

wieder bestätigt. Andere fanden Temperaturdifferenzen zwischen Bauchhöhle und Hodensack von 2,7—7,8°. Auch auf das Buch von Herm. Knaus „Die periodische Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit des Weibes“ und den Abschnitt „Die Samenzelle“ wird vom Verf. verwiesen, der zu dem Ergebnis kommt, daß die Beweglichkeit an sich kein Zeichen der Befruchtungsfähigkeit der Samenfäden sei, nur die sehr lebhaft sich fortbewegenden Spermien seien befruchtungsfähig. Hier muß Ref. allerdings widersprechen. Bei dem kümmerlichen Spermabefund sind von Ref. erbiologische Nachuntersuchungen veranlaßt worden, die überzeugend die Vaterschaft solcher Männer, also deren Zeugungsfähigkeit, zum Nachweis brachten. Solle die Vasoresektion innerhalb weniger Tage nach der Operation die Zeugungsunfähigkeit des so sterilisierten Mannes zur Folge haben, so müsse der Samenleiter, wie dieses bereits von Schüller aus anderen Gesichtspunkten zum Vorschlag gebracht worden ist, außerhalb des Scrotums dargestellt und durchtrennt werden. Bei diesen Vorgängen sei mit Sicherheit damit zu rechnen, daß der Patient beim Verlassen des Spitals nach Abheilung der äußeren Wunden seine Zeugungsfähigkeit bereits endgültig verloren hat. Bei ein- oder doppelseitigem Kryptorchismus erübrige sich die Vasektomie auf der Seite des kryptorchiden Hodens.

*Nippe (Königsberg i. Pr.).*

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

**Obata, Isei:** Über den Menstruationseyclus. (*Hamada-Frauenklin., Tokyo.*) Mitt. jap. Ges. Gynäk. 32, Nr 5, 46—47 (1937).

Verf. errechnet aus einem Material von über 20000 Fällen: 1. einen Mittelwert von  $31,86 \pm 4,62$  Tagen für den Menstruationseyclus; 2. eine Schwankung des Cyclus bei der gleichen Person um einen Mittelwert von  $10,72 \pm 8,89$  Tagen; 3. eine Menstruationsdauer von  $5 \pm 1,78$  Tagen und schlußfolgert daraus, daß es, wenigstens für Japanerinnen, falsch sei, 28 Tage als Standardwert für den menstruellen Cyclus anzunehmen.

*Schütt (Berlin).*

● **Gerster, H. I.: Die Lehre von der periodischen Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit des Weibes nach Knaus.** Basel: Benno Schwabe & Co. 1937. 23 S. RM.—.90.

In der kleinen, allgemein verständlich geschriebenen Broschüre kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen. Die Eizelle hat eine Befruchtungsfähigkeit von nur wenigen Stunden. Die Samenzellen verlieren im weiblichen Genitale ihre Befruchtbarkeit nach 30, höchstens aber nach 48 Stunden. Hieraus ergibt sich, daß eine Befruchtung nur durch Geschlechtsverkehr bis höchstens 2 Tage vor und während dem Eibläschen-sprung möglich ist. Dieser konnte von Knaus bei der geschlechtsgesunden Frau auf den 15. Tag vor Eintritt der nächsten Periode fixiert werden. Der nach der Ovulation auf dem Boden des geplatzten Eibläschen s sich entwickelnde gelbe Körper verhindert während seiner Herrschaft Reifung und Ausstoßung weiterer Eier. Um auf der Grundlage dieser Tatsache auf natürlichem Wege eine Geburtenregelung durchzuführen, muß durch genaue kalendermäßige Notierung während mindestens eines Jahres der Periodencyclus der betreffenden Frau festgestellt werden. Dieser kann bei verschiedenen Frauen recht verschieden sein und ist nie absolut regelmäßig. Die jedesmal festgestellte Schwankungsbreite muß in Rechnung gestellt werden. Ergibt die Beobachtung dann beispielsweise einen Cyclus von 28—30 Tagen, so fällt die Ovulation für den 28tägigen Cyclus auf den 14., für den 29tägigen auf den 15., für den 30tägigen auf den 16. Tag vom ersten Tage der letzten Periode an gerechnet. Die möglicherweise fruchtbare Zeit, wegen der Befruchtungsdauer der Samenzellen nach vorn um 2 Tage verlängert, läuft also vom 12. bis 16. Tag. Um allen Möglichkeiten gerecht zu werden, verlängert man diese Zeit zweckmäßigerweise noch nach vorn und hinten um je einen Tag, so daß man dann also eine fruchtbare Zeitperiode vom 11. bis 17. Tag annehmen muß. An allen übrigen Tagen ist die Frau mit dem oben dargestellten Cyclus völlig unfruchtbar.

