

diese Fälle für die Erfolgsbeurteilung der künstlichen Atmung am wenigsten verwertbar. Es entzieht sich der Beurteilung, ob bei einem oder anderem dieser Fälle ohne künstliche Beatmung Herzaktivität und Atmung nicht doch erloschen wären. Der therapeutische Wert liegt bei der Wiederbelebung durch künstliche Atmung nicht in der „Wiederbelebung“, sondern in der Erhaltung des fliehenden Lebens. — Für eine Schädigung der Lunge durch die Beatmung unter Druck (es ist nicht von Kampf-gaslungenerkrankungen die Rede! Ref.) konnten Anhaltspunkte nicht gefunden werden.

Heidemann (Bad Schwalbach).

Kolb, F.: Eine neue Methode zur künstlichen Wiederbelebung durch Erzeugung eines totalen Blutkreislaufs. (9. Tag. u. Ärztl. Ausschuß d. Dtsch. Ges. f. Arbeitsschutz, Bad Nauheim, Sitzg. v. 16.—18. IV. 1936.) Verh. dtsch. Ges. Kreislaufforsch. 270 bis 278 (1936).

Es wird ein neuer, recht komplizierter Apparat zur Wiederbelebung beschrieben, der sich dadurch von früheren Konstruktionen unterscheidet, daß neben der Lungen-ventilation auch ein ausreichender Blutkreislauf gewährleistet wird. Verf. verspricht sich von seinem Apparat vor allem Erfolg bei Fällen, wo es auf die Unterstützung eines bedrohten Kreislaufes ankommt. Praktische Erfahrungen liegen noch nicht vor.

Weimann (Berlin).

Leichenerscheinungen.

Sein, Andres S.: Die Leichenerscheinungen. (*Crematorio, Buenos Aires.*) (Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 3. VI. 1936.) Archivos Med. leg. 6, 182—185 (1936) [Spanisch].

Bei Bestattung von Leichen in Nischen, Ehrentempeln oder Gewölben wird der Körper häufig gut erhalten gefunden. An der gleichen Leiche fand der Verf. Erscheinungen von Verwesung und Mumifikation oder Adipocirebildung und Verwesung.

Mayer (Stuttgart).

Foerster, A.: Die Bedeutung der gerichtlichen Leichenschau für die Identifizierung von Wasserleichen. (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) Öff. Gesdh.dienst 2, A 525 bis A 530 (1936).

Zur Begründung der gerichtlichen Leichenschau und gerichtlichen Sektion bei unbekannten Wasserleichen bringt Verf. 2 Fälle. 1. Bei dem einen gelang durch die eingehende Untersuchung der Nachweis, daß es sich bei der aus dem Inn angeschwemmten und seit 1 Monat begrabenen Leiche nicht um die gesuchte Ehefrau des Beschuldigten handelte, wie bis zu der Sektion angenommen worden war: Befund von Nabelbruch, Bauchoperationsnarbe, Fehlen von Wurmfortsatz und Gallenblase und längliche Narbe an der Gebärmuttervorderwand, Befunde, die mit der Vorgeschichte der gesuchten Frau nicht übereinstimmten. 2. Eine Donauleiche, von der nur der Rumpf, die Ober- und Unterschenkel vorhanden waren mit Leichenwachsbildung, wurde ohne genaue Untersuchung begraben und nach 5 Jahren auf Veranlassung der Staatsanwaltschaft wieder ausgegraben. Die genaue Untersuchung im Münchener gerichtsarztlichen Institut ergab, daß die Leichenreste sicher nicht von dem 60jährigen Mann stammen konnten, auf den sie bisher bezogen wurden: Radiäre Strukturen an den Wirbelkörpern und zwar an den Gelenkflächen, sowie die Befunde an den Epiphysen und am Kreuzbein bewiesen das jugendliche Alter. [Merkel, vgl. diese Z. 10, 256 (1927).] *Walcher.*

Schwangerschaft, Abort, Geburt, Kindesmord.

Breipohl, Wilhelm: Die Eintrittszeit der Menarche, ihre klinische und pädagogische Bedeutung. (*Univ.-Frauenklin., Königsberg i. Pr.*) Med. Klin. 1936 II, 1453—1454.

Nach einem kurzen Überblick über die biologische Grundlegung des Zustandekommens der Menarche geht der Verf. auf die bisher vorliegenden statistischen Erhebungen hinsichtlich des ersten Auftretens der Periode ein. Wenn diese Statistiken erhebliche Schwankungen aufweisen (Beginn der Periode zwischen 15 $\frac{1}{2}$ und 13 Jahren),

so werden darin als wesentliche Ursache die ungenauen Angaben der bereits mehrere Jahre menstruierenden Frauen erblickt. Der Verf. hat erneute Untersuchung hierüber angestellt und die Fehlerquellen dadurch auszuschalten versucht, daß er an Schulkinder, die noch nicht menstruiert hatten, Menstruationskalender verteilte, in denen dann später laufend das genaue Datum der Menstruationen eingetragen wurde. Nach den bisher vorliegenden Ergebnissen liegt der früheste Beginn der Menstruation zwischen $13\frac{1}{2}$ und 14 Jahren. Als wichtigste Faktoren, die einen Einfluß auf den Beginn der Menstruationen ausüben, werden Erblichkeit und Rassenzugehörigkeit bezeichnet. Den Wert exakter Untersuchungen durch den Schularzt über den Beginn und weiteren Verlauf der Menstruation erblickt der Verf. einmal darin, daß die Möglichkeit eines genauen Einblicks in das Wechselspiel zwischen Hypophyse und Ovarien gegeben wäre, zum anderen, daß rechtzeitig Störungen erkannt und zur gegebenen Zeit behandelt werden könnten, wodurch wiederum manche Frauen vor einer dauernden Sterilität bewahrt bleiben würden.

