

beim ertrinkenden Menschen das Wasser in die oberen Luftwege eindringt bzw. wann sich der Glottiskrampf löst, ist nicht sicher geklärt. Sehr steht auf dem Standpunkt, daß das Eindringen des Wassers erst postmortal erfolgt. Bei den vom Autor beobachteten Fällen ließ sich eine Aspiration von Wasser ausschließen. Die beobachteten röntgenologischen Verschattungen traten in den ersten 24 Stunden auf und bildeten sich im Verlaufe von 3—5 Tagen zurück. Gleichzeitig schwanden auch die klinisch nachgewiesenen bedrohlichen Erscheinungen. Die Senkungsreaktion war normal, der Verlauf entsprach also nicht dem Bilde der Bronchopneumonie, sondern die röntgenologisch erhobenen Befunde von verschieden großen, unscharf begrenzten Herden vorwiegend in den unteren bzw. mittleren Partien beider, besonders der rechten Lunge, sind auf Ödem zurückzuführen. Diese mehr oder weniger herdförmigen Verdichtungen in der Lunge, die sehr flüchtig sind, werden begleitet durch allgemeine kardiale Symptome, wie Atemnot mit geringen Hämoptothen, ferner gedämpfte Lungenpartien, Rasselgeräusche und Knisterrasseln. Zur Klärung der Pathogenese des Lungenbildes beim Ertrinkenden sind die Befunde von Wintrich wichtig, der nachweisen konnte, daß bei Kohlensäurevergiftungen passagere Myokardschädigungen auftreten. Die meist bestehende Hautblässe kommt durch Versackung des Blutes in das Splanchnicusgebiet zustande. Dieses Abfließen des Blutes in den Bauchraum wird bedingt durch Kontraktion der Hautgefäße, hervorgerufen durch den Kältereiz, durch plötzliche Angst und die durch das Verschlucken des Wassers bedingte Verdauungshyperämie. Diese Blutüberfüllung des Splanchnicusgebietes verursacht eine Entleerung des linken Ventrikels und des arteriellen Systems, Erscheinungen, die ebenso wie die Kohlensäurevergiftung zur Bewußtlosigkeit führen. In allen Fällen, bei denen Herzbeschwerden bestanden, sind Lungensymptome aufgetreten, und bei allen Fällen ließ sich auch röntgenologisch ein positiver Lungenbefund erheben. Röntgenologisch fanden sich zahlreiche fein- bis grobkörnige, ja sogar massive Fleckenschatten, sie sind von bronchopneumonischen Infiltrationen nicht zu unterscheiden. Charakteristisch ist die rasche Rückbildung der pathologischen Befunde. Es handelte sich im beobachteten Material um Fälle von akutem passagerem Lungenödem, dessen Ursache die passageren Myokardschädigungen sind.

*A. Beutel (Frankfurt a. M.).* °°

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

**Dyroff, R.:** Beiträge zur Frage der physiologischen Sterilität. (*Univ.-Frauenklin., Erlangen.*) *Zbl. Gynäk.* 1939, 1717—1721.

Aus einer Zusammenfassung von 998 Frauen mit regelmäßigem 28 Tage-Cyclus und tagegenauem Kohabitationstermin berechnet Verf., daß Konzeptionen an allen Tagen des Cyclus mit Ausnahme des letzten Tages möglich sind. 70,5% der fruchtbaren Kohabitationen fielen auf den 4. bis 15. Tag des Cyclus, auf die ersten 3 Tage entfielen noch 6,8%, auf die letzte Woche nur 5%. Es gibt also keine absolut sterile Periode während des Cyclus, sondern nur ein Fruchtbarkeitsoptimum. Die als Beweis für die Theorie von Kraus und Oginò angeführten Versuche an Makaken von Hartmann lehnt Verf. ab, weil viel zu wenig Deckversuche in der angeblich unfruchtbaren Zeit vorgenommen worden sind und weil auch nur 16% der Deckakte in der günstigen Zeit zu einer Befruchtung führten. Die Lehre von der physiologischen Sterilität muß daher ersetzt werden durch eine solche von der cyclischen Fruchtbarkeitsschwankung.

*Frommolt (Halle a. d. S.).* °

**Lachenicht, Philipp:** Bestimmung des Ovulationstermins nach Samuels. (*Untersuchungen mit dem Hautatmungsprüfer nach Zeiss.*) (*Univ.-Frauenklin., Leipzig.*) *Münch. med. Wschr.* 1939 II, 1804—1807.