*Weimann (Berlin).*

**Araya, Rafaél:** Gibt es eine Periode physiologischer Sterilität beim Weibe? Die Methode von Ogino und Knaus im Lichte der Tatsachen. (*Abt. f. Frauenkrankh., „Hosp. Español“, Rosario de Santa Fé.*) Zbl. Gynäk. 1936, 2074—2083.

Unter Heranziehung der einschlägigen Literatur nimmt Verf. Stellung zu der von Knaus und Ogino angegebenen Methode zur Feststellung der physiologischen Sterilität der Frau. Als wesentlichste Tatsachen, die die von Knaus und Ogino gemachten Beobachtungen als nicht berechtigt erscheinen lassen, wird zunächst angeführt, daß die angenommene Zeitdauer des Cyclus von 28 Tagen in mehr als 40% nicht zu Recht besteht. Außerdem kann die Ovulation zu jedem beliebigen Zeitpunkt und somit die Corpus luteum-Bildung innerhalb des Menstrationscyclus erfolgen. Eine Entfernung des Corpus luteum zu irgendeinem Zeitpunkt innerhalb des Cyclus führt zu keiner Änderung der Uteruscontractilität. Eine Befruchtung kann zu jedem Zeitpunkt der Menstruation erfolgen, ja sogar während der Menstruation, und schließlich wird die lange Lebensfähigkeit der Spermatozoen erwähnt. Auf Grund aller dieser Beobachtungen und Feststellungen lehnt Verf. die Annahme einer Periode physiologischer Sterilität ab.

L. Herold (Düsseldorf).<sup>oo</sup>

**Timko, Andrej:** Zwei Monate Zwischenzeit bei einer Zwillingssgeburt. Čas. lék. česk. 1937, 973—974 [Tschechisch].

In das von Timko geleitete staatliche Krankenhaus kam am 18. I. 1935 eine 27jährige Frau mit einem 1200 g schweren Kinde, das alle Zeichen der vorzeitigen Geburt aufwies. Sie gab an, seit ihrem 22. Lebensjahre verheiratet zu sein und 1 Jahr nach der Verheiratung ein 7 Monate altes Kind geboren zu haben. Jetzt vor der am 17. I. 1935 erfolgten Geburt habe sie die letzten Menses am 7. VI. 1934 gehabt. Die Geburt sei am Abend etwa 11 Uhr erfolgt. Da aber nach der Geburt der Unterleib groß blieb, ließ die Hebamme einen Arzt holen, welcher die Frau, in der Meinung, es handle sich um einen Gebärmuttertumor, ins Krankenhaus schickte. Bei der Untersuchung im Krankenhause wurden in dem etwa fünf kronenstückgroßen Muttermunde die gespannten Eihäute, fluktuierendes Fruchtwasser und etwas höher oben eine kugelförmige, harte Resistenz gefunden — ein Kindeskopf. Zur Sicherung der Diagnose wurde eine Röntgenaufnahme gemacht, welche die Anwesenheit eines zweiten Kindes bestätigte. Versuche, die zweite Geburt in Gang zu bringen (Injektion von Hypophysin, Tymophysin, Pituitrin), ja selbst die wiederholte Anwendung des Chrysteller-schen Handgriffes blieben erfolglos und so entschloß sich T., zunächst 2 Tage abzuwarten und entließ schließlich die Frau auf ihren eigenen Wunsch mit dem ersten Kinde, das sich trotz vergeblicher Stillversuche der Frau nicht erholt hatte, aus dem Krankenhouse. Die für den 14. III. erwartete Geburt des zweiten Kindes trat tatsächlich zur erwarteten Zeit ein und ergab ein 3200 g schweres Kind weiblichen Geschlechtes. Am 3. Tage post partum normale Lactation. Es wurde auch das erste Kind (ein Knabe) der Mutter an die Brust gelegt, erreichte in 14 Tagen ein normales Aussehen. Bei der am 10. XI. vorgenommenen Kontrolle wog der erste 39 Wochen alte männliche Zwilling 5760 g bei 62 cm Länge, das zweite Zwillingskind 6920 g bei einer Länge von 66 cm. Es handelt sich demnach um Zwillinge, welche nach der Anamnese zu gleicher Zeit von einem Manne konzipiert wurden, von denen aber der eine vorzeitig im 8. Monate, das zweite Kind am normalen Schwangerschaftsende im 10. Monat geboren wurde. Wegen der großen Seltenheit des Falles hält T. die gewiß sehr interessante Mitteilung für gerechtfertigt. Es wäre noch hinzuzufügen, daß diesem Falle auch große forensische Bedeutung zukommt, da beglaubigte, ärztlich kontrollierte Fälle dieser Art im gerichtsärztlichen Schrifttum nicht erwähnt sind. Kalmus (Prag).

