

für seine frühere Frau vorbildlich sorgt. Verf. wirft die Frage auf, ob die eingetretene körperliche Veränderung mit der Einpflanzung der Ovarien zu tun habe. Die Frage wird verneint. Es lägen nur die Kastrationsfolgen vor. Auch die zweite Frage, ob Kastration und Einpflanzung der Ovarien den gewollten und erhofften Erfolg gehabt haben, wird ebenfalls verneint. X. Y. fühlt sich noch nicht genug als Frau. Danach war keine der beiden Operationen gerechtfertigt. *Nippe* (Königsberg i. Pr.).

**Kratochvil, K.: Ungewöhnlicher Fremdkörper im Rectum.** (*Chir. Univ.-Klin., Graz.*) Zbl. Chir. 1937, 2308.

Ein zu Intelligenzkreisen gehörender Mann hatte sich aus masturbatorischen Gründen eine elektrische Glühlampe durch den After in das Rectum eingeführt. Die Lampe zerbrach hier. Der Patient wurde mit starken Schmerzen und Blutungen aus dem After in die Klinik eingeliefert. Nach Dehnung des Sphincters gelang es teils mit den mit Handschuhen versehenen Fingern, teils mit der Kornzange und unter Zuhilfenahme einer Instrumentenfaßzange die Splitter und das Gewinde der Glühlampe zu entfernen. *B. Mueller* (Heidelberg).

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

**Fekete, Sándor: Kohabitationsstörungen der Frau.** Orv. Hetil. 1937, 881—884 [Ungarisch].

Klinischer Vortrag. Ausführliche Besprechung der Kohabitationsstörungen ohne neuere forensische Gesichtspunkte. *Vitay* (Budapest).

**Björnsson, Jon: Über die normale Variabilität des menschlichen Menstruationsintervalles.** (*Hyg. Inst., Univ. Oslo.*) Arch. Gynäk. 164, 619—623 (1937).

Die statistische Bearbeitung der Angaben von 180 Krankenschwesterinnen über ihre Menstruationsintervalle führte u. a. zu dem Ergebnis, daß Unregelmäßigkeiten der Periode viel stärker und häufiger sind, als man gemeinhin annimmt. Wenn als Maß der Unregelmäßigkeit die Differenz zwischen größtem und kleinstem Intervall genommen wird, dann gehören zu Gruppe I (5 Tage und weniger) 6,3%, zu Gruppe II (5—10 Tage) 34,2% und zu Gruppe III (mehr als 10 Tage) 59,5%. In der 2. Hälfte der Lehrzeit waren die Unterschiede allerdings nicht mehr so groß wie in der ersten Hälfte. Falls man sich nach der Theorie von Ogino und Knaus über die sog. „sterile Periode“ richten wollte, könnte dies „die schlimmsten Überraschungen“ herbeiführen.

*M. Werner* (Frankfurt a. M.).

**McHenry, E. W., and C. H. Best: The biological test for pregnancy.** (Die biologische Schwangerschaftsreaktion.) (*Dep. of Physiol. Hyg., School of Hyg., Univ. of Toronto, Toronto.*) Canad. med. Assoc. J. 37, 151—152 (1937).

Die Fehlergrenzen der biologischen Schwangerschaftsreaktion nach Friedman wird untersucht. Durch Rückfrage bei den Ärzten ergab sich, daß von 2359 ausgeführten Reaktionen in 46 Fällen (1,9%) ein falsches Ergebnis gewonnen worden war.

*Fr. Hoffmann* (Düsseldorf).

**Murless, Bryan C., and F. L. McLaughlin: Does superfetation occur? Report of a possible case.** (Gibt es eine Superfetation? Bericht über einen möglichen Fall.) (*St. Mary's Hosp., London.*) Brit. med. J. Nr 3990, 1309—1311 (1937).

Hier handelt es sich um eine vielgebärende Frau mit einer ausgesprochenen Neigung zu Zwillingen, obwohl in ihrer Ascendens nichts Entsprechendes beobachtet wurde. Am 2. III. 1936 erfolgte eine Fehlgeburt von etwa 12 Wochen. Danach trat eine regelrechte Periode nicht wieder auf, die Blutung „zeigte sich“ nur noch zweimal in monatlichen Abständen, dann blieb sie ganz weg. Am 20. XII. 1936 gebar die Patientin einen lebenden Knaben von etwa 6 Pfund. Die Umstände waren insofern ungewöhnlich, als die Geburt mit 3 Preißwehen im Auto stattfand, die Placenta folgte unmittelbar. Einziger Zeuge war der Ehemann. Die Geburt wurde standesamtlich registriert. Das Kind mußte mit der Flasche aufgezogen werden, da die Mutter keine Milch hatte, gedieh aber. Während der nächsten 3 Monate fühlte sich die Frau vollkommen wohl,

nahm aber wahr, daß ihr Leib stark blieb und sogar an Umfang sich vergrößerte. Am 19. III. 1937, also genau 89 Tage nach der Entbindung, suchte sie die Ärzte auf, weil sie glaubte, eine Cyste im Leib zu haben. Das Untersuchungsergebnis einschließlich Röntgenbild lautete auf Schwangerschaft von 34—36 Wochen (Herztöne vorhanden). Die Frau wollte sich nicht davon überzeugen lassen; ihre Periode war allerdings auch nach der Geburt nicht wieder gekommen. 3 Tage später erfolgte spontaner Blasenprung, sehr rasche Muttermundserweiterung und schließlich Zangenextraktion eines normalen lebenden Mädchens, das etwas über 6 Pfund wog und alle Zeichen der Reife aufwies. Auch die 5 Minuten danach geborene Placenta war völlig normal, allerdings recht klein. Bei der Entlassung 14 Tage später war durch bimanuelle Untersuchung kein Anhalt für einen Uterus duplex zu gewinnen, allerdings erlaubte die Patientin nicht die Vornahme einer Hysterosalpingographie. Die Rekonvaleszenz verlief völlig glatt, auch erschien am 3. Tage Milch in den Brüsten. Beide Kinder entwickeln sich gut und nehmen rasch an Gewicht zu. — Die Autoren sprechen den Fall als Superfetation an und weisen auf ältere Literatur und auf Beobachtungen an Tieren hin. Daß gelegentlich eine Ovulation trotz bestehender Schwangerschaft vorkommen kann, halten sie für sicher. Außer der Superfetation stehen 2 Möglichkeiten zur Diskussion, die aber beide abgelehnt werden: 1. Das erste Kind ist nur ein Produkt der Einbildung der Frau (es ist aber da, auch seine Geburtsbescheinigung und das Zeugnis des Ehemanns); 2. Zwillingschwangerschaft mit ungleichmäßiger Entwicklung der Früchte und verspäteter Ausstoßung des 2. Kindes (es scheint kaum glaubhaft, daß dieses Kind noch 12 Wochen im Uterus blieb und dann normal und lebend zur Welt kam).

