grazilem Körperbau, aber die Beckenmaße waren normal. Das Gewicht des Kindes betrug 3500 g. Im 2. Falle war das Becken im geringen Grade allgemein gleichmäßig verengt. Für dieses Becken war das Kind mit einem Geburtsgewicht von 4250 g sehr groß. Im 1. Falle nimmt Verf. eine Hypoplasie der Schoßfuge an, im 2. nicht. Im 1. Falle habe kein Mißverhältnis bestanden, wohl aber im 2., in Anbetracht der Größe des Kindes. In beiden Fällen sei in der Schoßfugengegend ein Hämatom entstanden, das aber glücklicherweise resorbiert worden sei. In beiden Fällen sei die sehr zu fürchtende Einschmelzung nicht aufgetreten, die in 15% der Gesamtfälle vorkomme, nach Zangemeister sogar noch häufiger, wobei es dann nach der Statistik von U. Esch zu der erschreckend hohen Zahl von 16% Mortalität komme. Die Fälle von Symphysenruptur könnten forensisch bedeutsam werden, da die Be-

troffenen leicht geneigt seien, gegen den Arzt Vorwürfe zu erheben, der für die Leitung der Geburt verantwortlich zeichne. Besonders leicht könnte dies in Fällen mit operativer Entbindung eintreten. Falls nicht in solchen Fällen, was für den sorgsamem Geburtshelfer zwar schwer vorstellbar sei, nicht eine grobe Fahrlässigkeit bewiesen sei, solle der forensisch tätige Arzt an solche Symphysenrupturen bei spontaner Geburt immer denken und darauf im Gutachten hinweisen. Schrifttum. *Rudolf Koch.*

Wallau, Fritz: Über einen Geburtsfall bei Uterus bicornis mit puerperaler Inversion des rudimentären Nebenhorns. (*Univ.-Frauenklin., Gießen.*) Zbl. Gynäk. 1941, 1264 bis 1267.

Verf. berichtet über einen Fall eines Uterus bicornis mit rudimentärem Nebenhorn. Zugleich bestand als weitere Varietät ein Scheidenseptum, das sich als Geburtshindernis bei einer primären Wehenschwäche auswirkte. Das rudimentäre Nebenhorn invertierte im Wochenbett und wurde, nachdem es zuerst klinisch als Myompolyp imponiert hatte, per vaginam abgetragen. *Kiessig (Kiel).*

Lang, W.: Eine interessante Geburt eineiiger Zwillinge. Zbl. Gynäk. 1941, 1427 bis 1429.

Verf. berichtet über die Geburt monaniotischer Zwillinge. 22 jährige I-para, die mit hochgradigen Ödemen, 14⁰/₁₀₀ Eiweiß und 90/160 Blutdruck in die Klinik eingeliefert wurde. Bettruhe und strenge Diät ohne Erfolg. Ein Aderlaß von 400 ccm mit nachfolgender intravenöser Zufuhr von 500 ccm Traubenzucker und 100 ccm physiol. Kochsalzlösung besserten den präeklampsischen Zustand schlagartig. Einige Tage später traten spontan Wehen auf. Es wird zunächst ein 2100 g schweres Mädchen geboren, dem ein ganzes Konvolut von Nabelschnüren folgt. Nach Abnabelung des Kindes pulsieren zwei dieser Schnüre weiter, was auf das Vorhandensein eines zweiten Kindes schließen ließ. Die Untersuchung ergab einen kleinen Kopf im Beckeneingang, neben dem ein kleiner Fuß lag. Zweite Fruchtblase nicht vorhanden. Wegen der Gefahr der Kompression der Nabelschnur wurde diese durch die touchierenden Finger geschützt und das 1300 g schwere Kind bei der nächsten Wehe mit Kristellerschem Handgriff exprimiert. Spontangeburt der Placenta nach 10 min. Es handelt sich um einen gemeinsamen Fruchtsack, also ein Amnion. Die beiden Nabelschnüre inserieren 3—4 cm voneinander getrennt in der Placenta. Beide Nabelschnüre verknoten sich 25 cm von ihrem Ansatzpunkt zu einem 6fachen, echten festen Knoten. Beide Kinder blieben am Leben. *R. Otto (Goslar).*

Schlingensiepen, A.: Forceps in mortua — lebendes Kind. (*Brandenburg. Landes-Frauenklin., Berlin.*) Zbl. Gynäk. 1941, 973—976.

