

Ursachen. Die einzelnen Fälle werden besprochen und Hinweise zur Verhütung und Therapie gegeben. 1 Tabelle. *Rudolf Koch* (Münster i. W.).

**Tesař, Jaromír: Plötzlicher Tod oder Tod nach Pyrifereinjektion.** Čas. lék. česk. 1942, 480—482 [Tschechisch].

Nach einer Pyrifereinjektion kam es im Fieberstadium zum plötzlichen Tod der 50jährigen Patientin. Bei der gerichtlichen Obduktion wurde eine Mesaortitis luica und eine beginnende Bronchopneumonie festgestellt. Die Frage, ob die Pyrifereinjektion in ursächlichem Zusammenhang mit dem Tod gestanden ist, mußte verneint werden, da die Mesaortitis luica den plötzlichen Eintritt des Todes voll erklärt.

*Steffel* (Prag).

### **Strittige geschlechtliche Verhältnisse. Sexualpathologie. Sexualdelikte.**

**Schultze, Günter K. F.: Der gegenwärtige Stand der Bekämpfung der weiblichen Unfruchtbarkeit.** (Univ.-Frauenklin., Greifswald.) Dtsch. med. Wschr. 1942 II, 997 bis 1002 u. 1027—1032.

Verf. bespricht an Hand von 10 Abbildungen und 13 Tabellen ausführlich den gegenwärtigen Stand der Sterilitätsbehandlung und faßt die Grundlagen für einen systematischen Ausbau der Sterilitätsbehandlung in 9 Punkten zusammen: 1. Die Diagnostik müsse versuchen, die spezielle Sterilitätsursache des Einzelfalles zu ermitteln. 2. Man dürfe sich nicht mit irgendeinem Zufallsbefund begnügen. 3. Erst auf einer abschließenden Gesamt- und Lokaluntersuchung mit genauer Anamnese dürfe sich die Diagnose aufbauen. 4. Zu der Gesamtuntersuchung gehöre immer eine Röntgenkontrastfüllung. 5. Ebenso selbstverständlich sei in allen Fällen die Untersuchung der männlichen Zeugungsfähigkeit. 6. Die planmäßige Untersuchung ergebe meist mehrere in Betracht zu ziehende Sterilitätsursachen. 7. Für die praktische Behandlung aber gebe es nur 2 Hauptgruppen von Sterilitätspatientinnen. Rund 50% aller Sterilitätspatientinnen habe eine Störung der Tubenpassage. Die Möglichkeiten der Behandlung seien von vornherein sehr begrenzt, die Aussichten schlecht. 8. Demgegenüber könne man die übrigen 50% als eine Gruppe zusammenfassen, bei der sehr vielseitige Behandlungsmöglichkeiten gegeben seien. Die Aussichten seien gut, die Mehrzahl aller Erfolge sei nur bei dieser Gruppe zu erreichen. Als 9. und wichtigster Punkt müsse erkannt werden, daß oft erst längere Beobachtung eine richtige Diagnose ergebe, und daß erst durch fortlaufende Kontrolle der beste Behandlungsweg gefunden werden könne. In der Praxis der Sterilitätsbehandlung könne man die Sterilitätsursachen zu 4 Hauptgruppen zusammenfassen: Tubare Sterilität (doppelseitiger Tubenverschluß 7%, erschwerte Tubendurchgängigkeit 28% Behandlungserfolge). Genitale Insuffizienz (Hypoplasie, ovarielle Störungen) 25% Behandlungserfolge. Uterine Sterilität (Lageanomalien und andere Ursachen 50%, Cervixveränderungen 60% Behandlungserfolge). Unbekannte Ursachen (ohne Befund) 18% Behandlungserfolge.

*Rudolf Koch* (Münster i. W.).

**Bingel, Adolf: Ein Fall von angeborenem Eierstocksmangel.** (Path. Inst., Landeskrankenhaus, Braunschweig.) Frankf. Z. Path. 56, 534—545 (1942).