**Motta, Giuseppe:** Contributo allo studio delle sindromi endocrine pseudogravidiche. (Amenorrea seguita da metrorragia grave per corpo luteo cistico persistente.) (Pseudogravide endokrine Syndrome.) (*Istit. di Clin. Ostetr. e Ginecol., Univ., Messina.*) Arch. Ostetr. 1, 1—26 (1937).

Bericht über folgenden Fall. Eine 29jährige Frau, die 4 mal normal geboren hatte,

hatte während einiger Monate keine Periode, bekam dann aber plötzlich eine so schwere Blutung, daß sie als Notfall in die Klinik in Messina gewiesen werden mußte, wo sie kollabiert anlangte. Dort wurde die Vermutungsdiagnose auf Tubargravidität gestellt und die Laparotomie vorgenommen. Es fand sich dann allerdings keine Blutung in die Bauchhöhle und statt der erwarteten Eileiterschwangerschaft eine etwa apfelformige Cyste des Corpus luteum, die entfernt wurde. Der Uterus war vergrößert entsprechend einer Gravidität vom 2. Monat. Nach der Operation konnte aber mit Sicherheit eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden. Die vaginale Blutung hörte sofort nach dem Eingriffe auf. Der Autor zieht daher den Schluß, daß die Amenorrhöe und die Blutung hormonalen Ursprungs gewesen und mit der Corpus luteum-Cyste in Zusammenhang gestanden sei.

*Paul Hüssy (Aarau).*

**Wahl, F. A.: Sind die Kinder größer und dauert die Schwangerschaft länger als früher?** (*Univ.-Frauenklin., Köln.*) Dtsch. med. Wschr. 1937 I, 769—772.

Aus einem Material von 5901 reifen lebenden Kindern wurde in der Kölner Frauenklinik eine mittlere Geburtslänge von 51,47 cm und ein mittleres Geburtsgewicht von 3404 g berechnet. Der Verf. setzt diesen gegenüber der bisherigen Lehrmeinung erhöhten Länge-Gewichts-Quotienten in Beziehung zu der von ihm schon mitgeteilten Verlängerung der mittleren Schwangerschaftsdauer von 280 auf 284—285 Tage post menstruationem. Wahrscheinlich sind soziale und wirtschaftliche Umwelteinflüsse — in Analogie zur Zunahme der durchschnittlichen Körpergröße und der durchschnittlichen Lebenserwartung — die Ursache der Vergrößerung der genannten Faktoren. (Durch eine weitere Streuung der Tragzeiten nach oben wird die Unzulänglichkeit der oberen Grenze der gesetzlichen Empfängnisfrist noch offensichtlicher. D. Ref.) *Elbel.*

**Bolaffi, Roberto:** Considerazioni statistiche sulla etiologia e frequenza della macrosomia fetale dedotte dallo studio di 495 casi. (Statistische Erwägungen über die Entstehung und Häufigkeit der fetalen Makrosomien auf Grund der Untersuchung von 495 Fällen.) (*Clin. Ostetr. e Ginecol., Univ., Torino.*) Ginecologia (Torino) 3, 259 bis 285 (1937).