Unter dem Eindruck der vielen Mißerfolge in bezug auf ein lebendes Kind lehnte eine Reihe von Ärzten Entbindungsversuche bei der Toten ab, dagegen wird die Entbindung der sterbenden Kreißenden als aussichtsreich gefordert. Über die Methode der Entbindung an der Toten wurde selten disputiert, die fast ausschließlich angewandte Methode war der Kaiserschnitt. Zangengeburt an der Toten sind bisher 5 beschrieben worden. Hinzu kommt der Fall, über den der Verf. berichtet; es handelt sich um eine 26 Jahre alte I. P. Der Verlauf der Geburt war soweit normal, Kopf im Becken eingetreten und Blase gesprungen. Plötzlich stellt sich ein schwerer eklampsischer Anfall ein, die Gebärende kommt nach wenigen Minuten ad exitum. Die vaginale Untersuchung ergab: Kopf in Beckenmitte, Muttermund vollständig, Pfeilnaht im I. Schrägdurchmesser. Sofort wurde die Extraktion eines blauasphyktischen Knaben ausgeführt, der nach kürzester Zeit ohne irgendwelche Wiederbelebungsversuche schrie. Der Zeitraum zwischen dem Tod der Mutter und der Geburt des Kindes betrug etwa 4—5 min. Die 6 erfolgreichen Zangenoperationen bei der Toten sollen zeigen, daß die Sectio in mortua hier nicht als einzige Entbindungsmethode vorherrschen darf. Die Forderung, die in diesen Situationen unser Handeln leiten muß, sollte lauten: Sectio, wenn der Kopf des Kindes über dem Becken steht, Forceps, wenn der Kopf des Kindes bereits im Becken eingetreten ist. *Liedmann (Berlin).*

Vignes, Henri: La nécrose hypophysaire post-partum. (Hypophysennekrose post partum.) Presse méd. 1941 I, 177.

Die sehr kurze Arbeit bringt die Veränderungen, die infolge der Hyperfunktion des Hypophysenvorderlappens bei der Frau während und nach der Geburt auftreten. Gewöhnlich führe die endokrine Umstellung zu einem Aufblühen der Frau und zu einer vorteilhaften Gesamtverfassung. — Im ungünstigen Falle kommt es zu einem Abgleiten in endokrine Störungen und nach der Entbindung zu frühzeitigen bzw. vorzeitigen Alterserscheinungen. Es wird auf die in der Literatur beschriebenen Fälle von Hypophysenvorderlappennekrose eingegangen und diese Veränderungen werden als das anatomische Substrat der obenerwähnten endokrinen Störungen angesehen. Die Prophylaxe besteht in solchen Fällen in Beachtung günstiger hygienischer Bedingungen für die Schwangerschaft, in einwandfreier Leitung der Geburt und im Kampf gegen Hämorrhagien nach der Entbindung. Manz (Göttingen).

Wolfram, Werner: Besteht eine praktisch verwertbare Beziehung zwischen dem Gewicht der Placenta und dem des Kindes? (Dtsch. Univ.-Frauenklin., Prag.) Z. Geburtsh. 122, 88—105 (1941).

