

sonstige organische Erkrankungen lassen sich mit Sicherheit ausschließen. Bei der Feststellung der Spermatozoenphilie müssen sowohl die krankhaften als auch die äußeren Einflüsse mit Sicherheit ausgeschlossen sein. Zu den schädlichen Einwirkungen, die die Spermatozoen ungünstig beeinflussen, rechnet er auch z. B. Sulfonamidpräparate, was allerdings nach den neuesten Forschungen, auch des Ref., nicht zutrifft. Diese essentielle Abnahme der Bewegungsfähigkeit der Spermatozoen wird von ihm als Ursache der Sterilität angegeben. Als Unterlage für seine Betrachtungen dienen sowohl seine früheren eigenen Untersuchungen als auch die Literaturangaben vorwiegend italienischer Autoren.

Belonoschkin (Posen)._o

Dickmeiss, Poul, und Christian Hamburger: *Sexuelle Impotenz beim Manne.* Ugeskr. Laeg. 1942, 373—378 u. engl. Zusammenfassung 378 [Dänisch].

Die Arbeit beschäftigt sich nur mit Impotentia coeundi, während die Sterilitätsfrage außer Betracht gelassen wird. Nach einer kurzen Besprechung der physiologischen Verhältnisse betreffend Libido, Erektion und Ejakulation wird die Ätiologie der Potenzstörungen behandelt, indem man zwischen zwei Hauptgruppen, der organisch bedingten Impotenz und der funktionellen Impotenz, unterscheidet. Diese beiden Formen sind aber oft kombiniert, und es wird hervorgehoben, daß, obgleich die psychische Impotenz vor allem bei Nervösen und Disponierten anzutreffen ist, die Impotenz gewöhnlich die Entwicklung verschiedener neurotischer und depressiver Symptome veranlaßt. — Bei Behandlung der Impotenz ist es wichtig, genau festzustellen, ob organische Leiden vorhanden sind, die das Entstehen der Impotenz verursachen oder zu diesem beigetragen haben. Hormonanalysen können in gewissen Fällen bei der Diagnose von Wert sein; sie müssen aber mit Vorbehalt beurteilt werden; der Erfolg ist mit den übrigen klinischen Befunden zu vergleichen.

Wenn Zeichen davon vorhanden sind, daß die Impotenz einer herabgesetzten Testisfunktion ganz oder teilweise zur Last fällt, ist es indiziert, eine Hormonbehandlung zu versuchen. Es kann sich um eine Stimulationsbehandlung mit Chorion-Gonadotropin handeln, wenn das Testisgewebe nicht zu viel beschädigt ist, oder um eine Substitutionsbehandlung mit Testosteronpräparat. Wenn man seine Wahl nicht vorher treffen kann, kann man erst versuchen, ob eine ungefähr 6 Wochen lang dauernde Gonadotropinbehandlung einige Wirkung hat, und wenn dies nicht der Fall ist, kann man zur Testosteronbehandlung übergehen. Diese letzterwähnte Behandlung soll in Fällen, wo die Potenzstörungen bei 40—50-jährigen Männern mit „klimakteriellen“ Wegfallsymptomen verbunden sind, von guter Wirkung sein. Übrigens muß man bei der Behandlung vor allem etwaige organische Leiden zu heilen versuchen, so wie man auch einen geschwächten Allgemeinzustand zu unterstützen versucht. Bei den psychischen Impotzenzen ist Psychotherapie zu verwenden, während von Hormonbehandlung in diesen Fällen gewöhnlich abzuraten ist. Bei psychischer Impotenz in der Ehe muß man mit der Frau reden und versuchen, sie zu beraten, da eine richtige Haltung ihrerseits von ebenso großer Bedeutung wie die Behandlung des Arztes ist.

W. Munck (Kopenhagen).

Schwangerschaft. Fehlgeburt. Geburt. Kindesmord.

Knaus, Hermann: Zu den Arbeiten von F. Besold über „Ovulation und Orgasmus“, Zbl. Gynäk. 1941, Nr. 48, und Caffier, „Kritisches zur Frage der Sterilitätsbehandlung“, Zbl. Gynäk. 1942, Nr. 1. (*Dtsch. Univ.-Frauenklin., Prag.*) Zbl. Gynäk. 1942, 737—742.

Polemischer Artikel von Hermann Knaus (vgl. diese Z. 36, 338), der seine Ansicht von der zeitlich beschränkten Konzeptionsfähigkeit des Weibes während eines monatlichen Cyclus temperamentvoll verteidigt und gegen die insbesondere von Caffier vertretene Theorie der Möglichkeit einer durch den Geschlechtsakt provozierten Ovulation neben der spontanen Ovulation beim Menschen vorgeht. (Besold, vgl. diese Z. 36, 339.)

R. Koch (Münster i. W.).

Caffier, P.: Zur Frage der violenten Ovulation beim Menschen. Zugleich eine Antwort auf die Ausführungen von Knaus zu meiner Arbeit im Zbl. Gynäk. 1942, Heft 1. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Zbl. Gynäk. 1942, 742—753.