Wagner (Berlin).

Füth, H.: Über den dreiwöchigen Menstruationscyclus. (*Univ.-Frauenklin., Köln.*)
Münch. med. Wschr. 1936 I, 1044—1045.

Bei 3wöchigem Cyclus ergeben sich durchschnittlich pro Jahr 4 Menstruationen mehr. Dazu kommt die Mehrleistung infolge der Zunahme des Jahres-Gesamtblutverlustes. Eine Durchsicht der Literatur und Überprüfung der eigenen Erfahrungen ergibt dem Verf., daß die 3wöchigen Perioden nicht häufig sind. Allerdings muß daran erinnert werden, daß ein Umspringen vom 4wöchigen auf den 3wöchigen Cyclus beobachtet wird. Verf. weist ferner auf die Ergebnisse hin, die Wahl aus 5000 Geburten ermittelt zu haben glaubt, daß nämlich I. bei 21tägigem Typus die Tragezeit in 78% weniger als 280 Tage beträgt, II. daß bei dem gleichen Typus Kinder in 16% später als genau 280 Tage p. m. geboren werden, und daß diese Kinder zu 12% als überreif zu bezeichnen sind. Daraus folgert Wahl, daß in den Fällen von kurzem Menstruationscyclus die allerersten Anfänge der Übertragung bereits vorliegen, wenn der 280. Tag der Tragezeit (p. m. berechnet) vorliegt. — Die höhere Generationsleistung, die somit Frauen mit 3wöchigem Cyclus aufbringen, ist auf eine besondere Lebensenergie der Ovarien zurückzuführen. Verf. hält es für wichtig, in diesem Zusammenhang auch die Frage der Menarche zu prüfen. — Praktisch dürfen wir aus den Ergebnissen Wahls folgern, daß bei 3wöchigem Menstruationscyclus die Vorhersage für den zu erwartenden Geburtstermin nicht ohne weiteres nach der Naegeleschen Regel erfolgen darf.

H. Fuchs (Danzig).
Osterr. Med. Wschr. 1936, 1044—1045.

Caffier, P.: Studien zum Eitransport beim Menschen. I. Der Eiabnahmemechanismus. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Zbl. Gynäk. 1936, 1873—1882.

Die alten Beobachtungen von v. Haller und Walter, daß durch Schwellung der Eileiter die Bauchenden derselben sich aufrichten und daß dann die Fimbrien den platzzenden Follikel umfassen, erfahren durch die neuen experimentellen Untersuchungen, über die in der vorliegenden Arbeit berichtet wird, eine Stütze. Nach Injektion von Prolan, die teilweise intravenös in einer Dosis von 3400 RE. am 10. und 11. Tage des Cyclus vorgenommen wurde, ergab sich ein unmittelbares Aufliegen des Fimbrienedes der Tube auf dem sprungreifen bzw. gesprungenen Follikel. Durch diese Experimente wurde eine Situation geschaffen, die der um die Zeit des physiologischen Follikelsprungs etwa entspricht. Es wird angenommen, daß beim Follikelsprung das gewissermaßen erigte Fimbrienede der Tube sich unmittelbar über den sprungreifen Follikel deckt, so daß Ei und Follikelflüssigkeit direkt in das Ostium abdominale tubae hineingespritzt werden. Die Steuerung des ampullären Tubenendes in die gewünschte Richtung erfolgt offenbar durch die muskelkräftige Pars isthmica, wobei der Fimbria ovarica als Leitband wahrscheinlich eine gewisse Rolle zufällt. Wenn man sich diesen bei jeder Ovulation wiederkehrenden innigen Zusammenhang zwischen Tube und Ovar vergegenwärtigt, so werden gewisse Erscheinungen der Genitaltuberkulose wie die Bevorzugung der Follikel bei der Ovarialtuberkulose und die vorzugs-

weise Lokalisation der Tubentuberkulose in den Schleimhautfalten des ampullären Teiles verständlich, ebenso wie die Tatsache des besonders ungünstigen Einflusses der Pubertäts- und Entwicklungsjahre, in denen der beobachtete Eiabnahmemechanismus und damit die funktionelle Tätigkeit der Tube beginnt. Da zum Zustandekommen des geschilderten Eiabnahmemechanismus eine gute Beweglichkeit der Tube Voraussetzung ist, wird für die Operationen wegen tubarer Sterilität die Forderung erhoben, der Tube neben ihrer Wiedereröffnung eine möglichst weitgehende Beweglichkeit zurückzugeben.