Verf. beschreibt einen Fall von angeborenem Eierstocksmangel bei einem 30jährigen Mädchen, das infolge eines Schlaganfalls ad exitum gekommen war. Aus dem ausführlichen Sektionsbericht sind folgende Besonderheiten zu entnehmen: Körpergröße 1,30 m, kindliches Aussehen, angeborenes Fehlen beider Ovarien, infantiler Uterus, lange sehr dünne Tuben, Fehlen der Mammae, der Achselbehaarung und der kleinen Schamlippen. Kümmerliche Schambehaarung. Nach Vergleichen mit den in der Literatur bisher beschriebenen ähnlichen Fällen, kommt Verf. in Übereinstimmung mit Grabers Theorie zu der ursächlichen Erklärung dieser Entwicklungsanomalie, „daß die Urgeschlechtszellen als Organisatoren der Keimdrüsenanlage gefehlt haben und es aus diesem Grunde nicht zur Bildung eines Ovars kommen konnte.“ Er kommt weiterhin zu dem Schluß, daß die Bildung der männlichen bzw. weiblichen Geschlechts-

merkmale nicht unter dem hormonalen Einfluß der Keimdrüsen vor sich geht, sondern daß das Geschlecht schon bei der Befruchtung bestimmt ist und die Entwicklung der Geschlechtsorgane genau wie die Entwicklung des gesamten übrigen Organismus im Rahmen des allgemeinen Wachstums erfolgt. *H. Winkler* (Marburg a. d. L.).

**Schauffler, Goodrich C.: Double uterus with pregnancy.** (Uterus duplex mit Schwangerschaft.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., Univ. of Oregon Med. School a. Multnomah County Hosp., Portland.*) *J. amer. med. Assoc.* **117**, 1516—1520 (1941).

Verf. berichtet über den Verlauf der Gravidität bei Vorliegen von Doppelbildungen des Genitaltraktes. Die Beobachtung aus 6 Jahren umfaßt 11 Fälle. Bei einigen Patientinnen lag vollständige Doppelbildung der Vagina, der Cervix und des Uterus vor. Bei anderen beschränkte sie sich nur auf den Uterus. Nicht berücksichtigt wurden Fälle von Uterus arcuatus, da diese leichte und häufige Mißbildung klinisch bedeutungslos ist. Von der Gesamtzahl der 32 festgestellten Graviditäten wurden 15 ausgetragen. 17 endeten mit einer Fehlgeburt. Die Zahl der Fehlgeburten mit 53% ist also sehr hoch. Wiederum ist das Vorliegen einer Doppelbildung kein Grund, eine Gravidität zu unterbrechen oder zu verhindern. Eine Sterilisation ist nur angezeigt bei ernststen Geburtskomplikationen. Der Arzt wird meist aufgesucht wegen Regelstörungen, Schwierigkeiten im Geschlechtsleben oder wegen häufiger Fehlgeburten. Bei doppelter Vagina und Cervix ist die Diagnose leicht. Das Vorliegen eines doppelten Uterus kann durch Sondierung festgestellt werden. Oft wird jedoch erst das Uterosalingogramm eine restlose Klärung der vorliegenden Anomalie bringen. Wegen der Häufigkeit der Fehlgeburten ist eine besondere Überwachung von Beginn der Gravidität an erforderlich. Bei Neigung zu Blutungen sind Corpus luteum-Präparate zu verabreichen. Die Geburt soll möglichst in der Klinik erfolgen. Anomalien der Kindslage und Wehenschwäche werden etwas häufiger beobachtet als sonst. Als schwerste Komplikation droht die Gefahr der Uterusruptur, bedingt durch Unregelmäßigkeiten der Muskulatur. Ergibt bei der Austrittsperiode das vaginale Septum ein Geburtshindernis, so ist eine Durchtrennung meist leicht durchführbar. Mangelhafte Rückbildung im Wochenbett ist öfter beobachtet worden. Interessant ist das Verhalten des nichtgraviden Uterus. Er vergrößert sich etwa auf das 2—3fache. Die Schleimhaut erfährt eine Umwandlung in Decidua, ähnlich wie bei einer ektopischen Gravidität. Zu einem ernstlichen, mechanischen Geburtshindernis führt der nichtgravide Uterus jedoch nur in den seltensten Fällen. Von Verf. ist eine solche Komplikation nicht beobachtet worden.

*Hirsch-Hoffmann* (Bremen).

