

von Hypomenorrhöen. 176 Dermatosen, darunter 18 Herpesfälle, Akne usw. Einmal Optikusatrophy. 230 mal Rheumatismus, Phosphaturie. 127 mal Kopfschmerzen und Migräne. Auch die verschiedensten Formen von Neuralgien, Stoffwechselstörungen, Basedow usw. usw. werden alle darauf zurückgeführt.

Diskussion.

Fleischmann erzählt von einem Fall mit Herpes bei Hypermenorrhöe. Der Zusammenhang sei unklar.

Adler fand dieselben Erscheinungen auch bei normaler Menstruation und hält den Zusammenhang im Sinne *Aschners* für unbewiesen.

Halban glaubt ebenfalls an ein Menstruationsgift. Er ist der Meinung, daß bei der Amenorrhöe keine Ovulation stattfindet, daher kein Corpus luteum, daher auch keine Toxikosen. Nach Uterusexstirpation hören solche Toxikosen auf, das spräche auch dagegen.

Novak schließt sich *Halban* an.

Aschner verteidigt seine Behauptungen, ohne sie beweisen zu können.

2. Porges : Heilung einer Hyperemesis gravidarum durch paravertebrale Injektion.

Bericht über einen 5. Fall. Sechs Dopots dorsal zwischen 6—8. Auch ein Mißerfolg wurde schon gesehen, wahrscheinlich durch nicht ganz geglückte Injektion.

Diskussion.

Novak : Hunger allein löst schon Erbrechen aus. Schwangere mit Azetonurie, wie auch Kinder mit Azetonurie erbrechen. Hört nach viel Kohlehydraten oder Traubenzucker die Azetonurie auf, so hört auch das Erbrechen auf.

Fallitschek bespricht die Innervation des Magens und die physiologischen Details des Brechaktes. Das Erbrechen der Schwangeren ist wahrscheinlich zentral bedingt, daher seine Beeinflussung so schwer. Er verweist auf die eventuell großen Gefahren der paravertebralen Injektion.

3. Schneider : Röntgenologische Diagnose der Eileiterschwangerschaft.

Er sah nur einmal eine Uterusatonie im Röntgenbild. Allerdings waren es in seinem Materiale immer nur bereits gestörte Tubenschwangerschaften. Sehr häufig ist die schwangere Tube für ein kurzes Stück noch sichtbar, während die zweite Tube noch ganz durchgängig ist. Demonstration vieler schöner Röntgenbilder. Für die Diagnose ist das Verfahren nach seiner Meinung sehr bedeutend, jedoch nur bei großer Erfahrung und nie für sich allein verwertbar.

Hofstätter-Wien.

II.

Buchbesprechungen.

H. Ziemann, Hämatologisches Praktikum für Studierende und Ärzte. VIII u. 166 S. Kl.-8°. Mit 34 Abb. im Text und 3 farbigen Tafeln. Berlin 1927, S. Karger. Biegsam in Loinen geb. Mk. 7,20.

Das Buch behandelt zunächst die einzelnen Blutuntersuchungsmethoden. Der Text ist in anschaulicher Weise mit Illustrationen verbunden. Dazwischen findet sich eine Besprechung der Morphologie des

Blutes. Es folgen dann die chemisch-physikalischen Untersuchungsmethoden. Der allgemeine Teil schließt mit einem Überblick über Blutbildung und Pathologie des Blutes. Im speziellen Teil folgt eine Besprechung der einzelnen Bluterkrankungen, und zwar befaßt sich der Autor zunächst mit der pathologischen Anatomie der einzelnen Krankheiten, geht dann auf die klinischen Erscheinungen ein und gibt zusammenfassende therapeutische Hinweise. Ein besonderes Kapitel ist der Differentialdiagnose zwischen Erkrankung der weißen Blutkörperchen und echten Tumoren des hämopoetischen Systems gewidmet. Milzkrankungen werden eingehend besprochen. Ein Kapitel befaßt sich mit den hämorrhagischen Diathesen. Zum Schluß bringt der Autor einen Überblick über die parasitären Bluterkrankungen.

Das Buch ist ein Praktikum und soll als erste Grundlage für Studierende und Praktiker zum Studium der Hämatologie dienen. Es ist leicht verständlich geschrieben und sehr gut zusammengefaßt. Da es keine komplizierten Apparate voraussetzt, ist es somit besonders für den Praktiker geeignet.

