

(Aus der Anatomie des Hafenkrankehauses zu Hamburg.
Prosektor: Dr. *Hans Koopmann*.)

Erfahrungen über 92 gerichtsarztliche Sektionen neugeborener Kinder unter besonderer Berücksichtigung eines Falles von kongenitaler doppelseitiger Cystenniere.

Von
Dr. med. **Wilhelm Borchers**.

Mit 3 Textabbildungen.

Die Beurteilung der Frage, ob ein tot aufgefundenes, neugeborenes Kind gelebt hat oder nicht, spielt für den Gerichtsarzt eine große Rolle. In vielen Fällen, wenn sich auch die Leichen der Neugeburten in nicht zu weit vorgeschrittenem Fäulniszustand befinden, ist diese Frage dennoch keineswegs leicht zu beantworten. Fälle, bei denen deutliche Anzeichen der Einwirkung äußerer Gewalt vorhanden sind, bieten in ihrer Beurteilung keine großen Schwierigkeiten. Die Schwierigkeiten beginnen in den Fällen, in denen die Leichen der Neugeburten schon Zeichen vorgeschrittener Fäulnis aufweisen und keinerlei Anzeichen der Einwirkung äußerer Gewalt mehr festgestellt werden können. Es erscheint daher gerechtfertigt, Erfahrungen, die in der Beurteilung derartiger Fälle an einem verhältnismäßig großen Material gesammelt wurden, bekannt zu geben.

Im folgenden soll ein kurzer Bericht gegeben werden über die während der letzten 6 Jahre in der Anatomie des Hafenkrankehauses gerichtlich seziierten 92 Leichen neugeborener Kinder, und im Anschluß an diesen Bericht soll ein besonders bemerkenswerter Fall, der allerdings nicht zur gerichtlichen, sondern nur zur polizeiärztlichen Sektion kam, ausführlich mitgeteilt und seine Bedeutung für gerichtliche Medizin und pathologische Anatomie erörtert werden.

Bei den 92 Neugeburten, die zur gerichtlichen Sektion kamen, handelt es sich um 49 Leichen männlichen und 41 weiblichen Geschlechts; in 2 Fällen konnte wegen vorgeschrittener Fäulnis das Geschlecht nicht mehr festgestellt werden.

66 Fälle waren „*unbekannt*“ und nur in 26 Fällen kannte man die Mutter des Kindes; von diesen letzten waren 10 ehelich, 16 unehelich geboren.

Auffallend, aber bei der elenden sozialen Lage der unehelichen Mütter begreiflich, ist die Tatsache, daß bei den ehelich geborenen Kindern nur in einem Falle eine äußere Gewalteinwirkung fraglich war, während bei den unehelich geborenen Kindern in 5 Fällen mit Sicherheit Gewalteinwirkung stattgefunden hatte und in 9 Fällen diese Gewalteinwirkung fraglich war; so wurde nur in 2 Fällen, und bei denen handelte es sich noch um Totgeburten, festgestellt, daß eine Gewalteinwirkung nicht stattgefunden hatte.

Bei 47 Lebendgeburten war Gewalteinwirkung sicher 17 mal und fraglich 13 mal nachgewiesen.

In 20 Fällen mußte die Frage der Lebend- oder Totgeburt wegen vorgeschrittener Fäulnis offengelassen werden, und aus demselben Grunde war in 10 dieser Fälle die Gewalteinwirkung nicht mehr sicher nachzuweisen, und nur in 5 Fällen gelang dieser Nachweis sicher. Besondere Bedeutung gewinnt der Nachweis der Tot- oder Lebendgeburt für die Frage des Kindsmordes. Wurde doch im Mittelalter fast jede heimlich und unehelich gebärende Frau, die ein totes Kind zur Welt brachte, unter den fürchterlichsten Martern hingerichtet, weil sie, durch die Folter gezwungen, einen Kindsmord eingestand, den sie nie hatte ausführen können, weil das Kind totgeboren war.

Im Jahre 1682 wurde durch den Zeitzer Physikus *Schreyer* die 5 Jahre früher vom Preßburger Physikus *Rayger* empfohlene Untersuchungsmethode der „Lungenprobe“, durch Feststellung des spezifischen Gewichtes der Lungen, in die Praxis eingeführt. Und die Lungenschwimmprobe bildet noch heute für die Entscheidung Lebend- oder Totgeburt die Hauptstütze.

Von 28 im Wasser gefundenen Leichen waren 13 laut gerichtlichem Protokollbuch der Anatomie des H. K. H. mit Sicherheit Totgeburten. Der Grund, die totgeborenen Neugeburten ins Wasser zu werfen, liegt einmal darin, die Beerdigungskosten sparen zu wollen, andererseits bei unehelich geborenen Kindern den Partus als solchen zu verheimlichen.

Bei 8 dieser Wasserleichen wurden mit Sicherheit die Einwirkung äußerer Gewalt festgestellt. In diesen Fällen handelte es sich darum, durch das Hineinwerfen in das Wasser, mit den nachfolgenden Wirkungen der Fäulnis, einen Kindsmord zu verdecken, indem das Objekt des Verbrechens auf diese Weise verschwand, der Täter von dem belastenden Leichnam befreit und der Anklage entzogen wurde.

In weiteren 7 Fällen war sowohl die Einwirkung der äußeren Gewalt und die Frage, ob das Kind lebendgeboren war, zweifelhaft und wegen vorgeschrittener Fäulnis nicht mehr sicher festzustellen. Wir sehen hier den Gerichtsarzt mit seinem gefährlichen Gegner der Fäulnis einen schweren und leider oft für ihn erfolglosen Kampf bestehen.

