

**Rauscher, J.: Zum Kriminal-Problem der Homosexualität.** (*Gefängnis Mannheim u. Heidelberg, Mannheim.*) Bl. Gefängniskde 70, 243—257 (1940).

Die Arbeit bringt für den Mediziner nichts Neues. Über die seelsorgerische Technik, die hier psychotherapeutisch am meisten interessieren würde, erfährt man keine Einzelheiten.  
Leibbrand (Berlin).)

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

**Laves, Wolfgang:** Über den Hogben-Test zum biologischen Schwangerschaftsnachweis. (*Inst. f. Exp. Med., Schloß Düneck, Ütersen, Holstein.*) Dtsch. med. Wschr. 1940 I, 5—7.

Für den biologischen Schwangerschaftsnachweis wurde in neuerer Zeit eine afrikanische Froschart, der glatte Spornfrosch, besser Krallenfrosch (*Xenopus laevis* Daudin) herangezogen. Es erfolgt eine ausführliche Beschreibung der technischen Durchführung des Testes, der in der Originalarbeit nachzusehen ist, und Bericht über 2 Fälle. Der Hogben-Test gestattet ein schnelles Ablesen des Ergebnisses innerhalb längstens 12 Stunden.

H. Winkler (Marburg a. d. Lahn).)

**Cattabeni, C. Mario:** La ipofisi e la diagnosi anatomo-patologica di gravidanza pregressa. (Die Hypophyse und die pathologisch-anatomische Diagnose einer stattgehabten Schwangerschaft.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Milano.*) Zacchia, II. s. 3, 511—523 (1939).

Die Untersuchung von 14 Hypophysen von Frauen, die in den ersten Monaten der Schwangerschaft bis zu 50 Tagen nach der Ausstoßung der Frucht an den Folgen des Abortes gestorben waren, ergab, daß der Befund an der Hypophyse die Diagnose einer stattgehabten Schwangerschaft des öfteren gestatte. Daneben finden sich aber auch Fälle, in denen sich an der Hypophyse ein kennzeichnender Befund nicht erheben ließ. Es berechtigt eben hier, wie stets in der Biologie, lediglich ein positiver Befund zu irgendwelchen diagnostischen Schlüssen (Ref.). v. Neureiter (Hamburg).

**Russo, Francesco:** Midollo osseo e ciclo mestruale. (Knochenmark und Menstrualcyclus.) (*Clin. Ostetr. e Ginecol., Univ., Pisa.*) Arch. Ostetr., II. s. 4, 196—217 (1940).

Einleitend werden die Untersuchungsmethoden kritisch besprochen. Für seine Arbeiten benutzt der Verf. die Methode von Roversi und Tanturri, obgleich auch diese nicht durchaus eindeutige Ergebnisse liefert. Das Material wurde durch Punktion in die Spongiosa des Sternums 5—2 Tage vor, 2—4 Tage und 10—15 Tage nach der Menstruation entnommen, und zwar nach lokaler Anästhesierung mit Äthylchlorid. Die Färbung für die mikroskopische Untersuchung geschah nach May-Grünwald-Giemsa. Untersucht wurden 12 Frauen im Alter von 23—43 Jahren und ein 23jähriges Mädchen. Die Ergebnisse sind in Tabellen wiedergegeben. Da hierbei die Nomenklatur von Ferrata angewandt worden ist, so läßt sich die Bezeichnung der einzelnen Bestandteile zum Teil nicht kurz, zum Teil gar nicht übersetzen. Es bestehen keine auffallenden Unterschiede zwischen den Elementen des prä-, post- und intermenstruellen Zustandes. Am Schluß folgen Literaturangaben.

Wilcke (Göttingen).

**Rust, W., und F. Huber:** Über die Beziehungen zwischen klimakterischen Ausfallserscheinungen und den Ausscheidungsverhältnissen des Follikelreifungshormons im Urin. (*Univ.-Frauenklin., Charité, Berlin.*) Arch. Gynäk. 170, 193—204 (1940).