P. Caffier (Berlin).

Moraes, Arnaldo de: Diagnostik der weiblichen Sterilität. Ann. brasil. Gynec. 1, 91—110 u. dtsch. Zusammenfassung 113—114 (1936) [Portugiesisch].

Die Sterilität hat eine ungeheure persönliche und nationale Bedeutung. Die Behandlung ist nicht nur Aufgabe der ärztlichen Kreise, sondern auch die der Staatsmänner. Die Unterscheidung in Sterilität, d. h. Unmöglichkeit zu konzipieren, und Infertilität, d. h. Unmöglichkeit ein lebensfähiges Kind auszutragen, muß aufrechterhalten werden. Die Wartezeit nach eingegangener Ehe ist nicht genau festzusetzen. Man kann nach frhestens 2 Jahren von einer sterilen Ehe sprechen, aber auch Wartezeiten von 5 und 6 Jahren sind berechtigt, da man, wie Verf. selbst beobachten konnte, nach 15 und 18 Jahren steriler Ehe noch Schwangerschaften beobachtet. Die Begriffe der primären und sekundären Sterilität werden abgegrenzt und hierbei die Rolle der Gonorrhöe, welche 25% aller Sterilitäten verursachen soll, gewürdigt. Der Mann verschuldet 25—40% der Sterilität, wobei allerdings der indirekte Weg der Übertragung der Gonorrhöe auf die Frau und dadurch bedingte Sterilität bei derselben mitgerechnet wird. Das Unterlassen der Untersuchung der Befruchtungsfähigkeit des Mannes bei steriler Ehe muß heute als ein richtiger Kunstfehler angesehen werden. Verf. hat immer wieder Fälle erlebt, in denen die Frau mit Dilatationen usw. behandelt wurde und wo in Wirklichkeit eine Azoospermie oder Nekrospermie des Mannes die Sterilität verursachte. Durch sorgfältige Spermauntersuchung kann so der Frau eine belastende und vielleicht schmerzhafte Untersuchung erspart bleiben. Die Ernährung, insbesondere der Mangel an Vitamin E, ferner das Klima, insbesondere Tropenklima, müssen bei Beurteilung der Sterilität berücksichtigt werden. Die organischen Ursachen der Sterilität, wie Atresien, Infantilismus, auch Vaginitis und Mißbildungen einzelner Organe, werden aufgezählt und dabei einige Fälle des Verf. angeführt. Die Cervixstenose, die vielfach für eine häufige Sterilitätsursache gehalten wird, ist nach Ansicht des Verf. niemals alleinige Ursache der Unfruchtbarkeit. Die Durchgängigkeit des Menstrualblutes beweist die Durchgängigkeit für das Sperma, da der Durchmesser der einzelnen Spermatozoen kleiner ist als der der Erythrocyten. Eher ist schon der zähe Schleimpfropf schuld an der Undurchgängigkeit. Die Cervixdilatation, ebenso wie Eingriffe zur Behebung der Sterilität bei Gebärmutterverlagerungen, sind immer erst auszuführen, wenn die Durchgängigkeit der Tuben vorher festgestellt ist. Verf. schildert einen Fall, bei dem ein kleiner Polyp den inneren Muttermund ventilartig verschloß. Man muß Beclère zustimmen, daß die uterinen Ursachen der Sterilität gegenüber den tubaren ganz zurücktreten. Bei 30 Fällen von weiblicher Sterilität ohne anatomische Genitalanomalien wurde vom Verf. durch Salpingographie in 53% vollständiger Verschluß der Tuben festgestellt. Der Infantilismus, insbesondere derjenige der Eileiter, ist eine häufige Sterilitätsursache. Das Ovar ist nur in wenigen Fällen von Hypoplasie an der Unfruchtbarkeit schuld. Die Lues des Genitalapparates ist häufiger als Sterilitätsursache zu werten als allgemein üblich. Eine entsprechende Behandlung bringt gute Erfolge. — Eine 2. Gruppe von Sterilitätsfällen ist diejenige auf psychosexueller Grundlage. Die Frigidität der Frau ist niemals alleinige Ursache der Sterilität. Bei einer 3. Gruppe, den „unklaren“ Fällen von Sterilität, wo keinerlei Ursache gefunden werden kann, muß man mit der sexuellen Inkompatibilität rechnen, Immunität gegen das Sperma, endokrine Störungen oder konstitutionelle Faktoren annehmen, wobei sich der intersexuelle Typus häufig findet. Verf. hält bei Behandlung der Sterilität

