

begleiten, fehlen hier. Fast experimentell läßt sich diese Störung durch das Fehlen der Schutzwirkung des Corpus luteum für die Uterusmuskelfaser gegen Hypophysenvorderlappeneinflüsse nachweisen. Die Behandlung der anovulären Pseudomenstruation ist nur empirisch möglich, da die hormonalen Einflüsse noch nicht sicher abzugrenzen sind und besonders die Wirkung der Hypophysenvorderlappenhormone nicht klar ist. Auch das Fehlen des Corpus luteum kann verschiedenartige Störungen hervorrufen, neben der Pseudomenstruation steht die Amenorrhöe und die Metropathia haemorrhagica. In neuester Zeit wurden Versuche mit Serum schwangerer Stuten gemacht, die Ovulation anscheinend hervorriefen, da anschließend an die Behandlung Gravidität eintrat.

Geller (Düren).

Schwangerschaft. Fehlgeburt. Geburt. Kindesmord.

Kotek, Alfred: Zur Abortusfrage. (II. Univ.-Frauenklin., Wien.) Wien. klin. Wschr. 1942 II, 584—585.

Verf. führt aus, daß bei der II. Univ.-Frauenklinik Wien die Abortuskurve der letzten 10 Jahre in den Jahren 1934—1935 ihren Gipfelpunkt habe, um von da ab stetig abzufallen. Die Geburtenzahl steige erst in der zweiten Hälfte des Jahres 1938 rapid an. Die Erklärung hierfür sieht Verf. in den wirtschaftlichen Verhältnissen und der strengen Verfolgung der Abtreibung nach dem Jahre 1938, wofür auch der Rückgang der fieberhaften Fehlgeburten in den letzten 2 Jahren spreche. Die Behandlung der Fehlgeburt durch die Klinik richte sich je nach der Lage des einzelnen Falles. Im großen und ganzen sei bei den fieberfreien Fehlgeburten die aktive, bei fieberhaften die konservative und expektative Therapie vorgezogen worden. Fälle von Abortus complicatus, d. h. Fälle, bei denen bei der Aufnahme Parametritiden, chronische oder akute Adnexerkrankungen bestanden, seien — außer bei vitaler Indikation — konservativ behandelt worden. Eine Kurve, 3 Tabellen und Schrifttum. *Rudolf Koch.*

Randazzo, M.: Aborto febrile. Aborto eriminoso? (Consulenza tecnica.) (Fieberhafte Fehlgeburt. Verbrecherische Fehlgeburt? [Technische Befragung.]) Riv. Ostetr. 24, 4—6 (1942).

Verf. ist beauftragt worden, die gerichtliche Begutachtung eines Kollegen zu überprüfen, in welcher Begutachtung der Arzt behauptet, daß der Abort als ein künstlich hervorgerufen zu betrachten ist, da er fieberhaft war. — Verf. beweist nun, an Hand der Aussprüche verschiedener Autoren, daß das Fieber allein eine solche Behauptung absolut nicht berechtigt, da ein septischer Abort durchaus keine Seltenheit ist, besonders wenn es sich, wie in diesem Falle, um eine Mehrgebärende handelt, da die sich in der Scheide befindenden Keime leicht in die Gebärmutter kommen können. Außerdem sind Tatsachen vorhanden, welche das Aufkommen eines natürlichen Abortes herbeigerufen haben können: die Frau leidet an Malaria, hat in den 2 Monaten der Schwangerschaft schwere Anstrengungen gemacht (Arbeit in den Reisfeldern, lange und wiederholte Radfahrten), der Arzt hat das Ei mit der Hand der Gebärmutter entnommen, und dies beweist, daß das Ei entweder schon losgelöst und auf dem Wege, ausgestoßen zu werden, war (was nur bei natürlichem Abort vorkommt) oder aber das Ei hatte eine regelwidrige Einfügung, und dies allein genügt, um eine Fehlgeburt hervorzurufen. Durch alle diese Beobachtungen, welche aus der Begutachtung selbst hervorgehen, glaubt der Verf. sich dazu berechtigt, die Fehlgeburt als natürlich und nicht als künstlich hervorgerufen zu betrachten.

Sassi (Brescia).

Mondt, Walter: Intrauteriner Fruchttod nach Amnionruptur. (Univ.-Frauenklin.-Rostock.) Zbl. Gynäk. 1942, 626—628.

Bei einer VI-para kam es am errechneten Termin zur Geburt eines normal großen, mazerierten Kindes. Es zeigte sich, daß das Amnion völlig abgelöst, zum Teil zu einem drehrunden Strang sich aufgerollt hatte, der die Nabelschnur nach ihrem Abgange mehrfach fest umschnürte, wodurch der intrauterine Fruchttod herbeigeführt wurde. Als Ursache dieses Ereignisses, das als 4. Fall im Schrifttum festgestellt wird, können

Keimschädigung oder amniotische Stränge nicht angenommen werden, vielmehr dürften bei besonders lockerer Verbindung der Eihäute die Bewegungen des Kindes als auslösendes Moment angesehen werden. *Egon von Weinzierl (Prag).*

Rheindt, R.: Der Kaiserschnitt an der Toten. (*II. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Wien. klin. Wschr. 1942, 251—255.