Verff. prüften in größerem Maßstabe die Verhältnisse zwischen klimakterischen Ausfallserscheinungen und den Ausscheidungswerten des Follikelreifungshormons im Urin, die als Ausdruck der sich in der Hypophyse abspielenden Veränderungen aufgefaßt werden müssen. Bei allen Frauen mit verschiedenen Formen der Keimdrüsentrübungen (Hitzewallungen, Gelenkbeschwerden, Pruritus vulvae, trophische Veränderungen der Haut, Gemütsverstimmungen und andere Symptome) konnten fast immer im Harn gleichzeitig hohe Ausscheidungswerte des Follikelreifungshormons nachgewiesen werden. Der Uterus nimmt nach den Verff. im Gegensatz zu Krane nicht nur die Stelle eines einfachen Erfolgsorgans ein, sondern übt auch Rückwirkungen im Sinne eines Regulators auf die Produktionsstätten der Sexualhormone aus. In der

Follikelhormonbehandlung von Ausfallserscheinungen sei diejenige Dosis die geeignetste und erfolgreichste, die in der Lage sei, den Follikelreifungsfaktor im Urin zum Schwinden zu bringen und dessen Wiederanstieg zu verhindern. Mit der Hormonbestimmung im Harn sei es möglich, Beschwerden, die anfänglich keinen Zusammenhang mit Funktionsstörungen der Keimdrüsen zu haben scheinen, als Ausfallserscheinungen zu identifizieren, andererseits könne man als Ausfallserscheinungen aufgefaßte Symptome als falsch diagnostiziert erkennen. Die Tatsache der erhöhten Ausscheidung des Follikelreifungsfaktors im Alter setze den Wert der geschilderten Beobachtungen nicht sonderlich herab, denn eine deutlich vermehrte Ausscheidung finde man erst in einem Alter, das durchschnittlich bei 59 Jahren liege, während die klimakterischen Erscheinungen doch meist im Alter zwischen 40 und 50 auftraten. *Rudolf Koch* (Münster i. W.).

**Ottow, B.: Auswirkung einer Empfängnis während der Menstruation auf die Frucht.** Med. Welt 1940, 563—564.

Die Möglichkeit einer Empfängnis während der Menstruation wird vom Verf. zugegeben, doch sei eine derartige Konception überaus selten (aber nicht offenbar unmöglich im Sinne des Gesetzes; der Ref.). Die Möglichkeit einer Fruchtschädigung durch Empfängnis während der Menstruation wird abgelehnt. *B. Mueller* (Heidelberg).

**Christensen, K. E.: Über die Anwendung von Reaktionsbestimmungen in der Vagina zur Feststellung des Fruchtwasserabganges.** (Gynäkol.-Geburtsh. Abt., Staatshosp., Sönderborg.) Acta obstetr. scand. (Stockh.) 20, 71—84 (1940).

Soweit die vorliegende Abhandlung gerichtlich-medizinisches Interesse hat, sei darüber folgendes mitgeteilt: Es handelt sich um Methoden, die Temesvary 1933 angegeben hat und die bezuwecken sollen, in der Scheide den Abgang von Fruchtwasser aus der Gebärmutter bzw. aus der Fruchtblase im Frühstadium und im Spätstadium nachzuweisen. Die erste Methode ging darauf hinaus, Bromthymolblau als Indikator anzuwenden, die zweite suchte die  $p_H$ -Konzentration im Vaginalsekret und in einzelnen Fällen auch im Fruchtwasser allein festzustellen. — Auf Grund seiner Untersuchungen an 200 Gebärenden, bei welchen die Methodik auch im Hinblick auf eventuelle Fehlerquellen kritisch geprüft wurde, stellt Christensen fest, daß in der Praxis die Bromthymolblauprobe des Scheidensekrets (man hüte sich vor Beimengung von Urin oder Blut!) die einzige anwendbare, empfehlenswerte sei; für Klinik und Krankenhaus käme auch noch die genauere  $p_H$ -Konzentrationsbestimmung am Vaginalsekret und Urin in Betracht.

**Müller, Friedrich: Schwangerschaft nach sterilisierender Operation.** (Univ.-Frauen-klin., Breslau.) Zbl. Gynäk. 1940, 1010—1012.

Es darf wohl beanstandet werden, daß den Lesern einer ärztlichen Fachzeitschrift die „zwingenden Gründe“, die bei einer jungen Frau zweimal zur Sterilisierung Veranlassung gaben, vorenthalten werden. Das erste Mal war ein Vierteljahr nach der ersten Entbindung die Keilexzision mit Peritonisierung der Uteruswunden — in einer Fachabteilung von Facharzt? — ausgeführt worden. Die Untersuchung der linken Fundusecke, aus der Farblösung austrat, auf Serienschnitten ergab eine mit Tubenepithel ausgekleidete Utero-Peritonealfistel. Verf. nimmt an, daß bei der Keilexzision ein Tubenteil stehengeblieben ist; von dem außerordentlich regenerationsfähigem Tubenepithel aus wird dann eine Kanalisierung der Uteruswand erfolgt sein. Daß die Peritonisierung ohne Einfluß blieb, liegt vielleicht an der (unabsichtlichen?) Fixation der „proximalen unklarer“ (terminologisch und entwicklungsgeschichtlich nicht begründeter Begriff. Ref.) Tubenenden an den Fundusecken (Ref.). *Kresiment.*