Caffier sagt in der Erwiderung zu den Ausführungen von Knaus, daß er an die Beeinflussung der Ovulation durch den Geschlechtsverkehr glaube und begründet seine Ansicht an Hand von Beispielen und an Hand des Schrifttums eingehend. Sehr mit

Recht weist meines Erachtens C. darauf hin, daß einem jetzt schon Gutachten in Vaterschaftsprözessen begegnen, die, auf der Knausschen Lehre aufgebaut, die Möglichkeit der Konzeption an einem Tage strikt ablehnen und damit ein Vorverfahren wegen Meineides im Gefolge haben können. Auch bei Kriegsteilnehmern, die nur kurze Zeit auf Urlaub gewesen seien, habe die Anwendung der Knausschen Lehre schon zu Mißtrauen, Zerrüttung der Ehe und Anfechtungsklagen geführt. *R. Koch* (Münster).

Vicente y Careller, Mariano: *Gibt es ein Syndrom der Ovulation oder der Sprengung des Graafschen Follikels?* (*Hosp. Victoria Eugenia y Inst. Méd. Valenciano, Zaragoza.*) Medicina (Madrid) 9, 322—333 (1941) [Spanisch].

Die theoretische Abhandlung bringt an Hand der vorliegenden Literatur eine Übersicht über die Frage der Ovulation und der damit zusammenhängenden Erscheinungen, welche im Intermenstruum bei den Frauen auftreten. Als sichere Symptome der Ovulation werden folgende Zeichen angeführt: Der intermenstruelle Schmerz, intermenstruelle Leukorrhöe, Hypothermie, Hypotension, Füllegefühl und Brustschmerzen im Intermenstruum, Steigerung der Sensibilität und der Energie, Zunahme an sexuellen Impulsen und Libido. Die Abhandlung bringt keine eigenen Beobachtungen, sondern stützt sich nur auf literarische Angaben. *Belonoschkin* (Posen).,

Stieve, H.: *Anatomische Bemerkungen zur Frage: Wann wird das Ei aus dem Eierstock ausgestoßen?* (*Anat. u. Anat.-Biol. Inst., Univ. Berlin.*) Zbl. Gynäk. 1942, 977 bis 989.

Verf. führt aus, daß bei den 3 Tierarten Kaninchen, Katze und Frettchen, bei denen die Follikel gewöhnlich im Anschluß an die Paarung platzen, auch spontane Ovulation vorkommen könne. Beim Menschen könne Befruchtung auch im Postmenstruum, am 6. bis 11. Tage nach dem Beginn der letzten Regel bei 28-tägigem Cyclus, und auch im Prämenstruum, am 6. Tage vor dem Beginn der letzten Regel bei 21-tägigem Cyclus, erfolgen. Der Follikelsprung könne beim Menschen bei 28-tägigem Cyclus bis zum 23. Tag, also bis zum Prämenstruum, verzögert werden, ohne daß dabei die gewöhnliche Entwicklung der Schleimhaut gestört werde. Die Eierstöcke würden auch beim Menschen durch das Verhalten des Nervensystems beeinflußt. Durch psychische Insulte (Untersuchungshaft, Angst u. ä.) könne ihre Tätigkeit plötzlich unterbrochen werden. Das Platzen eines sprungreifen Follikels könne dadurch verhindert werden (Beispiele). Mit allen diesen Tatsachen könne die Knaussche Lehre nicht in Einklang gebracht werden. Schrifttum. *Rudolf Koch* (Münster i. W.).

Joël, C. A.: *Zur Biologie der menschlichen Samenfäden.* (*Univ.-Frauenklin., Basel.*) Schweiz. med. Wschr. 1942 I, 440—441.

Die Untersuchungen des auf diesem Gebiet erfahrenen Verf. stellen eine Bestätigung der Ergebnisse von Belonoschkin dar (vgl. diese Z. 33, 243). Bei 8 Frauen wird nachgewiesen, daß die Bewegungsdauer der menschlichen Spermatozoen in der Vagina eine verhältnismäßig begrenzte ist; nach 45 min sind sie noch mäßig beweglich, während sie nach 65 min unbeweglich bleiben. Mit Belonoschkin kann daher die Scheide nicht mehr als „Receptaculum seminis“ angesehen werden. — Weitere Untersuchungen über die Bewegungsdauer menschlicher Spermatozoen in der Cervix wurden an 16 Frauen angestellt. Dabei zeigte sich, daß von einer Verweildauer von 48 Stunden an nur wenige und unbewegliche Spermatozoen in der Cervix gefunden wurden. Demnach müsse die Cervix als Samenspeicherorgan angesehen werden. — Die Untersuchung auf die Bewegungsdauer menschlicher Spermatozoen im Corpus uteri wurde an 9 Frauen durchgeführt. Von 16—25 Stunden nach dem Verkehr, wobei es immer zum Orgasmus kam, konnten noch gut bis mäßig bewegte Spermatozoen im Uterus gefunden werden; nach 40 Stunden waren keine Spermatozoen mehr feststellbar. Auf die von Belonoschkin besonders hervorgehobene Bedeutung des Corpus uteri für den Samentransport wird hingewiesen. — Über das Verhältnis der Spermatozoen in den Tuben sowie über die Beziehungen der Samenfäden zum Ovar und Bauchraum konnten keine eigenen Erfahrungen gesammelt werden. Es wird dabei auf das Schrifttum (Hoehne,

Nürnberger, Knaus, Mönch usw.) kurz eingegangen. — Abschließend wird festgestellt, daß die Verweildauer der männlichen Keimzellen im weiblichen Organismus bis 48 Stunden beträgt (besser wohl: betragen kann. Ref.). *Jungmichel* (Göttingen).