P. Caffier (Berlin).

**Cotușiu, Coriolan: Praktische Erfahrungen mit der Brustdrüsensekretmethode in der gerichtlich-medizinischen Diagnose bei Abortus.** Arch. Inst. Med. leg. Univ. Cluj 1937, 63—68 [Rumänisch].

Die Sekretion der Mammdrüse enthält nach dem Abortus charakteristische cytologische Elemente: Lactocyten, Prälactocyten, Leukocyten und Granulationen. Dieses Bild ist in den 23 Fällen von Abortus, die vom ersten Tag bis beinahe 9 Wochen nach der Abtreibung verfolgt wurden, beinahe konstant. Die cytologisch-charakteristischen Elemente im künstlichen Abortus erscheinen nur nach 4—6 Tagen und halten etwa 3—4 Wochen an, zum Unterschiede vom spontanen Abortus, bei welchem sie 10—14 Tage später erscheinen, und lange Zeit, etwa 7—8 Wochen, anhalten. Diese Feststellungen könnten als Differentialdiagnose bei den zwei Abortusarten angewendet werden mit der Bedingung, daß die Untersuchung in den ersten Tagen nach dem Abortus vorgenommen wird. Es wurde die Erscheinung von neuen cytologischen Elementen festgestellt, deren Rolle wegen Mangel an Fällen nicht konstatiert werden konnte.

Autoreferat.

**Pasmore, H. S.: A clinical and sociological study of abortion.** (Eine klinische und soziologische Untersuchung des Abortus.) (*Obstetr. a. Gynaecol. Dep., Brit. Postgraduate Med. School, London.*) J. Obstetr. 44, 455—469 (1937).

Von 117 in der Klinik behandelten Aborten wurde in 43,6% der Fälle ein künstlicher Eingriff zugegeben, der in 32,6% erfolgreich war. Bei weiteren 17% wurde ein voraufgegangener Eingriff vermutet. Bei 40% der Patienten handelte es sich um einen Spontanabort. Die zur Herbeiführung der Fehlgeburt angewandten Mittel sind nicht von den üblichen verschieden, in 15% der Fälle wurden Arzneimittel aller Art angewandt, bei 59% Spülungen mit Chemikalien, im übrigen mechanische Mittel mit dem Ziel oder Erfolg der Einführung in die Gebärmutter. Der Eingriff wurde in 53% der Fälle in den ersten 3 Monaten ausgeführt. Es werden die Beziehungen zwischen Abortus artificialis und der Kenntnis und Anwendung antikonzeptioneller Mittel untersucht, außerdem Konfession und Beteiligung der Verheirateten und Unverheirateten in Betracht gezogen. Die Behandlung ist die übliche konservative, bei Adnexitis, Parametritis, Trombose, Peritonitis usw. Nur bei starker Blutung wird in

solchen Fällen ausgeräumt. Im Gegensatz zu Taussig, Parish und vielen anderen, die aus Sicherheitsgründen zunächst, wenn nichts zum Eingriff drängt, abwarten und später die Ausräumung anschießen, ist nach diesem Bericht die sofortige aktive Aborttherapie nicht kontraindiziert. *Redenz (Danzig).*

**Jaroschka, K.: Zur Abortusfrage.** (*Geburtsh.-Gynäkol. Abt., Allg. Öff. Krankenh., Teplitz-Schönau.*) *Med. Klin.* 1937 II, 967—968.

In Teplitz-Schönau ist die Zahl der im Krankenhaus behandelten Fehlgeburten von 174 im Jahre 1932 auf 513 im Jahre 1935 angestiegen, während die Zahl der Geburten im selben Zeitraum nur von 290 auf 627 zugenommen hat. In diesen 4 Jahren waren also mehr als 70% aller aufgenommenen Schwangerschaften Fehlgeburten oder auf 10 Geburten entfallen 8 Aborte. 1,4% der Fehlgeburtenpatientinnen sind gestorben, während nur  $1\frac{1}{2}\%$  der Entbindungen dieses Schicksal erlitten, wobei noch zu betonen ist, daß 2 der nach Entbindungen gestorbenen Frauen im Anfang der Schwangerschaft wiederholte, allerdings vergebliche Abtreibungsversuche gemacht hatten. Beide Frauen starben an einer Peritonitis, die einmal von einem kleinen Ovarialabsceß, das andere Mal von einer Pyosalpinx ihren Ausgang genommen hat. Auch die Zahl der Extrauterin graviditäten hat sehr stark zugenommen, so daß 10% aller größeren Operationen auf sie entfallen. *Frommolt (Halle a. d. S.).*

**Young, James: The habitual abortion and stillbirth syndrome and late pregnancy toxæmia. Vitamin E and the prolan-progesterone mechanism.** (Habituelle Aborte und Totgeburten und die Spätschwangerschaftstoxikosen. Der Vitamin E- und der Prolan-Progesteronmechanismus.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynaecol., Brit. Post-Graduate Med. School, Hammersmith Hosp., London.*) *Brit. med. J.* Nr 3983, 953—957 (1937).