Samuels hatte versucht, durch spektralphotometrische Bestimmungen an einer Hautfalte Zusammenhänge zwischen der Gewebeatmung und den geschlechtsspezifischen weiblichen Hormonen aufzudecken. Auf Grund seiner Untersuchungen kam er unter anderem zu der für die derzeitigen Vorstellungen unbegreiflichen Ansicht, daß

innerhalb eines Cyclus 2—3 Ovulationen stattfinden. Da die von Samuels angewandte Methode wegen der schwankenden Werte vielfach abgelehnt wurde, prüfte Verf. mit einer verlässlicheren Methode (dem Hautatmungsprüfer der Firma Zeiss), ob die Gewebeatmung an die cyclisch-hormonalen Vorgänge gekoppelt ist oder nicht. Durch tägliche Bestimmungen der Reduktionsgeschwindigkeit bei gesunden Frauen und solchen mit gestörter Ovarialfunktion, nach Verabreichung von Follikelhormon und unter bestimmten Einflüssen (Hyperventilation, Arbeit) konnte der Verf. zeigen, daß die Größe des Gasstoffwechsels nur dann als Funktion des weiblichen Cyclus betrachtet werden kann, wenn man sich darüber im klaren ist, daß auch viele andere Faktoren Veränderungen des Gasstoffwechsels und damit der Reduktionsgeschwindigkeit des  $O_2$ Hb hervorrufen können. Es erscheint nicht möglich, aus solchen Veränderungen Schlüsse auf den Ovulationstermin zu ziehen. Die Methode Samuels und ihre Propagierung durch Schriften, die für Laienkreise bestimmt sind, werden im Interesse der Gesundheitsführung des Volkes abgelehnt.

*Tscherne (Graz).*

**Ebergényi, Sándor:** *Der Wert der Takata-Reaktion beim Nachweis der Ovulation.* Orv. Hetil. 1939, 948—950 [Ungarisch].

Takata und Dohmoto stellten fest, daß die zur Leberfunktionsprüfung gebrauchte Flockungsreaktion bei menstruierenden Frauen zweiphasige Kurven zeigte, die erste Senkung entsprach der Menstruation, die zweite erfolgte am 6. bis 10. Tag nach der Menstruation; deshalb brachten sie diese Senkung mit der Ovulation in Zusammenhang. Verf. untersuchte 150 Frauen, darunter 14 an jedem Tag des ganzen Cyclus. In letzteren Fällen konnte die Menstruations- und Ovulationssenkung sicher festgestellt werden, letztere fiel im Durchschnitt auf den 16. bis 18. Tag des Cyclus. Schwangere und klimakterische Frauen zeigten keine doppelte Senkung; dies bekräftigt die Annahme des Zusammenhangs dieser Senkungen mit der Ovulation. *Felix Gál.*

**Kleitsman, Rein:** *Über die Bewertung der biologischen Schwangerschaftsbestimmungsmethoden.* (Univ.-Frauenklin., Tartu.) Eesti Arst 18, 126—131 (1939) [Estnisch].

Die verschiedenen biologischen Schwangerschaftsmethoden und ihre Fehldiagnosen besprechend, beschreibt Verf. 2 Fälle von Graviditas ectopica, wo die Aschheim-Zondeksche Schwangerschaftsreaktion negativ — und 1 Fall von Adnexitis, wo die Modifikation nach Friedmann positiv ausfiel. Im Anschluß daran berichtet Verf. über eine Reihe von nachgeprüften Schwangerschaftsbestimmungsversuchen mit infantilen Mäusemännchen nach Brouha-Hinglais-Simonnet, wo von 55 Versuchen in 2 Fällen bei nichtschwangeren Frauen eine deutlich positive Reaktion auftrat. In genannten Fällen wurde die Reaktion am 4. resp. 6. Tage vor der Menstruation vorgenommen. Verf. rät zu einer gewissen Vorsicht bei Bewertung der Resultate von biologischen Schwangerschaftsreaktionen, die nur zusammen mit übereinstimmenden klinischen Untersuchungsmethoden benutzt werden sollten.

*Autoreferat.*

**Mayberg, R., et B. Laychter:** *La valeur pratique de la réaction de Berkovitch.* (Der praktische Wert der Berkovitzschen Reaktion.) Akuš. i Ginek. Nr 8, 10—12 (1939) [Russisch].