**Toniolo, Giuseppe: La roentgenerapia deve essere sempre proibita durante la gravidanza?** (Ist die Röntgenbehandlung während der Schwangerschaft immer verboten?) (Istit. di Radiol. e Terapia Fis., Univ., Pisa.) Arch. di Radiol. 14, 158 bis 169 (1938).

Bericht über 2 Fälle, deren Bedeutung in der Tatsache liegt, daß die Gravidität durch die auf die Gebärmutter verabfolgten Dosen in keiner Weise beeinflußt wurde,

während die Entwicklung der Geschwulst zum Stillstand gekommen war. In dem einen Fall lag allerdings das Bestrahlungsgebiet weiter vom Becken. Der Verf. kommt zum Schluß, daß in vielen Fällen (Lymphosarkom, Lymphogranulom, Mammacarcinom-metastasen usw.) Röntgenstrahlen unter allen Umständen angewandt werden müssen.

Heinz Lossen (Frankfurt a. M.).

**Lauro, Augusto:** *Assenza anatomica completa del collo dell'utero in primigravida a termine.* (Vollständiges anatomisches Fehlen des Gebärmutterhalses bei einer Erstschwangeren am Ende.) (*Casa di Cura Fatebenefratelli, Villa Buonconsiglio, Napoli.*) Arch. Ostetr., II. s. 4, 223—226 (1940).

Eine 22jährige, in jeder Beziehung kräftige und gesunde Frau kam am Ende des 8. Schwangerschaftsmonates zur Beobachtung. Ihr fehlte der Hals der Gebärmutter. Sie wurde sorgfältig überwacht. Bei der Geburt mußte schließlich der klassische Kaiserschnitt ausgeführt werden. Wohl sind ein paar Fälle bekannt geworden, in denen der Gebärmutterhals infolge von äußeren Einwirkungen geschwunden ist. Ein vollständiges anatomisches Fehlen hat der Verf. in der Literatur nicht finden können. Er betont daher wie auch am Anfang die Notwendigkeit der Überwachung und tritt sehr entschieden für den Untersuchungzwang der Schwangeren ein. Literaturangaben fehlen vollständig.

Wilcke (Göttingen).

**De Lisi, Giuseppe:** *La biometria in rapporto all'ostetricia!* Studio biometrico-statistico su caratteri esterni di 512 gestanti a termine. (Biometrik und Geburtshilfe. Biometrisch-statistische Untersuchungen über Körpermaße bei 512 Schwangeren am Ende der Schwangerschaft.) (*Clin. Ostetr.-Ginecol., Univ., Perugia.*) Riv. Biol. 29, 71—93 (1940).

Die Untersuchungen haben ergeben, daß sowohl die absoluten Körpermaße als auch die relativen Maßzahlen (Körpergewicht: Beckenumfang, Körpergröße: Querer Beckendurchmesser, Thoraxumfang: Conjugata externa u. a.) bei den einer einheitlichen Bevölkerungsgruppe entstammenden Frauen große Übereinstimmung zeigten. Vom geburtshilflichen Standpunkt sind die gefundenen Maße als durchaus günstig zu bezeichnen.

Elbel (Heidelberg).

**Taseh, Hans:** Über interstitielle Tubargravidität. (II. Univ.-Frauenklin., Wien.) Arch. Gynäk. 170, 263—279 (1940).

Es sind bisher etwa 200 Fälle von ektopischer Gravidität bekannt geworden, die im intramuralen Anteil der Tube lokalisiert waren (etwa 1,6% aller extrauterinen Schwangerschaften). Die anatomische Diagnose der interstitiellen Tubargravidität ist oft schwierig, die klinische Erkennung meist unmöglich. Ausführliche Besprechung von 3 Fällen mit sehr guten Bildern. Die Ursache der ektopischen Nidation lag in 2 Fällen an entzündlichen Veränderungen im interstitiellen Tubenteil, einmal war eine Endometriose vorhanden. In einem der Fälle kam es zur Ruptur, zweimal zur Molenbildung.

