

Maassen, Karl-Werner: Über einen Fall von Briefmasochismus. (*Univ.-Nervenklin., Kiel.*) Kiel: Diss. 1937. 22 S.

Nach dem Verf. ist der Masochismus in der von Krafft-Ebing definierten Form einer sexuellen Perversion nur der weitaus häufigste Erscheinungstypus einer zunächst asexuellen, allgemein charakterologischen Einstellung. Diese Ansicht wird durch Analyse eines praktischen Falles unterstützt.

Elbel (Heidelberg).

Croes, H.: Aphrodisiaca. Geneesk. Tijdschr. Nederl.-Indië 1938, 2329—2339 u. dtsh. Zusammenfassung 2339 [Holländisch].

Verf. erwähnt eine in Niederländisch-Indien gebräuchliche Anzahl von sexuellen Stimulantien, die teils aus dem Tier-, teils aus dem Pflanzenreich stammen. So werden verwendet das Abschabbel des Horns von *Rhinoceros sundacus*, eine Krabbe *Portunus pelagicus*, die in kochendes Wasser geworfen und zerkleinert wird, die Rinde von *Caryophyllus aromaticus* (Gewürznelkenbaum), die Rinde des Baumes Yohimbehe. Dann sind noch allerhand Geheimmittel im Gebrauch. Zuletzt gibt Verf. einen Überblick über die Sexualhormone, ihre Herstellung, Anwendung und Wirkung beim Menschen.

Ganter (Wormditt).

La circoncision. (Die Beschneidung.) Hyg. ment. 33, 73—85 u. 89—96 (1938).

Die Arbeit, die die Ergebnisse einer Aussprache zusammenfaßt, bringt in ihrem ersten Teile eine eingehende Schilderung der Zeremonien, die bei der Frühbeschneidung der Juden und bei der Spätbeschneidung eines afrikanischen Volksstammes aus der Gegend von Djibuti beobachtet werden. Der zweite Teil setzt sich mit den Versuchen auseinander, den Sinn der Beschneidung, die von über 200 Millionen Menschen dieser Erde geübt wird, zu erkennen. Dabei wird betont, daß man es mit einer religiösen Handlung zu tun hat, die nach psychoanalytischer Deutung letzten Endes eine Kastration in abgeschwächter Form zum Inhalt hat.

v. Neureiter (Berlin).

Schwangerschaft. Fehlgeburt. Geburt. Kindesmord.

Kolbow, Heinrich: Die Eigenbewegungen der menschlichen Vagina. (*Univ.-Frauenklin., Königsberg i. Pr.*) Z. Geburtsh. 117, 223—253 (1938).

Die Arbeit berichtigt über röntgenologische Serienuntersuchungen, die an 50 Frauen verschiedener Altersstufen mit normalem und pathologisch verändertem Genitalbefund vorgenommen wurden. Mit Rücksicht auf die Gefahr einer Erbschädigung am Ovar wurden prinzipiell nur Frauen untersucht, von denen keine Nachkommenschaft mehr zu erwarten war. In der Hauptsache handelte es sich um zur Sterilisation in die Klinik aufgenommene Erbkrankte, die allein schon des normalen Genitalbefundes wegen bevorzugt wurden. Daneben wurden Frauen in der Menopause untersucht. Die Versuche führten zu der Beobachtung interessanter Kontraktionsabläufe am Vaginalrohr, die beim Menschen bisher dem Nachweis entgangen waren. Es zeigte sich, daß die menschliche Vagina über eine eigene, vom Beckenboden völlig unabhängige Kontraktionsfähigkeit verfügt, die sowohl für die Ableitung der Genitalsekrete wie für den Konzeptionsvorgang wesentliche Bedeutung haben muß. Methodisch wurde derart vorgegangen, daß die Scheide durch einen dünnen Gummikatheter mit durchschnittlich 20 ccm einer dichten Cytoariumaufschwemmung fast bis zum vollen Fassungsvermögen aufgefüllt wurde. Die erste Aufnahme wurde an der liegenden Frau gemacht, die nächsten in regelmäßigen Zeitabständen nach Einnahme ungezwungener Körperhaltung und nach längerem Umhergehen. Sofort nach dem Aufstehen floß in der Regel ein großer Teil des eingebrachten Kontrastmittels der Schwere folgend aus der Scheide ab. Jedoch verblieb stets ein deutlich wahrnehmbarer Rest in der Scheidenlichtung, dessen Abfluß fernerhin nicht passiv, sondern unter aktiver Beteiligung der Vaginalmuskulatur vonstatten ging. — Gemäß der anatomischen Gliederung der Scheide in einen oberen, im Beckenraum relativ frei beweglich liegenden und in einen unteren, durch den Beckenboden eingezwängten Anteil, ließ das Röntgenbild zwei Vaginalabschnitte erkennen, einen mit weiter und einen mit eingengter Lichtung. Nahezu

die ganze Kontrastmenge sammelte sich im oberen, dem Scheidengewölbe und dem mittleren Vaginaldrittel entsprechenden Abschnitt an, während der untere, selbst bei stärkerer Füllung, nur an einem spärlichen Wandbelag kenntlich war. Das Vaginalgewölbe zeigte je nach der konstitutionellen und funktionellen Beschaffenheit der Scheide typische Gestalt- und Größenunterschiede. Sehr charakteristisch war ferner das Schleimhautreliefbild, bei dem sich besonders deutlich die Abflußstraßen des Vaginalinhaltes abzeichneten. Neben den anatomisch bekannten Querfalten konnte eine ausgesprochene Längsfältelung zur Darstellung gebracht werden. Die Längsrinnen verliefen bei Nulliparen vorwiegend seitlich, bei Mehrgebärenden durchfurchten sie an Zahl zunehmend, die Vorder- und Hinterwand. Beim Überschneiden mit den vielfach zirkulär verlaufenden Querfalten ergaben sie ein charakteristisches Gitterrelief. — Zu ausgiebigen Eigenbewegungen ist allein der obere, weite Scheidenabschnitt befähigt, während der untere, durch den Beckenboden behindert, mehr zu passivem Verhalten gezwungen ist. Die Scheidenkontraktionen waren an charakteristischen Konturänderungen des Vaginalschattens kenntlich. Der Nachweis einer aktiven Wirkung der Vaginalmuskulatur ergab sich ferner aus der Tatsache, daß der Vaginalinhalt nicht kontinuierlich, sondern in überaus typischen Schüben zum Abfluß kam. Das im oberen Vaginalabschnitt verbliebene Kontrastdepot blieb längere Zeit unverändert liegen, um dann mit einem plötzlichen Schub, dem bis zur völligen Entleerung weitere folgten, zu verschwinden. Die Bauchpresse übte auf den Vorgang keinen Einfluß aus. Zuweilen war das Abwandern des Restes von oben nach unten deutlich zu verfolgen. Durch intravenöse Injektion von Pituglandol konnten die Vaginalkontraktionen in verstärktem Maße unmittelbar zur Darstellung gebracht werden. Die Entleerung der Scheide wurde durch Pituglandol merklich beschleunigt. Die Kontraktionsfähigkeit der menschlichen Vagina ist vom ovariellen Cyclus abhängig. Gleichen Beobachtungen am Uterus entsprechend kam die Pituglandolwirkung nur in der zweiten Cyclushälfte deutlich zur Entfaltung. In der Gravidität machte sich eine Erschlaffung der Scheidenwand bemerkbar, während Kontraktionsreize verstärkt beantwortet wurden. Die Röntgenbeobachtungen wurden durch Untersuchungen an der überlebenden isolierten Vaginalmuskulatur im Magnus-Kehrer-Apparat ergänzt. Dabei zeigte sich, daß das Muskelgewebe der menschlichen Scheide die gleichen Kontraktionseigenschaften wie Uterusmuskulatur besitzt. Vor allem konnten ausgiebige Spontankontraktionen der isolierten Vaginalstücke registriert werden. Faßt man alle Beobachtungen zusammen, so erscheint die Auffassung begründet, daß Uterus und Vagina bewegungsphysiologisch eine funktionelle Einheit darstellen. — Röntgenologisch ließen sich verschiedene pathologische Formveränderungen der Scheide trefflich darstellen. Außerdem konnten wertvolle Aufschlüsse über die mit ihnen verknüpften Störungen der Motilität gewonnen werden. War die Vaginalmuskulatur beispielsweise insuffizient, wie beim Descensus, so blieben die Schübe aus, die Entleerung wurde weit hinausgezögert und erfolgte ganz allmählich passiv. Die senil-atrophische Vagina, deren Kapazität naturgemäß sehr gering ist, überließ den Abfluß ebenfalls passiven Kräften. Das gleiche Verhalten zeigte die Scheide bei ausgesprochener Genitalhypoplasie. Bei infantilem Genitale machte sich gelegentlich eine motorische Übererregbarkeit der Scheide bemerkbar, die funktionell ein mangelhaftes Fassungsvermögen des Vaginalgewölbes bedingte insofern, als das in ihm enthaltene Depot überstürzt entleert wurde. Es dürfte hier eine der Ursachen für vorzeitigen Spermaabfluß zu erblicken sein, der sich nachweislich konzeptionshindernd auswirken kann. Auch beim physiologischen Spermatransport spielt die Vaginalkontraktilität vermutlich eine nicht unerhebliche Rolle. Allerdings konnten uteruswärts gerichtete Kontraktionen bis auf einen ungenügend gesicherten Fall nicht einwandfrei wahrgenommen werden. Da am Uterus sowohl aufwärts wie abwärts gerichtete Kontraktionswellen beobachtet werden, ist zumindest die Vermutung berechtigt, daß der Kontraktionsablauf an der Vagina ebenfalls in beiden Richtungen vonstatten gehen kann. *H. Kolbow* (Königsberg i. Pr.).