Berkovitz hat bei schwangeren Frauen ihr eigenes Serum in den Conjunctival-sack eingeträufelt, und unmittelbar darauf wurden Pupillenreaktionen beobachtet, die er auf einige adrenalinähnliche Substanzen im Serum zurückführt und die sowohl Verengerung als Erweiterung bewirken konnten. Bei Kontrolluntersuchungen fanden Verff. bei 101 Frauen nur in 43% ein Zusammentreffen der Reaktion mit den klinischen Daten. Außerdem ist sie äußerst flüchtig, da sie höchstens 1—2 min anhält. Daher kann ihr keine praktische Bedeutung beigemessen werden. *Bassia Baumgart-Spinelli.* <sup>°°</sup>

**Williams, Walter W.:** *The relation of sperm motility to fertilizing ability.* (Die Beziehung der Beweglichkeit der Samenfäden zu ihrer Befruchtungsfähigkeit.) Urologic. Rev. 43, 587—592 (1939).

Neben der genügenden Beweglichkeit der Spermien im mikroskopischen Präparat

wird gefordert, daß auch deren Struktur normal sei. Diese Forderung wird auf Grund von Beobachtungen erhoben, die ergaben, daß auch bei Nekrospermie, unter Voraussetzungen günstiger Temperatur, eine durchaus lebhafte Beweglichkeit bestehen kann. Andererseits können unbewegliche Spermien durchaus befruchtungsfähig sein, ihre Beweglichkeit kehrt bei Wiederherstellung geeigneter Temperaturen zurück.

Reinhardt (Weißenfels).

**Belonoschkin, Boris: Biologie und Klinik der Spermatozoen. Experimentelle Untersuchungen am menschlichen Sperma außerhalb des Körpers und im weiblichen Organismus.** (Frauenklin., Staatl. Akad. f. Prakt. Med., Danzig.) Arch. Gynäk. 169, 151—183 (1939).

Verf. berichtet über ausgedehnte Versuche über die Biologie der Spermatozoen unter genauer Berücksichtigung der Literatur. Nach seinen Untersuchungen ergibt die anatomische Betrachtung des Spermias nicht immer die wahre Ursache der Sterilität, weshalb er in seinen Untersuchungen das Verhalten des Spermias außerhalb des männlichen und innerhalb des weiblichen Körpers studierte. Was die Bewegungsfähigkeit der Spermatozoen betrifft, so blieb sie bei 37° 18 Stunden und bei 20° 72 Stunden erhalten, wobei der Zusatz von Sexualhormon keinen Einfluß ausübte. Wichtig war, daß im Kondom aufgefangenes Sperma weniger lang lebensfähig blieb, eine Beobachtung, die für die künstliche Befruchtung von Bedeutung ist. Die Lebensdauer der Spermatozoen betrug in der Vagina bei künstlicher Injektion 2,5 Stunden und nach Kohabitation 45 min. Nach Ansicht des Verf. spielen die Vagina für die Konzeption und das hintere Scheidengewölbe als Receptaculum seminis keine Rolle. Diese Aufgabe fällt dem Cervicalkanal zu, denn in der Cervix beobachtete er noch nach 41 bis maximal 48 Stunden bewegliche Spermatozoen. Er konstatierte, daß bei Vorhandensein von Orgasmus die Aufnahme der Spermatozoen in den Cervicalkanal innerhalb weniger Minuten erfolgte, wohl infolge aktiver Ansaugung durch den Uterus. Schon nach 3 min sah er im inneren Muttermund lebende Spermatozoen. Bei Fehlen von Orgasmus dauerte es 1 Stunde, bis die Spermatozoen die Uterushöhle erreichten (Eigenwanderung). Aus diesen Gründen ist der Autor der Meinung, daß der Orgasmus für die Konzeption von größter Bedeutung ist, so daß Dyspareunie als Sterilitätsursache in Betracht zu ziehen ist. Dagegen lehnt er die Retroflexio uteri als Grund für Unfruchtbarkeit ab. Über die Lebensdauer der Spermatozoen berichtet Verf., daß die bei künstlicher Injektion des Spermias in den Uterus weniger als 22 Stunden betrug, nach Kohabitation rund 24 Stunden. In der menschlichen Tube konstatierte er in 5 Fällen 2,5 Tage nach der letzten Kohabitation keine Spermien mehr. — Verf. berichtet noch über die mikrochemische Reaktion von Puranen (vgl. diese Z. 26, 366 [Orig.]), die sich ihm als äußerst empfindliches Reagens für die Diagnostizierung des Spermias erwiesen hat. Die Reaktion beruht auf einer chemischen Umsetzung der nur im Prostatasekret enthaltenen Sperminbase mit der Flavinsäure. Die Reaktion ist so empfindlich, daß 1 γ Spermastoff nachgewiesen werden kann. Da die Reaktion für das Prostatasekret spezifisch ist, fällt sie bei Nekro- und Aspermie ebenfalls positiv aus.