Elbel (Heidelberg).

**Végh, Lajos:** Beiträge zu selteneren Formen interstitieller Gravidität. Orvosképzés 30, 252—263 (1940) [Ungarisch].

36jährige Frau, vor 23 Jahren wegen intraligamentärer Cyste operiert; trotz keilförmigen Ausschnitten des Eileiters in der Gebärmutterecke trat in seinem Stumpf interstitielle Gravidität ein, die platzte. In 12 Tagen glatte Genesung. — Interstitielle Schwangerschaft, hervorgerufen von einem pflaumengroßen intramuralen Myom in der vorderen Wand der Gebärmutter. Rechtzeitige Feststellung der Gravidität noch vor ihrem Platzen. Nach operativem Eingriff glatte Heilung.

v. Beöthy (Pécs, Ungarn).

**Pallos, Karl v.:** Zwei Fälle von ausgetragener und übertragener Bauchhöhenschwangerschaft. (Path. Inst., Univ.-Frauenklin. u. II. Frauenklin., Univ. Budapest.) Zbl. Gynäk. 1940, 1052—1061.

Verf. behandelt an Hand des Schrifttums und von 2 eigenen Fällen von ausgetragener und übertragener Bauchhöhenschwangerschaft ihre Klinik und Pathologie. Im ersten Falle blutete die 31jährige I-Para einen Monat nach dem Ausbleiben der Regel ein wenig. „Gleichzeitig wird sie wegen heftiger Unterleibsschmerzen mit Ileusverdacht in Krankenhauspflege genommen. Im Anfang des 9. Schwangerschaftsmonats bleiben die Fruchtbewegungen aus.

Die Anamnese und die manuelle Untersuchung lassen den Verdacht auf Bauchhöhlenschwangerschaft auftauchen; dieser Verdacht wird durch die Utero- und Salpingographie bekräftigt. Sofortige Laparotomie, bei der die an beiden Blättern des Lig. latum haftende Placenta leicht losgelöst werden konnte. Macerierte Frucht. Heilung per primam. Der mittlere, in engem Zusammenhang mit dem Eissack stehende Tubenteil wurde histologisch untersucht. Die Schleimhaut zeigte die Zeichen einer leichten chronischen Entzündung. Die Placentazotten waren von außen her bis an die Muscularis der Tube vorgedrungen; eine Kommunikation des Tubenlumens mit der Eihöhle war nicht nachzuweisen.“ Es hat sich somit um eine Abdominalgravität gehandelt, bei der ein direkter Zusammenhang zwischen Placenta und Tubenlumen nicht nachzuweisen war. — Beim 2. Fall blieben im 11. Monat der Schwangerschaft der 34jährigen I-Para die Herztöne aus. „Der Arzt stellte im 14. Schwangerschaftsmonat vergleichbare Versuche mit Laminaria zur Einleitung der Geburt an. Wegen der bei Herausnahme der Laminaria eintretenden Blutung wurde der Uterus tamponiert und hierbei perforiert. Mit Hilfe der manuellen und röntgenologischen Untersuchung der mit Zeichen von Peritonitis eingelieferten Frau wird eine ektopische Schwangerschaft festgestellt. Laparotomie. Graviditas tubo-abdominalis. Exstirpation uteri cum adn. Drainage der Bauchhöhle und des Cavum Douglasi. Heilung.“ Literatur. Rudolf Koch (Münster i. W.).

**Schwartz, Harold A.: Prenatal injury of the fetus.** (Verletzung des Fetus vor der Geburt.) (*Obstetr. a. Gynecol. Serv., Third Surg. Div., Bellevue Hosp. a. New York Univ. Coll. of Med., New York.*) Amer. J. Obstetr. **39**, 881—882 (1940).

Eine Frau litt nach ihrer Angabe während der Schwangerschaft an mäßigen Blutungen. Sie führte sie auf einen Fall zurück. Das fruhgeborene tote Kind wies an der linken Wange eine tiefe, bis in die Mundhöhle hineingehende Verletzung auf, an der anderen Seite war eine Narbe zu erkennen. Im Inneren der Wunde fand sich Granulationsgewebe. Die Frau gestand späterhin, daß ein Abtreiber mit einem Instrument eingegangen sei. Sie habe mäßig geblutet, ein Erfolg sei nicht eingetreten. Der Abtreiber habe sie nach Hause geschickt mit dem Bemerken, daß es zur Fruchtabtreibung zu spät sei. B. Mueller (Heidelberg).