Verf. hat bei 2000 nacheinander erfolgten Geburten gesunder Frauen das Gewicht des Neugeborenen und der Placenta bestimmt und die so erhaltenen Gewichte in Gruppen mit gleicher Schwangerschaftsdauer zusammengefaßt. An Hand des Schrifttums hat er dann die Frage geprüft, ob eine praktisch verwertbare Beziehung zwischen dem Gewicht der Placenta und dem des Kindes besteht und konnte feststellen, daß 1. mit zunehmendem Gewicht der Placenta auch im Mittel das Gewicht des Kindes zunimmt, 2. der Funktionswert bei kleineren Placenten größer sei als bei den schwereren, 3. das Kindesgewicht für das gleiche Placentagewicht mit der Dauer der Schwangerschaft zunehme, 4. das Placenta- und Kindesgewicht mit zunehmender Schwangerschaftsdauer unterschiedlich, aber kontinuierlich ansteige, 5. das prozentuelle Wachstum des Kindes zwischen 7. und 11. Schwangerschaftsmonat wesentlich höhere Werte erreiche als das der Placenta, 6. der Quotient der Beziehung Kindesgewicht : Placentagewicht mit der Dauer der Schwangerschaft ständig zunehme. — Bei allen diesen im Mittelwert eindeutigen Resultaten hätten sich bei der Ermittlung der Maximum- und Minimumwerte schon bei einer Untersuchungsreihe von 2000 Fällen so starke Schwankungen gezeigt, daß ein Rückschluß von den nach der Geburt gemessenen Werten auf die Schwangerschaftsdauer mit hinreichender Genauigkeit nicht gezogen werden könne. Extremwerte könnte man zwar in dem einen oder anderen Sinne gruppieren, doch handle es sich dabei dann immer um Fälle, die schon durch die Beurteilung der Frucht allein entschieden werden könnten. Alles in allem sei es unmöglich, in Einzelfällen mit einer brauchbaren Genauigkeit aus den gegebenen Kindesmaßen und ihrer Beziehung zu denen der Placenta auf die Dauer der Schwangerschaft zu schließen. Schrifttum.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

Dobay, N. v.: Harnblasen- und Harnleitervorfall. (Chir. Klin., Univ. Debrecen.) Zbl. Chir. 1941, 1336—1339.

Als 32. Fall des Schrifttums wird folgende Beobachtung mitgeteilt: 4 Monate altes Mädchen; in der Familie keine Mißbildungen; am Tage der Einlieferung ins Krankenhaus hatte die Mutter im Bereich der äußeren Scham eine pflaumengroße, bläuliche Geschwulst wahrgenommen. Die Untersuchung zeigte, daß es sich um eine totale Inversion der Harnblase handelte. Trotz Reposition der prolabierten Vesica urinaria bekam das Kind Krämpfe und ging am 6. Krankheitstage zugrunde. Die Sektion zeigte multiple Nierenabscesse links, eitrige Nierenbeckenentzündung, einen Ureter fissus mit kleinfingerdicker Erweiterung der geteilten Harnleiter und Urethrocele links.

Hans Heidler (Wien).

Slobozianu, Horia: Angeborene Amputationen. Rev. Obstetr. 21, 27—30 u. dtSCH. Zusammenfassung 4 (1941) [Rumänisch].

Eine sekundipare Frau im Alter von 25 Jahren gebärt ein Kind männlichen Ge-

schlechts zum Termin mit folgenden Anomalien: Die rechte Hand: Fehlen des ersten Fingergliedes des kleinen Fingers. Die linke Hand: Fehlen der ersten Fingerglieder der Finger I, II, III und IV; Syndaktylie der Finger II, III und IV. Der linke Fuß: Fehlen der ersten Zehenglieder der Zehen I und II. Das rechte Bein: ein tiefer runder Graben, 5 cm, in dem unteren Drittel, ober der Planta. Am Grunde des Grabens sieht man einen trockenen harten Faden, fast 3 cm lang. Das rechte Bein ist ebenso entwickelt wie das linke. Das untere Segment des Beines ist vorwärts projiziert. Der rechte Fuß ist nach allen Richtungen im Volumen viel vergrößert, der rückwärtige Teil ist sehr gewölbt. Die Planta behält eine verlängerte Form, ist aber $1\frac{1}{2}$ mal breiter als die linke Planta. Die Zehen des rechten Fußes sind durch 5 rudimentäre, kurze, mit Nägeln versehenen Zehen dargestellt. Die Länge des rechten Fußes auf der Planta gemessen, beträgt 10 cm (die linke Planta beträgt 7,5 cm). Das Perimeter des Fußes, in der Mitte gemessen, wo die größte Wölbung ist, beträgt 20 cm (auf der linken Seite 9 cm). Die radiologische Prüfung zeigt die Amputation der ersten Fingerglieder des I., II., III. und IV. Fingers der linken Hand die Fraktur der Tibia und des rechten Peroneus im unteren Drittel mit Strangulation und Inflammation. Aus diesem Niveau macht das frakturierte Fragment einen Rechtwinkel mit der Öffnung nach vorne. — Der Verf. betrachtet den Fall nur im Lichte der mechanischen Auffassung der Anomalien und nicht auch in dem der modernen Genetik. *Kernbach* (Sibiu).

