

zur Welt gebracht, während das 3. Kind gesund zur Welt kam. Mutter und Kind erholten sich rasch.
Gerstel (Gelsenkirchen).

Schwangerschaft. Fehlgeburt. Geburt. Kindesmord.

Rudel, Ingeborg: Die Capillarresistenz und ihre Beziehungen zur Menstruation bei der Frau. (*Med. Univ.-Klin., Breslau.*) Klin. Wschr. 1941 I, 266—268.

Setzt man auf die menschliche Haut eine Saugglocke, so entstehen bei zunehmendem Unterdruck petechiale Blutungen. Der in Zentimeter Hg gemessene Unterdruck gilt als Gradmesser der Capillarresistenz. Bei 92 von 100 Frauen zeigte sich ein Abfall der Capillarresistenz zur Zeit der Menstruation und ein Anstieg im Intermenstruum.

B. Mueller (Königsberg i. Pr.).

Hosemann, H.: Das Gesetz der Schwangerschaftsdauer. (*Univ.-Frauenklin., Göttingen.*) Zbl. Gynäk. 1941, 129—133.

Ausführliche Erörterungen über das Gesetz der Schwangerschaftsdauer, die eine Ergänzung der Ausführungen des Verf. (vgl. diese Z. 34, 68) und zugleich eine Entgegnung zu Riebold (vgl. diese Z. 34, 143) darstellen. An einem Material von 6611 gereinigten Fällen mit etwa 28 ± 5 tägigem Cyclus wird eine Schwangerschaftsdauer von 282 Tagen errechnet. Dabei betrug die Variationsbreite mehr als 60 Tage und nur 3,9% aller Frauen kamen am 282. Tag nach dem ersten Tag der letzten Regel nieder. Neben der ursächlich die Schwangerschaftsdauer beeinflussenden Cycluslänge wirken noch andere Ursachen (= Argumente) mit. Trotz dieser sehr sorgfältigen Berechnungen und der Kenntnisse von Knaus u. a. lassen sich im Einzelfall Geburtstermine unter keinen Umständen auf den Tag genau festlegen; sie schwanken selbst bei Berücksichtigung der Cycluslänge entsprechend der durch andere Ursachen bedingten Variationskurve. Es wird schließlich zur Errechnung des Geburtstermines „bis zum Auffinden von brauchbareren Methoden“ die nach den verschiedenen Cycluslängen modifizierte Naegelsche Regel vorgeschlagen: „Man zähle beim $28 \pm x$ tägigen Cyclus vom 1. Tag der letzten Periode 3 Monate ab und $7 \pm x$ Tage hinzu.“ *Beil.*

Riebold, Georg: Die Bestimmung der Corpus-luteum-Phase durch die Pregnandiolausscheidung im Harn. Zbl. Gynäk. 1940, 2016—2019.

Verf. ist der Ansicht, daß die Untersuchungen über die Pregnandiolausscheidung im Harn seine Lehre von der „physiologischen Woche“ bestätigen, die den Cyclus bei jeder Frau zeitlebens beherrsche. *Büttner* (Bonn).
○

Seitz, L., und G. Haselhorst: Zur Frage des Eintritts einer Schwangerschaft aus einer Amenorrhöe. Med. Welt 1941, 330.