Schultze, Günter K. F.: Künstliche Befruchtung. Ihre Stellung im Gesamtrahmen der Sterilitätsbehandlung. (*Univ.-Frauenklin., Greifswald.*) Zbl. Gynäk. 1941, 988 bis 1012.

Im Rahmen einer planmäßigen Sterilitätsbehandlung kommt der künstlichen Befruchtung nur ein bescheidener Platz zu. Ihre Aussichten wurden auf Grund der glänzenden Erfahrungen der Tierzüchter stark überschätzt, weil man nicht bedachte, daß es sich um ganz andere Aufgaben handelt, ob man sterile Ehen fruchtbar machen oder den Zuchteffekt qualitativ und quantitativ verbessern will.. Unter 2000 sterilen Ehen hat Verf. 102mal die künstliche Befruchtung angewandt und dabei 15mal Erfolg gehabt. In 48 Fällen bildeten Potenzstörungen des Mannes die Indikation, davon waren 6 erfolgreich. Die 5 Fälle von Obliterationsazoospermie blieben steril. Der obliterierende Entzündungsprozeß war bei diesen Männern schon über 5 Jahre alt. Die Hodenpunktion ergab nur wenige Tropfen Flüssigkeit, deren Spermatozoengehalt äußerst gering war. Bei der Häufigkeit und Dringlichkeit gerade dieser Indikation ist das bisherige völlige Versagen der künstlichen Befruchtung in solchen Fällen in Übereinstimmung mit anderen Autoren hervorzuheben. Der Verf. hält es jedoch für lohnend, die Versuche fortzusetzen. Mit fremdem Sperma gelang es dagegen bei 3 Frauen 2mal eine Konzeption herbeizuführen, nachdem die Hodenpunktion bei den Männern vergeblich versucht worden war. Die eine Frau, bei der die künstliche Befruchtung mit dem Sperma eines vertrauten Freundes des Mannes erfolglos geblieben war, wurde später durch einmalige Kohabitation mit dem gleichen Mann geschwängert. Der Ehemann hatte ihr diesen natürlichen Weg nahegelegt. In den beiden anderen Fällen wurde das Sperma des Bruders bzw. das eines Vetters benutzt. Bei 28 Frauen mit hypoplastischen Bildungsformen des Uterushalses trat 4mal Konzeption ein, die jedoch jedesmal mit Abort endete. In manchen Fällen muß die Ursache der Sterilität in Störungen der Cervixanatomie und -funktion gesucht werden. Hier wurde 19mal nach erfolgloser Behandlung die künstliche Befruchtung angewandt mit dem Ergebnis, daß 3mal Schwangerschaft eintrat. Vorbedingungen, Vorbereitung, Technik und Gefahren der künstlichen Befruchtung werden vom Verf. eingehend erörtert. Den Gerichtsarzt interessieren in der eingehenden, alle Teilprobleme und das einschlägige Schrifttum erschöpfenden Abhandlung auch die moralischen und juristischen Bedenken gegen eine künstliche Befruchtung. Sittliche Bedenken werden mit Recht abgelehnt, wenn ein Ehepaar den dringenden Wunsch nach Kindern hat. Die rechtlichen Folgen sind bislang wenig erörtert und werden auch vom Verf. nur gestreift. Die Gesamtergebnisse des Verf. und anderer Autoren sind kritisch betrachtet keineswegs ermutigend.

Wiethold (Frankfurt a. M.).

Navratil, Ernst: Die Fruchtbarkeit der alternden Frau. (*I. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Wien: klin. Wschr. 1942 I, 81—85.

Die verschiedenen Ursachen der abnehmenden Fertilität im höheren Lebensalter werden vom Verf. ausführlich besprochen und dabei ausgeführt, daß theoretisch die Frau von Menarche bis Menopause fruchtbar sein müßte, da eine der wesentlichsten Vorbedingungen für die Fruchtbarkeit der normale ovariale und uterine Funktionsablauf ist. Tatsächlich ist diese Annahme jedoch besonders bei älteren Frauen durch verschiedene Ursachen gewissen Einschränkungen unterworfen. Nach den Untersuchungen Siegls, Kolls u. a. liegt das Fertilitätsoptimum der Frau im 3. Lebensjahrzehnt und nimmt von da an dauernd ab. Bei einer Zugrundelegung von 21 Jahren Fruchtbarkeitszeit sind nur ein Drittel dieser Zeit zur Fortpflanzung genützt, da ein gewisser Prozentsatz Frauen infolge später Heirat in den absteigenden Teil der Fertilitätskurve fällt (relative Sterilität). Das besagt, daß die Fertilitätsfähigkeit nach einem

