

das Kind ist abgestorben, Kaiserschnittentbindung. Man findet eine Ablösung der Placenta und zwischen ihr und der Uteruswand ältere geronnene Blutmassen in Mengen von 1 l. Da die vordere Wand des Uterus Durchblutungen und Nekrosen aufwies, erschien Entfernung der Gebärmutter angezeigt. Da es sich um eine normal inserierte Placenta gehandelt hatte und keine sonstige Ursache für die Ablösung und Blutung zu finden war, wird Ablösung und Blutung auf das Bauchtrauma bezogen.

G. Strassmann (Breslau).

**Breipohl, Wilhelm: Über den Wert der Proben auf Vollständigkeit der Placenta.**  
(*Univ.-Frauenklin., Königsberg i. Pr.*) Zbl. Gynäk. 1935, 155—160.

Es wurden an einem größeren Material die Frankensche Luftprobe, die Küster-sche Milchprobe und die Sachssche Schwimmprobe nachgeprüft, ferner die Rübner-sche Sulfosalicylsäureprobe und die Probe von Scherback. In fast 50% der Fälle gab die Luftprobe die gleichen Ergebnisse wie die Milchprobe. In den Fällen, wo die größeren Gefäße eröffnet waren (20%), war die Milchprobe genauer. In den übrigen Fällen (30%) zeigte sich die Luftprobe empfindlicher. Bei der Entscheidung der als fraglich vollständig bezeichneten Placenten konnte die Luft- und Milchprobe unterstützend wirken. Die Sachssche Schwimmprobe versagte vollständig. Die Rübner-sche und Scherbacksche Probe erwiesen sich nicht wesentlich überlegen der einfachen Inspektion.

Franken (Freiburg i. Br.).

**Klaften, E., und R. Wagner: Das Genitalhämatom des Neugeborenen als Geburts-trauma.** (*I. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Mschr. Geburtsh. 98, 340—343 (1935).

Die Genitalhämato me (männlicher Kinder; nicht zu verwechseln mit Geburts-geschwulst des Hodensackes) sind bisher kaum beschrieben. Verff. bringen 3 ein-schlägige Beobachtungen. Mechanismus der Entstehung: 1. Fixation des Scrotums durch die Einklemmung; 2. intensive Druckwirkung im Uterus oder kleinen Becken. Dadurch Knickung der Gefäße mit konsekutiver Stauung und Stauungsblutung. Bei den geschilderten Kindern war es immer der hintere Hoden und Nebenhoden. Möglichkeit der Verwechslung mit Tumoren. Dauer bis zum völligen Zurückgehen: einige (4—6) Wochen.

Dollinger (Berlin-Friedenau).

**Siegel, P.: Frühsterblichkeit der Neugeborenen.** (*Landesfrauenklin., Insterburg, Ostpr.*) Zbl. Gynäk. 1935, 242—249.

Vergleicht man die Frühsterblichkeit der Neugeborenen 1. in der ostpreußischen Landesstatistik, 2. bei Hebammen- und Arztgebürtigen (4459 Fälle), 3. bei Klinikgebürtigen (4446 Fälle), so lauten die Mortalitätsziffern dieser 3 Gruppen: 3,3, 3,4, 1,3%. Danach stellt sich bei Klinikgebürtigen die Frühsterblichkeit der Neugeborenen um etwa 2% niedriger. Bei der Frühsterblichkeit konkurrieren ursächlich konstitutionelle Minder-wertigkeit (Lebensschwäche) und das Geburtstrauma. Dazu kommt aber noch die Frage der Unehelichkeit oder Ehelichkeit der Frühsterblichen. Während in der allgemeinen ostpreußischen Landesstatistik die unehelichen Neugeborenen mit 3,5% die ehelichen mit 2,5% Frühsterblichkeit übertrafen, ergibt sich in der Klinik das Gegenteil. Die Zahlen lauten 1,0:2,1%. Auch das uneheliche Kind hat also unter ungünstigen Um-weltseinflüssen, bei denen die Klinikpflege eine wichtige Rolle spielt, durchaus keine schlechtere Lebenserwartung als das eheliche. Man wird daher dem Verf. zustimmen, wenn er zum Schluß seiner Meinung dahin Ausdruck gibt, daß durch die Klinik-entbindung eine Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit zu erwarten ist, und daß wir dadurch in die Lage versetzt werden, „lebenswertes, junges Leben der Volksgemein-schaft zu erhalten“ und damit „die Gefahren des Volkes ohne Jugend zu mildern“.