Unter 10000 in der Zeit von 1925—1935 in der Klinik zu Turin verzeichneten Geburten fanden sich  $495 = 4,96\%$  Kinder mit Riesenwuchs, d. h. mit einem Gewicht über 4000 g. Vergleicht man diese Zahl mit der in den voraufgegangenen Zeiten gefundenen, so kann man eine Zunahme der Geburten von Riesenkindern feststellen. Diese Tatsache findet ihre Erklärung in den verbesserten Lebensumständen der italienischen Bevölkerung: Bessere Ernährung, bessere Wohnungsverhältnisse, Abnahme ansteckender Krankheiten (Tuberkulose, Syphilis), Mutter- und Säuglingspflege. Demgemäß hat sich, auch abgesehen von den Riesenkindern, durchschnittlich das Gewicht der Neugeborenen gehoben. Was die Riesenkinder betrifft, so gehörten 348 dem männlichen, 147 dem weiblichen Geschlecht an, 236:100. Dem Beruf nach waren von den Müttern 71% Hausfrauen, 18,5% Landarbeiterinnen, 7,6% Fabrikarbeiterinnen, 2,8% Privatarbeiterinnen (Schneiderin, Plätterin usw.). Das Alter der Mutter spielt bei der Entstehung von Riesenkindern keine Rolle. 11,5% waren Erstgebärende, 88,5% Mehrgebärende. Die Größe des Zwischenraumes zwischen den einzelnen Geburten, wie auch die Zeit des Eintretens der 1. Menstruation sind ohne Einfluß auf das Entstehen der Makrosomie. Die Dauer der Schwangerschaft bei den Müttern von Riesenkindern übersteigt häufig die physiologische Grenze, ohne daß aber in der Spätgeburt die Ursache für eine erhöhte Zahl von Riesenkindern zu erblicken wäre. Bei 38,6% der Mütter von Riesenkindern war das Becken geräumig, seine Maße übertrafen merklich die durchschnittlichen. Wahrscheinlich kommt der Heredität, der konstitutionellen Verfassung der Mutter für die Entstehung der Makrosomie eine besondere Bedeutung zu.

**Schultze, Kurt Walther:** Schwangerschaft nach Tubensterilisation. (*Landes-Frauenklin. d. Rheinprov., Wuppertal-Elberfeld.*) Zbl. Gynäk. 1937, 1683—1692.

Bebilderter Bericht über 2 mikroskopisch untersuchte Versager nach operativer

**Unfruchtbarmachung.** Bei dem einen Fall war versehentlich die Madlenersche Quetschung am Lig. rotundum vorgenommen worden. Im anderen Falle hatte sich nach der Excision eines isthmischen Tubenabschnittes eine Fistel gebildet, durch die sich Ei und Samen vereinigen konnten. Im Fistelgang fanden sich eigenartige deciduaähnliche Zellen, von denen vermutet wird, daß ihr Wachstum unter hormonalem Einfluß steht.

v. Neureiter (Berlin). .

**Rouffart-Marin, Jean:** *Myomectomie pratiquée pour stériliser; six mois après: Grossesse.* (Myomektomie zum Zweck der Sterilisierung; 7 Monate später Schwangerschaft.) Bull. Soc. belge Gynéc. 13, 44—46 (1937).

Bei der Patientin bestanden Symptome, die auf Myome schließen ließen. Sie gab ihre Einwilligung zur Operation nur unter der Bedingung, daß ihr, soweit es möglich sei, eine gewisse Aussicht belassen werden sollte, Kinder in die Welt zu setzen. Bei der Operation wurden multiple Myome unter dem Bauchfellüberzug in großer Anzahl festgestellt. Es wurden erhebliche Teile des Uterus entfernt; der Operateur glaubte nicht daran, daß die Frau nochmals konzipieren könne. Tatsächlich wurde sie aber 6 Monate später schwanger. Der Verf. weist darauf hin, daß man, wenn es nur irgend möglich sei, sich mit einer Myomektomie begnügen und nicht gleich zu einer Amputation des Uterus schreiten solle.

B. Mueller (Heidelberg).

**Lattes, Leone:** *La denunzia degli aborti e il codice penale.* (Die Meldung der Aborte und das Strafgesetzbuch.) (Istit. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Pavia.) (33. congr., Milano, 11.—14. X. 1936.) Atti Soc. ital. Ostetr. 33, 685—688 u. 695 bis 696 (1937).

Unter Hinweis auf die einschlägigen Verfügungen wird eine Überbrückung des Zwiespalts gefordert, der zwischen den Bestimmungen des Sanitätsgesetzes und des Strafgesetzbuches in der Frage der Abortmeldungen besteht. Während nämlich das erste Gesetz dem Arzte die Meldung jedes in seiner Praxis beobachteten Abortfalles an den zuständigen Provinzialarzt zwingend vorschreibt, entbindet ihn der § 365 des StrGB. von der Pflicht zur Berichterstattung, wenn die Meldung die Person, der der Arzt Hilfe geleistet hat und die er nun wegen des Verdachtes eines strafbaren Verhaltens zur Anzeige bringen müßte, in ein Strafverfahren verwickeln würde. v. Neureiter.