Heiratsalter über 35 Jahren um rund 50% gegenüber jünger heiratenden Frauen abnimmt. Jedoch ist die Verkürzung der fertilitätsmöglichen Jahre nicht allein die Ursache der häufigen Sterilität von Frauen über 35 Jahren, es muß auch an vorausgegangene Schädigungen des für die generative Funktion sehr empfindlichen Genitalapparates gedacht werden, wie Salpingitiden nach gonorrhoeischen und puerperalen Prozessen usw. Ein weiterer Grund für die verringerte Fertilität ist sicher auch in einer organisch bedingten verminderten Konzeptionsfähigkeit der Ovula zu suchen (Halban, Astel und Weber), jedoch ist diese Annahme bisher nur hypothetisch zu stellen, da ein direkter Beweis hierfür — im Gegensatz zu den bereits festgestellten Fertilitätsverminderungen durch Minderwertigkeit der Spermatozoon — noch nicht erbracht wurde. Jedenfalls ist durch Analogieschluß anzunehmen, daß in den Jahren der ausklingenden Geschlechtsreife nur seltener ein voll ausgereiftes und befruchtungsfähiges Ei gebildet wird. Weitere Gründe für die relative Impotentia gestandi bilden die im 3. und 4. Lebensjahrzehnt gehäuft auftretenden Myome sowie die Verbindung von Myom und Tubenendometriose (Phillipp und Huber). Außerdem spielen Abweichungen im hormonalen Geschehen eine nicht zu unterschätzende Rolle, wie z. B. Follikelpersistenz und glandulär cystische Hyperplasie (Schröder), die Metropathia haemorrhagica und der anovulatorische Cyclus; Erkrankungen, die bei Frauen jenseits des 35. Lebensjahres bekanntlich wesentlich häufiger gefunden werden als gewöhnlich.

H. Tasch (Wien).,

Schulze, Horst: Ein Fall von „echter ovarieller Gravidität“. (*Städt. Krankenh., Ilmenau.*) Zbl. Gynäk. 1942, 465—468.

35jährige Frau, VI.-Gravida, am Ende der Schwangerschaft. Auffallend deutliche Fühlbarkeit der Kindesbewegungen. Die Frucht in II. Querlage sehr deutlich zu tasten, Herztöne gut zu hören. Etwa 2 Wochen später leichte Wehentätigkeit, die trotz Wehenmittel nach einigen Tagen aufhört. Nach 10 Tagen sind keine Herztöne mehr zu hören, die Kindesbewegungen haben aufgehört. Da Erscheinungen einer Intoxikation auftreten, wird nach vergeblichem vaginalen Versuch die Laparotomie ausgeführt. Es findet sich ein übermannskopfgroßer, bläulicher, glatter Tumor, der neben dem unveränderten, nach rechts verdrängten Uterus wie ein linksseitiger Ovarialtumor imponiert. Die Tube zieht an der Vorderfläche des Tumors lang ausgezogen, unverändert, mit freier Fimbrie. Der Tumor steht mit dem Uterus durch das Lig. ov. prop. in Verbindung. Ein Ovar auf dieser Seite ist nicht zu finden. Exstirpation des Tumors nach Art eines Ovarialtumors. Glatte Heilung. Es handelt sich um eine ausgetragene Eierstocksschwangerschaft, die Placenta sitzt im Hilusgebiet, das Kind ist weiblich, 3520 g schwer, reif, Mißbildungen sind nicht nachzuweisen. Verf. stellt fest, daß sein Fall eine echte, ausgetragene ovarielle Gravidität ist, da er den im Schrifttum festgelegten Bedingungen für die Diagnose einer solchen entspricht. Egon v. Weinzierl (Prag).

Podolynskyj, Aleksander: Eine zwei Monate übertragene, retroperitoneale Tubenschwangerschaft. (*Geburtsh.-Gynäkol. Abt. III B, Frauenklin., Staatl. Krankenanst., Krakau.*) Zbl. Gynäk. 1942, 169—173.

35jährige II.-Gravida wird Ende Dezember 1940 aufgenommen, der Geburtszeitpunkt wurde für den 12. X. berechnet. Seit 1 Monat keine Kindesbewegung mehr, zeitweise Uteruskontraktionen, seit 3 Tagen mäßige Genitalblutung. Differentialdiagnostisch kann auf Grund der Vergrößerung des Bauches, des Milchnachweises, der Unmöglichkeit, Kindesteile zu tasten, und der Tatsache, daß nach 2 Monaten über den Geburtstermin keine Wehentätigkeit eingetreten war, in Frage: Eine abgestorbene intrauterine Schwangerschaft, eine ektopische Schwangerschaft und ein Tumor in der Bauchhöhle. Eine Röntgenaufnahme war technisch nicht möglich, eine Sonderung des Uterus ergab eine Länge von 6 cm. Da eine intrauterine Schwangerschaft auszuschließen war, kamen nur die beiden anderen Möglichkeiten in Betracht. Mediane Laparotomie. In der Bauchhöhle eine Geschwulst von der Größe einer ausgetragenen