H. Fuchs (Danzig).

### Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

**Macias de Torrës, E.: Sur la vitalité des spermatozoïdes.** (Über die Beweglich-keit der Spermatozoen.) Gynéc. et Obstétr. 30, 544—551 (1934).

Für die Feststellung der Zeugungsfähigkeit und der Verwendbarkeit des Spermatis zur künstlichen Befruchtung ist die Art der Spermagewinnung von Bedeutung. Die Gewinnung durch Condom ist weniger zu empfehlen als die durch Masturbation. Die

verwendeten Condome müssen ausgekocht und gewaschen sein, da sonst bei der Beurteilung des Spermias Fehler unterlaufen können. Sperma, das aus der Scheide entnommen wird, kann schon geschädigt sein. Das durch Expression der Samenblasen per rectum gewonnene Sperma enthält stets unbewegte Samenfäden, ebenso sind die durch Hodenpunktion gewonnenen Spermatozoen ohne Bewegung. Der Verf. nimmt an, daß die Spermatozoen erst nach Mischung mit den Sekreten der akzessorischen Geschlechtsdrüsen ihre Bewegungsfähigkeit erwerben. Ein Einfluß der Temperatur auf die Bewegungsdauer wird abgelehnt. Einzelne Spermien bewegen sich bis 96 Stunden nach der Entleerung aus dem Nebenhoden. Eine Befruchtungsfähigkeit dieser Spermien wird in Zweifel gezogen, da ihre Bewegungsenergie zu sehr erschöpft ist. Schwache Alkalien sind der Bewegung nützlich, die natürliche Säure der Vagina ist nicht schädlich, da die Menge des Vaginalsekretes im Verhältnis zur Menge des Ejaculates gering ist und die stark alkalische Reaktion des Cervicalsleimes ausgleichend wirkt. Der Beweis wird durch die Beobachtung erbracht, daß in einer mit Tampon verschlossenen Vagina sich Spermien 3 Stunden lebend erhalten, während nach Abfluß des Ejaculates der Rest der Spermien in dem jetzt an Menge überwiegenden sauren Vaginalschleim schnell abgetötet werden. Blutserum ist für die Bewegung günstig. Serum von Kranken, alten Frauen, Graviden oder vom Spender der Spermatozoen zeigt keinen wesentlich anderen Einfluß. Die Bildung von Antikörpern im weiblichen Organismus nach Injektion von Spermensuspensionen wird, als noch mit völlig ungenügenden Mitteln erforscht, abgelehnt. In eigenen Versuchen wird, im Gegensatz zu Bodmer und Kamniker, außerdem nachgewiesen, daß im Serum hysterektomierter Frauen, die mit Spermainjektionen vorbehandelt waren, Spermien nicht länger als normal leben. Durch Lumbalpunktion gewonnener Liquor ist ein gutes Medium für die Bewegung der Spermatozoen. Die Lebensdauer ist jedoch kürzer als im Serum. Verf. schließt sich auf Grund seiner Untersuchungen der heute durch zahlreiche Forscher vertretenen Meinung an, daß Säugetierspermien im weiblichen Genitale nicht länger als 24—48 Stunden beweglich bleiben.

Redenz (Danzig).°

**Belonosehkin, Boris: Der gegenwärtige Stand der Spermatozoenforschung. (Physiol. Inst. u. Frauenklin., Würzburg.) Arch. Gynäk. 158, 345—363 (1934).**

Kritischer Bericht über die biologischen Untersuchungen an Kaltblüter- und Säugetierspermatozoen und ihre Bedeutung für die praktische Medizin. Die Erkenntnis der Funktion des Nebenhodens und die Beobachtung der für die Bewegung der Spermatozoen wesentlichen Faktoren lieferten die Grundlagen für unsere Anschauungen über das Verhalten der Spermatozoen zwischen Begattung und Befruchtung innerhalb des weiblichen Organismus. Ausführliche Literatur über das gesamte Arbeitsgebiet.