Hanse, A.: Die psychophysische Konstitution der Frau und eheliche Fruchtbarkeit. (*Heilst. d. Landesversich.-Anst., Gottleuba.*) Konstit. u. Klin. 1, 77—88 (1938).

Verf. untersuchte 300 Ehefrauen von Industriearbeitern aus Sachsen, die jenseits der Wechseljahre waren und bei denen keine Erkrankungen der Genitalorgane, die Sterilität bedingen, vorlagen. Er versucht den Beweis zu erbringen, daß erblich-bedingte Faktoren zu Kinderreichtum, bzw. -armut führen. Verf. trennt bei der Frau 3 verschiedene Persönlichkeitsformen voneinander: 1. den gefühlsbeseelten (mehr extravertierten) Leistungsmenschen, 2. den gefühlsverhaltenen (mehr introvertierten) Leistungsmenschen und 3. den Ausweichtyp mit mangelndem Leistungswillen und Neigung zur Krankheitsflucht. Zu der 1. Gruppe rechnet er die sympathisch leicht ansprechbare Hyperergische, meistens die Pyknika, zu der 2. Gruppe den allergischen Typ von athletischer Prägung und zu der 3. Gruppe die vegetativ schlaffe Hypoergische von schwächlich-asthenischem oder fettsüchtig-dysplastischem Körperbau. 52% aller Frauen hatten 0—2 Kinder, 35,9% 3—6 Kinder und 12% 7—9 Kinder, 9,3% 10 und mehr. Die meisten (30%) hatten 1 Kind. Nach einem Abfall bei den Frauen mit 2—3 Kindern kommt ein Anstieg bei 4 Kindern, ein weiterer aber geringerer Anstieg bei 8 Kindern. Als biologisch vollwertig bezeichnet der Verf. die Frau mit rassehygienisch wertvollen geistigen, charakterlichen und körperlichen Anlagen, die erbgesunde Kinder, gute Gebärfähigkeit und auch Gebärfreudigkeit besitzt. Sie ist besonders vertreten unter den Müttern von 4—6 Kindern. Kinderreiche Mütter entstammen kinderreichen, kinderarme Mütter kinderarmen Familien. Bei den Müttern von 0—2 Kindern fand Verf. hauptsächlich asthenische Kümmerformen und endokrin gestörte, fettsüchtige Dysplastiker, keine Pykniker. In der seelischen Grundhaltung dieser Gruppe überwiegt bei weitem die Zahl der Ausweichtypen. Introvertiert, ichhaft, geltungssüchtig, empfindsam, anspruchsvoll oder gereizt fand er fast alle Frauen dieser Gruppe. 8mal konnte er Belastung mit Schizophrenie feststellen, während circuläre Erkrankungen fehlten. Körperlich fanden sich bei diesen Erscheinungen, die auf eine angeborene Unterleistung der Sexualorgane hinweisen (A-, Oligo- und Dysmenorrhöe). Neben den asthenischen oder dysplastischen Ausweichmenschen dieser Gruppe fand er aber auch asthenische, gefühlskalte allergische Typen, die nur wenige Kinder hatten. Er rechnet diese zu den „Intersexuellen“ im Sinne von Mathes, „die gerne jede geschlechtliche Anforderung mit neuerlichen Störungen beantworten“. Vollwertige Frauen (nach der Ansicht des Verf.) fand er 18mal in dieser Gruppe. In noch ausgeprägterem Maße fand er diese Verteilung bei den Frauen mit 7—12 Kindern. In 23 Fällen von 36 ergab die Intelligenzprüfung deutliche Ausfälle im Sinne eines Schwachsinn, 6 litten an Epilepsie, 18 zeigten degenerativ-psychopathische Züge, 9 waren tuberkulös und 6mal lagen luische Spätschäden vor. In der Gruppe der Frauen mit 4—6 Kindern fanden sich vorwiegend pyknische Formen, daneben die „noch in gesunder Breite sich bewegenden Leptosomen“. Es waren durchweg Typen, die Verf. zu den „Aufstiegsmenschen“ (K. V. Müllers) bzw. den „prallen Jugendformen“ von Mathes rechnen möchte. Es seien die Frauen, denen Kinder keine Last seien, die sich aber zu einer erhöhten Kinderzahl nur aus Verantwortungsbewußtsein nicht entschließen könnten. Abschließend betont der Verf. die Aufgabe der rassehygienischen Vorsorge, die biologisch unerwünschte hemmungslose Fortpflanzung möglichst zu verhindern, dagegen wahren Geburtenreichtum auf jede Art zu fördern.

Hofmann (Glatz).

Kolb, Otto: Über Beziehungen zwischen Fertilität und Lebensalter der Frau. (*Dtsch. Univ.-Frauenklin., Prag.*) Münch. med. Wschr. 1938 I, 502—505.

Die natürliche Fruchtbarkeit der Frau wird durch primäre und sekundäre Erkrankungen, durch Anomalien des Genitalapparates und durch bewußte Antikonzeption herabgesetzt. Um den Verlauf der Fertilität in den einzelnen Lebensjahren festzustellen, hat der Verf. durch Aufstellung einer möglichst großen Statistik (60000 Fälle) versucht, die zahlreichen in Frage kommenden Einflüsse, welche die natürliche Frucht-

barkeit herabsetzen, zu eliminieren. Unter 46000 geburtshilflichen Fällen wird der Beginn der Fertilität mit dem 13. Lebensjahr beobachtet, das Optimum der Geburtenhäufigkeit liegt im 23. Lebensjahr, der Abfall erfolgt langsam vom 40. bis 49. Lebensjahr. Bei einer Gegenüberstellung von je 5500 Geburten der Vor- und Nachkriegszeit hat sich das Geburtenoptimum vom 22. auf das 23. Lebensjahr in der Nachkriegszeit verschoben, das im übrigen auch früher bis zum 47. Lebensjahr abfällt. Interessant ist die Verschiebung der Höchstzahl aus den jüngeren Altersgruppen der Vorkriegszeit in ältere Altersgruppen der Nachkriegszeit. Fehlgeburten haben im 26. Lebensjahr ein Maximum, fallen dann steil, aber stufenweise ab. Als Gründe für den Abfall der Optimalgrenze im 23. Lebensjahr werden postpartale Erkrankungen, erworbene Sterilität durch kriminellen Abort, Zunahme der Geschlechtskrankheiten im höheren Alter und Zunahme des Gebrauchs von antikonzeptionellen Mitteln neben der natürlichen Verminderung der Fertilität und der Abnahme der Kohabitationsfrequenz mit steigendem Alter angegeben. (Die Tatsache, daß eine Verschiebung des Optimums der „natürlichen“ Fruchtbarkeit in dem kurzen Zeitraum der Vor- und Nachkriegsjahre auftreten kann, sollte zur Skepsis mahnen und darauf hinweisen, daß es sich hier um Bestimmungen der tatsächlichen Fruchtbarkeit handelt. Die Grenzen der natürlichen Fruchtbarkeit sind durch Ovulation und normale Gestationsbedingungen gegeben, die nicht statistisch erfaßbar sind. Der Verf. weist zum Schluß selbst darauf hin, daß die natürliche Fruchtbarkeit nur bei durch materielle Not und Zivilisation unveränderten Kulturvölkern wirklich erfaßt werden kann. Der Ref.) *Redenz.*

Bálint, Michael: *A contribution to the psychology of menstruation.* (Ein Beitrag zur Psychologie der Menstruation.) *Psychoanalytic Quart.* **6**, 346—352 (1937).