Schwangerschaft, liegt retroperitoneal, von Dickdarm und Mesenterium bedeckt. Der Uterus nicht vergrößert, mit der Geschwulst verloitet. Die Adnexe nicht tastbar, in die Geschwulst eingewachsen. Nach Punktions der stark gespannten Geschwulst sind Kinderteile tastbar, nach Eröffnung wird eine macerierte weibliche Frucht, die keine Mißbildungen zeigt, von 2950 g Gewicht und 50 cm Länge entfernt. Ausschäulung des Fruchtsackes, Entfernung der Adnexe, Tamponade der Wundhöhle, Heilung. Auf Grund der pathologisch-anatomischen Untersuchung wird festgestellt, daß es sich um eine linksseitige Tubargravidität handelt, die sich zunächst intraligamentär, dann unter Erhaltung des tubaren Fruchtsackes subperitoneal und schließlich retroperitoneal entwickelte.

Egon v. Weinzierl (Prag).○

Hansen, Rolf: Ohnmacht und Schwangerschaft. (*Univ.-Frauenklin., Rostock.*)
Klin. Wschr. 1942 I, 241—245.

Unter Ohnmacht versteht man einen Zustand von Bewußtlosigkeit und Erschlafung der gesamten willkürlichen Muskulatur, verbunden mit Störungen des Kreislaufs, wobei die Flüchtigkeit dieser Erscheinungen mit völliger Wiedergenesung besonders charakteristisch ist. In der Schwangerschaft sind Ohnmachten und ohnmachtsähnliche Zustände häufig. Es werden zur Klärung des ursächlichen Zusammenhangs zwei Funktionen untersucht, das Verhalten der Gefäße und Vasomotoren einerseits und der Tonus der Körpermuskulatur andererseits. An 92 gesunden Frauen am Ende und in der Frühschwangerschaft wurde der Stehversuch nach Schellong ausgeführt. Unter 35 Frühschwangerschaften trat dabei 14 mal eine Blutdrucksenkung über 20 mm Hg auf, 5 mal kam es außerdem zum Kollaps. Unter 57 Frauen am Ende der Schwangerschaft wurde lediglich 4 mal eine Senkung über 20 mm Hg beobachtet, in 10 Fällen trat Kollaps ein. Es wiesen also in der Frühschwangerschaft mehr als die Hälfte der gesunden Frauen Regulationsstörungen auf. Bei 18 von 93 Schwangeren fanden sich auffallende „Aufsteh- und Hinlegezacken“, sie sind ein Zeichen für eine besondere Labilität des Minutenvolumens, die man auch bei direkter Ermittlung dieser Kreislaufgröße feststellen kann. Bei 7 Frauen im letzten Monat der Gravidität bestand Kollapsneigung im Liegen, sie wird bei dem hohen Zwerchfellstand auf Druckveränderungen zwischen Bauch- und Brusthöhle und auf eine mechanische Behinderung des venösen Rückflusses zum Herzen zurückgeführt. Bei der überwiegenden Mehrzahl der von Regulationsstörungen Betroffenen liegt eine hypotone Störung vor. In der Schwangerschaft begünstigen offenbar besonders weite Gefäßbezirke ein Absacken des Blutes. Den Varicen kommt keine entscheidende Bedeutung in dieser Hinsicht zu. Auf Grund der neueren Untersuchungen von Henderson ist der Muskeltonus für den venösen Rückfluß wesentlich verantwortlich zu machen. Mit Hilfe der Methode von Beiglböck und Junck ließ sich feststellen, daß in den ersten Monaten der Gravidität eine Muskelhypotonie vorliegt, ein Befund, der einen Zusammenhang mit den bevorzugt in der Frühschwangerschaft beobachteten Regulationsstörungen des Kreislaufes vermuten läßt. Es wird auf Untersuchungen von Thaddea, Elert und Fekete hingewiesen, die von einer relativen Nebenniereninsuffizienz in der Frühschwangerschaft sprechen. Diese ist wahrscheinlich für den geringeren Muskeltonus verantwortlich zu machen. Konstitutionelle Momente spielen weiterhin eine Rolle. Eine Regulationsstörung im Stehversuch während der Schwangerschaft zeigten von 25 asthenischen Frauen 14, von 24 pyknischen 6 und von 18 athletischen 4. Die besondere Veranlagung der asthenischen Frau zur hypotonen Regulationsstörung ist deutlich zu erkennen. Sämtliche 93 Frauen, die die Unterlagen zu den Untersuchungen abgegeben haben, haben ohne Störungen Geburt und Wochenbett überstanden. Ein Geburtskollaps wurde bei keiner dieser Frauen beobachtet. Am Zustandekommen dieser ernsten Störung sind andere Momente wesentlicher beteiligt. Bewegung, Muskelarbeit und körperliche Anstrengung, wie sie der Geburtsvorgang erfordert, vermögen durch Herbeiführung einer Blutdrucksteigerung und Anregung der Zirkulation die sonst bestehende Ohnmachtsneigung zu beseitigen.