folgende Reihenfolge ein: Anamnese; allgemeine und gynäkologische Untersuchung; Untersuchung auf Gonorrhöe bei Frau und Mann; Ausschließen jeder Sterilitätsursache von Seiten des Mannes (Spermauntersuchung); Behandlung mit Hormonen des Hypophysenvorderlappens und Follikulin; Anraten der Berücksichtigung der Knaus-Oginoschen Fruchtbarkeitsperioden; alkalische Scheidenspülungen; Untersuchung durch den Internisten mit Grundumsatzbestimmung bei Mann und Frau; Hysterosalpingographie. — Curettagen, Cervixdilatationen und Lagekorrekturen des Uterus werden vom Verf. abgelehnt, da sie seiner Meinung nach mehr schaden als nutzen können und oft die letzten Chancen verderben. — Die Salpingographie ist auch therapeutisch von großem Wert. Bei 8 Fällen mit doppelseitigem Tubenverschluß konnte 5 mal eine Schwangerschaft dadurch erzielt werden. — Die Verabreichung hoher Dosen von Follikulin ist oft von ausgezeichnetem Erfolg. — Es ist ein hoher Grad von Gewissenhaftigkeit von Seiten des Arztes erforderlich, um zu helfen und um zu vermeiden, daß die Frauen in die Hände von Charlatane und Kurpfuscher fallen. *Rieper.*

Manunza, Paolo: L'infecondità delle prostitute è consecutiva a fenomeni immunitari da abbondante assorbimento seminale, capaci d'arrestare la vitalità degli sperm? (Ist die Unfruchtbarkeit von Dirnen bedingt durch Immunisierungsvorgänge, welche auf überreichlicher Spermoresorption beruhen, und die imstande sind, die Vitalität der Spermatozoen zu hemmen?) (*Istit. di Med. Leg. e Infortunist., Univ., Cagliari.*) Arch. di Antrop. crimin. **56**, 591–613 (1936).

Eine biologische Sterilisierung des Weibes ist möglich durch Zuführung hormonal wirkender Stoffe, wie Hodenextrakten, Plazentarextrakten, Ovarialextrakten (vgl. zum Verhältnis des hypophysären Vorderlappenhormons zum Ovarialhormon in dieser Hinsicht: Medizin und Chemie, Bd. II, Festschrift der Farben-I.G.-A.G. für Heinrich Hörlein, 1934, S. 35. Ref.), anderseits möglicherweise durch parenterale Einverleibung von Spermapräparaten. Die ersten Tierversuche ergaben nur spärliche Ergebnisse, Haberland gibt aber an, es sei möglich, bei der Frau in jedem Falle mindestens eine zeitweilige Sterilität zu erzielen, was sicher viel zu weit geht. — Van der Dyk meinte, Sperma, parenteral einverleibt, führe zu Antigenbildung, was aber durch eine ganze Reihe von Nachprüfungen nicht klargestellt werden konnte. Positive Erfolge geben Levy (1925) und Baskin (1932) an, ersterer injizierte Gemische von Sperma und Guajakol bei 14 tuberkulösen Frauen und erhielt auch positive Agglutination und in 5 Fällen Komplementablenkung, Baskin benutzte bei 20 Frauen ein Gemisch von Sperma mit Resorcin, er erhielt in allen Fällen Sterilität für die Dauer eines Jahres. Verf. untersucht nun das Verhalten von Blutserum von Frauen gegen Sperma in vitro mittels der Beweglichkeit der Spermatozoen, gleichzeitig kontrollierend, wie lange deren Beweglichkeit in der Spermaflüssigkeit und in verschiedenen konzentrierten physiol. Salzlösungen dauerte; er nahm 2 Vol. Blutserum zu 1 Vol. Sperma. — Die Versuche zerfielen in 3 Gruppen: 1. Virginelle, 2. verheiratete Frauen, 3. Dirnen, die meist geboren hatten, aber seit Jahren steril waren. Stets wurde die Blutgruppenzugehörigkeit der Frauen und soweit auch möglich die der Spermaspender vermerkt. Die Ergebnisse werden unter Anführung der einzelnen Fälle in 10 Tabellen mitgeteilt, virginelles Serum war wirkungslos, ebenso das von verheirateten Frauen mit Kindern. Bei Dirnen fand sich nur in 2 zweifelhaften Fällen von 26 eine Beweglichkeitsabschwächung der Spermatozoen. — Die Dirnensterilität ist nicht auf spermatozide Fähigkeiten des Blutsersums zurückzuführen, sondern im wesentlichen auf chronische Reizkatarrhe und auf die chronische Gonorrhöe der Cervix und der Adnexe. *Robert Müller.*

Tongeren, van: Intra-uterine Pessare. (*Niederländ. Gynäkol. Vereinig., Amsterdam, Sitzg. v. 23. II. 1936.*) Nederl. Tijdschr. Verloskd. **39**, 124–130 (1936) [Holländisch].

Verf. macht an der Hand einiger Beispiele auf die Gefährlichkeit der intrauterinen Pessare aufmerksam. Die niederländische gynäkologische Gesellschaft sollte sich an die Gesundheitsbehörde wenden mit dem Ziel, ein Kaufverbot dieser Pessare zu erreichen

Ganter (Wormditt).

Nordmeyer, K.: Zum Verbot der Intrauterinpressare. (*Univ.-Frauenklin., Göttingen.*) Dtsch. med. Wschr. 1936 II, 1950—1952.

