

**Tasch, Hans:** Die Bedeutung der Uterus-Scheidenmißbildungen in der Geburtshilfe. (II. Univ.-Frauenklin., Wien.) Z. Geburtsh. 122, 221—241 (1941).

Die Uterus-Scheiden-Mißbildungen werden nach dem Schema von Kermáuher in 2 Gruppen eingeteilt. Die I. Gruppe umfaßt diejenigen Fälle, bei denen eine mangelhafte Vereinigung der Müllerschen Gänge ohne System- und Mesenchymdefekte vorliegt, in der II. Gruppe sind Fälle zusammengefaßt, bei denen bei mangelhafter Verschmelzung der Müllerschen Gänge System- und Mesenchymdefekte vorliegen. Unter 55674 geburtshilflichen Aufnahmen der II. Wiener Universitäts-Frauenklinik in den letzten 20 Jahren fanden sich insgesamt 132 (0,32%) Uterus-Scheiden-Mißbildungen. Ein Uterus bicornis bicolle cum vagina septa fand sich 14 mal. Diese 14 Frauen waren insgesamt 31 mal schwanger, dabei kam es 10 mal zur Geburt am Ende der Schwangerschaft, 16 mal zur Frühgeburt und 4 mal zum Spontanabort. Besonders hoch ist der Prozentsatz der Frühgeburten, woraus sich auch die relativ hohe kindliche Mortalität erklärt; von 26 Kindern lebten nur 16 bis zum 10. Tage. 14 Kinder wurden in Steißlage geboren. Eine in fast allen Fällen auffallende Wehenschwäche führte zu verlängerter Geburtsdauer. Ein Uterus bicornis unicollis wurde 16 mal beobachtet. Diese 16 Frauen haben insgesamt 32 Schwangerschaften durchgemacht, 13 mal kam es zur termingerechten Geburt, 8 mal zur Frühgeburt und 7 mal zum spontanen Abort. 17 Kinder wurden lebend geboren und blieben die ersten 10 Tage nach der Geburt am Leben. Die Wehentätigkeit war ebenfalls schlecht. Ein Uterus arcuatus kam 80 mal zur Beobachtung. Von den 149 Schwangerschaften kamen 79 zur termingerechten Geburt, 47 Kinder wurden zu früh geboren, 23 Schwangerschaften endeten vorzeitig durch Abort. 94 Kinder blieben am Leben, während 32 tot geboren wurden oder innerhalb der ersten 10 Tage starben. Auch bei diesen Fällen führte eine primäre und sekundäre Wehenschwäche zu einer beträchtlichen Verlängerung der durchschnittlichen Geburtsdauer. In der Nachgeburtspause kam es 19 mal zu Lösungsstörungen der Placenta mit Blutungen. Die übrigen Mißbildungen wurden nur in so geringer Zahl beobachtet, daß aus diesen Befunden Schlüsse nicht gezogen werden können.

Hansen (Rostock).,

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

**Daniel, C., et Al. Crainicianu:** Contribution à l'étude des fonctions du corps jaune de gestation. (Beitrag zum Studium der Funktionen des Gelbkörpers der Schwangerschaft.) Arch. balkan. Méd., Chir. etc. 1, 161—167 (1939).

Das Corpus luteum der Schwangerschaft ist größer und dunkler als das der Menstruation, aber sein Charakter verändert sich mit dem Alter der Schwangerschaft. Verff. berichten über die Calciumsalze, die Fette und die Kolloidtröpfchen im Gelbkörper der Schwangerschaft, deren Kenntnis auf den Untersuchungen von 100 Gelbkörpern der Menstruation und einigen der Schwangerschaft durch Portes, Aschheim und Robey beruht. Die Kolloidtröpfchen finden sich nicht im corps jaune de menstruation und könnten somit zur gerichtsmedizinischen Diagnose eines Abortes und für die Diagnose gewisser Bauchhöhlenblutungen verwendet werden. Dem Gelbkörper habe man 18 (Mlle. Mullen) bzw. 28 Funktionen (Schroeder) zugeschrieben, die heutzutage auf folgende reduziert seien: 1. Umwandlung der Uterusschleimhaut, 2. Aufenthalt, Entwicklung und Schutz des Eies im Uterus, 3. Inhalt der Ovulation und des Cyclus, 4. Beeinflussung des Tonus und des Zusammenziehungsvermögens der Gebärmuttermuskulatur, 5. Einwirkung auf das Bewegungsvermögen der Eileiter, 6. Nachlaß (Erschlaffung) der Beckengelenke (umstritten und schlecht nachzuweisen) und 7. Beeinflussung der Brustdrüsen.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

**Dubreuil, G.:** Conception synthétique, histologique et physiologique de l'ovaire de la femme. (Synthetische, histologische und physiologische Betrachtung über den Eierstock der Frau.) Bull. Histol. appl. 17, 33—50 (1940).

Auf Grund der Untersuchung von 150 menschlichen Ovarien fügt der Verf. den

klassischen Kenntnissen über den Eierstock der Frau folgende (zum Teil bekannte, Ref.) Beobachtungen hinzu: Ein gewisses Ausmaß von Rindensklerose ist im menschlichen Eierstock gewöhnlich vorhanden, doch ist dieses Ausmaß nie so stark, daß man von einer Albuginea sprechen könnte. Die Rückbildung der atretischen, cystischen und gefalteten Follikel führt zur Zerstörung der den Keimzellen naheliegenden Schichten bei Erhaltung äußerer drüsiger Anteile. Auf diese Art wird die oestrogene „thekale Drüse“ aufrechterhalten, die die Funktion der normalen Follikel ergänzt. Nicht jeder gesprungene Follikel bildet sich zu einem Gelbkörper um, die Luteinisierung bleibt oft aus und man findet dann einen gefalteten Follikel mit hyperplastischer Wand, der nach einer gewissen Zeit degeneriert, dabei aber lange seine thekale Drüse aufrecht erhält. Der Gelbkörper ist eine doppelte Drüse, er wirkt „progestativ“ durch die Masse der luteinisierten Granulosazellen, oestrogen durch die vermehrten Thekazellen in der Rinde. Für die Corpora albicantia nimmt der Verf. eine dreifache Herkunft an: Aus rückgebildeten Gelbkörpern, aus atretischen Follikeln und aus fibrös und hyalin entarteten Gefäßen. Das Stroma der Rinde und des Markes mit den Gefäßen ist in einer ständigen Umformung begriffen, um sich den enormen und oft raschen Veränderungen der empfindlichen Gebilde anzupassen. Ödematöse, pigmentierte Stellen und Zonen von mukösem Bindegewebe zeigen die fortwährenden Änderungen an. Als endokrine Drüse des Ovariums kann man unterscheiden: 1. Die oestrogene Drüse, die aus der Theka interna der normalen Follikel, der hyperplastischen Theka der atretischen, cystischen und gefalteten Follikel und der thekalen Rinde des Gelbkörpers gebildet wird. Man sollte dafür die Gesamtbezeichnung Thekadrüse wählen. 2. Die „progestative“ Drüse, die von den sog. luteinisierten Zellen des Gelbkörpers gebildet wird. Die erstere ist beständig, die zweite intermittierend. Am Schluß werden noch einige Ratschläge für die Untersuchung der Ovarienschnitte gegeben. *Tscherne* (Graz).