Der Verf. steht auf dem Standpunkt, daß die Menstruation unter gewissen Umständen als Konversionssymptom angesehen werden kann und daß sie dann der Ausdruck für das Bestehen entgegengesetzter Wünsche und Impulse ist. In 3 Fällen wurde beobachtet, daß Frauen, die den Geschlechtsverkehr in dem besonderen Falle oder auch allgemein innerlich ablehnten, im Augenblick, als sie sich äußerlich dazu bereit fanden, ihre Periode bekamen. Der Verf. sieht darin den Ausdruck inneren Widerstrebens.

Tropp (Würzburg).

Giuffrida, F.: *Esiste una sterilità ad azione spermatossica specifica del siero della donna?* (Gibt es eine Unfruchtbarkeit infolge einer spezifischen spermatoxischen Wirkung des Serums der Frau?) *Atti Soc. ital. Ostetr.* **34**, Suppl.-Nr 5, 845—846 (1938).

Verf. glaubt sie ausschließen zu können.

Romanese (Turin).

Watson, Benjamin P., Philip E. Smith and Raphael Kurzrok: *The relation of the pituitary gland to the menopause.* (Die Beziehungen der Hypophyse zur Menopause.) (*Dep. of Obstetr., Gynecol. a. Anat., Coll. of Physic. a. Surg., Columbia Univ., New York.*) *Amer. J. Obstetr.* **36**, 562—570 (1938).

Für den Eintritt der Menopause können 3 Ursachen in Betracht gezogen werden: 1. Ausfall des Vorderlappens der Hypophyse, 2. Ausfälle an den Erfolgsorganen (Uterus, Cervix, Vagina und der Allgemeinorganismus) sowie 3. Ausfälle an den Eierstöcken. Die eigenen Untersuchungen wurden an 11 Patientinnen zwischen 25 und 66 Jahren, bei denen spätere Ovariectomien zu erwarten waren, ausgeführt. 10 Kranken wurde gonadotropes Hormon bzw. einer ein Extrakt aus Kastratenerin eingespritzt. Nach der Operation wurden die Eierstöcke histologisch untersucht. Es ergab sich, daß normale Follikel nirgendwo bestanden, und daß die Reaktionen nur in der Bildung von Follikelcysten bestand; die Cysten waren 5 mm bis 2 cm groß. Eine einzige 25jährige Patientin zeigte Luteinisierungen. Es wird geschlossen, daß die Menopause die Folge eines Nichtansprechens des Ovars auf gonadotropes Hormon darstellt. *Gerstel.*

Takenaga, S.: *Experimentelle Forschung über die Vorgänge der Befruchtung eines Menschen, besonders in bezug auf die Dauer einer bestimmten Schwangerschaft.* *Mitt. jap. Ges. Gynäk.* **33**, H. 7, dtsh. Zusammenfassung 61—62 (1938) [Japanisch].

Es wird über 5 Schwangerschaften aus der Ehe eines Frauenarztes berichtet.

Durch tägliche Hormonuntersuchungen wurde festgestellt, daß die Aschheim-Zondecksche Reaktion frühestens am 10. bis 13. Tag nach der Befruchtung positiv ausfällt. Die Ausscheidung des sog. Hypophysenvorderlappenhormons erfolgt also nicht sofort nach der Befruchtung, sondern erst nach der Einbettung des Eies in das mütterliche Gewebe. Die Schwangerschaftsdauer wurde mit 262—268 Tagen errechnet. Die erste Schwangerschaft endete mit einer Fehlgeburt. Die zur zweiten Gravidität gehörende Ovulation erfolgte angeblich 5 Tage nach vollendeter Periode — oder am 10. Tage des Cyclus. (Ref.) —, bei der dritten Schwangerschaft am 20. (bzw. 27.) Tage, bei der vierten am 12. (bzw. 19.) Tage, bei der fünften am 20. (bzw. 25.) Tage. Die Zeit der Ovulation ist also nicht auf bestimmte Tage festgelegt. *Brühl* (Völklingen).

Bernhart, Fritz: Über Schwangerschaftsdauer und deren jahreszeitliche Beeinflussung. (II. Univ.-Frauenklin., Wien.) Mschr. Geburtsh. **107**, 215—219 (1938).

An Hand von 4000 Geburten wird in gleicher Weise, wie Wahl es getan hat, die Schwangerschaftsdauer von der Wiener Klinik errechnet. Hier besteht eher der Eindruck, daß die Geburt häufig vor dem nach Naeglele errechneten Tag stattfindet. Die mittlere Schwangerschaftsdauer betrug 279—280 Tage. Frauen mit verkürztem Intervall gebaren eher vor, andererseits bei verlängertem Intervall nach dem 280. Tage. Hierin stimmt Verf. mit Wahl überein. Ein jahreszeitlicher Einfluß bestand in dem Sinne, daß eine leichte Vermehrung der übernormal lang getragenen Früchte und eine Verminderung der Fälle mit kürzerer Schwangerschaftsdauer im Sommer nachweisbar war. *Effkemann* (Düsseldorf).

Werner, P.: Schwangerschaftsreaktionen. Wien. klin. Wschr. **1938 II**, 773—776.

In diesem Fortbildungsvortrag werden nach kurzer Besprechung der älteren Schwangerschaftsreaktionen die neueren, jetzt in Anwendung stehenden oder in Ausarbeitung begriffenen, dargestellt. Am besten ist noch immer die Aschheim-Zondecksche Reaktion und ihre Modifikation nach Friedmann. Die Versuche, sie zu verbilligen oder die Reaktionszeit abzukürzen, scheinen speziell durch Bestrahlung des Harnes oder der Versuchstiere erfolgversprechend zu werden. Die rein chemischen, die chemisch-biologischen und die Hautteste sind teilweise nicht spezifisch, teilweise zu kompliziert oder in ihren Resultaten zu unsicher. *P. Werner* (Wien).

Guex, Richard: Der klinische Wert und die praktische Brauchbarkeit der chemischen Schwangerschaftsreaktion von Visscher und Bowman. (Univ.-Frauenklin., Zürich.) Zürich: Diss. 1938. 36 S.

Nachprüfungen an 445 Frauenharnen ließen feststellen, daß die obige Reaktion völlig unspezifisch ist. Sie wird nicht durch die während einer Schwangerschaft im Harn ausgeschiedenen Hypophysenvorderlappenhormone hervorgerufen, sondern durch eine Anzahl anderer organischer Substanzen, die auch in normalen und pathologischen Harnen nichtschwangerer Frauen vorkommen. *Schackwitz* (Berlin).

Hildebrandt, Alwin: Vergleichende Untersuchungen mit der Schwangerschaftsreaktion nach Visscher und Bowman sowie mit ihren Modifikationen. (Univ.-Frauenklin., Halle a. d. S.) Mschr. Geburtsh. **106**, 129—137 (1937).