**Grassl, Alfons:** *Folgezustände der mechanischen Abtreibungen und Abtreibungsversuche in gerichtsärztlicher Beleuchtung.* (Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Münster i. W.) Münster i. W.: Diss. 1936. 37 S.

Es handelt sich um eine Darstellung der mechanischen Fruchtabtreibung unter Berücksichtigung des einschlägigen Schrifttums, insbesondere kurzer Berichterstattung von besonderen Fällen solcher Abtreibungen. Zugleich bespricht Verf. die bestehenden Gesetze bzw. die durchgeführten Änderungen und Vorschläge auf diesem für die Bevölkerungspolitik so überaus wichtigen Gebiet. Statistische Angaben vervollständigen die Dissertationsschrift.

Matzdorff (Berlin).

**Baranowski, Włodzimierz:** *Fehlgeburt infolge eines Unfalls oder Unfall infolge der Fehlgeburt.* Polska Gaz. lek. 1937, 312—313 [Polnisch].

Eine 45jährige Frau wurde von einem Lastauto überfahren. Ins Krankenhaus gebracht, starb sie am nächsten Tag. Die Sektion ergab starke Bauchblutung nach Leber- und Nierenruptur. Im Uterus fand man Placenta mit einem Stück der Nabelschnur. Nach der Größe der Placenta wurde die festgestellte Schwangerschaft für 4 Monate alt erklärt. Da weder im Krankenhaus noch bei der Sektion irgendwelche Beweise einer kurz vor dem Tode stattgefundenen Fehlgeburt wahrgenommen werden konnten, so war es klar, daß man mit einem unvollständigen Abortus zu tun hatte, somit daß man berechtigt war, eine Placentaretentio anzunehmen. Da man mittels mikroskopischer Untersuchung der Placenta und des Nabelschnurstückes deutliche nekrotische Herde in diesen Organen vorfand, so war es klar, daß der Abortus eine gewisse Zeit vor dem Unfall eingetreten sein mußte, somit daß er in keinem Zusammenhang mit dem Unfall stehen konnte. Dagegen konnte der Zustand, in welchem sich die

Frau infolge des unvollkommenen Aborts befunden haben mußte, sie weniger aufmerksam bzw. sie mehr zerstreut und weniger aufpassend machen. Wachholz.

**Vurchio, Guido:** Rapporti fra sifilide e macerazione fetale. Contributo clinico-statistico. (Beziehungen zwischen Syphilis und fetaler Maceration. Klinisch statistischer Beitrag.) (*Clin. Ostetr. e Ginecol., Univ., Torino.*) *Ginecologia* (Torino) **3**, 191—206 (1937).

An Hand anamnestischer Erwägungen (hauptsächlich über vorangegangene Schwangerschaften), Wa.R. und manchmal auch der Befund der Spirochäte in kindlichen Organen und das Verhältnis des Gewichtes des Fetus zur Placenta wurde festgestellt, daß die Lues in 59,3% der Fälle (178 von 300 untersuchten) die Ursache des frühzeitigen Fruchttodes und der Maceration darstellt. Diese Statistik lehnt sich an die bisher bekannten an und erlaubt den Schluß, daß die Aussstoßung der in Maceration übergegangenen Frucht ein wichtiger Hinweis für die Syphilis ist; aber die Maceration ist nicht synonym mit „Syphilis“, da auch Albuminurie, nicht kompensierte Herzfehler und andere Krankheiten die Ursache für die Maceration bilden können.

*Brückmann* (Florenz).

**Pastore, John B.: Fetal death due to strangulation during labor.** (Kindestod infolge Strangulation während der Geburt.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., Cornell Univ. Med. Coll. a. New York Hosp. a. John E. Berwind Free Maternity Clin., New York.*) Amer. J. Obstetr. 33, 881—883 (1937).