**De Angelis, Amedeo: Un caso di aborto spontaneo simulante un aborto criminoso.** (Fall eines Spontanaborts unter dem Bilde eines kriminellen Aborts.) Riv. Ostetr. **22**, 102—104 (1940).

Es wird ein Fall beschrieben, der auf Veranlassung des Gerichtes begutachtet wurde und bei dem die Frage zu entscheiden war, ob es sich um Abtreibung handelt oder um einen Spontanabort durch ein zufälliges, erwiesenes Trauma. Es handelt sich um eine Schwangerschaft im 5. Monat, bei der die eingehende Prüfung ergibt, daß tatsächlich einmal ein Schlag gegen den Unterleib als eine der von Frauen so häufig behaupteten Ursachen einen Spontanabort ausgelöst hat. Reinhardt (Weißenfels).

**Salvini, Antonio: Note cliniche su alcuni casi di perforazione dell'utero.** (Klinische Bemerkungen über einige Fälle von Uterusperforationen.) (*Reparto Ostetr. e Ginecol., Istit. Osp., Alessandria.*) Ann. Ostetr. **62**, 291—306 (1940).

Der Verf. berichtet über 5 Fälle von Uterusperforationen, an denen 3 Kranke starben. In 2 Fällen bestanden Durchstoßungen des Uteruskörpers mit nadelartigen Instrumenten, bei beiden trat Peritonitis ein. Hiervon starb die eine Kranke, die andere wurde geheilt. Die beiden anderen Perforationen waren im Verlauf von Auskratzungen eingetreten. Bei der einen Kranken erfolgte Verblutung, bei der anderen Heilung durch einfache fortlaufende Naht. Bei der 5. Kranken war der Fetus in die Bauchhöhle getreten, sie starb an Peritonitis. Die klinischen Befunde und Komplikationen der Uterusperforation werden eingehend aufgeführt. Gerstel (Gelsenkirchen).

**Contamin, Robert, et Charles Ambre: Quelques observations de rupture des cults-de-sac vaginaux compliquant l'avortement.** (Einige Fälle von Ruptur des hinteren Scheidengewölbes bei Abort.) (*Clin. Obstétr., Univ., Lyon.*) Rev. franç. Gynéc. **34**, 370—379 (1939).

Verff. beschreiben 4 Fälle von Ruptur des hintern Scheidengewölbes bei Abort, hervorgerufen durch Eingriffe teils zur Herbeiführung eines Abortes, teils zur Ausräumung eines inkompletten Abortes. Rupturen des Scheidengewölbes betreffen fast immer das hintere Scheidengewölbe und werden erleichtert durch die Auflockerung der Gewebe bei der Graviden. Sie können komplett oder inkomplett sein. Die Symptome

bestehen zunächst in Blutungen trotz guter Uteruskontraktion, später tritt unter Umständen eine Peritonitis auf. Zu berücksichtigen sind noch eventuelle Nebenverletzungen. Bei der Therapie müssen berücksichtigt werden einmal eventuelle intraperitoneale Verletzungen, dann die Infektion. Liegt eine Verletzung schon länger zurück, sind schon Zeichen von Infektion vorhanden und weiß man nicht, ob eventuelle intraperitoneale Verletzungen vorliegen, so muß laparotomiert werden, evtl. mit anschließender Hysterektomie. Im allgemeinen genügen Naht und Drainage per vaginam. Die in diesem Sinne behandelten 4 Fälle genesen nach kurzer Zeit. *Neuwieder.*

**Scipades, Elemér, und Márta Karch: Artefizielle Aborte.** *Orvosképzés* 30, 201 bis 228 (1940) [Ungarisch].

Ausführliche statistische Darstellung über in 10 Jahren ausgeführte artefizielle Aborte; 85 Fälle, 0,82% ihrer gesamten gynäkologischen Eingriffe. In 37 Fällen gab Lungentuberkulose (43,52%), in 23 Herzkrankheit (27,05%), in 16 Hyperemesis (18,82%) und in 9 verschiedene Erkrankung Anlaß zum artefiziellen Abortus. In den 85 Fällen war kaum ein einziger, in dem der artefizielle Abortus hätte nicht vermieden werden können, wenn zur Zeit eine, vor Eintritt der Schwangerschaft vorgenommene Behandlung, Verhinderung der Konzeption auf Grund ärztlicher Indikation, entsprechende Operation, Schwangerschaftsdietetik und vielleicht auch andere medizinale Eingriffe wären eingesetzt worden. In 7,05% konnte das Leben der Mütter nicht gerettet werden. (2 Fälle von Hyperemesis, 1 Struma maligna, 1 akute Nierenentzündung, 1 Lungen- bzw. Kehlkopftuberkulose, 1 Herzfehler). Von 65 kontrollierten Fällen starben in  $\frac{1}{2}$ —6 Jahren 20 Frauen: 30,76%. Artefizielle Aborte sollten nur in entsprechend eingerichtetem Institute und niemals in der Privatpraxis vorgenommen werden.