Nach Eingehen auf die Technik der chemischen Schwangerschaftsreaktion nach Visscher und Bowman und ihren Modifikationen und nach Wiedergabe der mit ihnen bisher im Schrifttum erzielten Ergebnisse wurde vom Verf. über umfangreiche (weit über 1000) Vergleichsuntersuchungen berichtet. Die einzelnen Reaktionsausfälle, die auch in Tabellenform wiedergegeben werden, zeigten aber einen so hohen Prozentsatz an Fehlresultaten, daß der Visscher-Bowmanschen Reaktion und der modifizierten Visscher-Bowmanschen Proben einschließlich der vereinfachten Salzsäurereaktion nach Friedrich eine praktisch-klinische Brauchbarkeit zum Schwangerschaftsnachweis nicht zugesprochen werden konnte. Auch hatten die Urine von gesunden Männern bei allen Methoden mehr oder weniger ein falsches Reaktionsergebnis gezeigt. Ferner wurde an 1088 systematisch durchgeführten Verdünnungs- und Konzentrationsversuchen mit Urinen von 140 Graviden und 180 Nichtgraviden dargelegt

und in einer Tabelle veranschaulicht, daß der Reaktionsausfall der Visscher-Bowmanschen Probe weitgehend vom spez. Gew. abhängig war. Mit steigender höherer Konzentration wurden die Reaktionsausfälle positiv und mit fallendem niedrigem spez. Gew. negativ, unabhängig davon, ob Schwangerschaft oder Nichtgravidität vorlag. Auch führte der Verf. Versuche über das Wesen und die Grundlage der chemischen Schwangerschaftsreaktion nach Visscher und Bowman aus. Er fand, wie Eissner, Ošťádal und Fischer, daß die Visscher-Bowmansche Probe und ihre Modifikationen nicht durch das gonadotrope Hormon des Hypophysenvorderlappens bewirkt werden und stellte einen Einfluß auf den Reaktionsausfall durch reduzierende Kohlehydrate fest.

Junghans (Halle a. d. S.).

Figueroa Casas, Pedro: Gleichzeitige Intrauterin- und Tubenschwangerschaft. (*Serv. de Ginecol., Hosp. Españ., Rosario.*) Rev. méd.-quir. Pat. fem. 12, 1—8 (1938) [Spanisch].

Die Beobachtung des Verf. ist der einzige Fall von gleichzeitiger intra- und extrauteriner Schwangerschaft unter 190 Fällen von Extrauteringravidität, die in der dortigen Klinik behandelt wurden.

Es handelte sich um eine 32jährige verheiratete Spanierin, die eine normale Geburt durchgemacht hatte und deren Vorgeschichte sonst nichts Besonderes aufwies. Die letzte Regel vor etwa 4 Wochen war sehr schwach, seitdem blutete sie mit Unterbrechungen sehr gering. Keine Schmerzen. Der Uterus war weich, etwas vergrößert, nach rechts verdrängt. Links davon befand sich ein orangengroßer, weicher, wenig schmerzhafter Tumor. Es ging etwas schwärzliches Blut ab. Die Friedmannsche Schwangerschaftsreaktion war positiv. Im Blutbild mäßige Anämie. Unter der Diagnose: „lebende Bauchhöhlenschwangerschaft links“ wurde laparotomiert. Es fand sich ein im 2. Monat gravider Uterus und links eine enteneigroße geschlossene Hämatosalpinx, die unter Belassung des Ovars exstirpiert wurde. Da die rechten Adnexe durch alte entzündliche Prozesse stark verwachsen waren, wurden sie neben dem Wurmfortsatz, der ebenfalls alte entzündliche Prozesse aufwies, entfernt. 1 Woche nach der Operation war die Schwangerschaftsreaktion nach Friedman wieder positiv. Die Patientin wurde nach etwa 3 Wochen geheilt entlassen, fing aber dann zu bluten an und abortierte trotz Prolutoninjektionen. Die Friedman-Reaktion war 15 Tage später negativ. — Die Diagnose konnte vor dem Eingriff nicht gestellt werden, da die Vergrößerung des Uterus dem Einfluß der Tubarschwangerschaft zugeschrieben wurde. Im Bauch war kein freies Blut; in der linken Tube fand sich der Fet an der Nabelschnur hängend und die in die Tubenwand eingenistete Placenta. Trotz größter Schonung des Uterus bei der Operation und späterer Prolutongaben war der Abort nicht zu vermeiden, der komplett vor sich ging.

Das Zusammentreffen von intra- und extrauteriner Schwangerschaft ist äußerst selten, häufiger ist schon die doppelseitige Tubargravidität. Verf. bespricht die diagnostischen Möglichkeiten an der Hand von in der Literatur niedergelegten Fällen. Die schwersten Komplikationen entstehen erstens in den Fällen, in welchen die intrauterine Schwangerschaft erkannt wurde, nicht aber die ektopische, besonders wenn die erstere zum Abort kam. Hierbei ist die mütterliche Mortalität groß, nach einer Statistik von Neugebauer 25%. Dann zweitens, wenn die Unterbrechung an beiden Stellen gleichzeitig erfolgt. Die Diagnosenstellung ist dann sehr schwierig, man muß vor allem an die Möglichkeit des Zusammentreffens von intra- und extrauteriner Gravidität denken. Die geringe Blutung bei der Patientin des Verf. vor der Operation wird der teilweisen Ablösung der Decidua vera durch die Einwirkung der gestörten Tubargravidität zugeschrieben. In dem exstirpierten rechten Ovarium fand sich auf Serienschnitten kein Corpus luteum graviditatis oder menstruationis, so daß angenommen werden muß, daß die (in diesen Fällen natürlich immer zweieiigen) Zwillinge beide aus 1 oder 2 Follikeln des linken Ovars hervorgegangen sind. Verf. möchte annehmen, daß nur ein Corpus luteum vorhanden war, weil 2 im selben Ovarium bei der Operation wohl kaum der Aufmerksamkeit entgangen wären. (Im Literaturverzeichnis am Schlusse ist nur ausländische Literatur angeführt, hauptsächlich südamerikanische und französische.) *Strakosch.*°°

König, Herbert: Weit fortgeschrittene Extrauteringraviditäten. (*Univ.-Frauenklinik., Rostock.*) Zbl. Gynäk. 1938, 2322—2326.

Verf. berichtet über einen operativ beendigten Fall von weit fortgeschrittener Extrauteringravidität, bei dem das lebende, 32 cm lange und 850 g schwere Kind frei

in der Bauchhöhle gelegen hat. Das Kind starb 12 Stunden nach der Operation. Bei der Sektion des Kindes fanden sich keine Mißbildungen. Die Placenta saß der linken Kante des Uterusfundus breit auf. Der Ansatz war vom rechten Tubenabgang etwa 4 cm entfernt. Der Uterus entsprach seiner Größe nach einer Gravidität mens III/IV. Der linke Tubenwinkel wurde durch Keilexcision entfernt. — Der Ausgangspunkt der Gravidität habe im isthmischen Teil der Tube gelegen, da einerseits das linke Ovar und die Pars ampullaris der linken Tube völlig frei von krankhaften Veränderungen, andererseits die Tubenecke vom Cavum uteri aus völlig intakt gewesen wäre. — Nach v. Lichtenstein hänge das Schicksal jeder Extrauterinigravidität von der Richtung der Placentation ab. Nur die basiotrope Placentation, d. h. die Entwicklung des Chorion frondosum nach der Mesosalpinx zu bilde die Hauptvorbedingung für längeres Bestehen der Tubenschwangerschaften. Bei allen anderen Placentationsarten komme es zu frühzeitigem innerem oder äußerem Fruchtkapselaufbruch. — In dem beschriebenen Falle glaubt Verf., daß sich das Ei zunächst in der Tube bis etwa zur 10. Schwangerschaftswoche entwickelt habe. Dann sei mit größter Wahrscheinlichkeit eine Tubenruptur eingetreten, bei der es wahrscheinlich infolge günstiger Placentation nicht zur Schädigung der Placenta gekommen sei. Durch den Tubenriß müsse der Fet mitsamt seinen Eihäuten in die freie Bauchhöhle gelangt sein. Allmählich müsse bei dem steigenden Sauerstoffbedarf des Feten der Raum für die Placenta, die zunächst an der ursprünglichen Einnistungsstelle sitzen blieb, zu klein geworden sein. Sie habe sich daher weiter auf den Uterusfundus und zum Sigmoid hin ausgebreitet. Der Fet müsse in der Bauchhöhle in seinem Eihautsack bis zum Bersten desselben gelegen haben. — Die klinischen Symptome einer fortgeschrittenen Extrauterinigravidität seien: 1. starke Schwangerschaftsbeschwerden, 2. als sehr schmerzhaft empfundene Kindsbewegungen, 3. deutliche Tastbarkeit der kindlichen Teile, 4. Palpation eines von der Frucht abzugrenzenden Tumors im Becken, 5. Darmstörungen, Verstopfung und Diarrhöe wechselnd. — Wichtiges diagnostisches Hilfsmittel sei die Röntgenaufnahme. *R. Koch.*

Eck, C. R. Ritsema van: Ein Fall ausgetragener Extrauterinigravidität. (*Milit. Hosp., Koetaradja.*) Geneesk. Tijdschr. Nederl.-Indië 1938, 1711—1713 [Holländisch].