Wiesner berichtete über eine negative Aschheim-Zondeksche Schwangerschaftsreaktion bei intakter Schwangerschaft mit drohender Abortgefahr. Durch Behandlung mit Prolan konnte die Schwangerschaft erhalten werden. In dieser Arbeit wird über die Prolanbehandlung von 17 Fällen von habituellem Abort berichtet, bei denen in 51 aufeinanderfolgenden Schwangerschaften Fehlgeburten aufgetreten waren. Es gelang durch 2mal wöchentliche Gaben von 100 RE. Prolan in 15 Fällen (82,2%) die Schwangerschaft zu erhalten. In der gleichen Weise wird auch durch Gaben von Vitamin E die drohende Abortgefahr behoben. Weiterhin wird über günstige Erfahrungen in der Behandlung der Schwangerschaftstoxikosen mit Prolan, Progesteron und Vitamin E berichtet und es konnte besonders durch Prolanzufuhr eine schnelle Besserung der klinischen Symptome erreicht werden. *Fr. Hoffmann (Düsseldorf).*

**Mönckeberg, C.: Über neue Ursachen des Aborts (Dysovarie).** *Bol. an. Clín. obstétr. Univ. Chile* 22/23, 48—61 u. dtsch. Zusammenfassung 61—62 (1937) [Spanisch].

Die Ursachen für den habituellen Abort lassen sich in allgemeine und lokale einteilen. Zu den allgemeinen gehören vor allem die Lues, die Nierenerkrankungen und einige Formen des Diabetes; zu den lokalen die Endometritis, die Anomalien der Genitalentwicklung, die Lageveränderungen und gewisse Fälle von Myomatosis. Aber es gibt Fälle, für welche diese Erklärungen nicht ausreichen, um die erhöhte Reizbarkeit des Fruchthalters zu erklären. Man muß daher auch an die Einflüsse der endokrinen Drüsen denken, deren hormonalem Einfluß und Gleichgewicht die Gravidität untersteht. Das Ovarium produziert bekanntlich 2 hauptsächliche Hormone: das Follikulin oder Oestrin, welches den weiblichen Sexualcharakter bestimmt und die Menstruation hervorruft, und welches in den Zellen der Membrana granulosa und der Theca produziert wird; und das Lutein oder Progestin, welches die Hypertrophie der virilen Sexualeigenschaften bei der Frau bewirkt und die Menstruation hemmt. Die physiologischen Funktionen dieser beiden Ovarialhormone befinden sich also im Antagonismus. Das Lutein fördert die prägravid Umwandlung der Gebärmutter Schleimhaut und bereitet die Einnistung des Eies vor. Weiter hemmt es die Ovulation und die Contractilität des Uterus, wenn eine Schwangerschaft eingetreten ist. Wird das Corpus luteum graviditatis zu früher Zeit der Schwangerschaft exstirpiert, so tritt

Abort ein. Andererseits bildet sich das Corpus luteum graviditatis zurück, wenn aus anderer Ursache eine Unterbrechung der Gravidität eintritt. Die innige Wechselbeziehung zwischen Trophoblast und gelbem Körper zeigt sich auch darin, daß bei der Blasenmole und dem Chörionepitheliom eine enorme Luteinisation beider Ovarien eintritt, die sich in mehr als 50% der Fälle bis zur Bildung von Luteincysten steigert. Das Lutein verringert ferner die Libido, eine Tatsache, die ja auch im Tierreich wohl bekannt ist. So stellt das Lutein ein Schutzhormon für die Gravidität dar und wird daher auch als mütterliches Hormon oder als Progesterin bezeichnet. Es steht auch in Beziehung zu gewissen Hormonen der Hypophyse, mit denen zusammen es das „mütterliche endokrine System“ bildet und die sekundären Merkmale der Schwangerschaft hervorruft, die sich besonders in den letzten 4 Monaten der Gravidität durch eine gewisse Vermännlichung in physischer und psychischer Beziehung auswirken. — Das Follikulin, das in gewissem Sinne sonst der Funktion des Luteins entgegenarbeitet, begünstigt in der Gravidität gleichsinnig mit diesem die Umwandlung des Endometriums und trägt zur Entwicklung der Hypertrophie der Uterusmuskulatur, sowie besonders der Mammæ bei. Aber nur diese sind seine „promaternalen“ Eigenschaften. Hauptsächlich sensibilisiert es die Gebärmutter und steigert die Libido, ist also als rein sexuelles Hormon aufzufassen und in gewisser Hinsicht als „antimaternal“. Es besteht während der Schwangerschaft eine erhebliche Überproduktion dieser beiden Ovarialhormone, die sich normalerweise durch die zeitlich verschiedene Tätigkeit das Gleichgewicht in ihrer Wirksamkeit halten. So ist es verständlich, daß Hypoluteinisation und Hyperfollikulinisation hormonale Störungen darstellen, die zur Unterbrechung der Schwangerschaft führen können. Das Gegenteil: Hyperluteinismus und Hypofollikulinisierung würde dagegen zur Sterilität, aber nicht zum Abort führen. Es läßt sich auf diese Weise eine Erklärung für viele, namentlich junge Aborte finden, die durch zu geringe Luteinproduktion zustande kommen. Verf. hält diese Erklärung für gegeben, wenn andere genitale oder allgemeine Ursachen für den Abort fehlen, wenn die Unterbrechung der Gravidität sehr frühzeitig (im 1. oder 2. Monat) eintritt oder wenn Störungen der Nebennieren- oder Hypophysenfunktion vorhanden sind. Er hat in derartigen Fällen später die Erfahrung gemacht, daß die langdauernde Behandlung mit großen Dosen von Corpus luteum günstige Resultate ergab. Es werden einige derartige Fälle geschildert. Andererseits kann es möglich sein, durch große Gaben von Follikulin (etwa in Form von Progynon) einen jungen Abort hervorzurufen. Auch hierfür werden 2 Beispiele gegeben. Doch sind diese Wirkungen keineswegs eindeutig und regelmäßig. Wahrscheinlich hängt die abortive Wirkung des Follikulins von der im gegebenen Moment im Organismus vorhandenen Menge gespeicherten Pituitrins ab. Jedenfalls ist Vorsicht bei der Behandlung Gravidar mit Follikulinpräparaten am Platze. Aber auch die Luteinbehandlung ist nicht unfehlbar und darf nicht schematisch angewendet werden, da die Eierstöcke während der Gravidität einer Reihe von Einflüssen und Wechselwirkungen zwischen den beiden Hormonen und anderen innersekretorischen Drüsenprodukten unterworfen sind. *Strakosch (Wiesbaden).*

**Kempski, Hans W.: Aktuelle Abtreibungsfragen.** (*Gerichtsmed. Inst., Univ. Hamburg.*) Münch. med. Wschr. 1937 II, 1260—1263.