**Pearl, Raymond:** *Pregnancy rates and coitus rates.* (Schwangerschafts- und Coitusraten.) (*Dep. of Biol., School of Hyg. a. Public Health, Johns Hopkins Univ., Baltimore.*) *Human Biol.* 12, 545—558 (1940).

Eine Untersuchung über Schwangerschafts- und Coitushäufigkeiten in 199 Ehen mit einer Auswertung auf die Fruchtbarkeitsverhältnisse einer Population mit dem Ergebnis, daß die durch Schwangerschaft bekanntgewordenen Coitusraten nicht ungewöhnlich hoch zu sein brauchen, wie bei Fruchtbarkeitsbetrachtungen gelegentlich angenommen wird. *Göllner* (Berlin).

**Pichezzi, Lupo:** *La diagnosi prenatale del sesso.* (Die Diagnose des Geschlechtes vor der Geburt.) *Clin. ostetr.* 43, 223—227 (1941).

Nach einer kurzen Darstellung der bisherigen Versuche, das Geschlecht des Kindes bereits vor der Geburt zu bestimmen, berichtet Verf. über sein Verfahren, das sich ihm bestens bewährt hätte. Es gründet sich auf der „Erfahrungstatsache“, daß reife „Geschlechtselemente“ zu Knabengeburten, junge jedoch zu Mädchengeburten führen. Erfolgt die Befruchtung am Vorabend vor der Menstruation, so kommt es „mit Sicherheit“ zur Geburt eines Mädchens, während eine Befruchtung nach dem 8. Tage und später, gerechnet vom Ende der Menstruation, die Geburt eines Knaben erzielt. Ereignet sich aber die Befruchtung innerhalb der genannten Grenzen, dann ist bei der Entscheidung über das Geschlecht des zu erwartenden Kindes die Konstitution der Frau in Rechnung zu stellen. *v. Neureiter* (Straßburg).

**Albers, H.:** *Eine einfache Schnellreaktion auf die intakte Schwangerschaft.* (*Univ.-Frauenklin., Leipzig.*) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 3, 170—176 (1941).

Bei Schwangeren läßt sich eine gesetzmäßige Serum-Eisenerhöhung um 30—40% im Mittel nachweisen. Der durchschnittliche Serum-Eiweißwert beträgt bei gesunden nichtschwangeren Frauen 91 γ%; bei gesunden Schwangeren ist dieser Wert auf 120 γ% im Mittel erhöht. In der Ermittlung der Serum-Eisenerhöhung will der Verf. eine Reaktion zur frühzeitigen Bestimmung der Schwangerschaft sehen. Die positive Eisen-Serumreaktion soll mit hundertprozentiger Sicherheit für eine intakte Schwangerschaft sprechen; das negative Resultat dagegen darf nicht dazu Anlaß geben, eine fragliche Schwangerschaft zu verneinen. Mit der positiven Reaktion können bereits allerfrühesten Stadien der Schwangerschaft nachgewiesen werden. Der Wert des Serumeisens unter 100 γ% bringt keine Entscheidung, der positive Wert über 100 γ% dagegen gibt mit

Sicherheit das Bestehen einer intakten Schwangerschaft an. Die vorgeschlagene Reaktion wird als eine Ergänzung zur hormonalen Aschheim-Zondekschen Schwangerschaftsreaktion empfohlen.

*Belonoschkin* (Posen).)

● Schaefer, Hellmut: Über die Zuverlässigkeit der hormonalen Schwangerschaftsreaktion bei Blasenmole und Chorioneipitheliom. Bleicherode a. H.: Carl Nieft 1940. 25 S. RM. 2.10.

Der Ausfall der Aschheim-Zondekschen Schwangerschaftsreaktion ist für die Diagnose und Prognose bei Blasenmole und Chorioneipitheliom nur bedingt verwertbar. Ein positiver Ausfall bis zu 3 Monaten nach Ausräumung einer Blasenmole ist häufig durch das Vorhandensein von Hormonspeichern (Luteincysten) bedingt. Nur wenn die Anwesenheit von Luteincysten (und eines Hypophysentumors) ausgeschlossen werden kann, beweist eine noch Monate nach Entfernung der Mole stark positive A.Z.R. das Vorhandensein von lebenden Chorionzellen im Organismus. Der negative Ausfall der A.Z.R. ist in solchen Fällen nicht beweisend für das Bestehen maligner Wucherungen. Denn selbst bei einwandfreiem Chorioneipitheliom oder Blasenmole kann infolge hochgradiger Fibrinoidisierung, langer Tragezeit der Geschwulst, Loslösung der Blasenzotten, Zerfall der Geschwulst bzw. des Molengewebes die Reaktion negativ sein.

*Manz* (Göttingen).

Silberman, S.: La durée de la grossesse. (Über die Schwangerschaftsdauer.) Akuš. i Ginek. Nr 12, 43—45 (1940) [Russisch].

Der Verf. berichtet über seine Berechnungen der Schwangerschaftsdauer an Hand von 2027 Geburten, die er genauer Analyse unterzogen hat. Die Schwangerschaftsdauer wurde dabei in bezug auf drei Gesichtspunkte besonders untersucht: Im Verhältnis zum Menstruationstypus, in Beziehung zum Auftreten der 1. Menstruation und in Beziehung zur Menstruationsdauer. In 42% der Fälle betrug die Schwangerschaftsdauer 237—287 Tage. Die maximale Schwangerschaftsdauer betrug 334 und die geringste 210 Tage; die mittlere Schwangerschaftsdauer betrug 281,19 Tage. Die Überschreitung nach oben kommt häufiger vor als eine Abkürzung. Das Auftreten der 1. Menstruation spielt für die spätere Schwangerschaftsdauer keine Rolle.

*Belonoschkin* (Posen).)

Jartzew, A.: La corrélation entre la durée de la grossesse et le degré du développement du foetus. (Über die Beziehungen zwischen der Schwangerschaftsdauer und dem Entwicklungszustand der Frucht.) (*Aus der 2. geburtshilflich-gynäkologischen Klinik II MMI.*) Akuš. i Ginek. Nr 2, 6—10 (1941) [Russisch].

Es wird auf eine vom Verf. 1938 veröffentlichte Arbeit hingewiesen, die eine neue Methode der Berechnung der Schwangerschaftsdauer behandelte. Danach liegt die Fehlerquelle bei der Voraussage des Zeitpunktes einer zu erwartenden Geburt darin, daß der Zeitraum zwischen dem 1. Tag der letzten Menstruation und dem 1. Tag der Schwangerschaft fälschlicherweise als unveränderliche Größe eingesetzt wird. Es wird deshalb auf Grund neuer Erkenntnisse, vor allem der Ogino-Knausschen Theorie, nach der die Befruchtung des Eies 11—15 Tage vor dem Beginn der nächsten zu erwartenden Menstruation vor sich geht, folgende Art der Berechnung des Geburtstermins empfohlen: Zuerst wird die durchschnittliche Dauer des Menstruationscyclus der betreffenden Frau im letzten Jahr festgestellt. Dann wird berechnet, an welchem Tag des Cyclus die Ovulation und Befruchtung anzunehmen wären, indem von der Gesamtzahl der Tage des Cyclus 14 Tage abgezogen werden und der Rest dem Zeitpunkt des 1. Menstruationstages zugezählt wird. D. h., es müßten beispielsweise bei einem Menstruationscyclus von 30 Tagen 16 Tage (30—14) zum 1. Tag der letzten Menstruation zugezählt werden. Diesen so ermittelten Tag als 1. Tag der Schwangerschaft angenommen, dauere diese 271—273 Tage. Man müßte also von diesem Tag 3 Monate zurückrechnen, um das Datum der zu erwartenden Geburt ermittelt zu haben. Im folgenden werden, an Hand eines Materials von 300 Wöchnerinnen, die nach dieser Methode gegenüber der Wirklichkeit beobachteten.