Neuweiler (Bern).<sup>oo</sup>

**Lönne, Friedrich: Ein einfaches neues Frühchwangerschaftszeichen (Katheterzeichen).** (Geburtsh.-Gynäkol. Klin., Theresienhosp., Düsseldorf.) Zbl. Gynäk. 1939, 2275—2277.

Führt man bei einer Schwangeren einen Katheter in die Blase, so stößt man auf einen deutlichen Widerstand, der durch den der Blase genäherten verdickten und vergrößerten Uterus gebildet wird. Der Weg von der äußeren Harnröhrenöffnung bis zu diesem Widerstand ist im Vergleich zum nichtschwangeren Zustand auffallend verkürzt. Dieses Katheterzeichen ist das schonendste der wahrscheinlichen Schwangerschaftszeichen und in den Fällen von besonderem Wert, wo man mit einer gewissen Wehenbereitschaft z. B. bei habituellem Abort oder Abortus imminens oder ähnlichen Fällen rechnen muß.

Seynsche (Essen).<sup>oo</sup>

**Willer, H.: Zur Diagnostik der Extrauteringravität am Curettement.** (Path. Inst., Stettin.) Zbl. Path. 73, 401—405 (1939).

Mitteilung der Erfahrungen über ein hierher gehöriges Gesamtbeobachtungsgut von 161 Curettements in einheitlicher Untersuchung. Die Mitteilung beschränkt sich nur auf die Fehlbeurteilungen, und zwar wurde bei der Auswahl der Versager ein besonders strenger Maßstab angelegt. Bloße Verdachtsmöglichkeiten wurden, sobald sie sich nicht bestätigten, den Fehlbeurteilungen zugerechnet. Im ganzen lagen 22 Versager, d. h. 13,66% vor. Sie wurden eingeteilt in Ja-Versager und Nein-Versager. Ein Ja-Versager lag vor, wenn eine Extrauteringravität aus der Histologie des Curettements bejaht wurde, sich später aber keine Extrauteringravität ergab. Bei den Nein-Versagern wurde Extrauteringravität auf Grund des Curettements abgelehnt, während sich später dennoch eine Extrauteringravität ergeben hatte. So befanden sich unter den 22 Fehlbeurteilungen 12 Ja-Versager und 10 Nein-Versager. Die Zusammenstellung der Erfahrungen aus der Gruppe der Nein-Versager hat ergeben, daß es ein einwandfreies feingewebliches Beweismittel für den Ausschluß einer Extrauteringravität am Curettement nicht gibt. Befunde, die nach den bisherigen Erfahrungen mit mehr oder minder großer Wahrscheinlichkeit gegen Extrauteringravität zu sprechen schienen, konnten bei tatsächlich vorhandener Extrauteringravität erhoben werden, und zwar gilt das für Veränderungen des Stromas ebenso wie für die des drüsigen Anteils der Schleimhaut. Ebenso haben andererseits die Beobachtungen aus der Gruppe der Ja-Versager erneut gezeigt, daß andere Zustände in der Uterusschleimhaut eine Extrauteringravität oder wenigstens den Verdacht einer solchen vortäuschen können. Es gibt also überhaupt kein einwandfreies feingewebliches Beweismittel für die Diagnose einer Extrauteringravität aus dem Curettement der Korpusschleimhaut. Faßt man die geweblichen Veränderungen tabellarisch zusammen, so kann man sagen: Decidua compacta kann bei intrauteriner Gravidität oder Abort vorhanden sein, bei extrauteriner Gravidität vorhanden oder nicht vorhanden sein, regressive Veränderungen der Decidua sind bei beiden möglich, stärkere Entzündung bei intrauterinem Abort fast regelmäßig vorhanden, bei extrauteriner Gravidität möglich, fibrinoide Nekrosen bei intrauteriner Gravidität vorhanden, bei extrauteriner möglich, Gefäßwandveränderungen bei intrauteriner Gravidität vorhanden, bei extrauteriner möglich, das Epithel der Compacta (Oberfläche und Drüsen) bei intrauterinem Abort flach, bei extrauteriner Schwangerschaft hoch oder flach. Sog. Schwangerschaftsdrüsen sind bei intrauteriner Schwangerschaft vorhanden, bei extrauteriner meist auch vorhanden. Zu bedenken ist immer, daß es einerseits andere Umstände, z. B. hormonaler Art, gibt, welche die verdächtigen Befunde hervorrufen und somit Extrauteringravität vortäuschen können, und daß andererseits bei Extrauteringravität jede Reaktion an der Korpusschleimhaut fehlen kann. Es gibt also keine sichere histologische Unterscheidungsmöglichkeit.