**Trommer, K.: Feldbeobachtung über gehäuftes Auftreten von Urogenitalneurose.** *Münch. med. Wschr.* **1942 II**, 825—826.

Verf. hat beim Einsatz in Rußland im Sommer 1941 auffallend häufig Klagen über vermehrten Harndrang und Brennen beim Wasserlassen bei völlig negativem Urinbefund angetroffen; ferner kamen vor Bettnässen sowie anscheinend typische Ureterenkoliken, hohe Urinmengen bei niedrigem spezifischem Gewicht, alles ohne jeden organischen Befund und auch Klagen über vermehrten Samenabgang wurden gelegentlich vorgebracht. Die Klagen wurden zumal nach mutmaßlichen „Erkältungen“, nach Durchquerungen von Sümpfen usw. geäußert; Schmerzen spielten oft keine Rolle. Auffallend war die Bevorzugung des Sommers; da meist Leute betroffen waren, die eine Dysenterie durchgemacht hatten oder gerade durchmachten, mußte daran gedacht werden, daß es sich auch hier — wie bei gewissen Ikterus- und Rheumatismustformen — um eine Nachkrankheit der Ruhr, um eine „Urogenitalneurose auf toxischer Grundlage“ handelte. Eine Behandlung scheint nicht in Frage zu kommen.

*Donalies* (Eberswalde).

**Nyssen, R.: Die psycho-analytische Auffassung betreffend die sogenannte Sexualität der ersten Kinderjahre.** *Arch. méd. belg.* **95**, 31—34 (1942) [Flämisch].

Kurzer, aber kritischer und gut unterrichtender Übersichtsaufsatz, der die von

Freuds eigenen Schülern und dann von Bumke, Feer u. a. vorgebrachten Einwände zusammenfaßt.

**Lomholt, Svend: Impotenz und Masturbation.** Ugeskr. Laeg. 1942, 671—672 [Dänisch].

Somatisch kann die Masturbation, von ganz extremen Fällen abgesehen, als unschädlich gelten, kaum aber in seelischer Hinsicht. Wird sie zur festen Gewohnheit, so wird die sexuelle Reaktion schließlich nur durch einen fixierten, oft recht engen Kreis von Vorstellungen und Phantasiebildern ausgelöst. Seine Erfahrungen hat der Verf. aus zahlreichen vertraulichen Gesprächen mit jungen Menschen, die im übrigen als gesund angesehen werden konnten. Die zweite — doch bei weitem nicht gleich große — Hauptursache der Impotenz ist nach Ansicht des Verf. der *Coitus interruptus*, mit *Ejaculatio praecox* als Folge.

*Einar Sjövall* (Lund).

**Smetana: Seltsamer Todesfall bei Selbstbefriedigung.** Kriminalistik 16, 122—123 (1942).

Ein 46-jähriger Betriebsleiter wurde im verschlossenen und verriegelten Luftschutzkeller seiner Firma tot aufgefunden. Er hatte an den Trägerbalken der Decke eiserne Kleiderhaken befestigt und über sie eine starke Eisenstange gelegt, auf der eine Sprossenleiter, durch Bandeisen und Schraubenzwingen gesichert, so lag, daß mit ihr gewippt werden konnte. Auf dieser Leiter lag er selbst tot in horizontaler Lage mit entblößtem Geschlechtsteil, gelöster Oberkleidung und Stricken an die Leiter gefesselt. Lediglich der rechte Arm war frei, offenbar um onanieren zu können. Am Kopf- und Fußende waren gebrauchte Damenbekleidungsstücke miteingeschnürt, die untere Gesichtspartie außerdem mit einem Stück Hausfrauenschürze fest umwickelt. Über der Nasenöffnung war eine Drägerschutzmaske mit Einmachegummiring befestigt, in deren Ventilkasten sich ein mit Äther getränkter Wattebausch befand in der Mundhöhle waren außerdem als Knebel Teile eines seidenen Damenhemdes stark zusammengepreßt. Am Fußende der Sprossenleiter befand sich eine Wurfleine, die über zwei Holzrollen geführt und abschließend an einem am Boden stehenden 25 kg-Gewicht verknotet war. Eine zweite an der ersten befestigte Leine diente als Zugleine, um die mit dem Körper beschwerte Leiter in horizontale oder senkrechte Lage zu kippen, wobei sich das Kopfende der Leiter, um ein Abkippen zu verhindern, auf ein Bunkerbett stützte. Zur Selbstbeobachtung waren an verschiedenen Stellen der Raumdecke Spiegel und an einem Arbeitstisch eine Scheinwerferlampe befestigt, die das Gesicht des Mannes anstrahlte. Es handelte sich zweifellos um einen durch Erstickung tödlich verlaufenen Unglücksfall bei einem raffiniert ausgeführten Selbstbefriedigungsakt. Der Mann war bei seiner Firma hochgeschätzt, verheiratet, lebte in harmonischer Ehe, hatte jedoch sehr selten Geschlechtsverkehr. In den letzten Jahren hatte sich seine Nervosität dauernd gesteigert. Die Frau hatte ihn besonders in letzter Zeit öfter nachts im Bett beim Onanieren überrascht. Auch den Gefolgschaftsmitgliedern des Werkes war er dadurch aufgefallen, daß er mittags beim Anblick der im Hof spazierenden Arbeiterinnen plötzlich nervös-hastig den Luftschutzkeller aufsuchte und ihn hinter sich abschloß. Bei Nachlassen der Potenz wollte der Betreffende offenbar durch die Fesselung in Verbindung mit dem Ätherrausch die Auslösung des Orgasmus erleichtern.