Mitteilung eines Falles von ausgetragener extra-uteriner Schwangerschaft mit lebendem Kinde. Die Placenta war sehr groß, 1750 g, im linken Lig. latum zur Entwicklung gekommen, daß zu einem Stiel ausgezogen war, mit daumendicken Gefäßen. Dieser Stiel konnte leicht unterbunden und das ganze Ei, nach der Exaktion des lebendigen Kindes, mit dem linken Adnexum entfernt werden. Wichtig für die Diagnostik ist, daß die Cervix weich war und ein Finger bequem passieren ließ, wodurch die extranterine Lage anfangs verkannt wurde. *de Snoo (Utrecht).*

Stern, S. I.: La grossesse intra-murale. (Die intramurale Schwangerschaft.) (*Serv. Gynécol., Hôp. Municip. [Hôp. Lénine], Chakhty.*) Gynéc. et Obstétr. 38, 193—200 (1938).

Bei der intramuralen Schwangerschaft besteht eine allseitige Umschließung des Eies durch die Muskelbündel der Gebärmutter. Unter Mitteilung von zwei eigenen Fällen werden die klinischen Zeichen und pathologisch-anatomischen Befunde besprochen. Die intramurale Gravidität ist für die Mutter besonders gefährlich, da die intraperitoneale Blutung meist sehr schnell und sehr hochgradig einsetzt. An den beiden Fällen ist bemerkenswert, daß in dem einen die intramurale Gravidität nach 13 vorausgegangenen normalen Schwangerschaften auftrat; in dem anderen Fall folgte nach Excision des Tubenwinkels später eine weitere Schwangerschaft mit normaler Entbindung und gesundem Kind. *Gerstel (Gelsenkirchen).*

Andrianakos, Tryphon K.: Interstitielle Gravidität. Arch. Gynäk. 167, 343—372 (1938).

Zusammenfassende Arbeit über interstitielle Gravidität. Ausführliche Besprechung der Literatur, der Ätiologie, der Formen der interstitiellen Gravidität, der anatomischen, histologischen und klinischen Diagnostik und Differentialdiagnose, der Prognose und

Therapie. Wiedergabe von zwei eigenen Beobachtungen, der ersten in Griechenland bekannt gewordenen Fälle von interstitieller Gravidität. In beiden Fällen handelt es sich um die isthmische Form mit Entwicklungsrichtung gegen den isthmischen Abschnitt des Eileiters. Fall 1: 29 Jahre, früher Denguefieber und Malaria, innerhalb kurzer Zeit 2 Aborte (M. $2\frac{1}{2}$ und 3). 3 Monate nach der letzten Fehlgeburt Wiederauftreten der Periode in normalem Ablauf für 3 Monate. Nach der letzten Regel Aufsuchen der Klinik wegen Schmerzen im rechten Hypogastrium. Klinische Diagnose lautete auf einen cystischen Tumor des linken Ovars mit Myom des rechten Uterushorns und Appendicitis. Bei der Operation fand sich ein um seinen Stiel doppelt gedrehter cystischer Tumor des linken Ovars und ein Tumor des rechten Uterushorns. Es wurde die subtotale Hysterektomie mit Exstirpation der Adnexe en bloc ausgeführt. Pathologisch-anatomische Diagnose: Rechtsseitige interstitielle extrauterine Gravidität isthmischer Form und einkammeriger stielgedrehter Tumor des linken Ovars mit zweimaliger Umdrehung. Das Präparat bot alle makro- und mikroskopischen diagnostischen Zeichen einer interstitiellen Gravidität. Bemerkenswert ist an dem ganzen Verlauf, daß die interstitielle Gravidität ganz symptomlos verlief und die Schmerzen nur durch die Stieldrehung eines gleichzeitig vorhandenen Ovarialtumors bedingt waren. Es liegt nahe anzunehmen, daß die Amenorrhöe nach dem zweiten Abort auf die interstitielle Gravidität zurückzuführen ist und dann nach dem Absterben des Fetus erst der cyclische Ablauf wieder in Gang kam. Ätiologisch werden für diese Schwangerschaft, die durch die Aborte bedingten Veränderungen an der Schleimhaut des Uterushornes und des interstitiellen Abschnittes der Tube (deciduale Reaktion) verantwortlich gemacht. Besprechung der hystero-graphisch erhobenen Befunde vervollständigen die interessante Beobachtung. Fall 2: 40 Jahre, früher Denguefieber und Grippe, in 4 Jahren 3 normale Geburten, nach $6\frac{1}{2}$ Jahren Abort Mens 1—2, unmittelbar darauf die beobachtete interstitielle Gravidität. Im 2. Monat derselben manifestierte sich der gesamte Komplex der typischen Symptome einer Extrauterin-gravidität, mit Schmerzen im Hypogastrium, wiederholten Ohnmachten und unregelmäßigen schwachen aber lang andauernden genitalen Blutungen. Die klinische Diagnose lautete: hämorrhagische Metropathie mit Myom des Uterushorns. Intra operationem wurde die Diagnose auf interstitielle Gravidität gestellt und eine keilförmige Resektion des Uterus mit Abtragung des gesamten vergrößerten (hühnereigroßem) Uterushornes vorgenommen. Das Präparat wies alle makro- und mikroskopischen Zeichen einer interstitiellen Schwangerschaft auf: Abgang des Fruchtsackes vom Uterushorn und seine breitbasige Verbindung mit dem Uterus, zapfenförmige Einfügung des Fruchtsackes in die Uteruswand, Abgang des Lig. rotundum von der inneren Vorderfläche des Tumors, Ursprung der Tube von der äußeren Lateralfläche des Tumors, größerer Abstand zwischen den Insertionsstellen des Lig. rot. und der Tube. Fehlen einer Kommunikation zwischen Uterushöhle und Ei, Vorhandensein von histologischen Schwangerschaftselementen am Fruchtsack und Fehlen solcher Elemente im Endometrium.

Herrnberger (Berlin)._o

Streckenbach: Der Einfluß operativer Maßnahmen auf den Schwangerschaftsbestand. (*Frauenklin., Städt. Krankenanst., Königsberg i. Pr.*) Med. Klin. 1938 II, 899—903.

Der Einfluß operativer Maßnahmen auf den Bestand der Schwangerschaft ist an sich sehr gering. Verf. nimmt hierzu an Hand von 31 eigenen Fällen Stellung. Zeitpunkt der Schwangerschaft, evtl. vorausgegangene Störungen der Schwangerschaft, Schwere und Dauer der Operation, Länge und Wahl der Narkose sind wichtige Faktoren. Ausschlaggebend erscheint jedoch die Konstitution und Disposition des mütterlichen Organismus sowie Art und Schwere der Erkrankung. Bis zum 4. Monat werden operative Eingriffe günstiger vertragen als späterhin. Nach Ablauf des 4. Schwangerschaftsmonats soll nur bei dringender Indikation operiert werden. Ziel bei allen Operationen in der Gravidität muß sein, die Schwangerschaft durch möglichst schonende Behandlung des Uterus zu erhalten. Dies gelingt auch in einer großen Anzahl der Fälle. Eine Garantie

für die Erhaltung der Schwangerschaft kann jedoch nie gegeben werden. Bei Myomen ist die Enucleation als die Methode der Wahl anzusehen. Einseitige Ovariectomien verlaufen meist günstig, ebenso die kleineren Eingriffe der Sterilisationsoperationen (Tubenresektionen). Bei Appendicitiden ist vor allem rechtzeitig, frühzeitig genug, zu operieren. Peritonitiden führen oft zum Abort. Jedoch ist man zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft hier wie bei allen anderen notwendig werdenden Operationen nicht berechtigt. Bei länger bestehenden Peritonitiden ist das kindliche Leben sehr gefährdet. Im einzelnen handelt es sich bei den mitgeteilten Fällen um 4 konservative Fälle von Myotomien, 2 Sterilisationsoperationen durch Tubenresektion beiderseits, 4 Cystektomien eines Ovarialcystoms, 2 Ovariectomien (einseitig), 1 Tubenresektion bei einer Tubencyste, 2 Herniotomien, 2 Operationen bei Ileus, 3 Appendektomien, 9 Peritonitiden, bei denen laparotomiert, drainiert und geäthert wurde, 1 Amputatio portionis, 1 Alexander-Adams. In der weitaus größeren Anzahl der Fälle blieb die Gravidität erhalten. Einzelheiten der zum Teil ausführlich mitgeteilten Fälle s. im Original.