*Froboese (Berlin-Spandau).*

**Radtke, Erhard: Schwangerschaft und Geburt im jugendlichen Alter.** (Frauenklin., Staatl. Akad. f. Prakt. Med., Danzig-Langjuhr.) Königsberg i. Pr.: Diss. 1937 (1939). 35S.

Es werden die Erfahrungen über Schwangerschaft und Geburt im jugendlichen Alter an der Danziger Frauenklinik verwertet. Das Beobachtungsgut beträgt 602 Erstgebärende im Alter zwischen dem 13. und dem vollendeten 17. Lebensjahr. Das Ergebnis dieser Untersuchungen gegenüber einem Alter der Erstgebärenden vom 21. bis 23. Lebensjahre zeigt, daß die Geburt im jugendlichen Alter vom geburtshilflichen Standpunkt aus nicht als ungünstig angesehen werden kann. Lediglich die Neugeborenen pflegen etwas kleiner zu sein, die kindliche Mortalität beträgt 6,8%, dagegen sind geburtshilfliche Komplikationen in der Regel geringer als bei der Vergleichsgruppe. Die Eklampsiehäufigkeit liegt jedoch fast um das Doppelte höher.

*Reinhardt.*

**Siebert, F.: Abort und Unfall.** (Univ.-Frauenklin., Freiburg i. Br.) Med. Klin. 1940 I, 325—327.

Im älteren Schrifttum, auf das kurz bezug genommen wird, findet sich der Stand-

punkt vertreten, daß Aborte als Folgen eines Unfalles äußerst selten sind und der Zusammenhang sich so gut wie niemals direkt nachweisen läßt. In seiner Stellungnahme zu diesem Problem betont Verf. zunächst, daß der Begriff „Unfall“ als abortauslösende Ursache nicht zu eng gefaßt werden darf. Alle Einwirkungen äußerer Art sind dazu zu rechnen, die als schädlich und nachteilig für die schwangere Frau gelten. Neben Schädigungen des täglichen Lebens scheinen vor allem bei der in Fabrikbetrieben tätigen Frau gesteigerte Unfallmöglichkeiten vorzuliegen, gekennzeichnet durch größere Aborthäufigkeit. Besonders in der landwirtschaftlichen Arbeit sind Verletzungsgefahren durch das Vieh (Hufschläge, Hornstöße u. ä.) gegeben. Ähnlich steht es auch in maschinellen Betrieben. Des weiteren wird auf die Abortauslösung durch Sport und Verkehrsunfälle (Auto, Motorrad oder Eisenbahn) hingewiesen. Jedoch liegen eine große Zahl von Beobachtungen vor, wonach bei solchen Unfällen keine Gefährdung der Schwangerschaft eingetreten ist. Ebenso skeptisch muß man auch die Rolle des „psychischen Traumas“ ansehen. Neben vielen Beispielen für einen entsprechenden Zusammenhang bestehen ebenso viele Gegenbeweise. Stets wird die nervöse und psychische Konstitution der einzelnen Schwangeren entscheidend sein. Wesentlich für die Bejahung eines Zusammenhangs zwischen Unfall und Abort ist aber neben zeitlicher Übereinstimmung der Nachweis einer besonderen Abortdisposition. Neigung zu habituellem Abort, gehäufte Aborte zwischen ausgetragenen Schwangerschaften, schwere Geburten mit Placenta praevia oder schweren operativen Eingriffen und fieberrhaftem Wochenbett können eine Abortdisposition hinterlassen. Verantwortlich dafür sind weiterhin konstitutionelle Besonderheiten an den Genitalorganen, wie Uterushypoplasie, die meist auf eine Funktionsschwäche des Ovariums zu beziehen ist. Weitere Dispositionen sind gegeben durch Uterus bicornis, Retroflexio uteri, Cervikalveränderungen durch vorausgegangene Geburten, schwere Blutverluste, Infektionskrankheiten, toxische Schädigungen im Sinne chronischer Vergiftungen (durch Arsen, Blei, Phosphor, Quecksilber, Nicotin) und schließlich auch Röntgenstrahlen. Da solche Dispositionen auch zu Spontanabortionen führen können, wird die mitwirkende Rolle eines Unfalles oft schwer zu klären sein. Es muß weiter berücksichtigt werden, daß an sich schon eine Gravidität in den ersten 4 Schwangerschaftsmonaten häufiger zum Abort disponiert, während in der 2. Schwangerschaftshälfte die Widerstandsfähigkeit des graviden Uterus gegenüber äußeren Einwirkungen größer ist. Abschließend betont Verf., daß dem Unfall als abortauslösendem Faktor keine dominierende Stellung eingeräumt werden kann.