Hansen (Hamburg).○

Randazzo, M.: Valore dell'esame istologica nella diagnosi di aborto. (Perizia.)
 (Der Wert der histologischen Untersuchung für die Diagnosestellung bei fraglichen Aborten. [Begutachtung.]) Clin. ostetr. 44, 163—167 (1942).

Verf. weist unter Anführung eines von ihm begutachteten praktischen Falles, in welchem zwei Voruntersucher nach ambulanter Untersuchung einer Frau zu widersprechenden Ergebnissen gekommen waren, auf die bekannte Tatsache hin, daß das Fehlen von Schwangerschaftszotten in durch Curettage gewonnenem Material einen fraglichen, soeben abgelaufenen Abort weder ablehnen noch sicherstellen läßt. Letzteres schon deswegen nicht, weil Zotten nach Abschluß einer Schwangerschaft schnell ohne Hinterlassung von Spuren entarten können. Auch sei es fraglich, ob die Curette bei der Auskratzung immer die Ansatzstelle des Eies erreiche. Keine neuen Gesichtspunkte.

Hausbrandt (Königsberg i. Pr.).

Runge, H., und A. Rösch: Über Entstehung und Behandlung des habituellen Aborts.
 (Univ.-Frauenklin., Heidelberg.) Med. Welt 1942, 183—186.

In den Jahren 1937—1940 wurden insgesamt 84 Fälle von habituellem Abort (h. A.) behandelt. Bei 64 kam es zur Geburt eines lebensfrischen Kindes. 20 blieben trotz zum Teil mehrmäiger Behandlung ungeheilt. Die größte Anzahl h. A. liegt in der Frühschwangerschaft. Hier liegen auch die günstigsten Heilungsresultate vor. Wesentlich schlechter waren die Heilungsresultate in der 2. Hälfte der Schwangerschaft bzw. in solchen Fällen, in welchen Früh- und Spätaborde wechselten. Ätiologisch beruht der Hauptanteil der habituellen Fehlgeburten auf Hypoplasie. Die Diagnostik dieses Zustandes ist auch in der Frühschwangerschaft noch gut möglich. Die spitzwinkelige Anteflexio des Uterus hält sich im Gegensatz zur Länge und Dernheit der Cervix bis in die 8. Woche hinein. Ein Zeichen einer Hypoplasie ist auch der muldenförmige Damm. Sehr oft sind es die Doppelbildungen des Uterus, die eine große Rolle für den h. A. spielen. Als diagnostische Methode für die ätiologische Erkennung des h. A. außerhalb der Schwangerschaft soll die Uterosalpingographie angewendet werden. Die Strassmannsche Operation sollte erst nach mehrmaligen vergeblichen Versuchen konservativer Behandlung ausgeführt werden. In späteren Monaten ist sehr häufig eine Hypermotilität des Uterus, die auf einer allgemein vegetativen Übererregbarkeit beruht, der Grund des h. A. Auffallend ist der geringe Anteil von Fruchttod oder Fruchtmißbildungen am Krankheitsbild des h. A. Jenseits des 30. Lebensjahres ist die Zahl der Mißerfolge 3 mal so hoch wie vor dieser Zeit. Besonders leicht führen die cyclischen monatlichen Schwangerschaftsblutungen zum Abort. Ist eine regelmäßige Wehentätigkeit eingetreten, so gelingt es nur noch in Ausnahmefällen, die Schwangerschaft zu erhalten. Außer der medikamentösen Therapie ist auch die allgemeine Betreuung der Frauen und die psychische Beeinflussung von allergrößter Wichtigkeit.

H. Fuchs (Posen).,

Guareschi, Guglielmo: Il valore della perizia medico-legale nelle indagini per sospetto aborto su donna vivente. (Die Bedeutung der gerichtsmedizinischen Begutachtung in Ermittlungsverfahren bei Abortverdacht an lebenden Frauen.) (Istit. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Parma.) Arch. di Antrop. crimin. 62, 52—70 (1942).

Verf. gibt zunächst einige statistische Daten über die Häufigkeit der Schwangerschaftsunterbrechungen auf Grund in den letzten Jahren von verschiedener Seite gemachter Mitteilungen in Italien. Die Gesamtzahl der den Amtsärzten gemeldeten Aborte zeigt in den Jahren 1935—1939 eine Zunahme. Auf 100 Schwangerschaften kommen in Italien in den Jahren 1938/39 8 gemeldete Aborte. Verf. meint auch, daß die von Boldrini aus anderen Quellen geschöpfte Schätzung von 20% dem wahren Sachverhalt näherkommt, führt aber an, daß infolge der behördlichen Fürsorge- und Strafmaßnahmen in den letzten Jahren wohl eine leichte Abnahme der Aborte Platz zu greifen scheint. Die statistischen Angaben über kriminelle Aborte zeigen bei den Autoren verschiedener Fachgebiete (Geburtshelfer, Gerichtsmediziner, Juristen usw.) große Verschiedenheiten. Die von der obersten staatlichen Gesundheitsbehörde ver-