Alfred Saal (Berlin-Wilmersdorf).

Acciave, Dario: Syndrome emorragica in donna gravida al VI mese. (Hämorrhagisches Syndrom bei Graviditas M. VI.) (*Scuola di Ostetr. e Sez. Ostetr.-Ginecol., Osp. Magg., Vercelli.*) Ginecologia (Torino) 4, 442—447 (1938).

Eine 39jährige IV-Para, die an Unterleibsbeschwerden litt, wurde wegen angeblicher Cyste des Ovariums operiert, wobei es sich aber zeigte, daß eine Gravidität im 3. Monate vorlag, so daß man sich offenbar auf die Probeparatomie beschränkt hatte. Die gastro-intestinalen Erscheinungen besserten sich nachher nicht, so daß die Patientin gezwungen war, eine ganz einseitige Ernährung einzuhalten. Nach etwa einem Monate traten dann Blutungen aus der Vagina, aus den Ohren und den Lippen auf, ferner zeigten sich Ödeme und Hämorrhagien in der Haut. Wegen drohender Frühgeburt im 6. Monate wurde nunmehr die Frau dem Frauenspital in Vercelli überwiesen, wo sich unschwer nachweisen ließ, daß es sich um ein Krankheitsbild handelte, das als typische Avitaminose anzusprechen war, hervorgerufen durch die ganz einseitige und vitaminarme Ernährung, welche die Patientin längere Zeit innegehalten hatte. Auf entsprechende Umstellung der Nahrung trat rasche Besserung ein, und die Frau konnte nach einem Monat aus der Anstalt entlassen werden.

Hüssy.

Tokunaga, Mikio: Studien zur Schwangerschaftstoxikose. I. Mitt. Über die pathologisch-anatomischen Veränderungen, besonders von Leber, Niere und Herz. (*Frauenklin., Kais. Univ. Tokyo.*) Mitt. jap. Ges. Gynäk. 33, H. 7, dtsh. Zusammenfassung 58 (1938) [Japanisch].

Das Studium der Sektionsbefunde bei Hyperemesis (35 Fälle), Eklampsie (26), Eklampsismus (9) und Ablösung der normal sitzenden Placenta (16) führte den Verf. zu folgenden Ergebnissen: 1. Bei Hyperemesis finden sich nicht nur Vergiftungszeichen, sondern auch hochgradige Ernährungsstörungen, 2. bei der Eklampsie finden sich in Leber, Niere und Herz und anderen Organen mannigfaltige pathologisch-anatomische Veränderungen, 3. bei Eklampsismus hochgradige organische Herzfunktionsstörungen und 4. bei vorzeitiger Ablösung der normal sitzenden Placenta relativ regelmäßig charakteristische Nierenveränderungen.

Dietel (Hamburg).

Pignoli, Renato: Gravidanza decorsa fino al VII mese in donna con amastia totale acquisita ed affetta da malattia di Recklinghausen. (Contributo clinico e studio delle correlazioni genito-mammarie e della associazione della gravidanza alla malattia di Recklinghausen.) (Schwangerschaft bis zum 7. Monate bei einer Frau mit totaler operativer Amastie und Recklinghausenscher Krankheit. [Klinischer Beitrag und Studium der genito-mammären Zusammenhänge und der Assoziation der Schwangerschaft mit der Recklinghausenschen Krankheit.]) (*Clin. Ostetr.-Ginecol., Univ., Parma.*) Riv. ital. Ginec. 21, 241—258 (1938).

Multipara mit Recklinghausenscher Krankheit, beiderseitiger vorausgegangener Amputation der Mamellen, bei welcher eine neue Schwangerschaft im 7. Monate durch den Tod des Fetus unterbrochen wurde. Betrachtungen über den Einfluß der Brustdrüsen auf die Erzeugungskraft, wie auch über die bisher bekannten Assoziationen zwischen Schwangerschaft und Recklinghausenscher Krankheit. Die Unterbrechung

der Schwangerschaft geschah wahrscheinlich entweder infolge asymptomatischer Lues, oder wegen der Recklinghausenschen Krankheit. Jedoch glaubt Verf. an die Möglichkeit einer erhöhten Fekundität in der Recklinghausenschen Krankheit. Die Schwangerschaft verursachte eine Verschlimmerung der letzteren. Die puerperale Subinvolution des Uterus muß wahrscheinlich einer mangelnden Erzeugung der eine Hypertrophie des Uterus verursachenden Brustdrüsenhormone zugeschrieben werden.

G. Popoviciu (Cluj).

Skillen, Jane, and Emil Bogen: Pregnancy and tuberculosis. (Schwangerschaft und Tuberkulose.) J. amer. med. Assoc. **111**, 1153—1156 (1938).

Die kurze, aber inhaltreiche Arbeit beschäftigt sich mit dem Einfluß der Schwangerschaft, aber auch der Konzeption, des Wochenbetts und der Lactation auf den Ablauf der Tuberkulose. — Es wird einleitend auf die bestehenden Gegensätze hingewiesen, die über diese Frage bestehen. Während die einen den Einfluß von Schwangerschaft auf die Tuberkulose für nicht so erheblich ansehen, glauben andere, daß eine tuberkulöse Frau aus Gründen der eigenen Gesundheit nicht heiraten, geschweige denn konzipieren oder austragen dürfe. — Zur Entscheidung der Frage werden zunächst Meerschweinchenversuche angestellt, die teils im frühen, teils im späten Stadium der Schwangerschaft einer Infektion ausgesetzt werden. Ein Unterschied im Ablauf der teils auf oralem, teils auf subcutanem Wege infizierten Tiere gegenüber Kontrollen hat sich nicht ergeben. Die Unterschiede bei den 140 schwangeren Tieren gegenüber den Kontrollen lagen zumeist innerhalb des mittleren Fehlers. — Die Beobachtung am eigenen klinischen Material von 10000 Frauen ergeben bezüglich des Verlaufs im Zusammenhang mit dem Überstehen oder Nichtüberstehen von Schwangerschaften keine erheblichen Unterschiede. Allerdings haben die beobachteten Frauen nicht viele Schwangerschaften durchgemacht, ein Drittel hatte nur 1 Kind, die durchschnittliche Kinderzahl bei den Verheirateten betrug 2,2 Kinder. — 50 Frauen machten eine Schwangerschaft während ihres Aufenthaltes im Sanatorium durch. — Bei diesen zeigte sich kein Unterschied bezüglich der Entwicklung der Tuberkulose, ob sie nun die Schwangerschaft austrugen oder eine Unterbrechung in die Wege geleitet wurde. Auch eine Kollapstherapie wurde gut vertragen.

In der Aussprache, in der durch Irwin auch eine abweichende Auffassung vertreten wird, betont Bogen im Schlußwort u. a. die Notwendigkeit der Abtrennung der Kinder für lange Zeit von schwer offenen Müttern. In anderen Fällen sind Bedenken nicht vorhanden, die Kinder den Müttern zu belassen, wenn auch sonst günstige Verhältnisse bestehen.

Reinhardt (Belzig).

Broders, Albert C., and John R. McDonald: Histologic study of the endometrium during pregnancy. (Histologische Untersuchungen des Endometriums während der Schwangerschaft.) (Sect. of Surg. Path., Mayo Clin., Rochester.) Amer. J. clin. Path. **8**, 547—562 (1938).