Bei der durch Domestikation und Zivilisation nicht beeinträchtigten Fruchtbarkeit der Frau folgen Schwangerschaft und Lactation dauernd aufeinander, so daß eine oft jahrelange Amenorrhöe nicht selten ist (Beispiel einer Frau — beobachtet von L. Seitz — die vor der Ehe die Periode gehabt hat, dann aber innerhalb der 16 Jahre keine mehr; sie gebar innerhalb dieser Zeit 12 Kinder und hatte dazu noch 3 Aborte von 2—3 Monaten). Im vorliegenden Falle hat ein Kollege eine Frau von ihrem 9. Kinde entbunden. Die Frau hat angeblich niemals, auch vor der Ehe nicht, menstruiert. L. Seitz unterstellt, daß bei der Frau schon vor der 1. Schwangerschaft und zwischen den einzelnen Schwangerschaften Gelegenheit zur Menstruation gewesen wäre, sonst wäre wohl die Anfrage nicht gestellt worden. Wenn das der Fall sei, gebe es folgende Möglichkeiten: 1. Entweder erfolge der Follikelsprung, der natürlich zur Befruchtung des Eis unumgänglich notwendig sei, nur unter dem Reiz des Orgasmus während des Verkehrs, sonst nicht; dieser Vorgang sei beim Kaninchen und anderen Tieren die Regel. 2. Es erfolge Ovulation und Corpus luteum-Bildung; aber sowohl die Reifung des Follikels als auch die Gelbkörperbildung lieferten so wenig Follikelhormon und Gelbkörperhormon, daß ihre Wirkung nicht hinreiche, die ordnungsgemäße Umwandlung des Endometriums in die proliferative und sekretorische Phase durchzuführen. 3. Reifung des Follikels und Gelbkörperbildung erfolge regelmäßig, und auch die Menge des Follikel-

hormons und Gelbkörperwirkstoffes seien genügend, aber das Erfolgsorgan, die Zellen des Endometriums seien wenig reaktionsfähig, sprächen zu wenig auf den Reiz an, es bilde sich nur ein sehr unvollkommenes, proliferatives und sekretorisches Stadium aus. In den beiden letzten Fällen könne dann eine Rückbildung der Schleimhaut, eine Resorption, stattfinden, ohne daß es zum Niederbruch der Schleimhaut und damit zu einer Menstruation komme, wie das bei Säugern mit Ausnahme der Primaten die Regel sei. Man müsse ferner bei den beiden Möglichkeiten annehmen, daß das befruchtete Ei trotz der ungenügend vorbereiteten Umwandlung der Schleimhaut wohl dank einer besonders großen Vitalität, die auch mit der väterlichen Erbmasse zusammenhängen könne, in der Schleimhaut genügend fest Wurzeln zu fassen vermöge. Diese Fälle seien aber sicher äußerst selten. G. Haselhorst äußert sich ähnlich.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

Fairfield, Letitia: Mothers under sixteen. (Mütter unter 16 Jahren.) (*Gen. Hosp. Dep., County Council, London.*) *Lancet* 1940 II, 61—63.

Als Ergebnis ihrer Untersuchungen stellt die Verf. zusammen: Bei 133361 Entbindungen in der Zeit von 1931—1938 waren 74 Mütter am Tage der Niederkunft unter 16 Jahre alt. Unter diesen 74 Müttern kam ein Tod der Mutter infolge der Geburt nicht vor, dagegen 2 Totgeburten und 3 Todesfälle von Neugeborenen. Alle Mütter erlangten eine vollständige Genesung. Die Protokolle zeigten einen sehr geringen Zuwachs an Zangengeburten, wundärztlichen Eingriffen und leichter Kränklichkeit während des Wochenbettes über den Durchschnitt der sonst in den Krankenhäusern beobachteten Fälle. Die Wehen waren mit wenigen Ausnahmen ungewöhnlich kurz und leicht. Komplikationen namentlich im 3. Stadium waren selten. Es wurde kein Fall von geistigem oder nervösem Zusammenbruch beobachtet. Das Durchschnittsgewicht der Kinder dieser Mütter stand unter dem gewöhnlichen für Kinder von Müttern aus älteren Jahrgängen.

Heinrich Többen (Münster i. W.).

Montuoro, Fortunato: Traumi morali e sviluppo del feto. (Psychisches Trauma und Entwicklung der Frucht.) *Riv. Ostetr.* 23, 49—51 (1941).

Der kurze Aufsatz erinnert daran, daß die Placenta keine Nerven hat und gewissermaßen eine Barriere zwischen Mutter und Kind bildet, die es verhindert, daß seelische Traumen, die die Mutter betrafen, schädigend auf die Frucht einwirken.

v. Neureiter (Hamburg).