Abweichungen untersucht und dabei festgestellt, daß unter Berücksichtigung nachgewiesener Überentwicklung der Frucht, die die Annahme eines Übertragenseins fordert, und unter Berücksichtigung des verhältnismäßig häufigen Vorliegens einer sog. Pseudomenstruation (Menstruation trotz bereits eingetretener Schwangerschaft) die Resultate nach dieser neuen Berechnungsmethode denen der alten Naegeleschen Methode erheblich überlegen seien.

*v. Reibnitz (Stade).*

**Jordania, I.: Les symptômes objectifs de la grossesse de 35 semaines.** (Objektive Anzeichen der Gravidität von 35 Wochen.) *Akuš. i Ginek.* Nr 12, 40—43 (1940) [Russisch].

Es wird über die Untersuchungen an 117 schwangeren Frauen berichtet, bei welchen man aus den Größenverhältnissen der Frucht (Kopf-Steißlänge und gerader Durchmesser des Kopfes) den Zeitpunkt der Schwangerschaft bestimmen kann. Für diese Zwecke ermittelt man die Körperlänge und die Kopfmaße des Kindes. Die Ermittlung der Kopf-Steißlänge des Feten erfolgte nach der Methode von Ahlfeld. Am Kopf wird jeweils der gerade Durchmesser bestimmt. Die Körperlänge des Feten beträgt in der 35. Schwangerschaftswoche im Mittel 22—25 cm und der gerade Durchmesser des Kopfes 9,5—12 cm. Zur Errechnung des Schwangerschaftszeitpunktes wird eine Formel aufgestellt:  $x = l + c$ ;  $x$  bedeutet den fraglichen Graviditätszeitpunkt, ausgedrückt in Wochenzahl,  $l$  = Körperlänge des Feten,  $c$  = den geraden Kopfdurchmesser. Die Methode wird als zuverlässig und einfach besonders empfohlen.

*Belonoschkin (Posen).*

**Christoffel, Hans: Zum Problem der Übertragung.** *Mschir. Psychiatr. (Basel)* 103, 129—155 (1940).

Mit dem Begriff der „Übertragung“ verbindet sich Genese und Dynamik einer Verschiebung individueller Beziehungen. Als Grundlage aller weiteren Beziehungen eines Individuums ist die frühkindliche Kind-Mutter-Beziehung anzusehen. Jede Übertragung hält Verf. für ambivalent, z. B. die manifeste Liebe, die unbewußten Haß tarnen kann. Die Entwicklung aus Übertragungs- zu persönlichen Beziehungen geht einher mit Verstärkung des Realitätssinnes und scheint in wesentlichem Zusammenhang mit den synthetischen Ich-Funktionen zu stehen. — Das sind einige Leitsätze dieser sehr eingehenden psychologischen Studie über das Problem der Übertragung.

*Kothe (Berlin-Buch).*

**Hansen, Rolf: Preßdruck und Kreislauf in der Schwangerschaft.** (*Univ.-Frauenklin., Rostock.*) *Arch. Gynäk.* 171, 105—117 (1941).

Das Mitpressen in der Austreibungsperiode stellt eine beträchtliche Kreislaufbelastung dar. Der gesteigerte intrapulmonale Druck wirkt wie ein Hindernis und vermindert den Querschnitt der Lungenstrombahn. Der rechte Ventrikel steigert unter Inanspruchnahme seiner Reservekräfte den Druck in der Arteria pulmonalis derart, daß die Widerstände in der Lungenstrombahn überwunden werden. Diese Kompensation hat aber zur Voraussetzung, daß die Füllung des rechten Herzens nicht Not leidet und der Muskel den Erfordernissen dieser Mehrleistung gewachsen ist. Durch das starke Ansteigen des Druckes in der Brusthöhle hört zwar die Blutzufuhr vom Kopf fast völlig auf, der Blutzufluß aus der Bauchhöhle und den Blutdepots wird aber durch gleichzeitige Anspannung der Bauchmuskeln erleichtert. Die Füllung des rechten Herzens ist also meist garantiert, den Eigenschaften des Myokard kommt daher besondere Bedeutung zu, zumal während der Preßatmung durch anhaltende Verengerung der Kranzarterien eine Gefährdung der Herzernährung gegeben ist, die besonders dann ins Gewicht fällt, wenn bereits Herzmuskelschäden vorliegen. Dauert die Pressung nicht länger als 20—30 sec, so ist die Sauerstoffsättigung des Blutes nicht gefährdet. Bei starker körperlicher Anstrengung kann aber bereits nach 12 sec Pressung die Sättigung auf 70% und weiter absinken (Mathes). Das aus dem Uterus während der Wehe ausgespreßte Blut strömt dem allgemeinen Kreislauf nicht vollständig zu, es wird in

dem weiten Gefäßnetz des Lig. latum abgefangen, wobei sich zwischen diesen großen Venen und dem Uterus ein sog. „privater“ Kreislauf entwickelt, derart, daß in der Wehenpause das Blut aus den Abfangvenen unmittelbar in den Uterus zurückströmt. Das Ansteigen und Absinken des Blutdruckes während der Wehe, nach Geburt des Kindes und der Placenta wird in Kurvenbildern gezeigt. Nach dem Vorbild des Bürgerlichen Preßdruckversuches werden Untersuchungen an gesunden Frauen am Ende der Schwangerschaft ausgeführt. Es hat sich dabei gezeigt, daß die Schwangeren in der Schnelligkeit der Kreislaufumstellung und in der ganzen Art der Herzreaktion normale Nichtschwangere übertreffen und Werte erreichen können, wie sie bei trainierten Personen mit einer gewissen Arbeitshypertrophie des Herzens angetroffen werden. Die Herzverkleinerung beim Pressen in der Schwangerschaft hält sich in mäßigen Grenzen. Bei Herz- und Lungenkranken findet man sehr charakteristische Abweichungen im Verhalten von Blutdruck und Pulsfrequenz während des Pressens. Es werden Kurven wiedergegeben von kranken Schwangeren mit Herzfehlern, kyphoskoliotischen Veränderungen, mit Pneumothorax und Oleothorax. Bei diesen Fällen kommt es zum Blutdruckabfall und zum Absinken der Pulsfrequenz, mit einer gewissen Neigung zu Kollaps infolge Minderung der Blutzufuhr zum linken Herzen. Es handelt sich dabei vorwiegend um ein Versagen des Herzens gegenüber den durch die Pressung bedingten besonderen Anforderungen. Ein solcher Kollaps wird als Preßkollaps bezeichnet, er ist kardialen Ursprungs und stellt eine besondere Form des Geburtskollapses dar. Hansen.

**Gräf, Willy:** Über Uterusmyom und Schwangerschaft in gerichtlich-medizinischer Betrachtung. (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) München: Diss. 1941. 27 S.