öffentlichten Angaben über die den Strafbehörden angezeigten Abortverdachtsfälle ergeben gegenüber 1937 eine deutliche Abnahme. Von in den Jahren 1935—1939 bekanntgewordenen 417708 Aborten wurden 10064 den Behörden als verdächtig angezeigt. Eine Verurteilung erfolgte jedoch nur in 1,27% der verdächtigen Fälle. Als verdachterregend bezeichnet er, daß eine große Zahl der Aborte als durch körperliche Traumen provoziert erklärt wurden. — Die Sichtung von 61 in den letzten Jahren im gerichtsmedizinischen Institut der Universität Parma untersuchten Fällen fraglicher Fruchtabtreibung ergibt im Gegensatz zu den auffallend geringen Verurteilungszahl im Material anderer Autoren das Resultat, daß $\frac{1}{4}$ der als verdächtig gemeldeten Fälle mit Verurteilung endigte. Verf. erklärt diese auffallende Differenz mit dem Umstand, daß im eigenen Material nur Fälle aufscheinen, welche wegen besonders begründeten Verdachtes zu einem Strafverfahren geführt haben, während andere Autoren bei der Berechnung ihrer Verurteilungszahl die Gesamtzahl sämtlicher irgendwie den Amtsärzten als verdächtig gemeldeten Fälle zugrunde legten. In 35% kam es zu einem Freispruch mangels an Beweisen. In einer Tabelle werden sämtliche Fälle unter Gegenüberstellung der Erhebungen des behandelnden Arztes, der Feststellungen des Sachverständigen, verschiedener Angaben über Fruchthalter, Zeit zwischen Abort und sachverständiger Untersuchung, Geständnis und Zeugenaussagen, sachverständiger Schlußfolgerung und Ausgang des Verfahrens in instruktiver Weise aufgeführt. Als wesentliches Mittel zur Bekämpfung des kriminellen Aborts wird die in Italien für die behandelnden Ärzte bestehende Meldepflicht von Aborten angesehen. Die Bekundungen dieser Ärzte seien wesentlich zur Feststellung des Vorliegens eines Abortes, nicht so wesentlich jedoch als Beweismittel eines kriminellen Vorgehens im Einzelfall. Der Nachweis eines solchen ließ sich in der Mehrzahl der Fälle aus anderen Begleitumständen führen. Eine sachverständige Überprüfung der Zeugenaussagen und Geständnisse durch den Gerichtsarzt sei zur Vermeidung falscher Bewertung solcher Beweismittel notwendig. Der Ausgang des Verfahrens habe sich immer eng angelehnt an die Ergebnisse sachverständiger Überprüfung der verschiedenen Beweismittel.

Hausbrandt (Königsberg i. Pr.).

Dierkes, K.: Ein altes und ein neues Abtreibungsmittel. Secale und Kräutertropfen. (*Inst. f. Gerichtl. Med. u. Kriminalist., Marburg a. d. L.*) Beitr. gerichtl. Med. **16**, 8—13 (1942).

1. Erfolgreiche Abtreibung mit Extr. secalis corn. fluid. in 14 Fällen. Durch Meerschweinchenversuche (mit sehr hohen Dosen) wurde die Tauglichkeit des Mittels nachgewiesen. 2. Dreimalige erfolgreiche Abtreibung mit größeren Dosen von Kräutertropfen, die u. a. Fol. Rosmarini, Flor. Cham. rom., Herba Chenop. und Artemisia enthielten. Auch hier wurde im Tierversuch die Tauglichkeit erwiesen. *Elbel.*

Pazourek, J.: Todesursachen bei Totgeburten und Neugeborenen. Č. Gynaekologie **7**, 1—7 (1942) [Tschechisch].

Die vorgeburtliche und Neugeborenensterblichkeit an der 1. Abteilung der Landesgebäranstalt in Prag im Jahre 1940 wird hinsichtlich ihrer Ursachen untersucht. Den Anlaß dazu bot eine neue, pathologisch-anatomisch ausgerichtete Einteilung dieser Todesfälle. Zur Beurteilung der Lebensfähigkeit wird das Geburtsgewicht herangezogen und die Grenze auf 1000 g festgesetzt, da nach größeren amerikanischen Statistiken immerhin 35% der Kinder zwischen 1000 g und 1500 g am Leben bleiben sollen. 3365 Geburten werden untersucht. Bezuglich der Frühgeburtaufzucht beklagt der Verf. die beschränkten Möglichkeiten der Klinik, das Fehlen einer Neugeborenenabteilung usw., die die Sterblichkeit merklich erhöhen müssen. Die Haupttabelle der Arbeit ist mit ihren zahlreichen Kolonnen und Rubriken für ein Referat wenig geeignet. Betont wird die Notwendigkeit, bei der Frage nach der Todesursache immer auf ernstere Erkrankungen der Mutter zu achten und diese dem Pathologen mitzuteilen, da sonst die Sektion in vielen Fällen versagen muß. Auch ist das intrauterine Absterben der Frucht in der Schwangerschaft ganz anders zu beurteilen als unter der Geburt.