Nach einem Hinweis auf die laxe Stellungnahme von Polizei und Gericht gegenüber Abtreibungshandlungen bis zum Frühjahr 1933 berichtet Verf. über die seitherige Entwicklung dieser Frage in Hamburg. Eine ganz außerordentliche Intensivierung ist das Hauptergebnis seiner Untersuchungen und der Hauptgrund für die guten Erfolge, die in zunehmendem Maße im Kampf gegen die Abtreibungsseuche erzielt wurden, liegt zweifellos in der Zusammenarbeit zwischen Kriminalpolizei und Gerichtsarzt bzw. gerichtsmedizinischem Institut. Die Ausführungen des Verf. bestätigen die Erfahrungen, die in anderen Universitätsstädten auch gemacht wurden: Solange nicht die erwähnte Fühlungnahme zwischen Kriminalpolizei bzw. deren Spezial-Sachbearbeitern und den Vertretern der forensischen Medizin bzw. den Gerichts-

ärzten erfolgt ist, handelt es sich bei der Verfolgung des Verbrechens der Abtreibung nur um ganz gelegentliche Zufallstreffer. Des weiteren spricht Verf. über die „Erhältlichkeit tauglicher Abtreibungswerkzeuge im Handel“ und weist auf die Entscheidung der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gerichtsmedizin in Hannover 1934 hin, die ein „Verbot öffentlichen Feilbietens von absolut tauglichen Abtreibungsinstrumenten“ forderte, entsprechend einem Vorschlag von H. Merkel. Verf. weist auf die in Hamburg seit 1933 eingeführten Sofortuntersuchungen von solchen Frauenspersonen, die der Abtreibung verdächtig sind, durch das gerichtsärztliche Institut bzw. den Gerichtsarzt hin. Auf die große Bedeutung der Verwaltungssektion zur Aufklärung von Abtreibungsfällen mit Todesfolge wird mit Recht hingewiesen. Statistische Zusammenstellungen unterstützen die Ausführungen. Bei der Hälfte aller 1935 und 1936 tödlich ausgegangenen, gerichtlich sezierten Abtreibungsfälle wurde mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Selbstabtreibung nachgewiesen. Die Zunahme der Selbstabtreibung, die in jüngster Zeit auch in den Hamburger Krankenanstalten beobachtet wurde, dürfte auf das strenge Vorgehen der Gerichte und auf die Erfolge der Kriminalpolizei bei der Aufklärung besonders von gewerbsmäßigen Abtreibungen zurückzuführen sein. Sehr wichtig erscheint noch der Hinweis darauf, daß früher bei Abtreibungsprozessen in Hamburg sehr häufig kein medizinischer Sachverständiger zugezogen wurde; darin zeigt sich in letzter Zeit ein entschiedener Wandel. Sehr wichtig ist auch noch die Betonung der Hinzuziehung eines erfahrenen Arztes, womöglich eines hauptamtlichen Gerichtsarztes ohne allgemeine Praxisausübung zum ersten Lokalaugenschein. Zum Schluß fordert Verf. die praktischen Ärzte noch auf, sich mehr als bisher der gerichtlichen Seite des Abtreibungsproblems zu widmen, um nach Möglichkeit auch zur Vorbeugung beizutragen. *Waleher* (Würzburg).

**Waldner: Schwangerschaftsunterbrechung in Österreich.** Dtsch. Ärztebl. 1937 II, 738—739.

Durch zwei Bundesgesetze, nämlich eine Strafgesetznovelle und durch ein „Gesetz zum Schutze des keimenden Lebens“ ist in Österreich nunmehr die Schwangerschaftsunterbrechung aus gesundheitlichen Gründen einer genauen Regelung unterworfen worden. Es ist vorgesehen, daß spätestens am 1. I. 1938 alle Ausführungsbestimmungen erlassen sind, und also von diesem Tage ab das Verfahren in vollem Umfange in Geltung ist. Die neuen Bestimmungen lehnen sich in mancher Hinsicht an die deutschen Vorschriften an, wie sie durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 26. VI. 1935 und die dazugehörige 4. Durchführungsverordnung geschaffen wurden. Das wesentliche ist auch in Österreich jetzt, daß eine Schwangerschaftsunterbrechung aus gesundheitlichen Gründen nur vorgenommen werden darf, wenn die Genehmigung einer „Prüfungsstelle“ vorliegt. Zur Schwangerschaftsunterbrechung ist, wie in Deutschland, die Einwilligung der Schwangeren erforderlich. Im Gegensatz zur deutschen Regelung sind die Prüfungsstellen nicht Einrichtungen der Ärzteschaft, sondern des Staates. Die Prüfungsstelle soll alle Mittel erschöpfen, die zur Erhaltung des keimenden Lebens zweckdienlich erscheinen, bevor sie ihre Zustimmung erteilt. Sie kann aus diesem Grunde Krankenhauspflege anordnen. Die Schwangerschaftsunterbrechung kann wie in Deutschland nur in einer Krankenanstalt und von einem approbierten Arzt vorgenommen werden. Während im allgemeinen das österreichische Gesetz in seinen Formulierungen möglichst auf eine Einschränkung der Unterbrechungsmöglichkeit hinzielt, hat es davon abgesehen, gewisse ärztliche Richtlinien als für verbindlich zu erklären. Auffallenderweise ist die Meldepflicht nur auf die Fehlgeburten beschränkt, die ein Arzt eingeleitet oder beendet hat, während nach dem deutschen Gesetz die Meldung von den Ärzten in allen Fällen zu erstatten ist, zu denen sie zugezogen wurden. Unzweifelhaft stellt das österreichische Gesetz einen starken Schutz des keimenden Lebens dar. Seine praktische Anwendung wird aber erst unter Beweis stellen, ob der theoretische Schutz sich auch zu einem praktischen gestalten läßt. Wer die katastrophalen bevölkerungs-

politischen Verhältnisse Österreichs, insbesondere Wiens, kennt, wird einen Erfolg von Herzen herbeiwünschen. Bedenklich erscheint mir (Ref.) die etwas zu starke Verstaatlichung des Verfahrens und das Fehlen verbindlicher wissenschaftlicher Richtlinien.