Redenz (Danzig).°°

**Chiaudano, C.: La cura chirurgica della sterilità maschile da azoospermia. (Die chirurgische Heilung der männlichen, durch Azoospermie verursachten Sterilität.) (Sez. Urol., Osp. Magg. di S. Giovanni Battista e d. Città, Torino.) Med. contemp. (Torino) 1, 45—54 (1935).**

Furbinger fand unter 2000 unfruchtbaren Ehen in 30—40% die Ursache beim Manne. Es kommen vor: 1. Deformitäten der Genitalien bei normalem Samen, 2. fehlende Ejakulation bei normaler Potentia coeundi (Aspermatismus), 3. Ungeeignetsein des Ejakulats für die Befruchtung (Azoospermie). Bei Gruppe 1 ist die Diagnose leicht zu stellen, die chirurgische Therapie aussichtsreich; bei Gruppe 2 liegt ein organisches Hindernis meist der Pars prostatica vor, eine Dysfunktion des Ejakulationszentrums, selten eine kongenitale Ursache; bei Gruppe 3 unterscheidet man: a) Fehlen oder Funktionsstörung der Hoden, b) Obliteration der Samenwege. Ursache für a) sind langdauernde fiebrige Erkrankungen, Kachexie, Alkoholismus, Parotitis epidemica, große Hydrocele, Varicocele, Hernie, Strahlenschädigungen; gelegentlich findet sich für die Impotentia generandi überhaupt kein Anhalt. 80% der männlichen Sterilität ist durch doppelseitige gonorrhöische Entzündung verursacht. Die Tuberkulose macht

ähnliche Veränderungen. In die gleiche Gruppe gehört die Sterilisation durch operative Durchtrennung des Samenstranges, die durch plastischen Eingriff wieder rückgängig gemacht werden kann. Zur Stellung der Diagnose kann eine Punktation des Hodens vorgenommen werden. Der Ductus spermaticus kann verschlossen sein a) am Colliculus seminalis, b) im Becken, c) im Scrotum, d) im Nebenhoden. Am Samenhügel liegt meist eine gonorrhöische Entzündung vor, die endoskopisch durch Elektrokoagulation zu beheben ist; im Beckenteil kommen Verengungen außerordentlich selten vor; im Scrotalteil sind sie am häufigsten. Die Durchgängigkeit des Ductus deferens kann durch Injektion von Indigocarminlösung in den Scrotalteil desselben, die dann im Urin wieder auftritt, geprüft werden. Ein Verschluß der Epididymis ist durch Palpation feststellbar. Aufschlußreich ist auch eine Punktation des Samenstranges mit anschließender mikroskopischer Untersuchung des Punktats auf Spermatozoen.

Therapeutisch kommen folgende Operationen in Frage: 1. Anastomosis deferento-deferentialis, die Resektion des verengten Abschnittes mit anschließender Vereinigung der Stümpfe, evtl. mit dem Ductus der anderen Seite, 2. Vaso-Epididymostomia, 3. Vaso-orchidostomia, 4. Anastomose zwischen Ductus deferens und einer Spermatocele, 5. Deferento-Urethrostomia. Die Vereinigung der Stümpfe nach Resektion gibt gute Resultate, sie gelingt am besten nach Einlegen von nicht resorbierbarem Material in das Lumen des Ganges (Haar, Draht), das vorübergehend oder dauernd belassen wird. Die Anastomose zwischen Samenstrang und Nebenhodenkopf gibt gute Resultate. Ursachen für Mißerfolge sind: a) Infekte, b) gleichzeitig bestehender Verschluß des Ductus, c) mangelnde Spermogenese infolge langdauerndem Verschluß. Der Erfolg ist abhängig von 1. intakter Funktion des Samens, 2. von der Durchgängigkeit des Ductus, 3. größter Asepsis nach vollständig abgelaufener Entzündung, 4. der Möglichkeit, den Nebenhodenkopf für die Anastomose benutzen zu können, der hierfür am geeignetsten ist. — Als Zugang kommt ein vorderer und ein hinterer Weg in Frage. Beim vorderen, dem besseren von beiden, eröffnet man breit die Vaginalis des Hodens und erhält so einen guten Überblick. Bei ausgedehnten Adhäsionen, oder wenn eine teilweise Resektion des Nebenhodens notwendig ist, wird der hintere vorgezogen. Die termino-terminale Methode mit teilweiser Längsspaltung des Ductus ist der laterolateralen vorzuziehen. — Die Einpflanzung in eine Spermatocele gibt ausgezeichnete Resultate. Zwischen Deferens und Hoden gibt es zwei Arten von Anastomosen: 1. die mit dem Rete testis und 2. die mitten in das Parenchym der Drüse, die bessere von beiden. Die Erfolge sind unsicher, insbesondere bei Resektion des Nebenhodens, was ungünstige Zirkulationsverhältnisse zur Folge hat. Künstliche Befruchtung mit Hodenpunktat ist gelungen. Die Einpflanzung des Deferens in die Urethra ist zwecklos. Die Erfolge sind bei der Tuberkulose schlecht, da meist mehrere Herde vorliegen, bei Go., unspezifischer Epididymitis oder nach Traumen bei Anwendung der Anastomosis deferento-deferentialis oder Epididymostomia weit günstiger. Das Wiederauftreten der Samen dauert 1—2 Wochen bis zu 1 Jahr.