*Weimann* (Berlin).

**Enge: Ein nicht gewöhnlicher Fall blutschänderischer Handlung (Inzest) und seine psychologische und gerichtlich-psychiatrische Beurteilung.** Psychiatr.-neur. Wschr. 1942, 217—220 u. 228—229.

Frau, geb. 1890, von tadellosem Leumund, steht unter Anklage, mit ihrem 1919 geborenen Sohn seit 1941 blutschänderischen Umgang gepflogen zu haben. Der Gatte gibt an, stets in glücklicher Ehe gelebt zu haben; in sexueller Hinsicht war die Frau immer mehr zurückhaltend, seit dem vor 5—6 Jahren eingetretenen Wechsel kam es überhaupt nur auf Initiative des Gatten alle 2—3 Monate einmal zum Geschlechtsverkehr. Die Frau wird als etwas beschränkt bezeichnet; prämenstruell immer sehr „nervös“, seit dem Klimakterium zur Zeit der früheren Regeln besonders geistig „auffallend“. Seit 1941 kam sie körperlich stark herunter. Die Frau hatte 1917 mit einem Verlobten vorehelichen Geschlechtsverkehr, dem der 1919 geborene

Sohn entstammte; jener Mann ist 1918 gefallen. Das Kind kam in ein Heim, wo der Mutter angeblich gesagt wurde, daß sie kein Anrecht mehr auf dieses Kind hätte; sie hat sich daher auch um dasselbe nie weiter gekümmert und von der Existenz dieses Sohnes erst durch ein Schreiben wieder erfahren, das derselbe, der Nachforschungen angestellt hatte, ihr geschrieben hat. Bei den einzelnen Vernehmungen und psychiatrischen Untersuchungen zeigte sich die Inkulpatin ziemlich ratlos, im Denken verlangsamt, zeigte keinerlei scharf umrissene Amnesien, doch meinte sie, sie wisse selbst nicht mehr, wie das alles so gekommen sei. Ein eigentlicher Geschlechtsverkehr mit dem Sohne habe nie stattgefunden, wohl aber kam es zu masturbatorischer Betätigung, wobei der Sohn immer der aktive Teil war. Auch bezüglich ihr vorgehaltener, von ihr selbst geschriebener Briefe an den Sohn, die teilweise auf grobsexuelle Handlungen hinzuweisen schienen, äußerte sie wiederholt, sie wisse nicht, wie das gekommen sei, sie müßte ja doch dabei ganz von Sinnen gewesen sein. Verf. hält es für ganz ausgeschlossen, daß sie diesbezüglich lüge. Ihre Angaben differieren mehrfach von denen des Sohnes, der übrigens seitens seiner Vorgesetzten als lügnerisch und schlecht qualifiziert beschrieben wird. Somatisch nur Lid- und Fingertremor, sowie allgemeine Reflexsteigerung und Dermographismus. Verf. erachtet es nicht für auszuschließen, daß sich die in den Briefen angerührten Dinge nur in ihrer Phantasie so abgespielt haben, daß es sich um Verfälschungen, Übersteigerungen von wirklich Erlebtem, vielleicht um Wunschgedanken gehandelt habe. Anhaltspunkte für eine eigentliche Geistesstörung tempore criminum lagen nicht vor. Es bestehen aber begründete Zweifel an der strafrechtlichen Verantwortlichkeit; das Verfahren wurde auch eingestellt. Verf. schließt zusammenfassend, daß es ganz unmöglich war, den Tatbestand in seinem ganzen Umfange eindeutig festzustellen. Die individuellen Wurzeln der Taten lagen nicht in äußeren Umständen, sondern es hatte sich um ein wirkliches Liebesverhältnis der Mutter gehandelt, das schließlich in grob-sexuelles, inzestuöses Verhalten entgleiste. Eigenartig war das Phantasie-motiv der Mutter, das beim Zustandekommen der Tat eine Rolle mitspielte, nämlich das Wiedererkennen ihres einstigen geliebten Verlobten in dem Sohne. Schließlich weist Verf. darauf hin, daß erfahrungsgemäß in der kriminalistischen Praxis blutschänderisches Verhalten zwischen Mutter und Sohn an sich viel seltener ist, als zwischen Vater und Tochter. *Alexander Pilcz.*