H. Linden (Berlin).

**Kernbach, M.: Beiträge zur Histopathologie der inneren Geschlechtsorgane nach der Abtreibung.** Arch. Inst. Med. leg. Univ. Cluj 1937, 40—53 [Rumänisch].

Die gerichtlich-medizinische Praxis der Abtreibung zwingt uns eine klinische, anatomo-pathologische und bakteriologische Untersuchung auf. Der Verf., gestützt auf diese drei Methoden, konnte während seiner Tätigkeit folgende Fragen lösen: 1. Ist es eine Schwangerschaft oder nicht? Im ersten Falle ist sie intrauterin oder extrauterin? 2. Wurde eine Auskratzung vorgenommen und wann? 3. Ist eine Infektion eingetreten und ist diese eine Sekundärerrscheinung des vorgenommenen Eingriffes? 4. War der Abortus spontan und wurde er durch eine vor der Schwangerschaft existierende Erkrankung der Gebärmutter oder der Adnexe bedingt. 5. Seit wann besteht die Schwangerschaft? 6. Im Falle von Perforierung: War vorher eine Läsion oder Erkrankung der Uteruswände vorhanden? 7. War der Abortus spontan oder künstlich; im letzteren Falle: Bestand eine Indikation oder nicht? 8. Ist der Tod die Folge des Eingriffes oder wegen Verschlimmerung einer Erkrankung der inneren Genitalien, die schon vorher bestand, eingetreten? 9. Die anatomo-pathologischen Veränderungen sind die Folge des Eingriffes oder bestanden sie schon vorher? 10. Die Eintrittspforte der Infektion und ihre Propagierungswege. 11. Erklärung des plötzlichen Todes in verdächtigen Fällen von septischem Abortus. 12. Die Art des traumatischen Abortus. Der Verf. zeigt an Hand von Fällen aus eigener Praxis die Lösung dieser Fragen.

Autoreferat.

**De Snoo, K.: Das trinkende Kind im Uterus.** (Univ.-Frauenklin., Utrecht.) Mschr. Geburtsh. 105, 88—97 (1937).

Daß das Kind Fruchtwasser trinkt, ist schon lange bekannt. Wenn ein bestehendes Hydramnion schwindet, so ist das darauf zurückzuführen, daß das Kind mehr Fruchtwasser trinkt als produziert wird. Eine Verminderung der Fruchtwassermenge läßt sich nämlich dadurch erreichen, daß man das Fruchtwasser versüßt (80 ccm einer Lösung von 50 Saccharintabletten intraamnial). Damit gelang z. B. die Reduktion eines Hydramnions. Im Nabelschnurblut des Kindes sowie im Urin des Kindes konnte Saccharin nachgewiesen werden. Auch im Urin der Mutter fand sich Saccharin. Das beweist die Ausscheidung des saccharinhaltigen Fruchtwassers durch die Placenta nach der Mutter zu. Der indirekte Beweis dafür, daß das künstlich zugeführte Saccharin nacheinander den Magendarmkanal, die Blutbahn, die Nieren des Fetus, die Placenta passiert und teilweise im mütterlichen Organismus ausgeschieden wird, konnte mit einem Fall von Oesophagusatresie erbracht werden. Hier bestand Hydramnion, dieses nahm nach Versüßung des Fruchtwassers nicht wie in früheren Versuchen ab, da das Kind kein Fruchtwasser trinken konnte. Die weiteren Versuche wurden mit Methylenblauinjektionen ausgeführt (50 ccm Wasser und 300 mg Methylenblau). Ergebnisse: In kurzer Zeit mütterliche Ausscheidung blaugrün gefärbten Harns. Da das Methylenblau die Eihäute nicht passieren kann, mußte das Kind also das gefärbte Fruchtwasser getrunken haben. Offenbar trinkt, wie man aus gewissen Schwankungen der Farbstoffausscheidung nachweisen kann, das Kind nicht dauernd, sondern mit Einschaltung längerer Trink- und Ruhepausen (Schlaf des Kindes in utero). Die Methylenblauprobe gestattet auch ein Urteil darüber, ob das Kind lebt oder tot ist. (Ausnahmen: Trinkunfähigkeit wie bei Anencephalen und bei der Oesophagusatresie.) Bisher wurde ferner durch die Versuche folgendes in bezug auf Hydramnion und auf eineiige Zwillinge nachgewiesen: ein Hydramnionkind trinkt Fruchtwasser mit Methylenblau in großen Mengen, wenigstens 1 l pro Tag. Diese großen Mengen werden nicht von den Nieren ausgeschieden, denn in der Blasenflüssigkeit konnte Methylenblau nur in Spuren nachgewiesen werden. Bei Zwillingen werden die Wassermengen nicht nach dem Zwilling

Nr II transportiert, da in diesem Kinde kein Methylenblau nachweisbar ist. Die Frage, „wo bleibt das von der Frucht getrunzene Fruchtwasser, soweit es nicht im fetalen Körper resorbiert wird?“ ist dahin zu beantworten, daß es entweder wieder durch das Amnion in die Amnionhöhle oder durch die Placenta nach der Mutter zu ausgeschieden wird. Im letzteren Falle wird der Wasserverlust wieder ergänzt durch das 1. Kind, indem dessen Blut nach dem 2. Kind überleitete und das Blut durch Aufnahme von Wasser aus dem mütterlichen Blute ersetzte. — Es scheint nunmehr festzustehen, daß die Menge des Fruchtwassers das Produkt ist aus der Tätigkeit des Amnionepithels und den Trinkmengen des Kindes. Zwischen Produktion und Resorption schafft die Natur normalerweise ein Gleichgewicht im Interesse der Stabilität der Kindslage (Kopflage) und des Schutzes des Kindes und der Nabelschnur vor Druck. *H. Fuchs (Danzig).*

**Hamblen, E. C., R. D. Baker and G. D. Derieux: Roentgenographie diagnosis and anatomic studies of a quintuple pregnancy.** (Röntgendiagnose und anatomisches Studium einer Fünflingsschwangerschaft.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol. a. Dep. of Path., Duke Univ. School of Med. a. Hosp., Durham.*) *J. amer. med. Assoc.* **109**, 10—12 (1937).