Schrader (Halle a. d. S.).

**Hosemann, H., und G. Athanassiu: Kann eine C-Hypovitaminose die Ursache habituellen Abortierens sein? (Univ.-Frauenklin., Göttingen.) Zbl. Gynäk. 1939, 1784—1792 u. 1838—1844.**

Die Verff. besprechen eingangs die Problemstellung und äußern sich eingehend über den Begriff der Redoxsysteme. Genauere Kenntnisse besitzen wir heute dabei über die Ascorbinsäure, das Cystein und das Glutathion. Deshalb beweist eine Störung des Redoxgleichgewichtes noch lange nicht einen Mangel an Vitamin C. Verff. führen aus, daß die Vitamine benötigt werden, um die Hormone aus einer unwirksamen in die wirksame Form zu verwandeln. Vitamin C wirkt also auf dem Umwege über das Corpus luteum auf die Funktionen des Genitalapparates. Die Bestimmungen wurden im Blut und in der Placenta ausgeführt (gleiche Untersuchungstechnik wie Caffier und Ammon). Die Ergebnisse bestätigen die Speicherfähigkeit der Placenten für Vitamin C. Der Gehalt der Placenta scheint eher im Laufe der Gravidität zuzunehmen und steigt ungefähr von 2,9 mg% auf 4,77 g% an. Verff. betonen, daß weniger die absoluten Werte an sich als vielmehr deren Vergleich wichtig seien. Bei gleichbleibender Ernährung sinkt der Vitamin C-Spiegel im Blute mit fortschreitender Schwangerschaft eher ab. Bei einigen Fällen mit Spontanabort wurden im Blut und in den Placenten auffallend niedrige Werte von Ascorbinsäure gefunden. Verff. bejahren deshalb die Mög-

lichkeit, daß es beim Menschen durch Vitamin C-Mangel zum Spontanabortal kommen kann.  
Koller (Zürich).<sup>oo</sup>

**Mueller, B.: Gerichtsärztliche Beurteilung von Abtreibungsfällen.** (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Heidelberg.*) Öff. Gesdh.dienst. 5, A 161—A 174 (1939).

Nach Betrachtung der einschlägigen §§ 218—220 StGB. bespricht Verf. summarisch die Abtreibung durch innerlich einzunehmende Mittel, wobei er ausführlicher auf Ovarialpräparate und Chinin eingeht. Alsdann werden die Leichenbefunde und ihre Auswertung abgehandelt. Im einzelnen werden folgende Gefahren eines abtreiberischen intrauterinen Eingriffs besprochen: 1. Starke Blutung; 2. Luftembolie; 3. Shocktod; 4. Verletzungen; 5. Schädigungen durch die in den Uterus injizierten Mittel; 6. eine septische Erkrankung. Wichtig ist es, bei der Sektion auf die Zeichen einer vorangegangenen Schwangerschaft zu achten. Schließlich wird noch die Abfassung des Gutachtens abgehandelt. Insbesondere sind hier die Fälle von Wichtigkeit, bei denen nach dem Leichenbefund eine Sepsis post abortum vorliegt, aber entsprechende Verletzungen nicht aufzufinden sind. Es empfiehlt sich hierbei, im vorläufigen Gutachten nicht nur die Tatsachen, sondern auch die Verdachtsmomente zu erörtern. Auch muß aus dem vorläufigen Gutachten zu entnehmen sein, worauf der Obduzent seine Diagnose stützt und in welcher Richtung empfohlene weitere Untersuchungen sich zu erstrecken haben. Die Amtsärzte, für die dieser Aufsatz geschrieben ist, werden den Ausführungen des Verf. Anregungen und Belehrungen entnehmen können. Matzdorff (Berlin).