Morgan, Joyce: Post-mortem caesarean section. (Sectio caesarea nach dem Tode mit lebendem Kinde.) (*Hillingdon County Hosp., Uxbridge.*) *Lancet* 1940 II, 132.

Mitteilung eines Falles. Tod einer 30jährigen Schwangeren in der 32. Woche an Eklampsie mit Hirnblutung. Operation wenige Minuten später. Das Kind war asphyktisch, konnte aber mit Lobelin, Sauerstoff und Kohlensäure gerettet werden.

Elbel (Heidelberg).

MacKenzie, Robert A.: Maternal death caused by hemorrhage in the adrenals. (Tod einer Kindesmutter infolge von Nebennierenblutung.) (*Fitkin Mem. Hosp., Neptune, N. J.*) *Amer. J. Obstetr.* 41, 150—153 (1941).

Nebennierenblutungen bei Erwachsenen sind außergewöhnliche Vorkommnisse und fast ausnahmslos mit anderweitigen pathologischen Körperzuständen verknüpft. Im Schrifttum wurden vom Verf. einschlägige Todesfälle infolge völligen Funktionsausfalls der Nebennieren durch umfangreiche Hämorrhagie verzeichnet gefunden bei Epilepsie, bei ausgedehnter Tumorentwicklung der rechten Lunge mit Kompression der Vena cava, bei Carcinommetastasen der Nebennieren, bei Agranulocytose, bei bakterieller Endokarditis, Staphylokokkenpyämie, Meningokokkenbakteriämie und schließlich bei umfangreicher diffuser Arteriosklerose verbunden mit subakuter Nephritis. — Es wird eine eigene Beobachtung mitgeteilt, bei der die Nebennierenblutung und Nekrose mit einseitiger Hydronephrose und doppelseitiger Pyelonephritis verbunden war und im 9. Monat einer Schwangerschaft zur Geburt eines toten Kindes und zum Tode der Kindesmutter führte. Die Frau war 35 Jahre alt, hatte bereits 3 gesunde

Kinder. Der Schwangerschaftsverlauf war bis zum 9. Monat unauffällig gewesen. Die tödliche Erkrankung begann mit heftigen Schmerzen in der rechten Costovertebral-region und Spannung der Oberbauchgegend, jedoch ohne Erbrechen. Bei der Krankenhausaufnahme fand sich ein ausgeprägter Shockzustand mit auffallend niedrigem Blutdruck (50—70/30 mm Hg). Die Frühgeburt war bereits im Gange und führte nach Fruchtblasensprengung zur spontanen Ausstoßung eines toten Kindes, gefolgt von der Nachgeburt. Unter vorübergehender Besserung trat trotz aller Bemühungen 32 Stunden nach der Entbindung der Tod unter Kreislaufversagen ein. Bei der Sektion fand sich eine umfangreiche Hämorrhagie beider Nebennieren, ferner eine Hydro-nephrose der rechten Seite mit Steinen im Nierenbecken, von denen mehrere am Ureterabgang eingeklemmt waren, schließlich noch eine terminale Pneumonie des rechten Lungenunterlappens. Mikroskopisch war eine Pyelonephritis beiderseits festzustellen, ferner an den Nebennieren eine ausgedehnte Nekrose neben der Hämorrhagie, jedoch ohne Blutgefäßthrombose. — Verf. sieht als wahrscheinlichste Ursache der Nebennierenstörung eine Toxämie infolge der Pyelonephritis an. Er will auch das gesamte klinische Bild damit klären, obwohl der Krankheitsbeginn mit dem Sektionsergebnis auf eine einleitende rechtsseitige Nierensteinkolik hindeutet. Der Schwangerschaft und Frühgeburt mißt er keine mitwirkende Ursache für den schweren Verlauf bei. — In der Aussprache zu dem Vortrag wird als weitere Ätiologie eine Kreislaufstörung unbekannter Genese, ferner eine Avitaminose angeführt.