Bericht über 13 Beobachtungen der Göttinger Klinik, die die Gefährlichkeit dieser Pessare erweisen. Nur in 4 Fällen genügte konservative Behandlung, alle übrigen erforderten mehr oder weniger eingreifende Operation. 2 Fälle endeten tödlich durch eitrige Bauchfellentzündung. Leider besteht noch kein Verbot der Herstellung und Verwendung der Intrauterinpressare. *Giese* (Jena).

Ruge, Carl: Die Diagnose der Schwangerschaft. Z. ärztl. Fortbildg 33, 578—582 (1936).

Zusammenfassende Besprechung der unsicheren, wahrscheinlichen und sicheren Schwangerschaftszeichen. Von den für die Frühdiagnose wichtigen Laboratoriumsmethoden werden den Zuckerproben, der Blutkörperchenenkungs-Geschwindigkeitsbestimmung und der Abderhalden-Reaktion geringe, der Aschheim-Zondek-Probe große Bedeutung zugeschrieben. Von den Schnellmodifikationen der letzteren wird besonders die von H. Hofmann geschätzt. Für die Mehrlingsschwangerschaft sowie für die Feststellung des eingetretenen Fruchttodes leistet die Röntgendurchleuchtung oder -aufnahme wertvolle Dienste. Zum Schluß wird an 8 Beispielen die Bedeutung der einzelnen diagnostischen Maßnahmen erörtert. *P. Werner* (Wien)._o

Frankl, Oskar, und Paul Engel: Die chemische Schwangerschaftsdiagnose aus dem Harn. (*I. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Zbl. Gynäk. 1936, 2645—2646.

Eine Nachprüfung der chemischen Schwangerschaftsdiagnose nach Visscher und Bowman ergab unter 200 Fällen 128 richtige, 72 falsche Resultate. Die Probe stimmte daher nur in 64%, so daß sie vorläufig für die Praxis nicht empfohlen werden kann. Die Zondek-Aschheimsche Probe ergibt vorzügliche Resultate, die sich fast 100 proz. Treffsicherheit nähern. Es wird prinzipiell immer die histologische Untersuchung der Mäuseovarien ausgeführt. *Frankl* (Wien)._o

Tous Santamaría, Luis, und José M. García Bravo-Ferrer: Diagnose des Geschlechts des Fetus. Vargasche Reaktion. (*Clin. Ginecol., Univ., Sevilla.*) Rev. españ. Obstetr. 21, 167—172 (1936) [Spanisch].

Die von Vargas im Jahre 1932 angegebene Intradermoreaktion mit Testikelhormon erwies sich bei einer Nachprüfung an 40 Fällen als unbrauchbar zur Geschlechtsbestimmung des Fetus. *Mayser* (Stuttgart).

McCann, F. J.: Some medico-legal problems in connection with pregnancy and parturition. (Einige Schwangerschafts- und Geburtsfragen in bezug auf ihre gerichtsärztliche Bedeutung.) Med.-leg. a. criminol. Rev. 4, 16—35 (1936).

Der Vortrag beschäftigt sich mit den Grenzen der Gebärfähigkeit, mit der Frage, ob eine Empfängnis während der Bewußtlosigkeit möglich ist, ob eine Frau bis zur Entbindung von ihrer Schwangerschaft nichts wissen kann und ob eine Schwangerschaft bei erhaltenem Hymen möglich ist. Diese Fragen werden bejaht. Dagegen glaubt Verf., daß die Frage der Superfetation und der Superfecundation beim Menschen noch nicht geklärt ist. Ausführlich werden die Zeichen für eine vorangegangene Entbindung an der Lebenden und Toten besprochen, wobei besonders die Bedeutung der Ausbildung von Striae an den Brüsten, die nur während der Schwangerschaft auftreten sollen, hervorgehoben wird. Eigene Untersuchungen haben dem Verf. gezeigt, daß bereits bei einem Fall aus einer Höhe von 45,7 cm in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Schädelfrakturen bei Neugeborenen auftreten, was für Kindsmordprozesse wichtig ist. In der Aussprache wird besonders auf die Verantwortlichkeit des Arztes bei falscher Schwangerschaftsdiagnose und auf die Erzwingung einer Untersuchung von Hausangestellten zur Feststellung einer Schwangerschaft eingegangen. Es wird dabei erörtert, ob es erlaubt sei, sich heimlich den Urin einer solchen Hausangestellten zu verschaffen, um eine Schwangerschaftsreaktion anstellen zu lassen. Im Anhang wird der bekannte Fall von Chaschinsky und Jerschow, einer Geburt bei einem

6^{1/2}-jährigen Mädchen, das von seinem Großvater geschwängert war, ausführlich wiedergegeben. (Vgl. diese Z. 23, 47.) *Frommolt* (Halle a. d. S.).

Döderlein, A.: „Nachempfängnis“ bei zweieiigen Zwillingen. Münch. med. Wschr. 1936 II, 1685—1686.