Die Fundorte dieser toten Neugeborenen variieren je nach der Intelligenz des Täters, aber die Gelegenheit und andere Faktoren, wie Bezirke, in denen Gewässer in der Nähe sind, spielen doch auch eine große Rolle. Teils wird versucht, den Leichnam in der Wohnung zu verborgen, in den Abort zu zwängen, zu zerstückeln oder zu verbrennen. Andere wurden in Gärten, Anlagen, in Hausfluren, auf Böden, Schutt-abladeplätzen, Ascheimern oder in Gewässern, die noch am beliebtesten sind, gefunden.

Die Arten der absichtlichen Kindstötung sind einmal dieselben, wie bei absichtlicher Tötung überhaupt. Bei der Kleinheit und Zartheit des hilflosen Objekts kommen aber noch Methoden hinzu, was oft die sichere Beurteilung erschwert, ich denke an sehr vorsichtige Würgeversuche und Zuhalten der Nasen- und Mundöffnung. Der gewaltsame Tod ist auch in den vorliegenden Fällen, entsprechend den allgemeinen Erfahrungen, größtenteils durch Erstickung herbeigeführt, und zwar in 8 Fällen durch Erdrosseln, 4 Fällen durch Erwürgen und in 2 Fällen durch Verlegung der Luftwege mittels in den Mund geschobener Papier- oder Gewebspfropfen. Diese Todesart ist wohl vor allen Dingen deshalb so verbreitet, weil gleichzeitig am sichersten das Schreien der Kinder verhindert wird, wodurch die Kindsmörderin verraten würde. Außerdem kommt der Erstickungstod auch ohne äußerliche Merkmale recht leicht zustande und es wird dann oft angegeben, das Kind sei ohne Verschulden der Mutter im Bett, während sie selbst halb bewußtlos lag, erstickt oder durch den Körper der Mutter erdrückt. Relativ selten findet man blutige Verletzungen, so in 2 Fällen Schädelzertrümmerungen, einmal Halsschnitt, sowie eine Zerstückelung, die aber wohl nur vorgenommen wurde, um die Leiche bequemer zu beseitigen. In 2 Fällen wurde Verbrennung festgestellt und in einem Falle Ertrinken.

Unter diesen 92 waren 2 Fälle mit angeborenen Mißbildungen. In dem einen Falle handelte es sich um ein Fehlen der linken Niere und des linken Ureters, und dem anderen Falle um eine Atesie des Ductus cysticus. In dem letzten Falle war die Einwirkung äußerer Gewalt durch Erwürgen fraglich. Es handelte sich in diesem Falle allerdings nicht um ein lebensunfähiges Kind.

Am 2. V. 1924 kam ein neugeborenes Kind zur polizeilichen Sektion, bei dem die Frage, ob das Kind gelebt hatte, leicht zu beantworten war, bei dem auch keinerlei Verdachtsmomente auf eine unnatürliche Todesursache bestanden, dessen Befund aber sowohl für den Gerichtsarzt als auch für den pathologischen Anatomen von großem Interesse sein dürfte.

Aus der Vorgeschichte entnehme ich folgendes: Es handelt sich um gesunde Eltern, eine luische Erkrankung ist nicht festzustellen, WaR. beider Eltern negativ; die Eltern der Mutter waren ebenfalls gesund.

In der Nacht vom 29. auf den 30. IV. traten bei der Mutter die ersten Wehen auf und hielten den ganzen Tag an, in ca. 10 Min. Abstand. Am 30. IV. abends gegen 11 Uhr übernahm ein Arzt die Leitung der Geburt. Die Wehen kamen

häufiger, ca. alle 5 Min. Die Frau war ziemlich erschöpft, die Wehen wurden schwächer, daher 11 Uhr 50 Min. Injektion von Physormon intramuskulär, danach gute Wehen alle 2 Min., die allerdings 1 Stunde später wieder nachließen. Es wurde dann mit Physormon derselbe Erfolg erzielt. 5 Uhr vormittags am 1. V. wurde der Kopf in erster Schädellage geboren, Durchtritt des Kopfes auffallend langsam, die Schultern wurden gelöst, und da der Rumpf nicht folgen wollte, vorsichtig extrahiert.

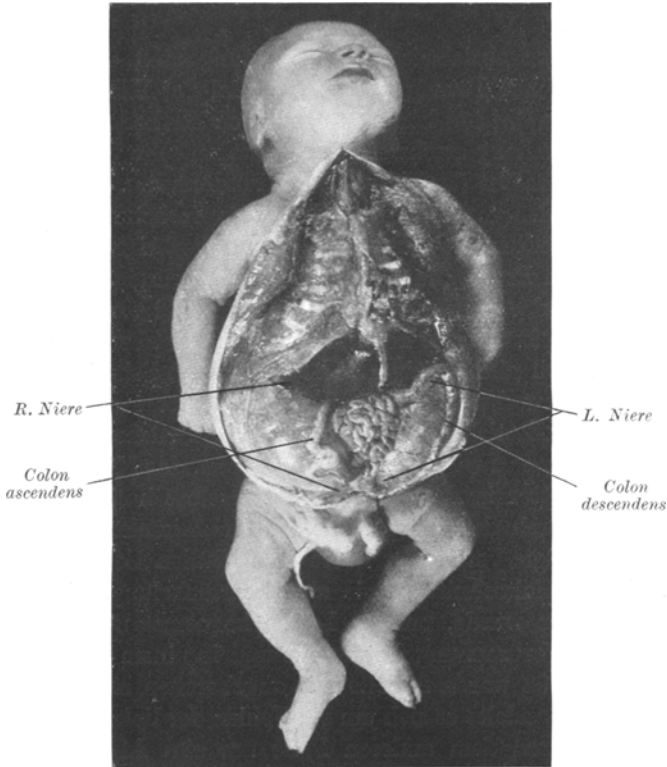


Abb. 1.