**Neuweiler, W.: Über den Ausgang unerwünschter Schwangerschaften.** (*Univ.-Frauenklin., Bern.*) Mschr. Geburtsh. 109, 137—148 (1939).

In dieser Arbeit berichtet der Verf. über Nachforschungen über den Ausgang unerwünschter Schwangerschaften. Es wurden 264 Frauen, die die Poliklinik mit dem ausdrücklichen Wunsche abortiert zu werden aufsuchten, nachkontrolliert. Bei 19,5% dieser Fälle konnte eine medizinische Indikation festgestellt werden. Von den übrigen Frauen wurde nachgewiesen, daß beinahe die Hälfte ihre Schwangerschaft nicht austrugen. Die Zusammenstellung der Resultate nach verschiedenen Gesichtspunkten, wie Zivilstand, Wohnort, Geburtenzahl, Intelligenz, zeigte, daß der Prozentsatz des Nichtaustragens der Gravidität weniger vom Zivilstand abhängig ist als vom Wohnort. Stadtfrauen tragen weniger häufig aus als Landfrauen. Ebenso konnte nachgewiesen werden, daß die geistig Minderwertigen viel häufiger die Schwangerschaft austragen als die intelligenten Frauen. Schließlich zeigten die Nachforschungen, daß Frauen mit hoher Geburtenzahl eher austragen als Erst- bis Drittgebärende. Etwa die Hälfte dieser Frauen wurde noch einer näheren Begutachtung durch Spezialkliniken zugewiesen. Bei diesen wurde in 40% der Abort ausgeführt, von den übrigen Frauen hat nur etwa die Hälfte ausgetragen. Interessant sind die Verhältnisse der Mortalität dieser Frauen. Von den Müttern starb keine, weder von den Abortierten noch von denen, die nicht ausgetragen hatten. Die Mortalität der ausgetragenen Kinder betrug kaum 1%. Neuweiler (Bern).<sub>o</sub>

**Kernau, Th.: Über das Schicksal und den sogenannten Aufzuchtwert unreifgeborener Kinder.** (*Univ.-Kinderklin., Wien.*) Wien. klin. Wschr. 1939 II, 834—836.

In die Wiener Universitätskinderklinik wurden von 1916—1936 529 unreife Kinder aufgenommen. Von 175 Kindern, die die Anstalt lebend verließen, war das Geburtsgewicht in 159 Fällen bekannt. Hiervon konnten 72 Kinder nachuntersucht oder mit Hilfe von Fragebogen erfaßt werden. 14 Kinder waren nach der Entlassung verstorben, der Rest unauffindbar. Das Alter der untersuchten Kinder lag zwischen  $2\frac{1}{2}$  und 20 Jahren. Von den 72 nachuntersuchten Unreifen waren 43 begabt und 21 mäßig begabt, aber noch normalschulfähig. 6 Kinder erwiesen sich als debil oder imbezill. Bei 2 von ihnen war eine sichere erbliche Belastung nachweisbar, 2 litt an Little'scher Krankheit, in einem Falle bestand angeborene Lues. Nur in einem Falle lag die Ursache der geistigen Minderwertigkeit möglicherweise in der Unreife. Das Durchschnittsgewicht der Begabten betrug 1700, das der Mäßigbegabten 1620 und das der Minderwertigen

auch 1620 g. Also kaum voneinander abweichende Werte. Der Aufzuchtwert der Unreifgeborenen wird unbedingt bejaht. *A. Peiper (Wuppertal).*

**Stehle, Franz: Über Größenverhältnisse und Schwangerschaftsdauer der Zwillinge.** (Univ.-Frauenklin., Freiburg i. Br.) Z. Geburtsh. 119, 159—174 (1939).