Hildegard Biehle (Leipzig).

Gebele, *Die Laparotomie und ihre Nachbehandlung*. Stuttgart 1927, F. Enke. (Neue deutsche Chirurgie 38. Bd.)

Die zusammenfassende Darstellung der Entwicklung der Laparotomie und ihre Nachbehandlung ist eine für den Gynäkologen ebenso willkommene Gabe wie für den Chirurgen. Es ist für uns Frauenärzte eine gewisse Genugtuung, daß dabei der Anteil unserer Arbeit in einer bisher nicht üblichen Weise gewürdigt wird. Verf. hat vollkommen recht darauf, hinzuweisen, daß noch eine ganze Reihe von Fragen der weiteren Prüfung durch die Erfahrung und die experimentelle Kontrolle offen stehen. Ref. anerkennt, daß Verf. das Ergebnis seiner eigenen Erfahrungen einsetzt; er würde es sehr begrüßen, wenn das noch weitergehend bei einer neuen Auflage durchgeführt würde. Jedenfalls kann Ref. das Studium des Büchleins seinen Fachgenossen nur auf das wärmste empfehlen.

A. Martin.

Halban-Seitz, *Biologie und Pathologie des Weibes*. Wien und Berlin. Urban & Schwarzenberg.

H. Hinselmann, *Normales und pathologisches Verhalten der Plazenta und des Fruchtwassers*. (Lief. 18.)

Entstehung und Funktion des Fruchtwassers werden eingehend besprochen. *Hinselmann* scheint der Anschauung *Polanos* zuzuneigen, daß es ein Sekretionsprodukt des Amnion-Epithels darstellt. Oligohydramnie und Hydramnion sind die wichtigsten pathologischen Störungen. Eine einheitliche Ursache des Hydramnion gibt es nicht, es kann durch fötale und mütterliche Erkrankungen hervorgerufen werden. Für die Behandlung empfiehlt *H.* in geeigneten Fällen die Punktion des Uterus vom Abdomen aus.

Die Erkrankungen der Plazenta versucht *H.* in ein ätiologisches System zu bringen, in das freilich noch nicht alle Formen befriedigend sich einreihen lassen. Als Mißbildungen des Zottensystems in Form der Exzeßbildung tritt das Angiom des Chorions auf, das *H.* an der Hand zahlreicher Abbildungen erörtert. Weiter wird der Infarkt der Plazenta oder die Plazentarverödung besprochen. Es sind anämische Zottennekrobiosen. Die Zysten

des Chorions, die intervillösen sowohl wie die subchorialen, sind auf Sekretion fötalen Epithels zurückzuführen.

Die Plazenta marginata und circumvallata, die aus einer Inkongruenz von Plazentarboden und fötaler Chorionplatte entsteht, wird nach Ursprung und Wesen in zahlreichen Abbildungen dargestellt. Ihre klinische Bedeutung schätzt *H.* im Gegensatz zu anderen Autoren gering ein. Besonders instruktiv sind die Abbildungen, die *H.* für die Anatomie und Histologie der Plazenta accreta gibt.

Einen ganz besonders eingehenden und wertvollen Abschnitt hat *H.* der Frage des Verhaltens des Chorions gegen Infektionen des mütterlichen Blutes gewidmet. Fast alle Mikroorganismen können das Chorion durchdringen. Der Reihe nach wird dies für Rekurrens, Typhus, Malaria, Lues, Trypanosomenkrankung, Helminthiasis, Tuberkulose, Lepra, Eiterkeime, Pneumokokken, Grippeerreger, Milzbrand, Rotz, Pocken, Varizellen, Tollwut, Mumps, Flecktyphus, Masern und Scharlach, erörtert. Ich kenne keine Arbeit, die diese praktisch so wichtige Frage in ähnlich erschöpfender und übersichtlicher Weise bearbeitet hätte und die zerstreute, zum Teil sehr schwer zugängliche Literatur so mustergültig berücksichtigen würde.

Es folgt ein kleines Kapitel über die überaus seltenen Metastasen maligner Tumoren in der Plazenta, über Erkrankungen der Plazenta bei Vergiftungen und über Rupturen der Plazenta nach Trauma.