Das Kind wurde blau asphyktisch geboren. Es wurden Wiederbelebungsversuche mit Schulzeschen Schwingungen, abwechselnd kalten und warmen Bädern gemacht. Jedoch erfolgte nach einigen schwachen Atemzügen der Tod.

Die am 2. V. 1924 vorgenommene Sektion der Leiche ergab folgendes (siehe Abb. 1):

Die gesamte Bauchhöhle ist ausgefüllt von den beiden rechts und links liegenden kompakten Nieren, weit größer als die Nieren eines erwachsenen Menschen. Die Nieren sind vom Netz überzogen und mit demselben fest verwachsen. Die Baucheingeweide, insbesondere die Leber ist stark nach oben verdrängt. Über die Nieren läuft links das Colon descendens, rechts das Colon ascendens. Magen und Darm liegen ebenfalls nach oben verdrängt unter der Leber und sind luftleer.

Die Eröffnung der Brusthöhle ergibt gut lufthaltige Lungen. Selbst kleinste Gewebstücke aus allen Teilen der Lunge entnommen, erweisen sich bei der Schwimmprobe als lufthaltig. Im Herzbeutel findet sich reichlich bernsteinklare, seröse Flüssigkeit. *Das Herz ist größer als die Leichenfaust, dilatiert* und sehr schlaff. In den Herzhöhlen reichlich Cruor. Sonst läßt das Herz nichts Krankhaftes erkennen, keine Petechien.

Die genauere Untersuchung des Urogenitaltrakts, der im ganzen herausgenommen wird, ergibt folgendes:

Beide Ureteren gut durchgängig, in der Blase findet sich etwas klarer Urin, Harnröhre weist keine Striktur auf. Beide Nieren sind größer als die Nieren eines

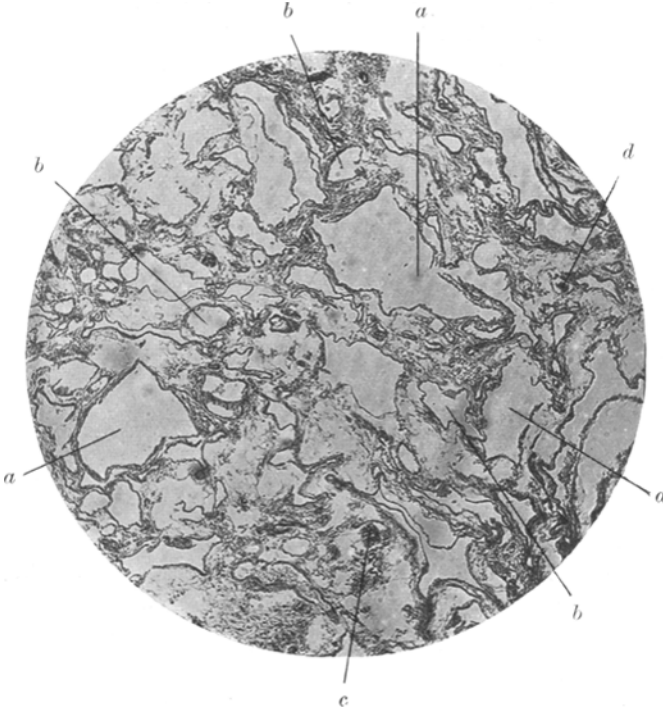


Abb. 2. a = stark erweiterte Harnkanälchen; b = erweiterte Harnkanälchen; c = intakter Glomerulus; d = geschrumpfter Glomerulus.

großen, ausgewachsenen Mannes. Kapseln gut abziehbar, Oberfläche und Schnittfläche läßt multiple kleine Cystchen erkennen. Das ganze Nierengewebe ist von schwammig-sülziger Beschaffenheit.

Leber von entsprechender Größe, glatter Oberfläche, fester Konsistenz, Schnittfläche von braunroter Farbe weist allenthalben wie eingesprenkelt kleine weiße Herde auf. Gallenwege gut durchgängig, Dickdarm mit Meconium angefüllt.

Nabelschnur abgebunden, erscheint sehr dünn, transparent.

Knöcherner Schädel unverletzt, kein Tentoriumriß. Im Bereiche des Tentorium zeigt die harte Hirnhaut zu beiden Seiten desselben mehrere größere, rost-

braune Blutungsherde; desgleichen finden sich solche unter der weichen Hirnhaut, im Bereich der Unterfläche beider Schläfenlappen.

Knochenknorpelgrenze scharf, Knochenkern etwas unscharf, nur 1 mm im Durchschnitt.

Mikroskopischer Befund (siehe Abb. 2): In den Schnitten der Niere, die nach der Hämatoxylin-Eosin-Methode gefärbt wurden, sind die Glomeruli an Zahl erheblich verringert, teilweise geschrumpft, teils intakt. Die Kapselräume sind erweitert. Die abführenden Harnkanälchen vom Glomerulus zum Nierenbecken abwärts sind zu Anfang wenig, teils gar nicht erweitert, je mehr sie sich aber dem Nierenbecken nähern, desto weiter werden sie.