An den Anfang seiner Arbeit stellt der Verf. einen kurzen geschichtlichen Überblick, den er vom Jahre 715 v. Chr. bis in die Gegenwart durchführt. Durch das Schlachten trächtiger Opfertiere und durch die Jagd gewann man die Erkenntnis, daß das Leben der Frucht im Mutterleib auch nach dem Tode der Mutter eine kurze Zeit fortbesteht. Von dieser Erkenntnis leitete man sehr bald die Berechtigung und in zahlreichen Staaten sogar den gesetzlichen Zwang des Kaiserschnittes an der Toten ab. Frühere Statistiken zeigen neben negativen Resultaten auch recht erfreuliche. Danach wird der höchste Prozentsatz mit 68% lebend entwickelter Kinder angegeben. Der Erfolg ist um so sicherer, je älter die Frucht (beste Aussicht ab 28. Schwangerschaftswoche) und dann, wenn nach dem Exitus der Mutter noch deutlich kindliche Lebenszeichen beobachtet werden konnten. Die Prognose ist am günstigsten bei plötzlichem Tod der Mutter und bei unmittelbar anschließender Sectio. Verf. fand als Todesursache: Apoplexie, Embolie, Vitia cordis, Kropftod, Eklampsie, Hirntumor, Meningitis, Platzen eines Herzaneurysmas, Aorten-, Leber-, Milzrupturen. Am ungünstigsten dagegen sind Erstickungstod oder längere Agonie der Mutter. Tierversuche von Runge zeigen, daß der Fetus Sauerstoff an den mütterlichen Organismus abzugeben imstande ist, bei Sauerstoffmangel der Mutter. Infolgedessen ist der Arzt in solchen Fällen vor die Entscheidung gestellt, zur Rettung der Frucht die Sectio auch vor dem Exitus der Mutter durchzuführen. Die Sectio in mortua soll 1—10 min nach dem festgestellten mütterlichen Exitus vorgenommen werden, da Erfahrungen gezeigt haben, daß längeres Warten eine lebende Frucht ausschließt. Als Einzelfälle werden 23 min und 35 min post mortem matris als längste Zeit angegeben. Erfolgt der Tod der Mutter intra partum, ist es am günstigsten, wenn der vaginale Befund es erlaubt, die Entbindung per vias naturales vorzunehmen. In der Literatur wurde ein Fall bekannt, wo sogar noch 45 min post mortem matris durch Dilatation des Cervicalkanals und Wendung auf den Fuß ein lebendes Kind extrahiert wurde. Verf. bespricht im Anschluß hieran 4 Fälle von Sectio in mortua, die in den letzten 15 Jahren an der II. Universitäts-Frauenklinik Wien durchgeführt wurden. Im 1. Fall handelt es sich um eine 41 Jahre alte, am Ende der Schwangerschaft stehende Frau. Plötzlicher Herztod, wahrscheinlich durch Eklampsie. Die innerhalb 3—4 min post mortem matris durchgeführte Sectio ergibt ein normal entwickeltes, lebendes Kind, welches am 9. Tag post sectionem die Klinik gesund verläßt. Im 2. Fall erfolgte der Tod der Mutter, die zeitlebens an Epilepsie litt, auf dem Transport in die Klinik. Die sofort vorgenommene S. i. m. ergab ein bereits in Totenstarre befindliches Kind. Im 3. Fall verstarb eine bereits stark kreislaufgeschädigte Patientin während der Metreuryse, die sofort angeschlossene S. i. m. ergibt ein leicht asphyktisches Kind, das am 11. Tag gesund und kräftig die Klinik verläßt. Die in Fall 4 erwähnte 45jährige Gebärende verstarb an plötzlichem Herztod auf dem Kreissaal. Durch S. i. m. wurde ein totes Kind entwickelt. Es werden hiernach bei 4 S. i. m. 2 lebende Kinder gewonnen. Es werden folgende Fragen von neuem aufgerollt: Besteht für den Arzt die Pflicht, den Kaiserschnitt an der Toten durchzuführen, oder macht er sich strafbar, wenn er ihn unterläßt? Für beide Fragestellungen kennt das Gesetz keinen bestimmten Paragraphen. Die Entscheidung liegt beim Arzt. Ist Gefahr für die Frucht im Mutterleib gegeben, besteht für den Arzt die Pflicht, auch das Leben des Kindes zu retten, wenn gegeben, auch über den Tod der Mutter hinaus. Durch die starke Zunahme der Hausgeburten wird die Frage akut, soll man auch der Hebamme das Recht einräumen, den Kaiserschnitt an der Toten vorzunehmen. Die Lösung der Frage scheidet an der Schwierigkeit der Feststellung des eingetretenen Todes. *Hanns Fladerer (Brünn).*