Kasuistischer Beitrag über einen außergewöhnlichen Fall von Kindestod. Bei einer 23jährigen Mehrgebärenden ergab die 4. Niederkunft eine Totgeburt eines normal entwickelten Mädchens, bei dem die Beine mit gestreckten Knien in den Hüftgelenken aufs stärkste nach vorn gebeugt waren, so daß beide Füße unter das Kinn gegen die Halsweichteile gepreßt wurden. Dadurch waren die Halsgefäße während der in Kopfflage erfolgten Austreibungsperiode abgeklemmt; auch lagen 2 Nabelschnurschlingen zwischen Hals und Füßen. Dies hatte eine Stauung der Kopf- und Halsgefäße mit Hämorrhagien in den weichen Hirnhäuten, Falx und Tentorium hervorgerufen. Wiederbelebungsversuche blieben erfolglos. Der Kindestod wurde auf diesen außergewöhnlichen Gefäßverschluß zurückgeführt.  
Schrader (Halle a. d. S.).

Schrader (Halle a. d. S.).

**Doi, Kwanichi:** Drei Fälle von wahrem Nabelschnurknoten. (*Frauenklin., Polizeihosp., Tokyo.*) Mitt. jap. Ges. Gynäk. 32, H. 2, dtsch. Zusammenfassung 16-17 (1937) [Japanisch].

Kasuistische Mitteilung: Alle Neugeborenen gehörten dem männlichen Geschlecht an. Die Nabelschnur war in allen 3 Fällen nach links gedreht. Vorkommen 3 von 2000 Fällen. 1 Zangengeburt, 2 normale Geburten. In allen 3 Fällen handelte es sich um Multiparae. Geppert (Hamburg).

*Geppert* (Hamburg).<sub>o</sub>

Köpp, Günther: Beitrag zur Pathologie der Nabelschnur: Intrauterin erfolgter Einriß und Blutung aus einer Nabelschnurarterie. (Mit Bemerkungen zur normalen Anatomie der Nabelschnur.) (*Gynäkol. Abt., Diakonissenh. u. Path. Inst., Staatl. Krankenanst., Bremen.*) Arch. Gynäk. 164, 12—33 (1937).

Bei Einriß der Nabelschnur erfolgt in 70% der Fälle der Kindstod. Es ist forensisch wichtig zu beurteilen, ob der Riß spontan erfolgte oder künstlich herbeigeführt wurde. Beobachtung einer mäßig gedrehten Nabelschnur ohne Knotenbildung von 44 cm Länge. In der Mitte ein Riß. Lebendes Kind. Nach anfänglich heftigen Wehen waren die Herztöne schlechter geworden, es kam zu sekundärer Wehenschwäche. Lange Geburtsdauer, Abgang von etwas Blut. Die kurze Nabelschnur ist um den Hals geschlungen, blutet an einer Stelle. Es ist ein Riß einer Arterie erfolgt. Die dünne Wandhälfte des zerrissenen Gefäßes zeigt Veränderungen, die man nach künstlichem Riß und unterbrochener Zirkulation niemals findet. Die Zeichnung der äußeren rupturierten Ringmuskelschichte ist vollkommen verwaschen, die Muskelkerne haben korkzieherartige Formen angenommen, wie sie in der übrigen Wand nicht zu finden sind. Die geschädigte Wandung ist von roten und weißen Blutkörperchen durchsetzt. In den Rißwinkeln und über dem geschädigten Endothel liegt Fibrin. Alle diese Befunde

sprechen eindeutig für die intravitale Entstehung des Risses, der schon vor dem Durchschniden des Kopfes erfolgt ist. Eine kriminelle Handlung liegt gewiß nicht vor. Zusammenfassung des Schrifttums und Bemerkungen zur normalen Histologie der Nabelschnur.  
*Frankl* (Wien).,

**Holland, Eardley:** Birth injury in relation to labor. (Über Geburtsverletzungen.) Amer. J. Obstetr. 33, 1—18 (1937).

Ein englischer Geburtshelfer gibt vor der amerikanischen gynäkologischen Gesellschaft eine Übersicht über die Geburtsverletzungen in England während der letzten 30 Jahre. Ausführliche Diskussion, 3 Tabellen, 3 Abbildungen. *Pullar Strecker*.

**Eckstein, Albert:** Zur Entstehung der Geburtsschädigungen des Zentralnervensystems. (Kinderklin., Staatl. Musterkrankenhaus, Ankara.) Wien. med. Wschr. 1937 I, 370—373.

Vorwiegend histologisch gehaltene Arbeit, die wenig Eigenes bringt, im übrigen nur Zusammenstellung des Schrifttums und kritische Bewertung desselben. *Karl Majerus*.,

**Brander, T.:** Über die Bedeutung des unternormalen Geburtsgewichtes für die Entstehung intrakranieller Geburtsverletzungen. (Pädiatr. Univ.-Klin., Helsingfors.) Zbl. Gynäk. 1937, 1645—1648.