*v. Beöthy (Pécs).*

**Schultze, Kurt W.: Über Letalfaktoren, eine wichtige und wenig beachtete Ursache von Fehlgeburten.** (*Landesfrauenklin. d. Rheinprovinz, Wuppertal-Elberfeld.*) Münch. med. Wschr. 1939 II, 1753—1754.

Verf. weist auf Beobachtungen hin, daß das Absterben vieler Früchte auf einen Letalfaktor zurückzuführen ist. Es werden 2 Beobachtungen von Abort im 3. Monat mitgeteilt, wobei in einem Falle der Abtreibungsverdacht dadurch entkräftet werden konnte, daß in der Placenta ein Eisack mit einer 22 cm langen Nabelschnur gefunden werden konnte, die an ihrem blinden Ende eine glasstecknadelkopfgroße Aufreibung trug. Diese stellte sich als die rudimentäre Fruchtanlage heraus. In dem anderen Fall handelte es sich um einen Abort, der trotz konservativer Behandlung nicht aufgehalten werden konnte. Auch hier wurde in der Placenta eine Eihöhle mit rudimentärer Fruchtanlage gefunden.

*F. J. Schmelzer (Münster i. W.).*

**Philipp, E.: Der heutige Stand der Bekämpfung der Fehlgeburt.** (*Univ.-Frauenklin., Kiel.*) Zbl. Gynäk. 1940, 225—255.

Es handelt sich um eine umfangreiche Arbeit, welche das gesamte Problem der Fehlgeburt und ihrer Bekämpfung grundsätzlich behandelt. Das hierzu verwendete Material der Kieler und Greifswalder Klinik, sowie verschiedene Landes- und Kriminalstatistiken geben die Grundlage. Tabellen, Kurven und sonstige graphische Darstellungen ergänzen den ausführlichen Text. Der Verf. kommt zu dem Resultat, daß die Abtreibungen auf  $\frac{1}{5}$  der früheren Zahl abgefallen sind. Ein 2. Kapitel behandelt die Maßnahmen zur Senkung der Spontanaborte. Auch hier sind viele interessante Gedanken und Anregungen zu finden. Das 3. Kapitel beschäftigt sich mit der bevölkerungspolitischen Bedeutung des Abortes, insbesondere aber seiner Folgen für die Gesundheit und Fortpflanzungsfähigkeit der Frau. — Die Arbeit sei jedem empfohlen, der für dieses Problem ernstes Interesse hat.

*F. Siegert (Freiburg i. Br.).*

**Marchese, Eugenio: Sopra un caso di morte in seconda giornata di puerperio. (Utero biloculare, salpingite e cisti ovarica torta.)** (Über einen Todesfall am 2. Tage des Wochenbettes. [Doppelbildung des Uterus, Salpingitis und Stieltorsion einer

Ovarialezyste.]) (*Istit. di Anat. Pat., Univ. e Div. Ostetr.-Ginecol. d. Sped. Civ., Genova.*) Clin. ostetr. **42**, 211—219 (1940).

46 Stunden nach der Geburt ist, wie die Sektion ergeben hat, der Tod an einer allgemeinen Peritonitis eingetreten als Folge einer Stieltorsion einer Ovarialzyte. Als Nebenbefund wurde eine Doppelbildung des Uterus und eine Salpingitis festgestellt. Die Ovarialzyste befand sich an der nichtschwanger gewesenen Seite, die Salpingitis an der schwanger gewesenen Seite der Gebärmutter. *Reinhardt* (Weißenfels).

**Scalzo, Giglio:** *Ricerche sui nervi del funicolo ombelicale umano.* (Untersuchungen über die Nerven der menschlichen Nabelschnur.) (*Istit. di Anat. Umana Norm., Univ., Bari.*) Riv. ital. Ginec. **23**, 253—266 (1940).