A. Döderlein (München) führt aus: Die Wissenschaft unterscheide bei zu verschiedenen Zeitpunkten erfolgenden Befruchtungen zweier Eier theoretisch zwei Möglichkeiten: 1. Superimprägnation oder Superfoecundatio, d. i. Überschwangerung oder Nachempfängnis bei zwei Eiern einer Ovulationsperiode, und 2. die Superfötation, d. h. Überfruchtung, Befruchtung mehrerer Eier aus verschiedenen Ovulationsperioden der nämlichen Schwangerschaft. — Die Möglichkeit der Superfötation werde auf Grund anatomischer Tatsachen und besonders durch die biologisch hormonale Forschung (keine weiteren Eireifungen nach einer Befruchtung) von der Wissenschaft abgelehnt. Die Superimprägnation sei jedoch möglich. Als Beispiele werden angeführt: 1. Ausstoßung zweier Eier aus einem Follikel (das Vorkommen mehr-eiiger Follikel ist gesicherte anatomische Tatsache!). Die Befruchtung geschehe dann im allgemeinen zu gleicher Zeit durch das Sperma eines Mannes, da die Befruchtungsfähigkeit der Eier infolge der sehr rasch auftretenden Degenerationserscheinungen derselben eine sehr kurzdauernde sei. Der Anatom Hammond begrenze sie auf 2 Stunden. Falls man in einem solchen Falle mehrere Erzeuger zulassen wolle, dann müßten die Kohabitationstermine sehr eng beieinander liegen. 2. Eier entstammen zwei Follikeln (gleichgültig, ob aus einem oder beiden Eierstöcken). Follikelsprung brauche jetzt nicht ganz gleichzeitig zu sein — vielleicht innerhalb mehrerer Stunden —, die Möglichkeit der Superimprägnation durch mehrere Erzeuger sei jetzt wegen des größeren Zeitraumes viel eher möglich. — Da aber bis heute die Zeitspanne der Befruchtungsfähigkeit der Samenfäden unbekannt sei, habe man keine Anhaltspunkte dafür, wann die Erzeugungsmöglichkeit des ersten Konkubenten erloschen sei. In der Praxis hielten die Tierzüchter die Überschwangerung für feststehende Tatsache. Wenn man glaube, daß beim Menschen das Vorkommen rasseverschiedener Zwillinge (Anführung eines Falles aus dem Jahre 1912: Nürnberger, Arch. Gynäk. 102, 40; A. Schohl, Inaug.-Diss., „Mongolenfleck“, Demonstration i. d. Bayr. Gesellschaft f. Frauenheilunde; Münch. med. Wschr. 1912, Nr 35, S. 1932) das Rätsel längst gelöst habe, dann irre man sich. Es bestehe jedoch eine Möglichkeit, die Frage endgültig zu klären, nämlich durch systematische Blutgruppenuntersuchung aller zweieiigen Zwillinge. *R. Koch.*

Novák, Lajos: Kriminelle Aborta. Magy. Nögyógy. 5, 82—84 (1936) [Ungarisch].

Bericht über 2 Fälle krimineller Aborta. Fall 1. Ein 22-jähriges Mädchen führt in die Scheide ein fingergelenkgroßes Stück Ätzsoda (Natriumcarbonat) um ihre Schwangerschaft zu unterbrechen. Nach ausgedehnter Ätzung und Nekrosis sowie septischen Erscheinungen Genesung. Die Scheide wurde narbig geschrumpft, stark verkürzt, die Scheidengewölbe wandelten sich in eine ringförmige feste Narbe um, die Portioöffnung punktförmig. — Fall 2. Eine junge Modistin unterbrach ihre Schwangerschaft mit einem Gänsefederkiel, den sie vorher im heißen Wasser auskochte. Auf die Frage wer sie unterrichtet hat über die Methode, Lage des Uterus, Sterilitas usw. gab sie die überraschende Antwort mehrere volkstümliche medizinische Bücher gelesen zu haben, die sämtliche Fragen genau erörterten. *Vitray.*

Giudici, Emilio: Perizia medico-legale a proposito di un'accusa contro medici presenti autori di pratiche abortive criminose. (Beschuldigung zweier Ärzte, einen kriminellen Abort eingeleitet zu haben.) (*Maternità, Osp., Varese.*) Riv. Ostetr. 18, 230—234 (1936).

Eine Frau beschuldigte zwei Ärzte, einen verpönten Eingriff bei ihr ausgeführt zu haben, welchem Beschwerden seitens des Genitales gefolgt waren. Das gerichtsärztliche Gutachten stellte fest, daß die Frau niemals gravid war, sich infolge psychischer Störung für gravid hielt und die von den Ärzten unternommene Ausschabung am blutenden Uterus als abortive Manipulationen angenommen hat. *Cristofolletti.*

Nevinny, H.: Über Uterusperforationen mit Darmverletzungen. (Univ.-Frauenklin., Königsberg i. Pr.) Dtsch. med. Wschr. 1936 I, 1044—1047.

Statistische Angaben über die Häufigkeit der Uterusperforationen (0,1—2%).