Verf. berichtet zunächst kurz über die im Schrifttum niedergelegten Angaben betreffend die Häufigkeit der Kombination von Schwangerschaft und Uterusmyom (verhältnismäßig selten) und die Aussichten für Mutter und Frucht. Es ist einwandfrei, daß auch bei großen Myomen eine komplikationslose Schwangerschaft und Geburt vor sich gehen kann. Stellen sich dagegen starke Beschwerden ein, so ist zunächst die Myomenuklation die Therapie der Wahl. Daß nach diesem Eingriff die Schwangerschaft häufig ausgetragen wird, ist eine klinisch gesicherte Tatsache und entspricht auch den gerichtlich-medizinischen Erfahrungen bezüglich Schwangerschaft und Trauma. Schwierig kann gelegentlich die Differentialdiagnose Myom und Schwangerschaft und Myom oder Schwangerschaft selbst noch bei der Laparotomie sein. Verf. erwähnt als Beispiele 3 im Schrifttum besprochene Fälle, die straf- und zivilrechtliche Bedeutung hatten. Die Gutachter (mit einer Ausnahme) sahen in der falschen Diagnosenstellung, wenn diese gewissenhaft vorgenommen wurde, keinen Kunstfehler. Schließlich wird ausführlich über 2 Fälle aus dem Münchner Gerichtl.-Mediz. Institut berichtet:  
 1. Exstirpation des Uterus myomatosis bei Gravidität im 6. Monat. Die Schwangerschaft wurde erst nach Entfernung der Gebärmutter und Eröffnung derselben noch während der Operation festgestellt. Tod an eitrig-jauchiger Bauchfellentzündung.  
 2. Tod an allgemeiner Blutvergiftung und beginnender Bauchfellentzündung mit Darmlähmung nach Laparotomie. Uterus im Status post abortum (etwa 5. Monat) mit einem großen Myom. Da eine Gravidität bei der operativen Eröffnung der Bauchhöhle nicht auszuschließen war, wurde die Bauchwunde ohne weiteren Eingriff verschlossen.

Matzdorff (Berlin).

**Aceivile, Dario:** Un caso di torsione acuta dell'utero gravido. (Ein Fall akuter Torsion der schwangeren Gebärmutter.) (*Scuola di Ostetr., Vercelli.*) Ginecologia (Torino) 7, 199—206 (1941).

Torsion des Uterus im 2. Schwangerschaftsmonat um etwa 180° von links nach rechts. Ursache war eine chronische Appendicitis, es bestanden Verwachsungen der linken Adnexe in der Ileocöcalgegend. Hinweis auf die Schwierigkeit der Diagnose. In der Kasuistik überwiegen die Fälle bei nicht schwangerem Uterus und die Tumoriätologie.

Elbel (Heidelberg).

**Concetti, Fulvio: Studio patologico e clinico sulla gravidanza cervicale (con illustrazione di un secondo caso).** (Betrachtungen über die Cervicalschwangerschaft.) (*Clin. Ostetr. e. Ginecol., Univ., Firenze.*) Monit. ostetr.-ginec. **13**, 19—59 (1941).

Nach genauer Definition, was unter einer Cervicalschwangerschaft vom pathologisch-anatomischen und klinischen Gesichtspunkt aus zu verstehen sei, beschreibt Verf. eine eigene Beobachtung von Cervicalschwangerschaft bei einer 36jährigen Mehrgebärenden. Bei der stets regelmäßig menstruierenden Patientin waren am letzten Regeltermin Schmerzen im Unterleib und intermittierende Genitalblutungen aufgetreten, die während der nachfolgenden Tage an Stärke und Dauer zugenommen hatten. Es wurde ein retroflektiert fixierter, etwas vergrößerter und weicher Uterus mit anscheinend normalem Collum angetroffen. Bei der Ausschabung war nur wenig Schleimhautmaterial gewonnen worden, in welchem mikroskopisch Bindegewebe und einige Gefäße, aber keine Decidua vorgefunden worden war. Wegen Fortbestehen der Blutung trotz Blutungsstillungsmittel und Tamponade, heftigen kolikartigen Schmerzen und Temperaturanstieg Laparotomie. Es stellte sich dabei heraus, daß eine Cervicalschwangerschaft vorlag, weshalb die Totalexstirpation vorgenommen wurde. Das getastete Corpus uteri entsprach in Wirklichkeit der aufgetriebenen Cervix. Mikroskopisch konnten an einer etwas ausgehöhlten Stelle der stark verdünnten Cervixwand einige Chorionzotten nachgewiesen werden. — Durch das Studium der 45 in der Literatur bekannten Fälle kam Verf. zu folgenden Ansichten. Für das Zustandekommen einer Cervicalschwangerschaft sind Neubildungen an der Gebärmutter und Lage- und Formveränderungen bedeutungslos, ebenfalls eine durchgemachte Endometritis, da ja die Cervixschleimhaut dabei früher erkrankt als jene des Korpus und die Eieinnistungsmöglichkeiten dadurch ungünstiger werden. Auch die übermäßige Glätte der Uterschleimhaut schließt Verf. aus, nachdem heute erwiesen ist, daß die vollentwickelte Menstruationsdecidua, die die günstigsten Eieinnistungsbedingungen bietet, glatt ist. Die Ansicht, daß Mehrgebärende öfters eine Cervicalschwangerschaft durchmachen, wird durch eine genaue Durchsicht der bekannten Fälle widerlegt. Am meisten machen Frauen zwischen 35 und 39 Jahren diese Schwangerschaftsanomalien durch, und zwar besonders ältere Erstgebärende. Die Eieinnistung und die Eireifung dürften wohl keinen Einfluß auf das Zustandekommen der Cervicalschwangerschaft haben, nachdem sie phylogenetisch bestimmt sind, ebenso der Zeitpunkt der Befruchtung in Anbetracht der kurzen Lebensdauer der Eizelle; großen Einfluß haben jedoch die Flimmer- und peristaltischen Bewegungen des Eileiters. Ausschlaggebend für das Zustandekommen der Cervicalschwangerschaft ist das Einnistungsvermögen des Trophoblasten, wobei Rauhigkeiten der Schleimhaut des Cervicalhalses oder seiner Enge und ein enger äußerer Muttermund eine nebенächliche Rolle spielen, da sie die Ausstoßung verzögern und dadurch die Einnistung fördern. — Sicherlich finden öfters unbeobachtet Cervical-aborte im 1. Schwangerschaftsmonat statt, obwohl die Wachstumsbedingungen in der Cervix zu dieser Zeit noch günstig sind wegen der relativ guten Dehnbarkeit des Cervicalkanals, der Dicke seiner Wände, der serösen Durchtränkung und der decidualen Umwandlung. Im 2. Monat findet eine Dehnung der Decidua, Atrophie der Zotten und Blutungen durch Gefäßerosion statt. Dadurch stirbt das Ei ab, wegen der besonderen Struktur der Cervix treten aber keine Wehen auf, und es erfolgt erst sehr spät die spontane Ausstoßung. Wird die digitale Lösung vorgenommen, so fällt die leichte Lösbarkeit auf. Charakteristisch für diese Art von Aborten sind leichte Blutungen. Die Blutung kommt durch die Ausräumung meist zum Stillstand, anderenfalls ist sie durch eine Tamponade leicht zu beherrschen. Im 3. Monat haben die Zotten die Muskelschicht bereits stark durchwuchert, die Cervixwände sind schon sehr dünn. Die Blutstillung gelingt fast nur durch Totalexstirpation des Uterus. Die Spontanausstoßung zu diesem Zeitpunkt ist wegen der dünnen Wände und der tiefssitzenden Zotten (Chorion laeve und frondosum bereits vorhanden) kaum möglich. Bei noch weiter fortgeschrittenen Schwangerschaft ist die Totalexstirpation wegen der noch innigeren Beziehungen