Schrader (Halle a. d. S.).

Philip, E.: Der heutige Stand der Bekämpfung der Fehlgeburt. Dtsch. Ärztebl. 1940 I, 272—273.

Verf. glaubt auf Grund der Todesursachenstatistik und der Krankenkassenstatistik annehmen zu dürfen, daß ein Abfall der Fehlgeburten auf ungefähr $\frac{1}{3}$ der Zahlen vor dem Umbruch eingetreten ist. Im Altreich hätten wir bei 67 Millionen Menschen jetzt mit etwa 220000 Fehlgeburten zu rechnen. Verf. schätzt die Zahl der kriminellen Aborte 1932 auf 560000, heute auf 120000 im Jahr. Danach sei ein Abfall der Abtreibungen auf $\frac{1}{5}$ der früheren Zahl erfolgt. Die Zunahme der Verurteilungen wegen Abtreibung wird als ein Beweis für den Erfolg des systematischen und wirksamen Kampfes gegen die Abtreibungsseuche angesehen. Auf die ausführlichere Behandlung dieses Themas im Zentralblatt für Gynäkologie wird verwiesen.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

Margitay-Becht, Dénes: Bestimmung der Fehlgeburt und der Früh- bzw. Reifgeburt. Orv. Hetil. 1941, 75—77 [Ungarisch].

Vergleichende Untersuchungen vom Standpunkt der Anzeigepflicht. Bei der Bestimmung des intrauterinen Fruchtaalters kommen große Irrtümer vor. Als Verlässlichstes gilt die Fruchtlänge. Bei Beurteilung des intrauterinen Fruchtaalters müssen Gewicht, Länge, Kopfumfang und die Angabe in Betracht gezogen werden.

Beöthy (Pécs).

Hamilton, Virginia Clay: The clinical and laboratory differentiation of spontaneous and induced abortion. 2. A study of 502 cases. (Die Unterscheidung zwischen spontanem und künstlichem Abort durch klinische und Laboratoriumsuntersuchung.) (Dep. of Obstetr. a. Gynecol., New York Univ. Coll. of Med. a. Obstetr. a. Gynecol. Serv., III. Surg. Div. [New York Univ.], Bellevue Hosp., New York.) Amer. J. Obstetr. 41, 61—69 (1941).

Verf. stützt seine Studie auf Beobachtungen an 502 Patientinnen, die in das Hospital wegen krankhafter Erscheinungen bei Schwangerschaftsunterbrechung in den frühen Schwangerschaftsmonaten aufgenommen waren. Seine Bemühungen, eine Trennung des spontanen vom künstlich eingeleiteten Abort durch Untersuchung zu erzielen (die er wegen der prognostischen Bedeutung erstrebte), waren in vielen Fällen erfolglos. 346 Patientinnen behaupteten mit aller Bestimmtheit, daß der Abort spontan eingetreten sei. Unter ihnen vermochten 30% keine Ursache für dessen Beginn anzugeben. 36% beriefen sich auf Überanstrengung wie Treppensteigen, Heben schwerer Lasten, schwere Arbeit u. ä. 14% führten ein Trauma wie Fall oder Schlag gegen den Leib an.