Spontane Entstehung ist möglich bei destruierender Blasenmole, bei beginnendem Chorionepitheliom, auch bei Placenta increta. Begünstigende Momente sind: Lageveränderungen, Mißbildungen, Hypoplasie, Atrophie, entzündliche Veränderungen, Venenerweiterungen, Kreislaufstörungen, Geschwülste, Narben, Erschlaffungszustände der Uterusmuskulatur, Einpflanzung des Eies in der Tubenecke, interstitielle und bekannte Eileiterschwangerschaften. Spontankontraktionen des Uterus sollen bei liegendem Hegar-Stift zur Perforation führen können. An der Perforationsstelle kann ein Krankheitsbefund (Lymphangiom) vorliegen. Kleine Verletzungen können nach 24 Stunden verklebt sein (bei Verwendung von Sonden, Kanülen usw.). Ein aseptischer leerer Uterus wird aber durch ein solches schmales Instrument meist nur bei gynäkologischer Auskratzung durchbohrt, deshalb ist bei Perforation anlässlich einer Abortbehandlung stets operative Behandlung notwendig. Wichtiger sind die Perforationen mit größeren Instrumenten, besonders mit der früher häufig verwendeten Kornzange, wobei es oft zu Nebenverletzungen (Baucheingeweide, Darm) kam. Nach therapeutischen Bemerkungen bringt Verf. Kasuistik von Nebenverletzungen aus der Literatur, z. B. Embolie des Gummikatheters ins Herz (? Ref.), Blasenverletzungen, Ureterverletzungen, Verletzungen der Adnexe, Einklemmung des Netzes in die Uterusverletzung. Statistik von Peham und Katz (Wien 1926).

Zwei eigene Fälle. 1. Fall. 28jährige Erstgeschwängerte, wegen Blutungen und wehenartigen Schmerzen im 2. Monat Ausräumung durch Arzt. Verwendung der Eizange nach Dilatation. Mitfassen von „Fett“. Es handelte sich um Ausreißung von Darm (40 cm Dickdarm). Laparotomie, Totalexstirpation, Defekt des Colon descendens vom untersten Ende bis zum Rectum. Tod an Peritonitis. Sektionsbefund fehlt. Die Perforationsöffnung zeigte histologisch stark erweiterte Venen mit Thrombenbildung, Ödem und entzündlicher Infiltration des interstitiellen Gewebes. Perforation an der Hinterwand der Cervix. — 2. Fall. 19jährige Erstschwangere, wegen Blutungen infolge angeblichen Falles von der Treppe, ausgeräumt durch Arzt im 5. Monat. Aufnahme im anämischen Zustande. Laparotomie. Markstückgroße, zerfetzte Perforation an der Hinterwand des Fundus uteri. Rectum und unteres Sigmoid auf 30 cm Länge meist bis in die Ringmuskulatur verletzt mit zehnpfennigstückgroßer Öffnung der Darmlichtung. Abgerissener Kopf und Rumpf im Douglas wurden entfernt. Naht des Darmes und des Uterus. Äther in die Bauchhöhle. Genesung. — Hinweis auf einen Fall von Frommolt (Zbl. Gynäk. 1932, 2843 und 1934, 939), in welchem der Operateur den in der Bauchhöhle liegenden Kopf drinnen gelassen hatte, obwohl der perforierende Arzt ihm dies mitgeteilt hatte. Die Frau war an Peritonitis verstorben, der perforierende Arzt wurde freigesprochen, der Operateur verurteilt (Reichsgericht), nach Stöckel ein Fehlurteil, weil der Operateur wegen des starken Blutverlustes sehr beschleunigt arbeiten mußte. (Vgl. diese Z. 23, 414 [Frommolt].)

Walcher (Würzburg).

Sovak, Francis W.: Tubal pregnancy in a case of bilateral tubal implantation with inspection of operative site after three years. (Eileiterschwangerschaft in einem Falle von beiderseitiger Tubenimplantation.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., New York Univ. School of Med. a. Bellevue Hosp., New York.*) Amer. J. Obstetr. 32, 344—346 (1936).

Eine 31jährige Frau wurde 1932 wegen fixierter Retroflexio operiert. Da eine während des Eingriffes vorgenommene Pertubation einen beiderseitigen Tubenverschluß dicht am Uterus ergab, so wurden beide Tuben reseziert und mit dem durchgängigen Teil in den Uterus implantiert. 1934 erfolgte eine intrauterine Schwangerschaft, die mit einem Abortus endete. Im Juli 1935 traten Symptome einer Tubenschwangerschaft auf, die eine Operation notwendig machten. Es fand sich ein linksseitiger Tubaabort; die Tube wurde exstirpiert, die Rekonvaleszenz verlief normal.

Geppert (Hamburg)..

Inogda, K.: Fall von übertragener Extrauteringravität. Akuš. i Ginek. 6, 749 bis 750 (1936) [Russisch].

Verf. beschreibt einen Fall von übertragener Extrauteringravität. Die abgestorbene Frucht hatte ihren Sitz auf Blind-, Dünndarm, Netz und unterem Rand der Leber. Röntgenologisch und histologisch wurde der Fall nicht untersucht. I. S. Pipirs..

Smith, William P., and John P. Bolton: Lithopedion. (Steinkind.) (*Dep. of Surg., White Cross Hosp., Columbus, Ohio.*) Internat. Clin. 3, Ser. 46, 33—39 (1936).