Aus den angeführten Zahlen geht hervor, daß ein Großteil der Totgeburten trotz guter Zusammenarbeit des Klinikers mit dem Pathologen ungeklärt blieb. Der Verf. selbst gibt zu, daß seine Einteilung nach vorwiegend pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten wenig befriedigt. Abschließend wird die Frage besprochen, inwiefern der Geburtshelfer selbst bei der Sektion zugegen sein soll; sie wird trotz der bekannten Bedenken hinsichtlich Gefährdung der Asepsis bejaht. Das Zahlenmaterial muß im Original eingesehen werden.

Brachtl (Brünn).

Lukáš, Josef: Todesursachen bei Totgeburten und Neugeborenen. Č. Gynaekologie 7, 7—12 (1942) [Tschechisch].

Eingangs wird erklärt, daß nur der mit dem einzelnen Fall wohlvertraute Kliniker die Todesursache einigermaßen richtig beurteilen kann und dabei den Geburtsverlauf usw. kritisch berücksichtigen muß. 3172 Geburten bei 3088 Frauen, die im Jahre 1940 an der 2. geburtshilflichen Landesabteilung in Prag stattfanden, werden behandelt. Frühgeborenen waren 312, davon 26 totgeboren, 52 später verstorben. Es ging also genau ein Viertel aller Kinder unter 2500 g verloren. 42 tote Kinder hatten weniger als 1500 g. 11 Mißbildungen wurden gezählt, doch sind in dieser Rubrik auch die Fälle mit angeborener Lues und Hydrops foetus universalis enthalten. Intrauterines Absterben durch Erkrankungen der Mütter in der Schwangerschaft kam 7 mal vor. Auf die Bedeutung grippöser Erkrankungen der Gebärenden wird hingewiesen. Pathologische Veränderungen des Eies (vorzeitige Placentalösung, Übertragung usw.) fanden sich 9 mal. Unter der Geburt gingen an Erkrankungen der Mutter 6 Fälle zugrunde, Lageanomalien verschuldeten ebenfalls 6 mal den Tod der Frucht. Anomalien der Nachgeburt wurden 9 mal gesehen, in 7 (!) Fällen davon handelte es sich um eine vorzeitige Lösung der normal inserierten Nachgeburt. Nabelschnuranomalien (Vorfall, Knoten) wurden 9 mal beobachtet. An Geburtstraumen — vorwiegend intrakraniellen Blutungen — gingen 24 Kinder zugrunde. Nach operativen Entbindungen starben 8 Fälle. Die Embryotomie der lebenden Frucht wurde 8 mal (!) durchgeführt, davon 6 mal aus mütterlicher Indikation. Diese Fälle werden kurz einzeln geschildert. Von den 3088 Gebärenden starben 5 in der Klinik. Ein Kind ging wegen fehlerhafter Behandlung an Nabelsepsis zugrunde. An Pneumonie starben 15 Neugeborene, an Gastroenteritis 2 Kinder, die wegen Milchmangel der Mütter künstlich genährt wurden. Den sanitären Mißständen an der Klinik wird die Schuld an der höheren Sterblichkeit und Mortalität zugeschoben. Im übrigen wird darauf hingewiesen, daß zahlreiche Fälle mit bereits schwer asphyktischen Kindern eingeliefert wurden, so daß eine Leistungsbeurteilung unmöglich ist.

Brachtl (Brünn).

Naturwissenschaftliche Kriminalistik. Spuren nachweis. Alters- und Identitätsbestimmungen.

„Blutstraßen“, die sich kreuzen. Über die kriminalistische Deutung von Blut-Rinnenspuren. Arch. Kriminol. 110, 144—149 (1942).

Sehr eingehende Wiedergabe einer Dissertation von Rösch aus dem Institut für gerichtliche Medizin und Kriminalistik der Universität München (Prof. Merkel). Bei der Versuchsanordnung — eine 10 min alte Blutstraße wurde durch eine frische überlaufen gelassen — wurden Primärstraßen und Sekundärstraßen unterschieden. An der Kreuzungsstelle derartiger Spuren ergeben sich ganz charakteristische Bilder. An der Primärstraße zeigt sich ein verstärkter dunkler Randwall mit anschließender Aufhellungszone. An der Sekundärstraße zeigt sich am Eintritt eine Verbreiterung, unter Umständen Unmöglichkeit des Übertritts der Sekundär- in die Primärstraße; in der Mitte Konusbildung, Fahnenzeichnung und seitliche Aufhellung; am Austritt geringe Verbreiterung und gerade noch erkennbare Fahnenzeichnung. — Bei der Kreuzung zweier völlig frischer Blutstraßen konnten keine Anhaltspunkte für die Entscheidung der Frage der Priorität gewonnen werden. Es macht aber keinen Unterschied, ob die Primärstraße 10 min oder sogar 3 Tage alt ist. — Die sehr eingehende wissenschaftliche