Die Zusammenstellung der Durchschnittswerte von Gewicht und Länge für die einzelnen Wochen und Monate zeigt, daß Zwillingskinder nicht dieselbe Entwicklung erreichen wie Einlingskinder. Beim Vergleich der von Ahlfeld gefundenen, den einzelnen Schwangerschaftswochen entsprechenden Durchschnittswerten der Länge und des Gewichtes von Einlingen mit den hier gefundenen Werten für Zwillinge ergibt sich eine durchschnittliche Gewichtsdifferenz von 536 g und eine mittlere Längendifferenz von 2,0 cm. Das Durchschnittsgewicht für die im 10. Monat geborenen Kinder beträgt 2660 g, und zwar wiegen die männlichen Kinder 2780 g, die weiblichen 2536 g. Als durchschnittliche Länge wurde 48,3 cm erreicht, von den männlichen Kindern 48,8 cm, von den weiblichen 47,9 cm. Sehr oft entspricht der Entwicklungsgrad der Früchte nicht diesen für die einzelnen Wochen und Monate angegebenen Durchschnittswerten. Die Variationsmöglichkeiten, die sich für die Entwicklung der Feten ergeben, bedingen eine große Streuungsbreite ihrer Reifezeichen und hiermit wieder erhebliche Differenzen zwischen den angegebenen Durchschnittswerten und dem tatsächlichen Entwicklungsgrad der Früchte. Auf Grund dieser Tatsache werden den Bemühungen, bei Zwangsschwangerschaft ein Sachverständigenurteil vor Gericht mit bindenden Schlüssen abzugeben, immer Grenzen gesteckt bleiben. Die in der Arbeit gebrachten Zahlen können in Alimentationsprozessen dem ärztlichen Gutachter brauchbare Unterlagen geben. *Seynsche (Essen).*

**Ylppö, Arvo: Der Frühtod des Kindes und das Hirntrauma bei der Geburt.** Orvosképzés 29, 426—430 (1939) [Ungarisch].

Die Säuglingssterblichkeit in Finnland ist in den letzten Jahren in auffallend raschem Tempo zurückgegangen. In den Jahren 1921—1930 betrug sie 9,2%; im Jahre 1932 7,1% und im Jahre 1935 nur noch 6,7%. In der gleichen Zeit ist aber das perinatale Sterben im großen und ganzen unverändert geblieben und beträgt etwa 3,6%. Den größten Anteil hierbei macht die Sterblichkeit der zu früh geborenen Kinder. Genaue pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Ursache der Totgeburt und des Todes in den allerersten Lebenstagen zeigt, daß die geburtstraumatischen Schädigungen eine auffallend große Rolle, vor allem bei den Frühgeburten, spielen. Die abnorme Zerreißbarkeit der Blutgefäße bei den unreifen Kindern, welche oft nicht imstande sind, den normalen Geburtsdruck in utero ohne Schaden auszuhalten, erklärt die Häufigkeit der Gehirn- und anderer Blutungen. Eine möglichst sorgfältig durchgeführte Schwangerenfürsorge nebst verbesserten Pflegemöglichkeiten für alle Neugeborenen sind die wirksamsten Wege bei der Bekämpfung des großen perinatalen Sterbens. *Ylppö (Helsinki).*

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

**Werner: Neue Aufgaben der Kriminalpolizei.** (Reichskriminalpolizeiamt, Berlin.) Kriminalistik 13, 234—236 (1939).

Nach den Ausführungen des Verf. wird die Arbeit der Kriminalpolizei durch den Kriegszustand wesentlich beeinflußt, wenn die Hauptsache, die „Bekämpfung des inneren, kriminellen Staatsfeindes mit allen Mitteln der neuzeitlichen Kriminalistik“ auch im Grunde die gleiche wie im Frieden sei. Es wird darauf verwiesen, daß die Aufgabe der verfolgenden Tätigkeit der Kriminalpolizei durch die infolge neuer einschneidender Gesetze völlig neu geschaffenen Straftatsbestände nicht unwesentlich verschoben werde. Der schweren Allgemeinkriminalität trete eine besondere Kriegskriminalität zur Seite, die in Verbindung mit der Kriegswirtschaftsverordnung vom 4. IX. 1939 die Kriminalpolizei zu erhöhtem Einsatz verpflichte. Eine Umfrage habe