Im Anfang einer intrauterinen Schwangerschaft ist die Gebärmutter Schleimhaut ähnlich gebaut wie während der prämenstruellen Phase. Diese Differenzierung findet sich bei der extrauterinen Schwangerschaft seltener. Die typischen sog. Schwangerschaftsdrüsen finden sich in einem großen Teil der Fälle früher intrauteriner Schwangerschaft, dagegen nur selten bei extrauteriner Gravidität, und gelegentlich auch im nichtgravidem Uterus unmittelbar vor dem Beginn der Monatsblutung. Die Schwangerschaftsdrüsen haben die gleiche Bedeutung wie die Decidua; sie sind also kein absoluter Beweis des Vorliegens einer intrauterinen Schwangerschaft. In 5 von 27 Fällen extrauteriner Gravidität wurde Decidua im Uterus gefunden. Gerstel (Gelsenkirchen).

Scipiades jr., Elemér: Young human ovum detected in uterine scraping. (Junges menschliches Ei, in einer Abrasio entdeckt.) (II. Obstetr. a. Gynecol. Clin., Univ., Budapest a. Dep. of Embryol., Carnegie Inst. of Washington, Baltimore.) Contrib. to Embryol. **27**, 95—105 (1938).

In einer Abrasio wurde ein junges menschliches Ei gefunden. Es wurden Serienschnitte angefertigt, von denen 40 das Chorion trafen. Der größte Durchmesser des Eies

war etwa 1,5 mm, der Durchmesser der Chorionhöhle fast 1 mm. Der Embryonal-schild war 0,18 mm lang und 0,048 mm dick. Die neben dem Ei herausgeförderten Stückchen der Gebärmutter Schleimhaut zeigten den Bau der prämenstruellen Phase, nur an 2 Stellen fand sich *Massa compacta* und *spongiosa*. Das Alter des Embryos wird auf 11—12 Tage geschätzt, die Einbettungszeit im Uterus auf höchstens 1 Woche.

Gerstel (Gelsenkirchen).

Koopmann: Ist Chinin ein Abtreibemittel? (*Anat. Inst., Hafenkrankenh., Hamburg.*) Münch. med. Wschr. 1938 II, 1344—1346.

Die Frage, ob dem Chinin eine abortive Wirkung zukommt, ist auch heute noch ein recht umstrittenes Problem. Wer Gelegenheit hat, des öfteren vor Gericht die Einlassungen der Ärzte und die Schilderung der Schwangeren über die Folgen des Chiningebrauches zu hören, wird der Ansicht des Verf. ohne weiteres zustimmen, daß kein Arzt heute berechtigt ist, die abortive Wirkung des Chinins 100proz. abzulehnen. Der Verf. führt verschiedene Beispiele an, wo nach Chiningebrauch prompt eine Fehlgeburt eintrat. Er hält es für unbedingt notwendig, ausgedehnte tierexperimentelle Untersuchungen auf diesem Gebiete durchzuführen, zumal in der Literatur hierüber nur sehr spärliche Angaben vorliegen. Er selbst hat Versuche an 8 trächtigen Kaninchen vorgenommen, bei denen es 3mal zu einer Frühgeburt kam, einmal nach insgesamt 0,07 g, das zweite Mal nach 0,17 g und das dritte Mal nach 0,06 g Chinin intravenös. Die Tiere hatten das Chinin in den letzten Tagen vor der einsetzenden Geburt erhalten. Von den übrigen 5 Tieren starben 2 frühzeitig, bei den übrigen kam es in einem Falle trotz Einverleibung von 0,92 g Chinin nicht zur Fehlgeburt, 2 weitere Tiere erwiesen sich als nicht trächtig. Der Verf. bezeichnet sein Versuchsmaterial als zu klein, um allgemeine Schlüsse über die abortive Wirkung des Chinins zu ziehen. Er glaubt jedoch, aus seinen Versuchen entnehmen zu müssen, daß dem Chinin eine abortive Wirkung bei intakter Schwangerschaft zukommt. Die Verordnung von Chinin bei fraglicher Schwangerschaft und drohendem Abort hält er für ärztlich nicht gerechtfertigt, sie erscheint ihm fahrlässig.

Wagner (Kiel).

Chylak, Mikolaj: Tod infolge Fruchtabtreibung. (*Zakladu med., uniw., Lwów.*) Polska Gaz. lek. 1938, 781—785 u. 805—808 [Polnisch].

Chylak berichtet über 150 Fälle von krimineller Fruchtabtreibung, die mit tödlichem Ausgange in den Spitälern in Lwów in den Jahren 1927—1936 in Behandlung standen. Die jährliche Zahl krimineller Aborte schwankte in dieser Zeit in Lwów zwischen 2149 und 2418 Fällen, wovon jeder 110. bis 120. Abortus tödlich verlief. In 51 Fällen bildete akute Peritonitis, in 36 Fällen Septicopyämie, in 22 Fällen allgemeine Sepsis, in 35 Fällen schwere Verletzung der Geburtswege die Todesursache. In 6 dieser tödlichen Fälle waren Ärzte, in 10 Fällen Hebammen, in 5 Fällen die Schwangeren selbst die Täter des kriminellen Abortes.

L. Wachholz (Krakau).

Yanaiharu, Keitaro: Geburt und Mond. (*Frauenklin., Kais. Univ. Tokyo u. Geburtsh.-Gynäkol. Abt., Japan. Doojinkai Hosp., Tsingtau.*) Mitt. jap. Ges. Gynäk. 33, H. 6, dtsh. Zusammenfassung 48 (1938) [Japanisch].

Verf. stellte Untersuchungen an über die Beeinflussung der Geburt durch den synodischen und drakonitischen Umlauf des Mondes. Es wurden 32912 Fälle überprüft. Es stellte sich heraus, daß in der Nähe des Vollmonds und Neumonds die Geburt besonders häufig eintritt und etwa 1—2 Tage vor den beiden ersten und letzten Vierteln besonders selten. Während der übrigen Mondphasen ist kaum ein Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit der Geburt bemerkbar. Eine Abhängigkeit zwischen drakonitischem Umlauf und Häufigkeit der Geburt ist nicht festzustellen.

Zietschmann.

Kimmig, Klaus: Über Symphyseuruptur unter der Geburt. (*Univ.-Frauenklin., Marburg a. d. L.*) Mschr. Geburtsh. 107, 328—341 (1938).

Verf. schildert eingehend die Auflockerungsvorgänge der Schamfuge und der Sakroiliacalgelenke während der Schwangerschaft. Als Ursache für die Auflockerung der Gewebe werden heute auch hormonale Einflüsse geltend gemacht. Außer einer zu

starken oder zu geringen Dehnbarkeit der Gewebe sind besondere körperliche Beschäftigungen der Schwangeren, wie sie in einer Reihe von Fällen aufgezeichnet sind, als die Symphysenruptur disponierende Momente anzusehen. Die eigentlich letzte Ursache ist meist in einem Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken zu suchen, wobei die Ruptur in etwa 20% der Fälle spontan, in 80% der Fälle traumatisch eintritt (forcierte Anwendung der Zange; die Hofmeiersche Impression des Kopfes ins Becken, gerade wenn gleichzeitig die Walchersche Hängelage mit extremem Spreizen der Beine ausgeführt wird; gewaltsames Hineinpresse des nachfolgenden Kopfes bei Beckenendlagen). Wie die ausführliche Darstellung (mit 2 Röntgenabbildungen) eines vom Verf. beobachteten Falles zeigt, ist die Diagnose der Symphysenruptur nicht immer leicht, da die typischen Symptome und Folgezustände oft fehlen. Die Behandlung besteht vor allem in der Ruhigstellung des Beckengürtels bei unbeweglicher Rückenlage.

H. Breuer (Berlin-Wilmersdorf).

Schäfer, Günther: Aortenruptur während der Geburt. (*Ges. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Berlin, Sitzg. v. 18. II. 1938.*) Z. Geburtsh. **117**, 503—510 (1938).