Verff. berichten über eine 20jährige Frau, die wegen eines Hydramnions und wegen Scheidenblutungen im 5. Schwangerschaftsmonat zur Behandlung kam. Es handelte sich bei der Frau um die 2. Schwangerschaft; die erste war im 3. Monat durch einen Spontanabort beendet. In der Familienanamnese weder väterlicher- noch mütterlicherseits Mehrlingsschwangerschaften. Bis 2 Wochen vor der Krankenhausaufnahme war die Schwangerschaft regelrecht verlaufen, es traten Gebärmutterkontraktionen auf mit Scheidenblutungen. Außerdem war der Patientin das schnelle Größerwerden des Leibesumfanges aufgefallen. Die Untersuchung ergab röntgenologisch eine Fünflingsschwangerschaft. Wegen erneut auftretender starker Blutung wurde die Geburt eingeleitet. 4 Feten wurden in Schädellage geboren, der 5. Fet war ein Anencephale, der ebenfalls ohne Schwierigkeit geboren wurde. Das Wochenbett verlief ohne Besonderheiten. Der Mutterkuchen wurde normal ausgestoßen. Dem Befunde nach handelte es sich um gleichgeschlechtliche Feten (weiblich), und zwar um höchstwahrscheinlich eineiige Fünflinge. Die ersten 4 Feten waren sämtlich normal gebildet, während der Anencephale auch sonst mißgebildet war. Dem Befunde nach ist die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft durch den Anencephalen verschuldet worden. *Schaefer.*

**Putzu Doneddu, Francesco: Considerazioni su di un caso di gravidanza gemellare monocoriale biamniotica.** (Con speciale riguardo allo sviluppo dei feti.) (Betrachtungen über einen Fall von Schwangerschaft mit Zwillingen mit einem Chorion und zwei Placenten [eineiigen Zwillingen. Ref.].) (*Clin. Ostetr. e Ginecol., Univ., Pisa.*) *Arch. ital. Anat. e Istol. pat.* **7**, Suppl.-Nr, 653—662 (1936).

Nach einer sehr ausführlichen Krankengeschichte, die nichts Besonderes enthält und nach der es zu Ende des 6. Monats zur Geburt eineiiger Zwillinge kam, von denen der eine ein Hydramnion und fächerförmige Randinsertion des Nabelstrangs in die Placenta zeigte — der eine wog 750 g, der andere 630 g —, geht Verf. auf einige Punkte der Zwillingforschung ein. Daraus, daß die Geburtsneigung zu eineiigen Zwillingen im allgemeinen nicht vererblich ist, folgert er: „Diese Tatsache erscheint nach Collorodi ganz logisch: dieser betont, daß eineiige Zwillinge genetisch auf eine Anomalie des Eies zurückzuführen und so durchaus eine teratologische Erscheinung sind und daß sie nicht mit den zweieiigen verglichen und noch weniger mit ihnen zusammengeworfen werden können, die einfach der Ausdruck zweier gleichzeitigen Schwangerschaften bei derselben Person sind.“ Ist aber Erblichkeit zur Neigung von Geburten eineiiger Zwillinge vorhanden, dann steht sie auf gleicher Stufe wie die Vererbung körperlicher Mißbildungen. Die Eianomalie sieht Verf. darin, daß ein Ei 2 Keimbläschen besitze, von denen aus 2 primäre Blastoderme gebildet würden, und von da aus leitet er die Randinsertion des Nabelstrangs ab und aus dieser wieder die Entstehung des Hydramnion. Schließlich behandelt er die Verschiedenheit beider Früchte.

*Robert Müller (Wuppertal).*

**Szenteh, István: Über Extrauteringravität auf Grund von 364 Fällen.** Orvosképzés 27, 486—493 (1937) [Ungarisch].

Verf. berichtet über die Erfahrungen, die in dem St. Rókus-Spital zu Budapest bezüglich der Extrauteringravität vom 1. IX. 1929 bis 1. VI. 1936 gemacht wurden. Der Sitz des Eies fand sich 1mal am Bauchfell, 2mal im Ovarium, 6mal im interstitiellen Teil der Tube, 148mal in der Pars isthmica, 186mal in der Ampulla und 21mal war er unbestimmbar. Unter den beobachteten Fällen wurden 207 Rupturen und 157 tubare Aborte festgestellt. Die Mehrzahl (316) wurde unter schwersten abdominellen Symptomen und Bauchhöhlenblutungen eingeliefert, dadurch läßt sich die relativ hohe Zahl ( $26 = 7,15\%$ ) der Todesfälle erklären. In 17 aussichtslosen Fällen trat der Tod während der Operation oder unter der Bluttransfusion ein. Die Ursache der Extrauteringravität konnte durch die Anamnese, Operationsbefund und histologische Untersuchung nicht immer eruiert werden. Es kamen vor: Jodinjektion (42), Gonorrhöe (34), verschiedene Erkrankungen der Genitalien (157), wiederholte Extrauterinschwangerschaft (11), Myom (11), Gebärmutter- und Eileiterinfantilismus (8), vorliegende Placenta (7). Die Ruptur erfolgte 9mal während der versuchten Fruchtabtreibung, 5mal nach Einnahme medikamentöser Mittel in ähnlicher Absicht, 5mal während gynäkologischer Untersuchung, 2mal während des Beischlafes, die übrigen Fälle erscheinen ohne auffallende Ursache, mitunter während der gewöhnlichen täglichen Beschäftigung oder in der Nacht, während des Schlafes. In forensischen Fällen allenfalls notwendige Altersbestimmungen oder Maßangaben der Früchte fehlen leider.

Vitray (Budapest).

**Fátyol, Csongor: Wirkung von Fruchtabtreibungsversuchen auf die Extrauteringravität.** Orv. Hetil. 1937, 980—982 [Ungarisch].