Das Epithel der Harnkanälchen ist intakt, Inhalt findet sich nur in den Hauptstücken, und zwar in geringer Menge Epithelien und Zelldetritus. Das um-



Abb. 3. a = erweiterte Gallengänge; b = Gefäß.

gebende Bindegewebe ist reduziert und durch die erweiterten Harnkanälchen zusammengedrückt. An den Gefäßen ist nichts Besonderes, sie sind stark mit Blut gefüllt.

(Siehe Abb. 3.) Die Schnitte aus der Leber wurden ebenfalls nach der Hämatoxylin-Eosin-Methode gefärbt. Das Leberparenchym ist gut erhalten. Sämtliche Gallengänge, bei den Capillaren beginnend bis zum Choledochus abwärts sind zunehmend erweitert, in derselben Reihenfolge wie die Harnkanälchen.

Alle Epithelien sind intakt, in den Leberzellen findet sich reichlich krümeliges Pigment. Das interstitielle Gewebe ist vermehrt.

Zusammenfassend haben wir vor uns eine angeborene doppelseitige, große Cystenniere, Cystenleber, vergrößertes, etwas dilatiertes Herz; Lunge lufthaltig, Tentorium und subpiale Blutungen.

Das makroskopische Aussehen der Leber erweckte zunächst den Anschein einer Feuersteinleber, bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sie sich aber als Cystenleber.

Epikrise.

In dem vorliegenden Falle handelt es sich also, wie bereits gesagt wurde, nicht um die einfach zu beantwortende Frage, ob das Kind gelebt hat oder nicht, sondern

1. welches war die Todesursache, und können wir auf Grund des Hauptbefundes von Lebensunfähigkeit sprechen, und welche Ätiologie hat dieser Hauptbefund?

2. Kann ein derartiger Fall für den Gerichtsarzt Bedeutung haben und unter welchen Umständen?

ad 1. Als eigentliche Todesursache müssen wir annehmen einen reinen Herztod unter einer erschwerten Geburt, bei einem Organismus, dessen Herz durch die polycystische Degeneration beider Nieren mit ihren Folgen für Blutkreislauf und Herz weitgehend geschädigt war. Die erschwerte Geburt geht einwandfrei aus der Anamnese hervor, und es ist doch wohl mit Recht anzunehmen, daß der Durchtritt des Rumpfes so erschwert war, weil der Leibesumfang infolge der gewaltig vergrößerten Nieren abnorm weit war. Was den Zusammenhang zwischen Cystennieren einerseits und Herzhypertrophie andererseits betrifft, stütze ich mich auf die Erfahrungen von *Fahr*, der in 6 Fällen von doppelseitiger Cystenniere 4mal Hypertonie und Hypertrophie des Herzens fand und er führt die Hypertonie mit nachfolgender Vergrößerung des Herzens auf den Schwund des Nierenparenchyms durch die cystische Entartung der Niere zurück. Zur Bestätigung dessen fand *Veil* klinisch in 3 Fällen sicherer Cystenniere regelmäßig Blutdruckerhöhung.

Bei der Untersuchung auf Lebensunfähigkeit hat man zu unterscheiden eine absolute und eine relative Lebensunfähigkeit. Unter der ersten versteht man Zustände, bei denen ein lebenswichtiges Organ, Gehirn, Herz, Leber, Niere u. a. fehlt, oder durch krankhafte Zustände derart geschädigt ist, daß es seine Funktion nur ungenügend erfüllen kann und eine Besserung durch ärztliche Behandlung nicht möglich ist. Außerdem gehören hierher Fälle mit Atresien im Innern des Körpers, die einer Operation nicht zugänglich sind. Die Tatsache, daß solche Neugeburten noch stunden- bis tagelang leben können, schließt die Annahme einer absoluten Lebensunfähigkeit nicht aus. Eine relative Lebensunfähigkeit liegt vor, wenn pathologische Zustände vorhanden sind, die durch einen in dem Falle lebenerhaltenden Eingriff beseitigt werden können, z. B. Atresie des Anus, oder es liegen Krankheiten vor, die einer ärztlichen Behandlung zugänglich sind, z. B. kongenitale Lues.

Wenn auch *Kratter* die doppelseitige Cystenniere als nicht lebensfähig bezeichnet, so möchte ich doch für meinen Fall die Frage, ob lebensfähig, ob absolut oder relativ lebensunfähig, nicht entscheiden; denn einerseits haben wir einen pathologischen Zustand vor uns, dessen Besserung und dadurch Lebenserhaltung bei der schweren Schädigung des Herzens doch zum mindesten fraglich ist, andererseits handelt es sich um eine Krankheit, die in ihren Folgen einer ärztlichen Behandlung zugänglich erscheint.

Wenden wir uns der Ätiologie der Cystennieren zu.

Die älteste Anschauung ist die, vor allem von *Virchow* vertreten, daß es sich ausschließlich um Retentionsvorgänge handelt, bedingt durch einen angeborenen Verschuß abführender Harnwege, besonders der Nierenpapillen; Verstopfung durch Harngrieß oder entzündliche Vorgänge, die man als obliterierende Papillitis bezeichnete und durch den Übergang reizender Stoffe von der Mutter auf das Kind erklärte und als Ursache sämtlicher Cystennieren ansah. Im allgemeinen hat man heute diesen Standpunkt verlassen, aber von neuem stützen würde diese Theorie die Ansicht von *Shukowsky* und *Sstinjoff*, die der Lues bei chronischen interstitiellen Prozessen die überragende Rolle bei der polycystischen Degeneration der Nieren im Kindesalter zuerkennen. Bisher ist aber, unter Berücksichtigung der mir zugänglichen Literatur, außer bei einem Fall, den *Kaufmann* beobachtete, bei Neugeburten mit angeborenen Cystennieren, trotz in vielen Fällen angestellter Untersuchungen, keine kongenitale Lues gefunden worden. Auch in meinem Falle war weder bei den Eltern noch am Kinde eine Lues festzustellen, wenn man auch auf Grund des makroskopischen Leberbefundes zunächst an Lues gedacht hatte.