Unter dem Begriff Lithopedion versteht man die Ablagerung von Kalksalzen im

Fetus selbst, unter Lithokelyphos bezeichnet man einen Zustand, bei dem die Eihäute verkalken und der mumifizierte Fetus sich wie in einer Muschel befindet. Beim Lithokelyphopedia bestehen sowohl eine Verkalkung des Fetus sowie der Eihäute. In der Literatur finden wir von 1582—1926 177 beschriebene Fälle. Bei dem von Verff. beschriebenen Falle handelt es sich um eine 44jährige Frau, bei der man eine Bauchhöhlen-schwangerschaft mit bereits lebendem Kinde röntgenologisch festgestellt hatte, die aber die Operation verweigerte. Nach einiger Zeit „hörten die Bewegungen auf, und der Leib wurde allmählich wieder dünner“. 4 Jahre später traten Beschwerden auf. Die Röntgenuntersuchung ergab einen neben dem Uterus liegenden verkapselten, skelettierten und stark verkalkten Fetus, der operativ entfernt wurde. *Geppert (Hamburg)*°°

Streitige geschlechtliche Verhältnisse, Perversionen.

Ciafaloni, Giulio: *Infantilismo disglandulare.* (Dysglandulärer Infantilismus.) (*Osp. Psichiatr. di S. Antonio Abate, Teramo.*) Osp. psichiatr. 4, 249—264 (1936).

Nach kurzer Besprechung der Literatur wird ein Fall von dysglandulärem Infantilismus beschrieben. Nach normaler Geburt und bei natürlicher Ernährung war die Entwicklung des Patienten körperlich und seelisch unternormal. Mit 14 Jahren mußte er wegen Aggression sowie Brandstift- und Suicidversuchen in die Anstalt eingeliefert werden, woselbst er sich bis jetzt befindet. Zur Zeit ist der Patient 20 Jahre alt. Der Körperbau und die Körpergröße entsprechen denen eines 12jährigen Kindes. Der Gesichtsausdruck ist infantil, zeigt aber auch Erscheinungen des „gealterten Bubengesichtes“. Die Körperkonturen sind weiblich-infantil, auch die Hautbeschaffenheit, mit Ausnahme der zu geringen Elastizität der letzteren. Am Gesicht sind Falten an der Stirn und in der periorbitalen Region (Geroderma) zu sehen. Es zeigen sich transitorische Ödeme. Achselhöhlen- und Schambehaarung fehlt, ebenso auch die männliche Behaarung des Gesichts. Die Nägel sind fragil. Hände und Füße sind unverhältnismäßig klein. Becken ist von weiblichem Typ. Es besteht Hypotrophie, Hypotonie sowie Asthenie der Muskulatur. An den Ohren sind Degenerationsstigmen. Die Geschlechtsorgane sind ungenügend entwickelt. Der Penis ist 2 cm lang, die Hoden sind haselnußgroß und von weicher Konsistenz. Der Puls ist klein und rhythmisch (78 Schläge in 1 Minute). Der Röntgenbefund der Sella ergibt normale Konfiguration bei einer gleichmäßigen Verkleinerung entsprechend der Sella eines 5—6jährigen Kindes. Die Epiphysenknorpel persistieren. Die übrigen allgemein-körperlichen und Laboratoriumsbefunde einschließlich der Wa.R. ergeben nichts Krankhaftes. Die neurologische Untersuchung ist auch o. B. Die psychische Entwicklung ist stark gehemmt. Das Benehmen ist kindisch, ängstlich. Die Bewegungen sind torpid. Die Aufmerksamkeit ist stark herabgesetzt oder fehlt. Die Perzeption ist herabgesetzt. Der Patient ist faul, apathisch, beantwortet nur die einfachsten und ihn selbst betreffenden Fragen. Er gesellt sich gern Kindern zu, nimmt manchmal an ihren Spielen teil, vermeidet aber die Gesellschaft älterer Personen. Das Seelenleben entspricht dem eines 6 bis 8jährigen Kindes. Der Patient ist gewöhnlich ruhig, mit seltenen Krisen von Erregung mit Aggressivität oder von Depression. In der Annahme, daß der Infantilismus des Patienten hauptsächlich durch Hypophysen- und Schilddrüsenhypofunktion entstanden ist, versuchte der Verf. eine Therapie mit Injektionen von Prolan (gonadotropes Hormon des Hypophysenvorderlappens) und Elityran (injektabiles Schilddrüsenpräparat). Nach kurzer Behandlung zeigte sich schon das Erscheinen von Scham- und Achselbehaarung sowie ein Wachstum der Hoden und des Penis. Verf. schlägt vor, die Pathogenese des polyglandulären Infantilismus ex juvantibus zu studieren. *Fischer (Budapest)*.°°

Lindvall, S., und F. Wabligen: *Ein Fall von echtem Hermaphroditismus- Gynandromorphismus.* (*Kir. Avd., Pat. Anat. Laborat., St. Görans Sjukh., Stockholm.*) Nord. med. Tidskr. 1936, 635—641 [Schwedisch].

Nach allgemeinen Bemerkungen über das Wesen, die Entstehung und Einteilung des