Gegen Ende der Schwangerschaft lassen sich mit der Methode von Bielschowsky-Gros in den kindsnahen Abschnitten der Nabelschnur Nervenfaserbündel nachweisen, die sich im Bindegewebe und in den Gefäßscheiden verzweigen. Im placentaren Drittel der Nabelschnur gelang dieser Nachweis nicht, jedoch legen die angestellten Untersuchungen die Vermutung nahe, daß auch hier hinsichtlich der Nervenversorgung ähnliche Verhältnisse wie im kindsnahen Teil der Nabelschnur herrschen.

*v. Neureiter* (Hamburg).

**Vignes, Henri:** *Excès de volume foetal.* (Das hohe Geburtsgewicht.) Presse méd. **1940**, 368—370.

Das „normale“ Geburtsgewicht beträgt 3400—3600 g. Die niedrigeren Zahlen vieler Statistiken sind durch Aufnahme von Fällen mit — wenn auch nur wenig — verkürzter Tragzeit bedingt worden. Die obere Grenze des Normalen liegt bei 4000 g, bei 4500 g sind in den meisten Fällen schon Geburtsschwierigkeiten vorhanden. Das höchste bisher beobachtete Gewicht bei lebendem Kinde ist 7880 g. Die Häufigkeit eines Gewichtes über 4500 g beträgt etwa 1%. Ursachen des hohen Geburtsgewichtes: 1. Geschlecht: Unter den Neugeborenen mit über 4500 g befinden sich 67% Knaben und 33% Mädchen. 2. Rasse: In Japan wiegen nur 0,4% der Kinder über 4500 g. 3. Mehrgebärende und 4. ältere Mütter. 5. Vererbung, besonders häufig vom Vater her. 6. Vielleicht Diabetes. 7. Lues. 8. Überernährung der Mutter, besonders mit Eiweiß und Kalk. 9. Allgemeiner Hydrops (anasarca). 10. Verlängerte Tragzeit. — Stellungs- und Lageanomalien, Placenta praevia und Schwangerschaftstoxikose sind bei großen Kindern nicht häufiger als sonst. — Die Geburtsdauer ist meist verlängert. Die Ursache ist teils muskulärer Art und offenbart sich hier in einer Verlängerung der Eröffnungsperiode infolge des mangelhaften Oberflächenkonnexes zwischen kindlichem Kopf und Geburtswegen; teils ist die Ursache mechanischer Art (Größenmißverhältnis, das sich auch nach der Geburt des Kopfes noch ungünstig auswirken kann: Die Schulterbreite dieser Riesenkinder beträgt bis zu 17 cm; dadurch ist besonders die Gefahr der Nabelschnurkompression gegeben). — Spontangeburten von Kindern über 4500 g bei Erstgebärenden in 30%, bei Mehrgebärenden in 60%. Größere Zerreißungen der Geburtswege (Cervix), auch atonische und Retraktionsverzögerungsblutungen sind häufiger als bei Normalgeburten. Die Sterblichkeit der Kinder ist erhöht, sie ist annähernd gerade proportional dem Geburtsgewicht. — Vorschläge zur Geburtsprophylaxe: Die Hungerkur nach Prochownik wird für gewisse Fälle befürwortet, zumindest sei eine Überernährung bei Verdacht eines Riesenkindes sofort abzustoppen. Erwähnung der Jod- und Hg-Therapie (Entkalkung!). *Elbel.*

**Matteace, Franco:** *Rilievi di anatomia macroscopica e microscopica dell'utero della neonata e della bambina prima della pubertà.* (Makroskopische und mikroskopische anatomische Erhebungen über die Gebärmutter der Neugeborenen und der Mädchen vor der Pubertät.) (*Clin. Ostetr. e Ginecol., Univ., Roma.*) Ann. Ostetr. **62**, 255—277 (1940).

Die Gebärmutter des neugeborenen Mädchens macht zuerst einen schnellen Rückbildungsvorgang durch. Es handelt sich hierbei um Rückbildungsvorgänge, die nach dem Wegfall der hormonalen Einflüsse eintreten. Die Masse und Formen sowie der