Abegg (Zürich).°°

**Bolaffi, Roberto:** *Sulla vagina senile con particolare riguardo alle rotture da coito nelle donne in menopausa.* (Über die Vagina der alten Frauen, mit besonderer Berücksichtigung der Coitusverletzungen bei Frauen in der Menopause.) (*Clin. Ostetr.-Ginecol., Univ., Firenze.*) *Riv. Ital. Ginec.* 17, 431—466 (1934).

In der Universitätsklinik in Florenz wurden 54 Coitusverletzungen beobachtet, von denen 4 Frauen von 50 und mehr Jahren betrafen. Diese Fälle werden kurz mitgeteilt und sodann wird untersucht, warum bei alten Frauen Coitusverletzungen auch ohne besondere Gewalt und bei normaler Lage besonders leicht vorkommen.

Messungen der Scheidenlänge ergaben eine deutliche Schrumpfung der Vagina mit zunehmendem Alter, wobei die Länge der Hinterwand stärker abnimmt als die der Vorderwand, so daß der Unterschied zwischen beiden von 1,0 auf 0,2 cm zurückgeht. Neben dieser mechanischen Verkürzung der Scheide gibt es aber auch noch andere Momente, die für das leichte Entstehen von Scheidenverletzungen bei alten Frauen verantwortlich gemacht werden können. Dazu gehört die Atrophie und starke Verhornung des Epithels mit vollständigem Verschwinden der Papillen und die Veränderungen des elastischen Gewebes, das zunächst mit zunehmendem Alter eine Vernehrung erfährt, wobei aber fraglich bleibt, ob es qualitativ mit dem spärlichen elastischen Gewebe der jungen Scheide konkurriert kann, bei ganz alten Frauen aber bis auf kleine Reste zurückgebildet wird. Diese histologischen Veränderungen werden durch instruktive Bilder illustriert. Auch die Sklerose der Vaginalgefäß, die ganz unabhängig von einer allgemeinen Arteriosklerose eintritt, ist ein Zeichen für die histologischen Altersveränderungen der Vagina. Wichtiger noch sind die physikochemischen Veränderungen, unter denen die Austrocknung eine besonders wichtige Rolle spielt. Gewalttätigkeit beim Verkehr und Wiederaufnahme des Verkehrs nach langer Pause spielen nur eine

sekundäre Rolle. Der Sitz der Verletzungen ist meist das hintere oder die seitlichen Scheiden gewölbe. Die Diagnose ist erschwert durch die sehr oft verfälschte Anamnese, und häufig wird zunächst ein malignes Gewächs vermutet, während man bei jüngeren Frauen zunächst an einen Abortus denkt. Das wichtigste Symptom ist die starke Blutung, die aber meist durch eine Tamponade zu beherrschen ist. Die Prognose weist nach der Literatur eine Mortalität zwischen 7 und 11,7 % auf. Im eigenen Material von 55 Fällen kein Todesfall.