Intrakranielle Geburtsverletzungen sind bei frühgeborenen Kindern häufiger als bei anderen, und zwar um so häufiger, je niedriger das durchschnittliche Geburtsgewicht. Durch sie ist die hohe primäre Sterblichkeit der Frühgeburten bedingt. Sie hinterlassen häufig gröbere cerebrale Affektionen verschiedener Art. Insbesondere ist der Schwachsinn unter frühgeborenen Kindern in wesentlich höherem Hundertsatz vertreten als unter anderen Kindern. *Blumberger* (Mülheim-Ruhr).,

**● Peiper, Albrecht:** Unreife und Lebensschwäche. Leipzig: Georg Thieme 1937. 103 S. u. 10 Abb. RM. 6.80.

Die Monographie wurde geschrieben, um die Kenntnis von der Eigenart der unreifen Kinder zu fördern. Unter Berücksichtigung des einschlägigen Schrifttums und auf Grund seiner eigenen Erfahrungen bespricht Verf. auf 90 Seiten folgende Abschnitte: Häufigkeit und Ursachen der Unreife, Wachstum, chemische Zusammensetzung, Stoffwechsel, Grundumsatz, Wärmepflege, Hormone, Fermente, Ernährung, Atmung (insbesondere auch die zentralen Atemstörungen), Kreislauf, Blut, Gilbsucht, Sklerem, Sklerödem, Sinnesphysiologie, Rachitis, neuromuskuläre Erregbarkeit und Tetanie, Infekte, allgemeine Pflegemaßnahmen, die angeborene Lebensschwäche, untere Grenze der Lebenstähigkeit, Aufzuchtwert der Ureifen. Am Schluß folgt auf 12 Seiten ein ausführliches Schrifttumsverzeichnis. Das Büchlein enthält neben theoretischen Erkenntnissen therapeutische Hinweise und Anregungen. Es wird dabei darauf hingewiesen, daß auch in der Praxis — selbst ohne die besonderen Einrichtungen der modernen Klinik — mit geringen, leicht erreichbaren Mitteln vieles für die Aufzucht der unreifen Kinder erfolgreich durchgeführt werden kann. Über den Aufzuchtwert solcher Kinder ist ein endgültiges Urteil noch nicht abzugeben, da vergleichende Untersuchungen mit reifgeborenen Kindern hinsichtlich der Bevölkerungsschichten und der Sippe bisher fehlen. Das Büchlein ist nicht nur dem Allgemeinpraktiker und Spezialisten von Wert, sondern gibt auch Hinweise und Anregungen für wissenschaftliche Forschung auf diesem Gebiet. *Matzdorff* (Berlin).

**Schwab, Alfred:** Die Kindersterblichkeit unter der Geburt bzw. in der Schwangerschaft in den ersten 13 Lebenstagen post partum während der Jahre 1924—1933 in der Universitäts-Frauenklinik Jena. Jena: Diss. 1935. 33 S.

Die in den Jahren 1924—1933 an der Jenaer Frauenklinik bei 5314 Geburten beobachtete Kindersterblichkeit wird von dem Verf. hinsichtlich ihrer Ursachen untersucht. Bei einer Gesamtmortalität von 6,62% fallen auf die Totgeburten 4,42% und auf die Säuglingssterblichkeit (während der ersten 13 Tage) 2,2%. Abzuglich der bereits vor dem Eintritt in die Klinik abgestorbenen Kinder ergibt sich eine Gesamt-mortalität von 4,69%. Bei den unter der Geburt gestorbenen Kindern — die Ursachen sind nach dem vorliegenden Material zu 30% intrakranielle Blutungen — sind erst-

gebärende Frauen mit 60,8% beteiligt. Unter diesen sind es wieder in der Hauptsache reife Kinder (75%), die bei der Erst- und bei den Mehrgebärenden von diesen Schäden betroffen werden. Falls bei groben anatomischen Mißverhältnissen Kunsthilfe nötig wird, hat sich aus einem aktiveren Vorgehen, abwartenden Maßnahmen gegenüber, eine wesentlich erniedrigte kindliche Mortalität, in geringerem Maße auch eine mütterliche ergeben. Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit durch Erhaltung mißgebildeter Kinder wird abgelehnt. In Anbetracht des hohen Anteils der Frühgeburten an der Gesamtmortalität fordert der Verf. eine umfassendere Schwangerenfürsorge und die Entfernung berufstätiger Frauen aus der Fabrikarbeit, besonders während der letzten Schwangerschaftswochen. Außerdem ist eine Besserung der Lebensverhältnisse durch materielle Beihilfen, die über das bisher durch die Reichsversicherungsordnung geleistete Maß hinausgehen, erstrebenswert. *Hofmann* (Berlin-Charlottenburg).