#### **Schwangerschaft. Fehlgeburt. Geburt. Kindesmord.**

Döderlein, G.: Ärztliche Schwangerschaftsvorsorge und ihre gesetzliche Regelung. (26. Vers. d. Dtsch. Ges. f. Gynäkol., Wien, Sitzg. v. 27.—30. X. 1941.) Arch. Gynäk. 173, 175—196 u. 235—247 (1942).

Wenn auch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durchaus als physiologische Zustände zu betrachten sind, so können wir Geburtshelfer an der bestehenden Tatsache nicht vorübergehen, daß die Fortpflanzung von den werdenden Müttern wie von den eben gewordenen Müttern Opfer an Gesundheit und Leben fordert. Die mütterlichen Todesfälle lassen sich in vier große Gruppen zusammenfassen: I. Verblutungen. II. Puerperalsepsis. III. Gestosen, und IV. sog. „andere Ursachen“, meist extragenitaler Natur. Die Angaben über die Häufigkeit von Krankheitszuständen und Anomalien in der Schwangerschaft gehen sehr weit auseinander. Legt man die Angaben von Hebammen zugrunde, so ergibt sich eine Zahl von 2%, werden fachärztliche Befunde verwertet, so erhält man eine Frequenz von 36%. Darunter sind dann alle pathologischen Urinbefunde, alle Blutdrucksteigerungen, alle zu engen Becken, alle Schwangerschaftsblutungen, alle Herzfehler und Lungenerkrankungen erstellt, die bei der Hebammenuntersuchung wegen der fehlenden Möglichkeit einer sorgfältigen Diagnostik nicht enthalten sind. Beide Zahlen sind mit Vorsicht aufzunehmen. Die Zahl der Schwangeren, die einer besonderen Gesundheitsbetreuung bedürfen, dürfte sich auf etwa 8—15% belaufen. Den Verlustziffern an Müttern stehen leider noch beträchtliche Verluste an Kindern gegenüber. Sie belaufen sich bei Berücksichtigung der Totgeborenen und der in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbenen auf etwa 50<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Die häufigsten Ursachen von Totgeburten sind die Lues, die Gestose der Mutter und die Geburtsverletzungen des Kindes. Systematische Luesprophylaxe, frühzeitige Erkennung von Schwangerschaftserkrankungen der Mutter, und von voraussichtlich pathologischen Geburten, sowie die rechtzeitige Wahl schonender Entbindungsmethoden sind die Wege, diese Verluste zu mindern. Die Frühsterblichkeit in den ersten 7 Tagen und die Nachsterblichkeit der Kinder im ersten Lebensmonat betrifft überwiegend Frühgeborene und durch Geburtstraumen geschädigte Kinder. Der Verhütung der Frühgeburt ist große