Frommolt (Halle a. d. S.).<sup>10</sup>

**Ruys, A. Charlotte: Über die Ätiologie der Vulvovaginitiden bei Kindern. (Afd. Volksgezondh. v. d. Gemeentelijken Geneesk. en Gezondheidsdienst, Amsterdam.) Mschr. Kindergeneesk. 4, 179—186 (1935) [Holländisch].**

Obwohl bei jeder Vulvovaginitis meist zuerst an Gonorrhöe gedacht wird, kam bei einer Untersuchung von mehreren hundert Fällen heraus, daß ihr zahlenmäßiger Anteil nur sehr gering war. Man kann 2 Gruppen Vulvovaginitiden unterscheiden, die, welche akut beginnen mit starkem Ausfluß, bei dem man Gonokokken, Influenzabacillen, hämolytische Streptokokken oder Diphtheriebacillen züchten kann, und die mit schlechendem Beginn, welche unbemerkt verlaufen, wobei man andere Bakterien findet. Die Konstitution spielt wahrscheinlich bei der letzten Art eine große Rolle. Bei Vulvovaginitis gonorrhoeica findet man beim Kinde so heftige Beschwerden, daß die Eltern die Kinder fast immer zum Arzte bringen. Halbertsma (Haarlem).<sup>11</sup>

**Atkinson, Walter, and James C. Masson: Bicornate uterus; atresia of the vulva with double vagina; pseudohermaphroditism. (Uterus bicornis; doppelte Vagina; Pseudohermaphroditismus.) Surg. Clin. N. Amer. 14, 571—576 (1934).**

Verff. berichten über drei Anomaliefälle am weiblichen Genitale: 1. Uterus bicornis, 2. Atresie der Vulva mit doppelter Vagina, 3. Pseudohermaphroditismus. — Die anatomischen Befunde sowie die operative Behandlung der Fälle sind gut illustriert, so daß es sich empfiehlt, auf die Originalarbeit zu verweisen. Wehefritz (Göttingen).<sup>12</sup>

**Spath, Franz: Die Auswirkungen von Sterilisierungs-Operationen im Tierexperiment und beim Manne. (Chir. Univ.-Klin., Graz.) Wien. klin. Wschr. 1935 I, 36—39.**

Gewisse Operationen am Samenleiter nach besonderer Technik zur Sterilisierung aus dem allgemeinen Rahmen der Sperroperationen herauszuheben, ist nicht möglich. Es gelingt nicht, die beabsichtigte Offenhaltung des testiculären Samenleiterschenkels dauernd durchzuführen. Aus dem Experiment ergibt sich, daß durch Samenleiter-sperre zunächst eine degenerative Phase im Aufbau der generativen Hodenteile eintritt, die nach 6—8 Monaten in Regeneration übergeht. Lokalisation und Technik der Sperre ist von Bedeutung. Innerhalb bisher beobachteter Zeiträume ist Wiederherstellung der Zeugungsfähigkeit möglich. Es wird aber an der Technik der operativen Wiederherstellung und ihrem Gelingen liegen, die durch operative Sperre eingetretene Zeugungsunfähigkeit, die sonst ein Dauerzustand wäre, wieder in einen Zustand der Zeugungsfähigkeit überführen zu können. Heinemann-Grüder.<sup>13</sup>

**Wantoch, Hans: Die bisher in der Schweiz gesammelten Erfahrungen über die Kastration von Sexualverbrechern. (Kanton-Asyl, Wil, Kant. St. Gallen.) Arch. Kriminol. 96, 78—80 (1935).**

Es handelt sich um eine zusammenfassende Darstellung des einschlägigen Schrifttums, die darin gipfelt, daß man bei sexuell abnormalen oder übererregbaren Männern mit großer Wahrscheinlichkeit nach Kastration ein Verschwinden des Sexualtriebes erwarten darf. Bei geisteskranken und geistesschwachen Männern scheint die Potenz nach der Kastration in einem kleineren Prozentsatz zu verschwinden als bei Geistes-gesunden. Bei geisteskranken und bei geistesschwachen Frauen scheint die Kastration dagegen überhaupt keinen Einfluß auf das Sexualleben auszuüben. B. Mueller.

### Blutgruppen.

**Lauer, A.: Zur Schaffung von Zentralinstituten für die forensische Blutuntersuchung. (Bakteriol.-Serol. Inst., Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) Ärztl. Sachverst.ztg 41, 71—73 (1935).**

Die Erfahrungen anlässlich von Nachuntersuchungen haben gelehrt, daß bei der