Bayer, Richard, und Gerhard Kuntze: Zur Symptomatik, Therapie und Prognose der intrakraniellen Blutung des Neugeborenen. (*Univ.-Frauenklin., Graz.*) Zbl. Gyn. 1941, 1219—1226.

Da heute die Frage: „Erb- oder Geburtsschaden?“ von großer Wichtigkeit ist, wird die Diagnosenstellung der intrakraniellen Blutung immer notwendiger. Unter der Geburt können schlecht werdende Herztöne als Zeichen intrauteriner Asphyxie sowie mißfarbenedes Fruchtwasser auf einer cerebralen Blutung beruhen und sind — gleich welcher Genese — Alarmsignale zur schnellen Geburtsbeendigung. Post partum bestehen die Zeichen der Hirnblutung in mehr oder weniger starker Asphyxie, die allerdings nicht vorhanden zu sein braucht, sich dann jedoch meist im sog. „Spätstadium“ in Trinkunlust, Wimmern, Nystagmus, Reflexstörungen usw. zeigen. Ein verlässliches, zu wenig beachtetes Symptom ist das meist am 3. bis 4. Tag auf über 38° ansteigende Fieber bei Gewichtsabfall, bei dessen nach einigen Tagen stattfindendem Schwinden der langsame Gewichtsanstieg beginnt. Als Ursache dieses Fiebers, das im Gegensatz zur Exsiccation auf Flüssigkeitszufuhr nicht abfällt, wird der durch die Läsion entstehende Druck auf das Fieberzentrum angesehen. — Unter 11200 Neugeborenen der genannten Klinik starben 1,1% an intrakraniellen Verletzungen. Davon hatten bei 60 Neugeborenen 55 ein deutliches Fiebersymptom, von denen 20 ad exitum kamen. Bei den übrigen 40, die fast alle später nachuntersucht werden konnten, konnten nur 2mal geistige oder körperliche Störungen gefunden werden, die auf das Geburtstrauma zu beziehen waren. Wegen dieses geringen Satzes von Spätschäden fordern die Verf., erst alle Erbmöglichkeiten der Störungen auszuschließen, ehe sie auf intrakranielle Blutungen zurückgeführt werden. *Elisabeth Koch* (Bochum).

Kolb, Otto: Die Kindersterblichkeit während der Geburt und der ersten Lebenstage. (*Dtsch. Univ.-Frauenklin., Prag.*) Zbl. Gynäk. 1941, 1188—1193.

Von 10512 Geburten waren 280 Totgeborene. Die Gesamtsterblichkeit betrug 2,66%. Hierbei wurden nur die abgestorbenen Kinder mit einem Geburtsgewicht von 2500 g aufwärts berücksichtigt. Bei Erstgebärenden starben 188 Kinder, bei Mehrgebärenden nur 92. Als Todesursachen der 280 Kinder wurden Anomalien und Komplikationen während der Geburt festgestellt. Hierunter fallen 106 Fälle, bei denen die Nabelschnurkomplikation mit 24% angegeben wird. Tentoriumrisse und cerebrale Blutungen als Geburtsverletzungen wurden in 57 Fällen angegeben; kindliche Erkrankungen, also Pneumonien, Mißbildungen, konnten in 45 Fällen festgestellt werden.

Förster (Marburg a. d. L.).