5% beriefen sich auf heftige seelische Erregungen. Bei den Frauen, die eine künstliche Einleitung durch eine Hebamme zugaben, betrug die Mortalität 30%; bei Einleitung durch den Arzt 7,7%. Unter den angeblich spontan ausgelösten Aborten fanden sich keine Todesfälle. Soweit früher bereits Schwangerschaften bestanden hatten, ergab die Befragung in 33% der angeblich spontanen Aborte auch vorausgegangene Fehlgeburten. Dagegen fanden sich solche nur in 5% bei den Frauen, die eine mechanische Unterbrechung eingestanden. Da bei künstlicher Schwangerschaftsunterbrechung in nachfolgenden Schwangerschaften gehäufte Aborte auftreten sollen, wurde auch darauf besonders geachtet. Es gaben aber nur 5% der Patientinnen, die wegen spontanen Aborts das Hospital aufsuchten, einen gewaltsamen Eingriff bei früherer Schwangerschaft zu. Nach den Erfahrungen des Verf. nahmen die künstlichen Unterbrechungen mit der Zahl der Schwangerschaften zu. Bei der mechanisch ausgelösten Schwangerschaftsunterbrechung fand sich häufig als Zeichen der Infektion Fieber, Leukocytose und akute Entzündung der Decidua und des Chorion. Die bakteriologische Untersuchung des Cervicalsekrets führte jedoch differentialdiagnostisch nicht weiter. Immerhin war der relativ seltene Nachweis einer Infektion mit hämolytischen Streptokokken für die frühzeitige Erfassung dieses gefährlichen Krankheitsprozesses von wesentlicher Bedeutung. (Vgl. Amer. J. Obstetr. **39**, 919.) Schrader (Halle a. d. S.).

Marengo, Anna: *Contributo casistico alle morti improvvise in parto e in puerperio.* (Kasuistischer Beitrag zum unerwarteten Tode in Geburt und Wochenbett.) (*Clin. Ostetr. e Ginecol., Univ., Siena.*) Riv. Ostetr. **23**, 52—63 (1941).

Bericht über 2 Fälle von plötzlichem Tod kurz nach der Geburt infolge Schwangerschaftstoxikose mit Leber- und Nierenschädigungen. Im 3. geschilderten Fall handelt es sich um eine Schwangere im 8. Monat, die an einer Blutung in ein bisher unerkannt gebliebenes Gliom verstorben war. Schließlich wird noch eine Beobachtung mitgeteilt, bei der der Tod einer Frau 5 Stunden nach der Ausräumung einer Fehlgeburt ereilte, nachdem schon über 2 Stunden schwere Atem- und Kreislaufstörungen bestanden hatten. Die Todesursache wird hier in einer akuten Insuffizienz der Nebennieren vermutet.

v. Neureiter (Hamburg).

Montuoro, Fortunato: *Sulla rianimazione dei neonati asfittici.* (Über die Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener.) Riv. Ostetr. **23**, 1—2 (1941).

Anregung, das von Erede empfohlene Verfahren der Injektion von 10 ccm auf 40° erwärmer physiologischer Kochsalzlösung in die Nabelvene zur Wiederbelebung scheintoter Neugeborener in der Praxis zu erproben. v. Neureiter (Hamburg).

Naturwissenschaftliche Kriminalistik. Spuren nachweis. Alters- und Identitätsbestimmungen.

Aus dem Kriminaltechnischen Institut der Sicherheitspolizei (KTI). Kriminalistik **15**, 34—36 (1941).

Es wird von einem Fall berichtet, bei dem es gelang, durch Untersuchung der Glassplitter am Unfallort und derjenigen vom Scheinwerfer eines Autos, das die Unfallstelle in der fraglichen Zeit passiert hatte, den Beweis zu erbringen, daß eben dieses Auto an dem Unfall beteiligt war, obwohl der Fahrer nichts bemerkt haben wollte. Eine Reihe Tatortsplitterglas paßten genau an diejenigen aus dem Scheinwerfer und stimmten auch in den feinen Rissen auf den Bruchflächen überein. — Zur Klärung der Frage, ob 3 Glasballons mit 70 l Branntwein durch Ausdehnung der Flüssigkeit gesprengt worden waren, wurden die Glassplitter zusammengesetzt und mit Klebefolie fest verbunden. Die auf diese Weise rekonstruierten Glasflaschen zeigten im Flaschenboden ein Loch von der Größe eines Fünfmarkstückes, dessen Ränder im Innern der Flasche muschelförmige Abspriegungen erkennen ließen. Die Korbflaschen waren demnach durch Schlag oder Stoß zertrümmert worden. — Durch Feststellung übereinstimmender Spuren an den Enden eines als Autofalle über die Straße gespannten Drahtes sowie