Bei der Aufnahme einer 29jährigen Frau in der II. Frauenklinik zu Budapest gab sie an, daß die Menstruation seit 2 Monaten fehle. Da sie sich seit 2 Wochen schwanger fühlte, versuchte sie mit Hilfe einer Stricknadel zu unterbrechen. Nach einer Woche des selbständigen Eingriffes trat Blutung, später Schüttelfrost, Ausfluß von blutig-jauchiger Flüssigkeit ein. Die Untersuchung ergab starke Blässe, Meteorismus, Temperaturerhöhung, vergrößerten Uterus und bei der Douglas-Punktion Blut. Bei der sofortigen Operation fand man in der Bauchhöhle viel geronnenes Blut und am linken Eierleiter, der in der Nähe des Uterus daumenfingerdick war, einen Riß. Nach Entfernung des Eierleiters wurde die Operationswunde drainiert. Tod am 5. Tage. Bei der polizeiärztlichen Sektion wurden eitrig-fibrinöse Bauchfellentzündung und Sepsis, an beiden Seiten des inneren Muttermundes Schleimhautverletzungen festgestellt, die als Ursache der zum Tod führenden Bauchfellentzündung und Sepsis betrachtet werden konnten.

Vitray (Budapest).

**Jaroschka, K.: Primäre Abdominalschwangerschaft.** (Geburtsh.-Gynäkol. Abt., Allg. Öff. Krankenh., Teplitz-Schönau.) Zbl. Gynäk. 1937, 2331—2334.

Verf. teilt einen Fall von primärer Abdominalschwangerschaft bei einer 36jährigen Patientin mit, die 2mal geboren und 3mal abortiert hatte. Das Ei hatte sich in der Excavatio vesico-uterina, etwa zweifingerbreit vom rechten Tubenwinkel entfernt, eingenistet. An seiner lateralen Seite wurde es — als taubeneigroßer, dunkelblaurot erscheinender Tumor — vom Lig. rotundum begrenzt, erstreckte sich nach unten fast bis zur Umschlagsfalte der Blasenserosa und griff weiterhin etwas auf das Lig. latum über. Starker Gefäßreichtum; auf dem Gipfel des Tumors eine kleine Lücke, in der sich geronnenes Blut vorfand. Im Abdomen nur wenige Kubikzentimeter Blut. Bei operativer Entfernung wurde festgestellt, daß die Geschwulst etwa 1 cm in die Tiefe eingedrungen war und fest mit der Uterusmuskulatur und dem übrigen Gewebe in Verbindung stand. Keine Verbindung mit dem Uteruscavum oder mit der Tube, was ja nach Werth und Veit Grundforderung jeder sicher bewiesenen primären Bauchhöhlenschwangerschaft sei. Nach diesen Autoren müsse sich ein lebendiges Ei in lebendigem Zusammenhange mit dem Peritoneum befinden, ohne daß der Fruchtsack von



Teilen der Tube oder des Ovars gebildet werde. Weiterhin dürfe auch keine Nebentube, keine Uterusruptur und kein Uterusdivertikel dem Ei zu einer sekundären Implantation auf dem Bauchfell verhelfen. Histologisch fanden sich in der kugeligen Geschwulst einwandfrei Chorionzotten und Blut, in den äußeren Schichten glatte Muskulatur mit sekundärer leukocythärer Infiltration. Klinische Symptome waren zuerst Ausbleiben der Regel und „Magenkrämpfe“, später krampfartige Schmerzen im gesamten Bauch, seitdem ständig Schmerzen rechts im Unterbauch. Schließlich mäßige Blutung mit Abgang von Deciduateilen. — Operation, Heilung. 4 Abbildungen und Literatur ähnlicher Fälle.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

**Günther, Carl von:** Über die Geschichte und das Wesen des Versehens der Schwangeren. (Univ.-Frauenklin., Erlangen.) Erlangen: Diss. 1936. 76 S.

Den Glauben an das Versehen, d. h. den Glauben daran, daß ein heftiger und plötzlicher Gesichts- oder Sinneseindruck auf eine schwangere Frau derartig einwirken kann, daß die Ursache dieses Eindruckes an der kindlichen Frucht sichtbar wird, gab und gibt es bei allen Völkern und zu allen Zeiten. Auch die Wissenschaft befaßt sich seit langem mit dem Problem, ohne bisher zu einer endgültigen Lösung gelangt zu sein. In der vorliegenden Dissertation unternimmt es nun Verf. nach einer ausgiebigen Literaturübersicht, die auch das schöngeistige Schrifttum nicht unbeachtet läßt, zu untersuchen, ob das Versehen als Aberglaube heute wissenschaftlich abzulehnen ist oder ob unsere neuesten medizinischen Forschungen, im besonderen auf dem Gebiet der Seelenkunde, doch ein milderer und vielleicht gerechterer Urteil dafür finden. Auf Grund der angestellten Erwägungen glaubt er die Möglichkeit, daß Gemütsbewegungen Schwangerer Mißbildungen der Kinder zur Folge haben, zugeben zu müssen. Dahingegen verneint er nach dem heutigen Stande der Medizin die Frage, ob durch bestimmte Affekte Schwangerer bestimmte Mißbildungen an den Kindern entstehen können, verneinen zu dürfen.

v. Neureiter (Berlin).

**Manzi, Luigi:** Emiplegia ed afasia del post-partum. (Hemiplegie und Aphasie post partum.) (Scuola Ostetr. e Maternità, Catanzaro.) Arch. Ostetr. 1, 101—111 (1937).