zwischen mütterlichen und fetalen Geweben fast stets erforderlich, doch soll bei Laparotomiebereitschaft ein Ausräumungsversuch nicht unterlassen werden. — Der Uterus weist Veränderungen wie jene bei Extrauterinschwangerschaft auf, nur kommt es wahrscheinlich nicht zur Ausbildung einer Decidua; es kann jedoch nicht entschieden werden, ob keine Decidua gebildet wird oder ob diese abgestoßen im Uterus verweilt. — Die ersten Anzeichen für eine Cervicalschwangerschaft sind öfter auftretende plötzliche starke Blutungen im Anschluß an Traumen, oft auch ohne solche, die rasch an Stärke nachlassen. Schmerzen treten keine auf. Vom 2. Monat ab treten manchmal Blasenbeschwerden (Druckgefühl, Pollakisurie, unvollständige Entleerung) auf. Objektiv wird ein aufgetriebenes und weiches Collum vorgefunden und ein durch eine tiefe Einschnürung getrenntes kleines, ihm zipfelmützenartig aufsitzendes Korpus. Die Innenwand der mäßig oder kaum beweglichen Cervix ist brüchig. Während der Ausräumung fallen bei der Cervicalschwangerschaft die sofort einsetzende, heftige und unstillbare Blutung, das Wahrnehmen nach Durchstoßung des Chorions der die Cervicalhöhle auskleidenden Eihäute, die ungleich dünnen Wände des Cervicalkanals auf. Nach Entfernung des Eies wird ein fast geschlossener innerer Muttermund und eine leere Uterushöhle festgestellt. — Anführung der 45 in der Literatur bekannten Fälle mit Angabe der Verfasser, Symptomatologie, Behandlung und Heilerfolge. *Musch* (Gießen).)

**Popow, I.: Un cas rare de la grossesse extra-utérine.** (Ein seltener Fall von Bauchhöhlenschwangerschaft.) (*Urogynäkol. Abt., Klin. Inst., Moskau.*) *Akuš. i Ginek. Nr 2, 59—60 (1941)* [Russisch].

Bei einer 24jährigen Patientin, die im Februar 1939 im 6. Schwangerschaftsmonat wegen Ileus laparotomiert, und bei der damals gleichzeitig die Schwangerschaft durch Kaiserschnitt beendet wurde, wird im Mai 1940 durch Röntgenaufnahme die Diagnose Bauchhöhlenschwangerschaft gestellt. Bei der daraufhin erneut ausgeführten Laparotomie erweist es sich, daß beide Eileiter und Eierstöcke normalen Befund ergeben. Die Fimbrienenden der Eileiter sind offen. Die Größe der Gebärmutter entspricht einer Schwangerschaft von 2 Monaten. Am Gebärmuttergrund befindet sich zwischen Darmschlingen und mit diesen verwachsen ein ovaler Fruchtsack von 20—22 cm Länge und dunkelbrauner Farbe. Mit dem Gebärmutterfundus ist dieser Fruchtsack in einer Ausdehnung von 3 cm verwachsen. Nach Entfernung des Fruchtsacks erwies es sich, daß sich an der alten, vom damaligen Kaiserschnitt herrührenden Narbe eine mit Schleimhaut ausgekleidete Fistel befand, die in das Innere der Gebärmutter führte. Der Fruchtsack bestand aus einer dünnen dunkelbraunen Haut, seine Innenfläche erwies sich als mit Blutpigment durchtränkt, und aus Amnion und Placenta bestehend. Ein Teil der Placenta überdeckte die ins Innere der Gebärmutter führende Fistel, so daß gewissermaßen von einer Placenta praevia gesprochen werden kann. Die Frucht ist weiblichen Geschlechts und 27 cm lang. Der Verf. nimmt an, daß das befruchtete Ei sich offenbar in der Schleimhaut der Fistel eingenistet hat und von hier aus in die Bauchhöhle hineingewachsen ist, oder es hat sich zuerst in der Gebärmutter an der Stelle der Narbe des Kaiserschnittes implantiert, die sich mit dem Wachstum der Schwangerschaft verdünnte und erweiterte, so daß das Ei schließlich aus der Gebärmutter hinaus und in die Bauchhöhle geriet.

*v. Reibnitz* (Stade).

**Langes, Erwin: Ausgetragene Extrauterin gravidität mit lebendem Kind.** *Zbl. Gynäk. 1941, 819—822.*

37jährige I-P. bekam im 3. Schwangerschaftsmonat einen schweren Ohnmachtsanfall, Fieber und Leibkrämpfe. Die Beschwerden hielten 3 Wochen an. Im 7. Monat fand sich Querlage des Kindes, die auch bis zur Entbindung bestehen blieb. 10 Tage vor errechnetem Geburtstermin heftige Leibscherzen. Leib sehr aufgetrieben und überempfindlich bei Betastung. Puls 120. Abdominelle Schnittentbindung wegen der Querlage und dringenden Kinderwunsches der Gebärenden. Lebendes Kind. Sehr

dünner Eisack. Starke, schwer zu stillende Blutung, Placenta sitzt auf der Hinterfläche des Uterus, der supravaginal amputiert wird. Exitus nach 1 Stunde.

Zietzschmann (Wesermünde).<sub>o</sub>

**Törnqvist, G. W.: Ausgetragene primäre Abdominalgravität mit lebendem Kind. (Krankenh., Wadstena.)** Acta obstetr. scand. (Stockh.) 21, 100—102 (1941).

Bei einer 35jährigen V.-P. traten seit dem berechneten Geburtstermin 3 Wochen lang anhaltende sehr schmerzhafte und intensive Wehen auf. Kindesbewegungen sehr deutlich zu fühlen und zu sehen. Bei vaginaler Untersuchung waren Kopf und große Fontanelle zu fühlen, aber der Muttermund nicht zu finden. Es wurde Uterusruptur vermutet und laparotomiert. Das ganze Ei lag in der oberen Bauchhöhle. Sämtliche Genitalorgane — Uterus kindkopfgroß — waren vollkommen frei und ohne den geringsten Zusammenhang mit dem Ei. Lebendes Kind wog 4100 g. Placenta sehr dünn und von großer Ausdehnung. Sie und die Eihäute durch feste Verwachsungen mit den Därmen, dem Gekröse und der Leberfläche verbunden. Beim Lösungsversuch starke Blutungen. Tod an Verblutung. Zietzschmann (Wesermünde).<sub>o</sub>

**Speiser, Max: Fast ausgetragene ektopische Schwangerschaft. (Geburish.-Gynäkol. Abt., Kreiskrankenh., Liegnitz.)** Zbl. Gynäk. 1941, 1056—1062.

Bei einer 36jährigen 3. Gravida kam es im Anschluß an eine Gonorrhöe der Cervix zu einer Bauchhöhlenschwangerschaft. Die durch Laparotomie entfernte abgestorbene Frucht machte einen fast völlig reifen Eindruck (48 cm, 2340 g). Die Placenta hatte sich an der Hinterfläche des Uterus und im Douglas breit inseriert. Die rechten Adnexe waren an der Frachtsackbildung beteiligt. Es bestanden keine Verwachsungen mit den Därmen, nur mit dem Collum uteri und mit der Vagina, was dazu zwang, den Uterus mit zu entfernen. Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Es wird auf Grund des Operationspräparates und der histologischen Serienschnitte desselben eingehend die Frage diskutiert, ob es sich um eine primäre oder sekundäre Bauchhöhlenschwangerschaft gehandelt hat. Die Frage wird auch vom Pathologen offen gelassen.