In einer interessanten Arbeit faßt *Forssmann* auf Grund von plastischen Rekonstruktionen die Cysten als durch Retention entstanden auf. Diese Retention ist durch Unterbrechung der Kanalisation in verschiedenen Niveaus bedingt.

Später brach sich die Ansicht Bahn, vor allem von *Nauwerk*, *Hufschmid* und von *Kahlden* vertreten, daß es sich bei der cystischen Entartung der Niere um selbständige Epithelwucherungen, um ein multilokuläres Adenocystom handelt. Auch *Berner* kommt zu dem Resultat auf Grund der Untersuchung von 26 Cystennieren, sowohl Neugeborener als auch Erwachsener, daß eine Gewebsneubildung vorliegt. Ebenfalls faßt *Vorpahl* die Cystenniere als echte Geschwulstbildung auf.

Wenn, wie in meinem Falle, die Entartung bei der Geburt schon entwickelt war, so machte sie dem Leben bald ein Ende. Waren zur Zeit der Geburt die Veränderungen nur unvollkommen, so war zunächst das Leben nicht beeinträchtigt, es konnte aber später zur weiteren Entwicklung der Degeneration führen. Also ist auch die später in Erscheinung tretende Cystenniere auf eine kongenitale Anlage zurückzuführen. Außerdem finden wir, wie auch in meinem Falle, sehr häufig gleichzeitig eine polycystische Degeneration des Gallengangsystems, parallel laufend der Degeneration des Harnkanälchensystems, was die letzte Auffassung einer kongenitalen Anlage bestätigt. Ebenso kommt *Dunger* in einer ausführlichen Arbeit zu dem Schluß, daß es sich um eine Entwicklungsstörung handelt, und für diese Auffassung, die auch *Ruckert* und *Ribbert* teilen, spricht das hereditäre Auftreten der Erkrankung. Zu erwähnen ist die Untersuchung von *Hornowsky*, der auf Grund von Carmininjektion von einer Cyste aus die Entstehung durch ein „Nichtzusammenwachsen“ der Harnkanälchen und des Nierenbeckens annimmt.

Borst, der keine Glomeruluscysten fand und die Anzahl der Glomeruli herabgesetzt fand, wie in meinem Falle auch, sieht in diesem Mangel das Charakteristische der Entwicklungsstörung, indem das Bindegewebe mit den Gefäßen nicht in die Enden der Harnkanälchen hineingewachsen sei und so die Glomeruli gebildet habe.

In seinem Beitrag zur Lehre von der Cystenniere kommt *Stemmler* zu dem Schluß, daß es sich bei den Cystennieren um eine Kombination einer angeborenen Entwicklungshemmung mit einer echten Geschwulstbildung handelt. Ich möchte mich der Theorie der reinen Entwicklungsstörung anschließen, die vor allem von *Ribbert*, *Ruckert*, *Dunger* und *Borst* vertreten wird; denn in meinem Falle spricht nichts für die Theorie der Geschwulstbildung, während verschiedene Momente, wie die Herabsetzung der Anzahl der Glomeruli (*Borst*) und vor allem das gleichzeitige Auftreten der cystischen Degeneration des Gallengangssystems, die Theorie der Entwicklungsstörung stützen.

ad 2. Angenommen, es handelte sich um ein absolut lebensunfähiges Kind und dieses Kind wäre Objekt der Einwirkung äußerer Gewalt zwecks Tötung gewesen, so würde es sich um die forensisch wichtige Frage handeln: Kann ein lebensunfähiges Kind Objekt eines Kindesmordes sein?

Es ist in der Literatur nur ein einziger derartiger Fall bekannt, von *Ipsen* veröffentlicht. Es handelt sich um ein durch Fehlen beider Großhirnhemisphären lebensunfähiges Kind, das von der Mutter erwürgt worden war. Das Gericht verurteilte die Mutter, denn es handelte sich um ein zur Zeit der Gewalteinwirkung lebendes Wesen. Die Lebensunfähigkeit, wenn durch den Sektionsbefund nachgewiesen, kann in manchen Fällen zu mildernden Umständen führen, denn es ist verständlich, daß der Strafrichter die Tötung eines lebensunfähigen Kindes milder zu bestrafen geneigt sein wird als diejenige eines reifen, lebensfähigen Kindes. Außerdem ist in der Deutschen Strafprozeßordnung, § 90, besonders darauf hingewiesen, daß bei der Sektion darauf zu achten ist, ob das Kind fähig war, das Leben außerhalb des Mutterleibes fortzusetzen. Diese Entscheidung zu treffen wird, wie der vorliegende Fall zeigt, in manchen Fällen sehr schwierig sein.

In der Literatur wird größtenteils die Ansicht vertreten, daß, wenn auch ein Freispruch nur selten zu erwarten ist, um so mehr eine mildere Beurteilung am Platze ist.

Zusammenfassung.

1. In 47 Fällen von Lebendgeburten wurde bei 35% mit Sicherheit Gewalteinwirkung nachgewiesen.

2. In einer großen Anzahl von Fällen war mit Sicherheit wegen vorgeschrittener Fäulnis keine Entscheidung zu treffen, ob eine Gewalteinwirkung stattgefunden hatte.