Verf. konnte fast zur gleichen Zeit 2 Fälle beobachten, bei denen nach einer Niederkunft eine Hemiplegie mit Aphasie auftrat. Bei der ersten Kranken handelte es sich um eine 36jährige Multipara, die wegen eines inkompletten Abortes mit starker Blutung eingeliefert und ausgeräumt wurde. 24 Stunden danach trat eine Hemiplegie rechts mit motorischer Aphasie auf; die Störungen bildeten sich nur unvollkommen zurück. Die andere Patientin war 42 Jahre alt und kam wegen einer Placenta praevia-Blutung mit akuter Anämie in die Klinik und wurde durch Kaiserschnitt entbunden. Am selben Tage trat eine rechtseitige Hemiplegie und motorische Aphasie auf. Letztere verlor sich im Laufe der folgenden Monate wieder, und eine kaum merkliche Hemiparese blieb noch einige Zeit lang bestehen. Verf. sieht die Ursachen dieser Hemiplegien im Zusammenwirken der akuten Anämie mit den in der Gravidität und in den ersten Tagen des Puerperiums veränderten physikalisch-chemischen Eigenschaften des Blutes. Verf. stimmt auf Grund seiner Beobachtungen mit der Ansicht von Fruhinsholtz überein, wonach unterschieden werden muß zwischen Hemiplegien im Puerperium, die eine gute Prognose haben, und anderen, denen ein Infekt, eine Intoxikation, ein Nieren- oder Kreislaufschaden zugrunde liegt und die prognostisch viel ungünstiger zu beurteilen sind. Die Form mit den flüchtigen Lähmungen hat als Ursache kurz dauernde funktionelle Störungen (Spasmen cerebraler Gefäße, die durch die akute Anämie begünstigt werden), während die schwerere und nicht ohne Defekt heilende Form auf Thrombosierungen (die durch physikalisch-chemische Blutveränderungen zusammen mit der Blutdruckerniedrigung begünstigt werden) und anschließenden degenerativen Hirnprozessen beruht.

Haug (Gießen).

**Siedentopf, H.:** Aufzuchtswert und Mortalität der Frühgeburten. (Univ.-Frauenklin., Leipzig.) Münch. med. Wschr. 1937 I, 884—886.

Von 1012 Frühgeburten der Leipziger Frauenklinik in den Jahren 1920—1923

konnten 1934—1935 noch 188, jetzt 12—14jährige als lebend ermittelt werden. Bei diesen wurde die körperliche Entwicklung nach Gesamteindruck und Leistungsfähigkeit beurteilt. Gut war diese bei 76, mittel bei 77 und schlecht bei 35 Frühgeburten. Von 7 Fällen schwerster körperlicher Schäden war bei 4 eine enge Verbindung mit der Frühgeburt nicht zu verneinen. Alle diese körperlich behinderten Kinder waren geistig normal und werden so kaum jemals eine Belastung der Allgemeinheit darstellen. Die geistige Entwicklung wurde nach Gesamteindruck und Schulleistungen beurteilt. Gut war die Intelligenzentwicklung in 65 Fällen, mittelmäßig in 87 und schlecht in 36. Aus dieser letzteren Gruppe waren 7 so minderwertig, daß sie der Allgemeinheit zur Last fallen werden, jedoch nur in 3 Fällen ließ sich mit einiger Sicherheit diese Minderwertigkeit auf die Frühgeburt zurückführen. Auffällig war der Unterschied der geistigen Entwicklung zwischen ehelichen und unehelichen Kindern, wo bei 88 unehelichen 21 geistig ausgesprochen schlecht entwickelt waren, denen von 100 ehelichen nur 15 gegenüberstanden. 185 brauchbare Menschen stehen also nur 3 offensichtlich wegen der Frühgeburt minderwertigen Menschen gegenüber. Bei der Frage nach der Mortalität wird an Hand des Zahlenmaterials eine Übersicht über die Sterblichkeit in der Klinik selbst und für die einzelnen Zeiträume nach der Entlassung gegeben. Die Sterblichkeit in den einzelnen Gewichtgruppen wird genau differenziert und besonders auf die hohe Mortalität der nach Hause entlassenen, an das Normalgewicht heranreichenden oder sogar das Normalgewicht habenden Frühgeburten hingewiesen. Diese Sterblichkeit wird auf ungenügende Hauspflege zurückgeführt und mit Rücksicht auf den oben erläuterten hohen Aufzuchtswert der Frühgeburten im Volksinteresse eine langdauernde Anstaltspflege verlangt.

Karl Koch (Berlin-Wilmersdorf).

**Klingman, Walter O., and Earl R. Carlson: Cerebral sequelae of severe jaundice in the newborn.** (Cerebrale Folgen schwerer Gelbsucht beim Neugeborenen.) Bull. neur. Inst. N. Y. 6, 228—232 (1937).

Unter 675 Fällen von Choreoathetosis, Spastizität oder Hypotonie usw., sehr oft mit Geistesschwäche verbunden, fand sich anamnestisch 45mal schwere pathologische Gelbsucht nach der Geburt. Das neurologische Krankheitsbild kann gleichzeitig mit oder bald oder erst Wochen resp. Monate nach Abheilung der Gelbsucht auftreten. Physiologische oder pathologische Veränderungen der Lebertätigkeit werden als wichtiger ätiologischer Faktor angesprochen.

Hoenig (Berlin).

### **Naturwissenschaftliche Kriminalistik. Spurennachweis. Alters- und Identitätsbestimmungen.**

**Traupe, August: Die postmortale Rectumtemperatur und ihre Beziehungen zur Todeszeit.** (Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Göttingen.) Göttingen: Diss. 1937. 39 S.

Anlässlich der Vornahme von rectalen Temperaturmessungen an 40 Leichen bis zu 40 Stunden lang wurde eine durchschnittliche Abkühlung von 0,84° pro Stunde festgestellt. An 11 Fällen wurde eine postmortale Temperatursteigerung beobachtet, die im Höchstfall 1,6° betrug. Die längste Übertemperatur war in einem Falle noch 6 Stunden nach dem Tode zu verzeichnen. Wegen des Temperaturabfalles wurde ermittelt, daß adipose Leichen im Maximum nach 6 Stunden noch 6,1° wärmer sein können als solche mit durchschnittlichem Fettpolster. Bei der Berechnung der Durchschnittswerte für die einzelnen Stunden bis zur 40. Stunde betrug der Abfall bei einer Ausgangstemperatur im Mittel von 38,1° von der 5. bis 10. Stunde 6,6°, von der 10. bis 15. Stunde 6,4°, von der 15. bis 20. Stunde 1,5°, von der 20. bis 40. Stunde 5,4°. Innerhalb der ersten 6 Stunden nach dem Tode ist der Temperaturabfall nicht immer ein stetiger. Bei Fällen mit gleichen Ausgangstemperaturen (38—39°) erfolgte die Abkühlung mit einer gewissen Regelmäßigkeit. Bei zu verschiedenen Zeiten errechneten Mittelwerten wird die Fehlerquelle um so geringer, je längere Zeit seit dem Todeseintritt vergangen ist. Hinsichtlich der Verwertbarkeit der Methode für gericht-