Die Wichtigkeit der autoptischen Klärung jeden Falles von unerwartet schnellem Tod während der Schwangerschaft oder in der Geburt — besonders auch im Interesse einer Entlastung des behandelnden Arztes — unterstreicht dieser Fall: 44-jährige I-para seit Jahren Kopfschmerzen, RR 190 : 120, geringe Herzverbreiterung, unreiner 1. Ton, betonter 2. P.T., Puls gespannt, Urin o. B., WaR. negativ. 7 Stunden nach Zangenentbindung Kollaps, Zustand höchster Unruhe und Angst, zunehmende Blutleere des Gesichts und der Schleimhäute, Pulsverschlechterung. Klinisch kam Verblutungstod nur aus extragenitaler Ursache in Frage. Differentialdiagnostisch wäre an postoperativen bzw. postpartalen Shock bei akuter Herz- und Kreislaufschwäche zu denken, an Thrombo- oder Luftembolie, endlich an „Eklampsie ohne Krämpfe“. Die Sektion ergab ein frisches Aneurysma dissecans, einen queren, 5 cm langen, hinter der Abgangsstelle der Arteria subclavia verlaufenden Aortenriß mit handtellergroßem Hämatom zwischen Media und Adventitia; 12 cm unterhalb davon war die Perforationsstelle der Adventitia. Die Verblutung erfolgte in das Mediastinum und in die Pleurahöhle, auch in die freie Bauchhöhle war Blut durchgesickert. Bezüglich der Ätiologie wird an Lückenbildung infolge mucoider Erweichung gedacht (s. a. Hammer, Hellner, Original in dieser Z. **18**, 551; **22**, 101). Nach Froboese (Aussprache) kommen umschriebene allergische nekrotisierende Wandveränderungen sowie anämische Infarkte der Aortenwand bei Verschuß der Vasa vasorum in Frage.

Manz (Göttingen).

Schreiber, Frederic: Apnea of the newborn and associated cerebral injury. A clinical and statistical study. (Die Apnöe von Neugeborenen unter Berücksichtigung cerebraler Schäden. Eine klinische und statistische Studie.) J. amer. med. Assoc. **111**, 1263 bis 1269 (1938).

In 70% der Fälle, in denen die Geburt unter Hilfsmaßnahmen erfolgte, lagen Zustände von Apnöe vor. Bei ausgetragenen Schwangerschaften wurde in ähnlicher Häufigkeit ein Zustand von Atemstillstand beobachtet. Bei der Verabreichung schmerzbetäubender Mittel traten Asphyxien bedeutend häufiger auf. Die Schwere der Atemstörung war von der Art des Medikamentes und von seiner verabreichten Dosis abhängig. Das gesamte beobachtete Material von 500 Fällen wird in übersichtlich angeordneten Statistiken wiedergegeben.

O. Schmidt (Bonn).

Tow, Abraham, and Henry Ross: Rupture of the stomach in the newborn. (Die Magenruptur beim Neugeborenen.) (*New York Policlin. Hosp. a. Med. School, New York.*) J. amer. med. Assoc. **111**, 1178 (1938).

Die Magenruptur bei Neugeborenen ist ein äußerst seltenes Vorkommnis. In der Literatur sind lediglich 13 derartige Fälle beschrieben worden. 4 davon wurden im Jahre 1934 veröffentlicht. Über einen weiteren Fall wird berichtet: 2. Schwangerschaft, normaler Geburtsverlauf, am 3. Tage plötzlich auftretende Cyanose, Temperaturerhöhung und Tod nach 9stündiger Krankheitsdauer. Sektion (36 Stunden

p. m.) ergibt diffuse exsudative Peritonitis, ausgehend von einer 2 cm großen Perforation des Magens, die an der großen Curvatur lag. Im Magen koagulierte Milchrückstände. Keine Autolyse der Schleimhaut. Es wird vermutet, daß der Defekt auf ein akutes, mit Perforation einhergehendes Magenulcus zurückzuführen ist. *O. Schmidt* (Bonn).

Kiseki, Tosio: Die statistische Forschung des Nebennierengewichtes des Fetus und des Kindes von dem 1.—3. Lebensjahre. Mitt. jap. Ges. Gynäk. 33, H. 7, dtsh. Zusammenfassung 57—58 (1938) [Japanisch].

An Hand von 97 frischen Fetusleichen werden zwischen dem Körpergewicht (x) und Nebennierengewicht (y) folgende Beziehungen aufgestellt: Rechte NN.: $y = 0,0014430 x$; linke NN.: $y = 0,0015411 x$. Bei 51 Kindesleichen vom 1. bis 3. Lebensjahr bestanden zwischen dem NN.-Gewicht und dem Lebensmonat (x) folgende Beziehungen: Rechte NN.: $y = 1,788 + 0,016 x$; linke NN.: $y = 1,877 + 0,026 x$. Aus der Tatsache des größeren NN.-Gewichtes beim Fetus lassen sich Unterschiede in der inneren Sekretion der NN. zwischen Fetus und Kind vermuten. *Widenbauer.*

Naturwissenschaftliche Kriminalistik. Spurennachweis. Alters- und Identitätsbestimmungen.

● **Seith, W., und K. Ruthardt: Chemische Spektralanalyse. Eine Anleitung zur Erlernung und Ausführung von Spektralanalysen im chemischen Laboratorium. (Anleitungen f. d. chem. Laboratoriumspraxis. Hrsg. v. E. Zintl. Bd. 1.)** Berlin: Julius Springer 1938. VI, 103 S., 1 Taf. u. 60 Abb. RM. 7.50.

Verff. erläutern die Methode an Hand von 22 Aufgaben, wie sie in der Praxis vorkommen, und beschreiben die dafür notwendigen Hilfsmittel. Sie wollen den Anfänger soweit ausbilden, daß er zu selbständiger Durchführung von Analysen jeder Art instand gesetzt wird. Die physikalischen Grundlagen werden nur soweit behandelt, als es zum Verständnis einzelner Maßnahmen und zur Vermeidung von Fehlern unbedingt notwendig ist. In 4 Hauptteilen werden die allgemeinen Grundlagen, die qualitative und quantitative Analyse und Verfahren für besondere Zwecke besprochen. Es wird eine Anleitung zur Aufstellung einer Dispersionskurve gegeben, auf Koinzidenzen und deren Behandlung hingewiesen, die Abhängigkeit des Spektrums von den Entladungsbedingungen gezeigt, sowie die verschiedenen Methoden der quantitativen Bestimmung, wie die mit Hilfe von homologen Linienpaaren durch Photometrieren des Spektrums, durch das 3-Linienverfahren, durch Schwärzungsvergleich und mittels des visuellen Spektralphotometers besprochen. Auch mit den Absorptionsspektren wird der Leser vertraut gemacht. Das Büchlein ist daher für den Praktiker sehr willkommen, denn es weist auf viele technische Kleinigkeiten hin, für die der Anfänger viel Lehrgeld zahlen muß und die auch den Fortgeschrittenen oft genug ärgern. Walter Gerlach, der sich um den Ausbau der Spektralanalyse große Verdienste erworben hat, gibt dem Buch eine Einführung mit auf den Weg. *Klauer* (Halle a. d. S.).

● **Zechmeister, L., und L. v. Cholnoky: Die chromatographische Adsorptionsmethode. Grundlagen, Methodik, Anwendungen. 2., wes. erw. Aufl.** Wien: Julius Springer 1938. XIII, 354 S. u. 74 Abb. geb. RM. 19.80.

Bereits 1906 machte der russische Botaniker Tswett die Entdeckung, daß man eine Lösung verschiedener Farbstoffe mittels Hindurchsaugen durch ein geeignetes Absorptionsmittel in ihre einzelnen Komponenten zu zerlegen vermag. Das Prinzip dieses als chromatographische Adsorptionsmethode bezeichneten Verfahrens beruht darauf, daß die Haftfähigkeit verschiedener Substanzmoleküle am Adsorptionsmittel eine verschiedene ist, beim Durchtritt der Lösung durch das Adsorbens werden in vielen Fällen die einzelnen Stoffe in verschiedener Höhe der „Adsorptionssäule“ festgehalten, durch Zerlegung dieser Säule ist dann die Möglichkeit einer Trennung der einzelnen Komponenten sehr leicht gegeben. Die Verff. geben eine ausführliche Schilderung des Untersuchungsganges und anschließend daran eine Zusammenstellung derjenigen Substanzen, die sich nach diesem Verfahren leicht abtrennen und bestimmen lassen. Dabei