Ein wenig gekanntes Gebiet stellen die Erkrankungen der Plazenta bei Herzfehler, bei Nierenerkrankungen und bei Eklampsie dar, die wieder durch anschauliche Abbildungen vorzüglich erläutert sind.

Seltene aber sicher beobachtete Anomalien stellen die sogenannte Lochplazenta und die Capsularisplazenta dar. Während die erstere keine klinischen Erscheinungen hervorruft, kommen bei der Insertion der Zotten im Bereich der Capsularis, die meist bis zum inneren Muttermund herabgeht, unter der Geburt Blutungen wie bei Plazenta praevia vor.

Das universelle Ödem der Plazenta — die Blasenmole stellt ein partielles Ödem dar —, das in der Regel mit einem Ödem des Fötus, dem Hydrops foetus universalis, sich verbindet, wird von *H.* teils als Kreislaufstörung, teils als postinfektiöser Prozeß gedeutet.

Blutungen aus der Plazenta können in die Zottenbezirke erfolgen und sind dann ohne klinische Bedeutung, oder in die Schleimhaut und dann zu vorzeitiger Lösung der normal inserierten Plazenta führen. Ihre Ursache ist in einer abnormen Zerreißlichkeit der Basalisgefäße zu suchen, wenn diese auch nicht immer histologisch nachgewiesen werden kann.

Die Lektüre des *H.*schen Arbeit ist schwere Kost. Der Genuß der außerordentlich gründlichen und erschöpfenden Abhandlung, deren Ergebnisse größtenteils auf eigenen Untersuchungen des Verfassers beruhen und die sich durch ein ungewöhnlich reiches und neues Abbildungsmaterial auszeichnen, würde noch wesentlich größer sein, wenn nicht, abgesehen von einem etwas schwerflüssigen Stil die ständigen Einbeziehungen der Literatur in den Text und die häufige Verweisung auf andere Arbeiten ihn beeinträchtigen würden.

H. R. Schmidt, Pathologie der Dezidua, der Eihäute und der Nabelschnur.
Lief. 1^c

Die Hyperplasia decidualis ist keine Entzündung, keine Endometritis,

sondern eine hormonal bedingte Veränderung der Schleimhaut. Echte entzündliche Erkrankung der Dezidua ist außerordentlich selten, kommt aber sowohl bei akuten wie chronischen Infektionskrankheiten der Mutter vor. Die wichtigsten Formen, die bei Gonorrhöe, Tuberkulose, septischen und saprischen Infektionen und bei Lues auftreten, werden eingehend an Hand lehrreicher Abbildungen besprochen. Das Vorkommen einer bakterio-toxischen Endometritis lehnt S. ab, nur bei Cholera kann die Hämorrhagie der Dezidua als durch Choleratoxino verursacht angesehen werden.

Von der ektopischen Dezidua oder der dezidualen Reaktion verschiedener Gewebe, vor allem am Peritoneum, Ovarium, Beckenlymphdrüsen, Netz und Zervix ist die letztere auch klinisch von großer Bedeutung, da sie zu stärkeren Blutungen gegen Ende der Schwangerschaft Veranlassung geben kann.

Eine sorgfältige Besprechung sowohl nach der ätiologischen wie nach der klinischen Seite erfährt die Hydrorrhoea annialis und decidualis. Die Ursache der annialen Hydrorrhöe, die nach Ruptur der Eihäute auftritt und häufig zu einer Graviditas extrachorialis führt, ist in der Regel eine traumatische. Blutungen aus dem Uterus können auftreten, aber auch fehlen. Die Behandlung soll nicht allzulange konservativ sein, zumal die Prognose für das Kind (88 % Mortalität, Ankylosen, Deformitäten, Frühgeburten) sehr schlecht ist. Ob es eine echte deziduale Hydrorrhöe gibt, wird von S. stark bezweifelt. Die bisher als deziduale Hydrorrhöe beschriebenen Fälle genügen nach ihm nicht zur Aufstellung des Krankheitsbildes.

Von den Anomalien des Amnions werden die Wucherung des Amnion-epithels, die Entzündungen der Eihäute und die Eihauterkrankungen, die zu vor- und spätzeitigem Blasensprung führen, genau besprochen.