**Rennebaum, Eleonora:** Die rechtliche Beurteilung der Kindestötung in oder bald nach der Geburt, dargestellt auf Grund der im Gerichtsärztlichen Institut der Medizinischen Akademie zu Düsseldorf zur Sektion gekommenen Fälle von fraglichem Kindermord. Münster i. W. u. Düsseldorf: Diss. 1936. 32 S.

Nach Anführung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen unterzieht Verf. 130 Protokolle über Obduktionen kindlicher Leichen am Gerichtsärztlichen Institut Düsseldorf einer kritischen Würdigung. Von diesen entfielen 54 Fälle auf natürlichen Tod, 25 auf fahrlässige Tötung, 50 auf vorsätzliche Kindestötung und 1 Fall auf Mord. Hervorgehoben wird die Schwierigkeit des Nachweises in vielen Fällen, daß das Neugeborene gelebt hat. Unter den Tötungsarten überwiegen gewaltsames Ersticken und Ertränken, dann folgen Erwürgen und Schädelzertrümmerung, schließlich Erdrosseln. Die übrigen Tötungsarten treten zahlenmäßig zurück. Für jede Tötungsart werden Beispiele mitgeteilt. Die Ursachen für natürlichen Kindertod sind zum Teil geeignet, den Verdacht auf Tötung zu wecken. Als Beispiel wird ein Fall von Spontantod an Bronchitis kritisch beleuchtet. *Günther* (Berlin).

**Cueli, Luis F., und Federico Bonnet:** Kindermord durch mehrfache Verletzungen. (*Ges. f. gerichtl. Med. u. Toxikol.; Buenos Aires, Sitzg. v. 2. VI. 1937.*) Archivos Med. leg. 7, 152—161 (1937) [Spanisch].

Die Grundlage der Veröffentlichung bildet die Sektion eines getöteten Neugeborenen, bei dem sich zahlreiche Verletzungen durch Fingernägel an Hals und Gesicht, ferner subconjunctivale Blutungen, 3 Frakturen des Schädeldaches mit intrakranieller Blutung, Oberschenkelfraktur finden. Die Mutter des Kindes erklärt die Veränderungen und Verletzungen des Kindes durch Zug am Hals des Kindes wegen der sehr langsam fortschreitenden Geburt bei bereits geborenem Kopf und durch Entgleiten des Kindes aus den Händen im Augenblick der Geburt, die im Niederkauern erfolgt sein soll. Diese Erklärung muß vom wissenschaftlichen Standpunkt wegen der Verteilung der Wunden am Hals und der Art der Schädelbrüche abgelehnt werden. Eine Entbindung im Stehen ist unmöglich, so daß eine größere Fallhöhe des Kindes auszuschließen ist.

*Rieper* (Berlin).

**Geiger, Herbert:** Die Osteomyelitis des Schambeines als Ursache puerperaler Infektion. (*Frauenklin., Univ. Köln.*) Arch. Gynäk. 163, 584—593 (1937).

Verf. bespricht einleitend vom allgemein-chirurgischen Gesichtspunkt aus Pathogenese und Klinik der Osteomyelitis, die am Schambein nur äußerst selten vorkommt. Sodann wird über einen selbstbeobachteten Fall berichtet, der mit Nephropathie vergesellschaftet war und hinsichtlich der Knochenerkrankung zunächst auffallend symptomlos verlief. Nach Zangenentbindung trat Exitus an Sepsis ein, deren Ursache erst bei der Obduktion klar erkannt wurde in einem osteomyelitischen Herd des linken oberen Schambeinastes. Im Röntgenbild sah man nachträglich den vorher unentdeckt gebliebenen Erkrankungsherd. Die diagnostischen Schwierigkeiten und therapeutischen Möglichkeiten bei dem seltenen Krankheitsbild werden erörtert. — 2 Abb.

*Dietel* (München).