3. In 16 Fällen unehelicher Geburten hatte in 100% der Lebendgeburten Gewalteinwirkung stattgefunden, darunter waren 9 Fälle, bei denen die Gewalteinwirkung wegen vorgeschrittener Fäulnis fraglich

(Fortsetzung des Textes auf S. 17.)

*Statistik der in den letzten 6 Jahren in der Anatomie des Hafenkrankehauses ge-
richtlich sezierter Leichen neugeborener Kinder.*

Lfd. Nr.	Geschlecht	Fundort	Lebend- geburt, ja, nein, ?	Ehelich, ?, unehe- lich	Unbe- kannt, be- kannt	Einwirkung äußerer Gewalt, ja, nein, ?, und besondere Bemerkungen
1	w.	Garten	ja	?	U.	Nein, zunächst Verdacht auf Kindsmord, Verblutung aus der Nabelschnur.
2	m.	Brücken- niesehe	ja	?	U.	? Todesursache nicht feststellbar, faul.
3	?	Boden	?	?	U.	Ja, mumifizierte Leiche mit Schlinge um den Hals.
4	w.	Billh. Kanal	?	?	U.	Ja, Verkohlung der linken Körper- seite, Reifezeichen vorhanden.
5	m.	Anlagen	ja	?	U.	? Todesursache nicht feststell- bar, faul.
6	w.	Hausflur	ja	?	U.	Nein, Frühgeburt, Lebensschwäche.
7	m.	Ascheimer	nein	?	U.	Nein, Totgeburt.
8	w.	Hotel	ja	unehel.	B.	? Tod durch Sturz in mit Wasser gefülltem Eier bei der Geburt; Kindsmord?
9	m.	Wohnung der Mutter	ja	unehel.	B.	Ja, Hautschürfungen am Hals, Kindsmord?
10	w.	Ascheimer	ja	?	U.	Ja, teilweise verkohlte Kindes- leiche, Kindsmord?
11	m.	Binnenalster	nein	?	U.	Nein, hochgradige Fäulnis, Gas- blasen in den Organen.
12	m.	Hansaplatz	ja	?	U.	Nein, Lebensschwäche.
13	m.	Wohnung der Mutter	nein	ehelich	B.	Nein, Totgeburt.
14	m.	Eilbekkanal	nein	?	U.	Nein, Totgeburt, Fäulnis.
15	w.	Stadtgraben	?	?	U.	? Total faul, Kindsmord?
16	w.	Kaiser- Friedrich-Ufer	ja	?	U.	Nein, Lebensschwäche.
17	w.	Bankstraße	nein	?	U.	Nein, Totgeburt.
18	w.	Alsterufer	ja	?	U.	Nein, Lebensschwäche.
19	m.	Wohnung der Mutter	?	unehel.	B.	? Fäulnis, Blutung r. Hirnven- trikel, Kindsmord?
20	w.	Alsterdorfer- straße	ja	?	U.	Ja, Schädelzertrümmerung, Kinds- mord, reifes Kind.
21	w.	Alsterufer	ja	?	U.	Nein, Bronchopneumonie.
22	w.	Bille	nein	?	U.	Nein, Totgeburt.
23	m.	Billh. Kanal	ja	?	U.	Nein, fast reif, Lebensschwäche, kein Anhalt für Crimen.
24	w.	Anlagen	ja	?	U.	Nein, Aspiration von Frucht- wasser, Erstickung.
25	m.	Treppenflur	nein	?	U.	Nein, Totgeburt.
26	m.	Alster	nein	?	U.	Nein, Totgeburt, faul.
27	w.	Treppenflur	ja	?	U.	Ja, Halsschnittwunde, Verblutung, Kindsmord.

Fortsetzung der Tabelle.

Lfd. Nr.	Geschlecht	Fundort	Lebend- geburt, ja, nein, ?	Ehelich, ?, unehe- lich	Unbe- kannt, be- kannt	Einwirkung äußerer Gewalt, ja, nein, ?, und besondere Bemerkungen
28	m.	Bauplatz Ulmenau	nein	?	U.	Nein, Totgeburt.
29	w.	Hochwasser- bassin	ja	?	U.	Ja, Strick um den Hals, fest ver- schnürt, Erdrosselung, faule Wasserleiche.
30	w.	Wohnung der Mutter	nein	ehelich	B.	Nein, Totgeburt.
31	?	Niederbaum- brücke	nein	?	U.	Nein, Totgeburt, sehr starke Fäul- nis.
32	m.	Isebeckkanal	?	?	U.	? Tentoriumrisse, Kindsmord?
33	w.	Außenalster	nein	?	U.	Nein, Totgeburt.
34	w.	Ascheimer	nein	?	U.	Nein, Totgeburt, starke Fäulnis.
35	w.	Wohnung der Mutter	ja	ehelich	B.	Nein, Erstickung.
36	w.	Rosenstraße	?	?	U.	? Tentoriumriß, Hirnblutung, Kindsmord?
37	w.	Institut für Geburtshilfe	ja	ehelich	B.	Nein, Tentoriumriß, Erstickung.
38	m.	Wohnung der Mutter	nein	ehelich	B.	Nein, Totgeburt, Tentoriumriß.
39	w.	Wohnung der Mutter	ja	ehelich	B.	Nein, Bronchiolitis.
40	w.	Mühlkamp- kanal	nein	?	U.	Nein, Totgeburt.
41	w.	Loewenstraße	?	?	U.	Nein, Frühgeburt, Lebensschwäche.
42	m.	Rossdamm	?	?	U.	Nein, Lebensschwäche.
43	m.	Holstenwall	nein	?	U.	Nein, Totgeburt, Hydronephrose r.
44	w.	Wohnung der Mutter	?	ehelich	B.	Nein, angeborene Lues spez. Pneu- monie.
45	w.	Osterbekkanal	nein	?	U.	Nein, Totgeburt, sehr faul.
46	m.	Bootssteg Alster	?	?	U.	Nein, kein Anhalt für Crimen.
47	m.	Hochbahn- wagen	?	?	U.	Ja, Druckspuren am Halse, Er- stickung, Kindsmord fraglich.
48	w.	Verbrennungs- anstalt	ja	?	U.	Nein, Schleimaspiration.
49	w.	Kuhmühlen- teich	ja	?	U.	Ja, Papierpfropf im Mund. Kinds- mord.
50	w.	Elbe	?	?	U.	? Tentoriumriß, Kindsmord?
51	m.	Billbrookkanal	nein	?	U.	Nein, Totgeburt, sehr faul.
52	w.	Ziviljustiz- gebäude	ja	?	U.	Ja, Schädelverletzung (in der Ge- burt?).
53	w.	Wohnung der Mutter	ja	unehel.	B.	Ja, Verdacht auf Kindsmord, Er- trinken.
54	m.	Wohnung der Mutter	nein	ehelich	B.	Nein, Totgeburt, Tentoriumriß.