histologische Zustand des Epithels der Gebärmutter werden eingehend beschrieben. Besonders bemerkenswert ist, daß beim Neugeborenen eine ausgesprochene Hypertrophie des Plattenepithels der Portio und eine lebhafte Neubildung des Cervical-epithels vorliegt, während an dem Epithel des Uteruskörpers zylindrisches Epithel mit einem zentralen ovalen Kern besteht. Um den 20. bis 30. Tag herum ist die regressive Umwandlung deutlich. Die Zellagen sind dünner und die einzelnen Zellen verkleinert. Von dieser allgemeinen Verringerung wird auch die Muskulatur und das elastische Gerüst befallen. Den stärksten Ausdruck findet die rückläufige Veränderung gegen das erste Jahr, der Uterus ist ausgesprochen atrophisch. Dieser Zustand bleibt etwa bis zum 6. Jahr bestehen, um diese Zeit dringt das Plattenepithel in den Cervicalkanal vor, es bilden sich die Schleimdrüsen aus. Dieser Zustand bleibt etwa bis zum 11. oder 12. Jahr bestehen. Jetzt beginnt die Vergrößerung und Verstärkung der Muskulatur und die Verdickung der Schleimhaut, besonders in der Gebärmutterhöhle.

**Lehmann, Günter:** Die Kennzeichnung der Neugeborenen bei der Geburt. (*Univ.-Frauenklin., Würzburg.*) Zbl. Gynäk. 1940, 375—379.

An der Univ.-Frauenklinik Würzburg werden verschiedene Maßnahmen miteinander kombiniert, um eine Verwechslung Neugeborener mit Sicherheit auszuschalten. In dem für jede Geburt vorbereiteten Nabelbesteck befindet sich eine Nabelklemme, die bereits eine Kennnummer trägt. Im Augenblick der erfolgten Geburt wird die Nabelklemme mit der Kennmarke dem Hautnabel des Kindes angelegt. Dann wird die Nabelklemme vom Nabelschnurrest abgenommen und die von ihr gelöste Kennmarke dem Kind um den Hals gehängt. Außerdem wird diese Kennnummer des Kindes von Arzt und Hebamme an den verschiedenen dafür vorgeschriebenen Stellen aufgeschrieben. Als weitere Sicherungsmaßnahme tritt das Annähen eines Leinenbändchens mit Name, Nummer, Geschlecht, Gewicht und Geburtstag an den rechten Arm des Kindes gleich nach der Säuberung hinzu. Wenn erwünscht, wird noch die Kennzeichnung von Mutter und Kind durch eine mit Quarzlicht auf die Haut eingestrahlte Nummer durchgeführt. Das Bett von Mutter und Kind wird durch blaue und rote Emaillenummern gekennzeichnet, ebenso das mütterliche Zimmer durch blaue und rote Holznummern, die in einem an dem Türrahmen angebrachten Wechselrahmen eingeschoben werden.

H. Dietel (Hamburg.).

#### Naturwissenschaftliche Kriminalistik. Spuren nachweis. Alters- und Identitätsbestimmungen.

● **Lochte, Th.:** Untersuchungen an erhitzen menschlichen und tierischen Haaren (bis 200° C.). (Beitr. z. Haut-, Haar- u. Fellkunde. Hrsg. v. R. Danneel, Geyler, G. Grasser, Th. Lotche, H. Prell u. Karl Toldt. Bd. 3.) Leipzig: Paul Schöps 1940. 38 S. u. 22 Abb. RM. 4.80.

Die für gerichtlich-medizinische Begutachtungen von Haaren, welche unter Hitzeinwirkungen standen, wertvollen experimentellen Untersuchungen hatten folgende Hauptergebnisse: Brüchigkeit der Haare läßt den Schluß zu, daß eine Erhitzung bis zu etwa 200° erfolgt sein muß. Im Gegensatz zu Rinde und Mark treten in der Cuticula bei Hitzeinwirkungen von 200° keinerlei Gasbildungen auf und die Struktur wird so wenig geschädigt, daß die Herkunft der Haare an dem Cuticulabild erkennbar bleibt. Vergrößerte Lufträume in dem Mark und dessen Umgebung setzen eine Temperatureinwirkung von etwa 190° voraus. Trotz Rot- und Gelbfärbung der Haare nach Hitzeinwirkungen bleiben etwa vorhandene Pigmente mikroskopisch erkennbar. Verkohlte Haare sind ihrer Art nach nicht erkennbar.

Schackwitz (Berlin).

● **Hasselwander, A.:** Steckschuß und Röntgenstrahlen. Stereoskopische und anatomische Grundlagen der Steckschußlokalisierung. Leipzig: Georg Thieme 1940. 87 S. u. 83 Abb. RM. 9.60.

Nach einem Hinweis auf die Rolle der Durchleuchtung und Aufnahme bei der