Seynsche (Essen).<sub>o</sub>

**Fetzer, M.: Über die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung bei mit Zwergwuchs kombiniertem, engem Becken. (Württ. Landeshebammenschule u. Staatl. Frauenklin., Stuttgart.)** Zbl. Gynäk. 1941, 609—613.

Kurzer Bericht über 4 Fälle von engem Becken, kombiniert mit Zwergwuchs höheren Grades. 2 Frauen haben mehrfach spontan entbunden, 2 Frauen wurden mehrmals durch Kaiserschnitt entbunden. Die Kinder waren durchweg größer und schwerer als der Norm entspricht. Ein Abstand zwischen Thorax und Becken war in 3 Fällen nicht vorhanden, in 1 Fall sehr gering. Diese Beobachtungen des Verf. zeigen, daß die Natur selbst bei engstem Bauchraum doch noch einen Ausweg während der Schwangerschaft findet, um dem Kinde genügend Raum zu schaffen. Die Gefahr des Insuffizientwerdens des Bauchraumes darf nicht zu hoch eingeschätzt werden. Selbst das Aufliegen des Thorax ganz oder teilweise auf dem Becken darf nach dem Wortlaut der Richtlinien betr. Schwangerschaftsunterbrechung nicht zu der Annahme verführen, daß damit allein schon das Austragen der Schwangerschaft als unmöglich angesehen werden muß. Alfred Saal (Brandenburg a. d. H.).<sub>o</sub>

**Belochapko, P.: L'influence de l'avortement artificiel sur les couches suivantes. (Der Einfluß der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung auf die nachfolgenden Geburten.)** Akuš. i Ginek. Nr 10, 21—26 (1940) [Russisch].

In der 18000 Fälle umfassenden Arbeit finden wir ein überaus reichhaltiges Beobachtungsgut niedergelegt, das die schädlichen Folgen des legalen künstlichen Aborts, wie er in Sowjetrußland jahrelang ausgeübt wurde, wirksam illustriert. Frauen, bei denen seinerzeit eine künstliche Schwangerschaftsunterbrechung vorgenommen war, wiesen in der Folgezeit 2—3 mal soviel Geburtskomplikationen auf wie die Vergleichsfälle, die keinen Abort durchgemacht hatten. Besonders häufig wurden nach dem künstlichen Abort Frühgeburten, primäre und sekundäre Wehenschwäche, Nach-

geburtsblutungen, Placenta praevia, Placenta accreta und allgemein eine Verlängerung der Nachgeburtsperiode beobachtet. Je mehr Aborte bei den betreffenden Frauen voraufgegangen waren, desto häufiger traten die erwähnten Komplikationen auf. Aus den angeführten Zahlen erhellt die große Wichtigkeit einer strengen Gesetzgebung, die gewillt ist, mit allen Mitteln der Abortseuche zu steuern. *Kolbow* (Königsberg, Pr.).

**Ottow, B.: Kann ein bereits eingebettetes Ei bei einer Abrasio verschont bleiben?**  
Med. Welt 1941, 620.

Verf. führt aus, daß es in der Literatur und in der Praxis zahlreiche Beispiele dafür gibt, daß bereits implantierte Eier bei einer Abrasio verschont worden seien. Ausschlaggebend sei die Technik der Abrasio. — Bezüglich der Frage, ob die Schleimhaut bei „kurz vorher“ erfolgter Einbettung bereits Zeichen der Umwandlung in eine Decidua aufweise, sei daran festzuhalten, daß zwischen einer Decidua, d. h. zwischen einer Uterusschleimhaut nach bereits erfolgter Eiimplantation und einer prämenstruellen (d. h. prägraviden) Schleimhaut nur ein gradueller Unterschied bestehe. Dieser graduelle Unterschied betreffe sowohl die Drüsen und ihr Epithel als auch das Stroma mit seinen Zellen. Bei erfolgter und fort dauernder Schwangerschaft nehme die anfangs prämenstruelle Schleimhaut immer mehr die Anzeichen einer Decidua an. Diese beständen in den im Längsschnitt sägeförmigen Drüsenumina (sog. Opitzsche Schwangerschaftsdrüsen), im besonderen Aussehen der Drüsenzellen selbst und in der Ausgestaltung richtiger Deciduazellen. Diese Zellen würden polygonal-großleibig, hell und ließen einen gut differenzierten, relativ kleinen und vielfach exzentrisch gelegenen Kern erkennen. Sie enthielten auch meist reichlich Glykogen. Die Schleimhaut in der Nähe des Eies nehme eher und intensiver die Zeichen einer Decidua an. Vor dem Ausbleiben der ersten Menstruation sei die Unterscheidung einer Decidua praemenstrualis und graviditatis schwierig, ja vielleicht sogar unmöglich, während nach dem ersten Ausbleiben der Periode die histologischen Eigenarten der Decidua immer schärfer heraussträten. Bezuglich der embryologischen und histologischen Sonderheiten und Kennzeichen der Decidua menstrualis und graviditatis verweist Ottow auf die Monographien von O. Grosser: Frühentwicklung, Eihautbildung und Placentation des Menschen und der Säugetiere (1927) und Robert Schroeder: Weibliche Genitalorgane in Handbuch der mikroskopischen Anatomie des Menschen von Möllendorf (1930) Bd. 7.

*Rudolf Koch* (Münster i. W.).

**Romaniello, Giovanni: Il metodo Boero per la provocazione dell'aborto.** (Der künstliche Abort nach Boero.) (*Clin. Ostetr. e Ginecol., Univ., Siena.*) Riv. Ostetr. 22, 219—226 (1940).

Wegen einer schweren und ständig sich verschlechternden Nephropathie im 5. Schwangerschaftsmonat wurde die Schwangerschaftsunterbrechung nach Boero vorgenommen. Nachdem die Punktions der Amnionhöhle auf vaginalen Wege mißlungen war, wurde dieselbe auf abdominalem Wege ausgeführt. Nach Ablassen von 15 ccm Fruchtwasser wurden 4 ccm einer 40 proz. Formalinlösung injiziert. Die Frau verspürte darauf sofort ein rasch vorübergehendes Brennen. Die Herztonen waren nach 30 min nicht mehr zu hören. Nach 3 Tagen erfolgte die spontane Ausstoßung der Fruchtblase und der vollständigen Placenta. Die Ausführung der Schwangerschaftsunterbrechung nach dieser Art, und zwar auf abdominalem Weg bei leichter Lagerung der Patientin nach Trendelenburg ist leicht, der Eingriff ist klein und schonend und besitzt den Vorteil der Vermeidung eines operativen Eingriffes und die zeitliche Trennung vom Absterben der Frucht und deren Ausstoßung. *N. Musch.*

**Bobrowa, A.: L'avortement incomplet, criminel comme porte d'entrée du tétanos.** (Die unvollständige kriminelle Fehlgeburt als Eingangspforte von Tetanusinfektionen.) (*Path.-anat. Inst. Boikin-Krkh., Moskau.*) Akuš. i Ginek. Nr 2, 47—50 (1941) [Russisch].