Eine eigene Stellung in der Pathologie der Eihäute nimmt die Breußsche Hämatom mole ein. Das Charakteristische an ihr besteht in dem Mißverhältnis zwischen dem großen, durch Hämatome verunstalteten Ei und dem kleinen Embryo, der sich in ihm findet. Schöne Abbildungen erläutern diesen Abschnitt.

Den letzten Teil der Abhandlung bildet die Besprechung der Pathologie der Nabelschnur. Die bekannten Anomalien der Nabelschnurgefäße, der Länge der Nabelschnur, die Torsionen, Knoten, Umschlingungen, Zerreißungen, die Insertio velamentosa, die Entzündungen und Geschwülste sind an Hand der Literatur erschöpfend und klar beschrieben, und das große kasuistische Material ist übersichtlich bearbeitet. *Baisch.*

Carl Sternberg, Geschwülste des Eierstockes. (Lief. 21.)

Ein Vertreter der pathologischen Anatomie hat es in dankenswerter Weise übernommen, dieses schwierige Gebiet zusammenhängend zu bearbeiten. Um so mehr muß das Ergebnis uns Frauenärzte fesseln. Es ist sicherlich für die diese vielfach von Frauenärzten gepflogten Zweig notwendig, daß von Zeit zu Zeit ein Fachmann mit kritischer Fackel hineinleuchtet.

Allgemeine Fragen der Geschwulstlehre werden nicht berührt. Die Einleitung bringt nur kurze Bemerkungen über allgemeine Eigenschaften der Eierstockgeschwülste. In der Einteilung beschränkt sich *Sternberg* auf

ein Nebeneinanderstellen der einzelnen Formen. Es werden 1. histoide Geschwülste, und zwar nach der heute viel gebrauchten Bezeichnungsweise ausgereifte und unausgereifte beschrieben, 2. Endotheliome, 3. Zysten und epitheliale Geschwülste, 4. Teratome, Dermoide. Die Einteilung rückt also von *Pfannenstiel* wieder ab, ist einfach morphologisch, ähnlich wie bei *Frankl* und *Franqué*.

Von Einzelheiten ist zu erwähnen, daß Fibrome und Fibromyome (selbst Myome) anerkannt werden.

Das Angiom gilt als sehr selten, vielleicht überhaupt fraglich. Chondrom, Osteom, Myxom, Lipom ist nicht bekannt. Sarkome sind selten, vorwiegend als Rundzellsarkome (wobei aber das Schrifttum als unzuverlässig meist abgelehnt wird), während Spindelzellsarkome überhaupt fraglich erscheinen. Myxosarkome und perivaskuläre Sarkome werden gelegentlich beobachtet. Melanosarkome entweder als Teratome oder als Metastasen gedeutet.

Hervorzuheben ist, daß das Vorkommen von Endotheliomen nicht gerade in Abrede gestellt wird. Als Peritheliome können die von Nebennierenkeimen abgeleiteten Geschwülste gelten.

Unter den Zysten wird zunächst die kleinzystische Degeneration besprochen und der Name abgelehnt; ferner Follikel- und Corpus luteum-Zysten, welchen autonomes, blastomatöses Wachstum abgeht, sowie die fraglichen Markzysten. Anhangsweise wird auch das Gebiet der Teerzysten erörtert. Tubo-ovarial-Zysten finden nur kurze Erwähnung.

Unter den ausgereiften epithelialen Geschwülsten erscheint zunächst das Oberflächenpapillom als selbständige Bildung. Das solide Adenom wird nur an Hand des Schrifttums als höchst seltene Form beschrieben. Den größten Raum nehmen die Adenokystome ein.

Sternberg behält die alten Bezeichnungen des Kystadenoma glandulare pseudomucinosum und des K. papilliferum bei, schließt sich also *R. Meyer* nicht an.

Eine dritte Gruppe bilden die traubenförmigen Kystome. Die Histogenese wird ausführlich erörtert, alle Fragen offen gelassen.

Als Follikulom, Oophorom werden die bekannten eigenartigen Geschwülste weiter gebucht, doch will *Sternberg* den Namen nur für ganz wenige Fälle als zutreffend gelten lassen, und zieht selbst hier die Bezeichnung „Granulosazellgeschwulst“ vor. In der Mehrzahl der beschriebenen Fälle handelt es sich um zylindromartige Bildungen in Karzinomen.