Fortsetzung der Tabelle.

Lfd. Nr.	Geschlecht	Fundort	Lebend- geburt, ja, nein, ?	Ehelich, ?, unehe- lich	Unbe- kannt, be- kannt	Einwirkung äußerer Gewalt, ja, nein, ?, und besondere Bemerkungen
55	w.	Außenalster	ja	?	U.	Nein, Lebensschwäche.
56	m.	Marktkanal	nein	?	U.	Nein, Totgeburt.
57	w.	Gartenland	nein	?	U.	Nein, Totgeburt.
58	m.	Wohnung der Mutter	ja	ehelich	B.	Nein, mangelnde Pflege.
59	m.	Kaiser Friedrich-Ufer	?	?	U.	Nein, Fehlen der linken Niere und des linken Ureters.
60	m.	Hausflur	ja	?	U.	Nein, Lebensschwäche, Broncho- pneumonie.
61	m.	Wohnung der Mutter	?	ehelich	B.	? Tentoriumriß, Schleimaspira- tion. Kindsmord?
62	m.	Helg. Allee	?	?	U.	? Tentoriumriß, Kindsmord?
63	w.	Kuhmühlen- teich	nein	?	U.	Nein, Tentoriumriß, Totgeburt.
64	m.	Isebeckkanal	ja	?	U.	Nein, Lebensschwäche, kein An- halt für Crimen.
65	w.	Park	ja	?	U.	? Todesursache nicht feststell- bar. Mord?
66	w.	Alster	?	?	U.	Ja, völlig zerstückelte Leiche einer reifen Neugeburt, Lunge größtenteils luftleer.
67	w.	Ausschläger- Billdeichkanal	ja	?	U.	? Todesursache nicht feststellbar, sehr faul.
68	m.	Wohnung der Mutter	?	unehel.	B.	Ja, Verdacht auf Erdrosselung, Tentoriumriß, Frühgeburt.
69	w.	Wohnung der Mutter	ja	unehel.	B.	? Sturzgeburt, keine sichere To- desursache.
70	w.	Klosterstern	ja	?	U.	Ja, schwere Verletzg. d. Schlundes u. Schädelbruch, Mordverdacht.
71	m.	Wohnung der Mutter	ja	unehel.	B.	? Todesursache nicht festgestellt, Kindsmord?
72	w.	Hausflur	ja	?	U.	Nein, mangelnde Pflege.
73	w.	Eilbekkanal	ja	?	U.	Ja, Strangulationsmarke um Hals, Tod durch Erwürgen mittels Leinenstreifen.
74	w.	Anlagen	nein	?	U.	Nein, Totgeburt.
75	m.	Osterbekkanal	?	?	U.	? Reife Neugeburt, sehr faul. Kindsmord?
76	w.	Hausflur	ja	?	U.	Ja, Tod durch Strangulation, Kindsmord.
77	m.	Karolinen- straße	ja	?	U.	Ja, Erwürgen? Hämatom linker Hinterhauptslappen, Atesie des Ductus cysticus.
78	m.	Stadtparksee	ja	?	U.	Ja, im Munde Papierballen, im Schlunde Gewebspfropf, Kinds- mord durch Erstickung, faul.

Fortsetzung der Tabelle.