Nach einer kurzen Übersicht über verschiedene, in der Literatur bekannte seltene Infektionswege des Tetanus beschreibt die Verf. 6 Fälle von Tetanusinfektion durch

die Gebärmutterschleimhaut nach Fehlgeburten. Die Inkubationszeit betrug in allen Fällen 4—7 Tage. Das mikroskopische Bild der Schleimhaut, die Maße der Gebärmutter und der Zustand der Gebärmutterschleimhaut bei der Autopsie bestätigten in allen 6 Fällen die Annahme, daß der künstliche Abort etwa eine Woche vor dem Tod herbeigeführt worden war. In allen 6 Fällen wurde ein schnelles Anwachsen der Symptome des Starrkrampfes sowie ein schwerer Verlauf und schneller letaler Ausgang (1—3 mal 24 Stunden) beobachtet. Diese Tatsache wird mit der Verkürzung der Inkubationszeit dank der ausgedehnten Wundfläche und deren Gefäßreichtum in Zusammenhang gebracht, die eine schnelle und massenhafte Resorption des Toxins ermöglichen. In allen 6 Fällen waren die Zeichen des Starrkrampfes mit Zeichen allgemeiner Sepsis verquickt. In 2 Fällen ergab die bakterioskopische und bakteriologische Untersuchung des Gebärmutterschleimhautabstrichs sowie der Tierversuch ein positives Resultat.

*v. Reibnitz (Stade).*

**Leskow: Lithopédion. Durée de 18 ans.** (Eine 18jährige Steinfrucht, Lithopädion.) Akuš. i Ginek. Nr 2, 62 (1941) [Russisch].

Bei einer wegen angeblichen Blasensteines ins Krankenhaus eingelieferten 55-jährigen Patientin konnte vom Verf. die Diagnose eines Lithopädion gestellt werden. Anamnestisch wurde festgestellt, daß vor 18 Jahren eine Schwangerschaft mit dem vorzeitigen Abgang einer Nachgeburt endete, ohne daß die Frucht selbst ausgestoßen wurde. Bei der am 20. I. 1939 vorgenommenen Operation zeigte sich hinter der Gebärmutter eine Geschwulst von der Größe des Kopfes eines Neugeborenen. Nach operativer Entfernung der Geschwulst ergab die Untersuchung des Präparates eine steinharte runde Geschwulst von  $39 \times 35$  cm Umfang. Im Innern befand sich eine mumifizierte Frucht, die einer  $4\frac{1}{2}$  monatigen Schwangerschaft entsprach. Die Frucht war von einer versteinerten, 0,5 cm dicken Kapsel allseitig fest umschlossen, der Rücken der Frucht war gleichfalls versteinert und mit der Kapsel fest verwachsen.

*v. Reibnitz (Stade).*

**Albers, H.: „Lebt das Kind?“ (Der sichere Nachweis auf eine abgestorbene Frucht.)** (Univ.-Frauenklin., Leipzig.) Geburtsh. u. Frauenheilk. 3, 165—169 (1941).

Das Serumeisen ist bei der gesunden schwangeren um 33% höher als bei der gesunden nicht schwangeren Frau. Der Serumeisengehalt bei der gesunden geschlechtsreifen, nicht schwangeren Frau beträgt im Mittel 90 γ%, das Serumeisen bei der gesunden schwangeren liegt aber um 125 γ%. Diese Serumeisenerhöhung ist schon wenige Tage nach dem Ausbleiben der letzten Regel festzustellen und wird vom Verf. als Schnelldiagnosticum auf eine Frühgravidität verwendet. Dabei wird aber mit besonderer Betonung die Einschränkung gemacht, „daß man noch nicht endgültig weiß, ob sich die Serumeisenbestimmung als Schnellreaktion zur Frühdiagnostik auf die Schwangerschaft bewähren wird“. Unmittelbar nach der Geburt des Kindes, und zwar in wenigen Minuten bzw. Sekunden, sinkt der Eisengehalt von 125 γ% auf 100 γ% und danach ab. Dieser Abfall tritt meist noch vor der Geburt bzw. Lösung der Placenta auf. Liegt das Serumeisen unter 100 γ% — im allgemeinen zwischen 50 γ% und 80 γ% — so kann mit Sicherheit ausgesagt werden, daß das Kind in utero nicht mehr lebt. In einer Tabelle wird der Wert der Eisenbestimmung demonstriert. Zur Beurteilung, ob das Kind lebt, sind immer die Erythrocytenzahl und der Hämaglobingehalt heranzuziehen. Bei starker Blutungsanämie oder bei nicht vollwertigem Blutbild kann die Entscheidung über das Leben des Kindes nicht nach dem Serumeisengehalt gestellt werden. Sonst ist es mittels dieser Methode möglich, in einer Zeit von nicht ganz 2 Stunden (Arbeitsdauer im Laboratorium) mit Sicherheit zu erfahren, ob bei einer Schwangeren das Kind lebt oder abgestorben ist. In Anbetracht der Wichtigkeit der Frage, ob ein Kind lebt oder nicht, stellt die Universitäts-Frauenklinik in Leipzig sich bereit, technisches Personal zur Erlernung dieser Methode einzuarbeiten (Zeit dafür etwa knapp 14 Tage). *W. Breipohl* (Danzig-Langfuhr).

**Polouchtchew, F.: Un cas d'hémorragie dans le pont de Varol et dans le cerveau oblong chez la parturiente.** (Ein Fall von Blutung in die Brücke und das verlängerte Mark bei einer Gebärenden.) (*Gebärhaus Nr. II, Saratow.*) Akuš. i Ginik. Nr 2, 63 (1941) [Russisch].

Eine 36jährige Zehntgebärende, bei der bis auf unbedeutende Ödeme der unteren Extremitäten und der Geschlechtsteile keine wesentlich krankhaften Erscheinungen beobachtet wurden, erwacht 10 Stunden nach einer Zwillingssgeburt mit einem Aufschrei und klagt über Schmerzen im Nacken. Sie verliert bald die Besinnung. Es stellt sich Erbrechen und krankhaftes Zucken der gesamten Körpermuskulatur ein, worauf trotz Anwendung verschiedener Heilmittel bald der Tod eintrat. Die Autopsie ergab eine Luftembolie der Hirngefäße und eine Blutung in die Brücke und das verlängerte Mark. Die Gebärmutterhaut zeigte keine krankhaften Veränderungen. Anzeichen für Eklampsie fehlten. Es folgt die kurze Erwähnung von drei dem Verf. aus der Literatur bekannten Fällen plötzlichen Todes durch Blutung in den Boden des 4. Ventrikels. Zum Schluß wird die Frage aufgeworfen, auf welche Weise aus der Gebärmutter ein Luftembolus das Herz und den kleinen Kreislauf passieren und in die Hirngefäße gelangen konnte. Eine Antwort auf diese Frage sei in der dem Verf. zugänglichen Literatur nicht zu finden.

v. Reibnitz (Stade).

**Kahanpää, Veikko: Über Uterusrupturen nach vorhergehendem Kaiserschnitt.** (*Frauenkranken., Viipuri.*) Acta obstetr. scand. (Stockh.) 21, 52—62 (1941).