Als unausgereifte epitheliale Geschwülste werden die primären Karzino- Sarkome solid oder zystisch, oft papillär, zusammen aufgeführt. Karzino- Sarkome sind sehr selten. Die sog. *Krukenberg*-Geschwülste sind meist Metastasen, scheinen aber gelegentlich auch primär vorzukommen.

Zwischendurch nimmt *Sternberg* bei aller Knappheit der Fassung da und dort Gelegenheit, Einzelbefunde hervorzuheben, besondere Deutungen zu erörtern.

Als letzter Abschnitt werden Dermoide und Teratome besprochen. Auch hier hält *Sternberg* an den alten Namen fest, aus praktischen Gründen. Er nennt die Dermoidzysten, die mit allen Abweichungen eingehend geschildert werden, einschließlich der bösartigen Neubildungen, die hier entstehen können, und das gewöhnlich bösartige solide Teratom, sowie endlich die „einseitig“ entwickelten Teratome, das Cholesteatom, die

Struma ovarii und das Chorioepitheliom. Den Abschluß bildet die Besprechung der Histogenese der Teratome.

Sehr angenehm ist die Gepflogenheit, bei jedem Abschnitt in De-
peschenstil gehaltene Zusammenfassung zu geben, die mehr ist als ein
Inhaltsverzeichnis.

Die Ausstattung mit Abbildungen ist sehr gut. Die makroskopischen
Bilder sind vorzüglich, die mikroskopischen wohl unterschiedlich, wie ge-
wöhnlich bei Mikrophotogrammen.

Im Ganzen ein Werk, das durch seine besonnene, maßvolle und sach-
verständige, auf hoher Warte stehende Kritik für uns Frauenärzte von ganz
besonderem Wert ist.

F. Kermauner-Wien.

III.

Literaturverzeichnis.

Geburtshilfe.

- Adler*: Über die Einleitung der Geburt am Schwangerschaftsende mit
Oleum Ricini und Injektionen von Hypophysenextrakt. Ztrbl. f. Gyn.
Nr. 17.
- d'Amato und Gmelin*: Schwangerschaft und Wochenbett in ihrer Einwirkung
auf die Gallenwege. (Untersuchungen mittels Duodenalsondierung
und Cholezystographie). Ztrbl. f. Gyn. Nr. 17.
- Bentlin*: Operations- und Entbindungssaal, Organisation und Betrieb.
Grundsätzliches und Spezielles über Einrichtung, Betriebsmittel,
Instrumente und Geräte. D. M. W. Nr. 14. 4. Vorbereitung zur Opera-
tion und Entbindung. D. M. W. Nr. 16.
- Bokelmann*: Zur Kritik der Insulintherapie bei der Gestationstoxikose.
Ztrbl. f. Gyn. Nr. 17.
- Bokelmann und Bock*: Gestationstoxikose und Azetonkörper. Ztschr.
f. Geb. Bd. 91. H. 1.
- Bund*: Ergebnisse der Ninhydrinflockungsprobe nach *Vogel*. Ztrbl. f. Gyn.
Nr. 14.
- Calman*: Mastdarmdruck als Zeichen der gelösten Plazenta und seine
Bedeutung für die Leitung der Nachgeburtsperiode. D. M. W. Nr. 15.
- Dyloff*: Gibt es regelmäßige intrauterine Atembewegungen? Ztrbl. f. Gyn.
Nr. 16.
- Fomenke*: Zur Kasuistik der Konzeption bei unverletztem Hymen. Ztrbl.
f. Gyn. Nr. 15.
- Galant, J. S.*: Kutane Streifen am Oberarm einer schwangeren Frau.
Ztrbl. f. Gyn. Nr. 16.
- Goetz*: Über einen beachtenswerten Fall von Zwillingsentbindung mit
Uterus-Bauchdeckenfistel nach *Sellheim*. Ztrbl. f. Gyn. Nr. 14.
- Greiffenberg*: Kurze Nabelschnur als Geburtshindernis. Ztrbl. f. Gyn.
Nr. 17.
- Gromatzki*: Zur Frage von blasenmolenähnlichen Bildungen nach bestandener
Fehlgeburt ohne Blasenmole. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 91. Heft 1.