Lfd. Nr.	Geschlecht	Fundort	Lebend- geburt, ja, nein, ?	Eheliche, ?, unehe- liche	Unbe- kannt, be- kannt	Einwirkung äußerer Gewalt, ja, nein, ?, und besondere Bemerkungen
79	m.	Treppenflur	ja	?	U.	? Todesursache nicht feststellbar.
80	w.	Wohnung der Mutter	ja	unehel.	B.	? Todesursache nicht feststellbar.
81	w.	Wohnung der Mutter	ja	unehel.	B.	Ja, Würgerkmale am Hals, Nägelmale am Rumpf, Todes- ursache nicht sicher.
82	m.	Bassinstraße	ja	?	U.	? Todesursache nicht sicher, Schleimaspiration.
83	w.	Verbrennungs- anstalt	ja	unehel.	B.	? Tentoriumriß, Schleimaspira- tion. Kindsmord?
84	m.	Johanneswall	ja	?	U.	? Todesursache nicht feststellbar, Schleimaspiration?
85	m.	U. Brücke Billstraße	ja	?	U.	Ja, Strangulation, starke Fäulnis.
86	w.	Wohnung der Mutter	nein	unehel.	B.	Nein, Totgeburt, reif.
87	w.	Isebeckkanal	?	unehel.	B.	? Todesursache nicht sicher, sehr faul.
88	m.	Spreehafen	ja	?	U.	Ja, Strangulation, Fäulnis.
89	m.	Wohnung der Mutter	ja	unehel.	B.	Ja, Strangulation, Kindsmord.
90	m.	Isebeckkanal	?	unehel.	B.	? Todesursache, nicht sicher sehr faul.
91	m.	Wohnung der Mutter	ja	unehel.	B.	? Erstickung durch Fruchtschleim, Kindsmord?
92	w.	Wohnung der Mutter	nein	unehel.	B.	Nein, Totgeburt.

war. Dagegen war bei 10 ehelichen Geburten nur einmal Gewalteinwirkung fraglich.

4. Als Fundorte der toten Neugeburten kommen in erster Linie Gewässer in Frage, und zwar unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Hamburg.

5. Die verbreitetste Methode der Kindstötung ist die durch Verschuß der oberen Luftwege.

6. Der vorliegende Fall der kongenitalen doppelseitigen Cystenniere ist geeignet, in ätiologischer Hinsicht die Theorie der Entwicklungsstörung zu stützen, außerdem bestätigt dieser Fall die Erfahrungen von *Fahr* über den Zusammenhang von Cystennieren und Herzhypertrophie (s. Sektionsprotokoll S. 5).

7. Auf Grund der gesamten Erfahrungen ist sowohl für das gesamte Material als auch im besonderen für den Fall der kongenitalen Cysten-

niere die Entscheidung der Lebensunfähigkeit für den Fall eines Kindsmordes zur Bemessung des Strafmaßes von großer Wichtigkeit, es kommt Freispruch, zum mindesten mildernde Umstände in Frage.

Literaturverzeichnis.

- ¹⁾ *Aschoff*, Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 1919. — ²⁾ *Busse*, Über Cystennieren und andere Entwicklungsstörungen der Nieren. Virchows Arch. f. f. pathol. Anat. u. Physiol. **175**. 1904. — ³⁾ *Dunger*, Zur Lehre von der Cystenniere mit besonderer Berücksichtigung ihrer Heredität. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. **35**. 1904. — ⁴⁾ *Fahr*, Über die Beziehungen von Arteriolenklerose, Hypertonie und Herzhypertrophie. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. **239**. 1922. — ⁵⁾ *Forssmann*, Rekonstruktionen von Cystennieren, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Entstehung von Cystennieren. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. **56**, H. 3. 1913. — ⁶⁾ *Garré, Küttner, Lexer*, Handbuch der praktischen Chirurgie. 1922. Bd. 4. — ⁷⁾ *Haberda*, Zur Lehre vom Kindesmorde. Beitr. z. gerichtl. Med. herausgegeben von Koliska **1**. 1911. — ⁸⁾ *Harnack*, Die gerichtliche Medizin. 1914. — ⁹⁾ *Hornowsky*, Einige Bemerkungen über die Entstehung der angeborenen Cystenniere. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. **207**. 1912. — ¹⁰⁾ *Ipsen*, Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 3. Folge **31**, Suppl.-Heft. — ¹¹⁾ *Jores*, Pathologie der Harnorgane, d) Cystennieren. Ergebn. d. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 1907, S. 992. — ¹²⁾ *Jores*, Pathologie der Harnorgane. Ergebn. d. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 1907. — ¹³⁾ *Kottowsky*, Zur Histologie der angeborenen cystoiden Degeneration der Nieren. Zentralbl. 1900, S. 152. — ¹⁴⁾ *Kaufmann*, Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 1922. — ¹⁵⁾ *Kratter*, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 1922. — ¹⁶⁾ *Marx*, Praktikum der gerichtlichen Medizin. 1919. — ¹⁷⁾ *v. Mutach*, Beitrag zur Genese der kongenitalen Cystenniere. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. **142**. — ¹⁸⁾ *Puppe*, Atlas und Grundriß der gerichtlichen Medizin. 1908. — ¹⁹⁾ *Ribbert*, Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 1920. — ²⁰⁾ *Ribbert*, Über die Entwicklung der normalen Niere und der Cystenniere. Zentralbl. 1899, S. 829. — ²¹⁾ *Ruckert*, Über Cystennieren und Nierencysten. Festschrift für Orth. Berlin 1903. — ²²⁾ *Schmauss-Hercheimer*, Grundriß der pathologischen Anatomie. 1919. — ²³⁾ *Stemmler*, Ein Beitrag zur Lehre von der Cystenniere. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. **68**. 1921. — ²⁴⁾ *Stieda*, Zur Entstehung der Cystennieren. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. **12**. 1901. — ²⁵⁾ *Strassmann*, Medizin- und Strafrecht. 1911. — ²⁶⁾ *Veil*, Die klinischen Erscheinungen der Cystennieren. Dtsch. Arch. f. klin. Med. **115**. 1914. — ²⁷⁾ *Vorpahl*, Über einen Fall von kongenitaler Cystenleber und Cystenniere mit Übergang in riesenhafte Cystombildung. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. **53**. 1912.