Verf. berichtet über 5 Fälle von Uterusruptur, in denen die Kaiserschnittnarbe am Ende der folgenden Schwangerschaft (2 Fälle) oder während der Geburt (3 Fälle) rupturiert war. Mortalität: Es starben von den Müttern eine und von den Kindern 4.—Nach der Analyse der verschiedenen ätiologischen Faktoren geht der Verf. ausführlicher auf die Technik der Schnittentbindung ein. Es ist von Wichtigkeit, daß der Uterschnitt genau in der Mittellinie und genügend weit unten — womöglich ganz im Isthmus — geführt wird. Der symmetrischen und exakten Zusammenfügung der Wundflächen ist beim Nähen besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Eine Frau, bei der früher eine Schnittentbindung ausgeführt worden ist, muß während einer neuen Schwangerschaft genau beobachtet und gleich zu Beginn des Partus in Anstaltpflege gebracht werden.

Autoreferat.

**Schäfer, G.: Beurteilung von Spätfolgen nach schwerer Puerperalinfektion.** (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Zbl. Gynäk. 1941, 959—964.

Es werden praktisch wichtige Mitteilungen gemacht über Nachuntersuchungen von Frauen, die an puerperaler Pyämie oder Sepsis erkrankt waren. Von 32 Frauen hatten 28 eine Pyämie und 4 ein septisches Puerperalfieber überstanden. 2 Frauen starben noch im 1. Jahr nach der Entlassung an doppelseitiger Lungentuberkulose, die bereits im Wochenbett erkannt worden war. Bei 5 Frauen waren Kreislaufveränderungen in Form von Coronarinsuffizienz oder Myokardschäden nachzuweisen; 3 weitere Frauen im vorgerückten Alter zeigten unbedeutende Erhöhung des Blutdruckes. Sterilität als Folge der Puerperalinfektion lag bei 5 Frauen vor, 14 wurden wieder schwanger, 11 Frauen hatten eine erneute Schwangerschaft absichtlich verhütet. Eine Dauerschädigung der Genitalorgane nach Puerperalfieber ist in weit geringerem Maße die Ursache für eine spätere Sterilität als die Konzeptionsverhütung aus Angst vor neuer Erkrankung und Gefahr.

Hansen (Rostock).,

**Nevinny-Stickel, H.: Zum Röntgennachweis von Hirnblutungen.** (*Univ.-Frauenklin., Greifswald.*) Zbl. Gynäk. 1941, 888—904.

Die intrakranielle Blutung ist die häufigste Folge einer geburtstraumatischen Schädigung. Die Erhebung eines genauen Sektionsbefundes ist für das Studium von Prophylaxe und Therapie von großer Bedeutung. Als Ergänzung für das Sektionsergebnis hat Nevinny-Stickel bei toten Neugeborenen röntgenologische Kontrastdarstellungen der Hirngefäße vorgenommen. Als Kontrastmittel wurden verschiedene schattengebende Medien angewandt, so 10proz. Jodtinktur, Umbrenal und Thoro-

trast (25 % ThO<sub>2</sub>). In der Regel wurde eine Seitenaufnahme und eine Frontaufnahme ausgeführt. Die Injektionsmengen schwankten zwischen 10 und 50 ccm. Bei Einspritzungen in die A. carotis communis oder interna ist die Darstellung der Schlagadern der hinteren Schädelgrube nicht befriedigend; es empfiehlt sich dann die Einspritzung in die A. subclavia oder vertebralis vorzunehmen. Im Gegensatz zu den Erfahrungen der Neurochirurgen werden beim toten Neugeborenen nach Injektion in die Carotis der einen Seite auch die Arterien der Gegenseite dargestellt. Da die Gehirnblutungen der Neugeborenen nicht wie beim Erwachsenen meist arterieller Natur sind, sondern fast immer durch Verletzungen der Venen bzw. Hirnsinus zustande kommen, wurde auch die Venographie versucht. Die Injektion erfolgte in die Vena jugularis einer Seite, wobei eine beiderseitige Füllung fast immer erreicht wurde. Die Bilder stimmen mit denjenigen überein, die Schoenholz 1926 und Yagi 1929 durch Injektion von Mennigelösung oder einer 40 proz. Bromnatriumlösung erzielten. Unter Umständen empfiehlt es sich, Arterio- und Venographie miteinander zu kombinieren. In 15 Abbildungen werden Kontrastdarstellungen wiedergegeben, die die Blutungsherde sehr schön erkennen lassen.

Hansen (Rostock).

**Hagblom, Gunnar:** Zur Frage der sogenannten Riesenkinder, anlässlich der Mitteilung zweier Fälle. (*Frauenklin., Akad. Krankenh., Upsala.*) *Acta obstetr. scand.* (Stockh.) 21, 70—99 (1941).

2 Fälle von Riesenkindern werden mitgeteilt: 1. 6170 g, 61 cm; 2. 6420 g, 60,5 cm. Darstellung der Fälle von Riesenkindern (über 5000 g) aus der Frauenklinik in Upsala von 1859—1939. Bei 40395 Geburten finden sich 94 Fälle von Riesenkindern, also 0,23%. In zahlreichen Tabellen werden diese Fälle dargestellt: Verteilung auf die Gesamtgeburtzahl, Altersgruppen der Mütter, Erst- und Mehrgebärende, Geburtenanzahl der Mütter, Dauer der Schwangerschaft, Verlauf der Geburt, Gewichtsgruppen und Längengruppen der Kinder usw. Es zeigt sich, daß die Mütter der Riesenkinder meist Mehrgebärende sind, die Schwangerschaftsdauer oft verlängert ist, die Geburten meist spontan innerhalb von 24 Stunden in Hinterhauptslage ohne größere Dammverletzungen verlaufen. 4 Kinder wurden totgeboren, 4 starben nach der Geburt, die mütterliche Mortalität ist 0. Anschließend Bericht über 8 operativ beendete Geburten und 3 Fälle von Riesenkindern von über 7000 g Gewicht. Egon v. Weinzierl (Prag)..

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

**Raestrup, G.:** Die gerichtsmedizinische Aufklärung eines fraglichen Mordes, zugleich ein Beitrag zur Begriffsbestimmung der gerichtlichen Medizin. (*Inst. f. Gerichtl. Med. u. Kriminalistik, Univ. Leipzig.*) *Öff. Gesdh.dienst* 6, A 686—A 695 (1941).

Nach Hinweisen auf allgemeine Begriffsbestimmungen und Kennzeichnung der Aufgabenkreise der gerichtlichen Medizin wird die Aufklärung eines Mordfalles durch das Leipziger gerichtlich-medizinische Institut dargelegt. In diesem Fall war vor der Zuziehung dieses Instituts eine Aufklärung unmöglich, weil einerseits die Tatortschau ganz ungenügend gewesen und andererseits die gerichtliche Leichenöffnung in ganz ungenügender Weise durchgeführt worden war: Statt eingehender Beschreibungen waren lediglich diagnosenartige Befundsmitteilungen vermerkt. Todeszeitbestimmung und Spurensicherung u. a. waren nicht vorgenommen worden. Bei der Exhumierung (nach welcher Zeit?) wurden Spuren zahlreicher Hiebwunden an Kopf und Hut des Ermordeten mit Schneide- und Rückenfläche eines Beiles festgestellt, so daß die Identifizierung des Tatwerkzeuges aus einer Serie von 9 vorgelegten Beilen trotz Reinigung desselben von Blutspuren möglich wurde. Durch genaues Studium der Lage und Richtung der Verletzungen konnte die Tat auch in zeitlicher Hinsicht geklärt werden. Der Täter, der 15jährige Sohn des Ermordeten, bestätigte die Schlüsse des Gerichtsmediziners im einzelnen, während ein namhafter psychiatrischer Sachverständiger