

morrhagia permagna, Coagula sanguinea in trachea, in bronchis, ventriculo et in intestinis, Anaemia permagna, Tumores multiplices hepatis. Wachholz (Kraków).

Gautier, P.: Morts rapides et états thymo-lymphatiques. (Rascher Tod und Status thymicolymphaticus.) (*Clin. Infant., Univ., Genève.*) Rev. franç. Pédiatr. **6**, 213—221 (1930).

Gewisse, banale oder schwerere Infektionen, wie Bronchitis, Bronchopneumonie, gastrointestinale Affektionen führen bei Kindern mit Status thymicolymphaticus zu raschem Tode. Die charakteristischen anatomischen Einzelheiten, wie lymphoide Thymushyperplasie, vasculäre Aplasie, Hypoplasie der chromaffinen Organe, Hypertrophie der Schilddrüse, Koexistenz von Rachitis können den Tod nicht erklären, jeder pathogenetische Erklärungsversuch versagt. Nur eine insuffiziente Resistenz gegenüber Infektionen läßt sich klinisch konstatieren. Neurath (Wien).

Milovanović, Milovan: Syphilis als Ursache des plötzlichen Todes. Med. Pregl. **5**, 76—81 u. dtsh. Zusammenfassung 81—82 (1930) [Serbo-kroatisch].

Bei seinen in den Jahren 1919 bis 1929 an dem Leichenmaterial Belgrads vorgenommenen Untersuchungen stellte Verf. fest, daß gegenwärtig die häufigste Ursache des plötzlichen Todes die Lues ist. In 58,9% aller plötzlich aus natürlicher Ursache Verstorbenen hatte Syphilis den plötzlichen Tod hervorgerufen. Dabei handelte es sich ausschließlich um syphilitische Erkrankungen vasculärer Art. Die Untersuchungen erstreckten sich im einzelnen noch auf Lebensalter, Geschlecht, Sterbeort, Sterbedauer, agonale Verletzungen usw. Ferner wird die ausschlaggebende Rolle der Gelegenheitsursachen des plötzlichen Todes infolge Lues erörtert und dabei auf die Bedeutung der winterlichen Kälte und sommerlichen Hitze hingewiesen. Kagelmann (Magdeburg).

Kindesmord.

Lenzi, Lamberto: Considerazioni medico-legali sopra un caso di sospettato infanticidio. (Gerichtlich-medizinische Betrachtungen über einen Fall von Kindesmordverdacht.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Bari.*) Clin. ostetr. **32**, 283—292 (1930).

Differentialdiagnostisch sehr interessanter Fall, der ausführlich besprochen wird. Die Mutter befand sich während der Geburt in einem Zustand von Geistesverwirrung, die Obduktion der aus einem Ziehbrunnen geborgenen Kindesleiche ergab als Todesursache Erstickung durch Nabelschnurumschlingung des Halses, wogegen der Verdacht, daß das Kind mit einem Seil erwürgt oder in einem 29 m tiefen Brunnen ertränkt sein könnte, nicht aufrecht zu erhalten war. W. Rübsamen (Dresden).

Chase, William H.: An anatomical study of subdural haemorrhage associated with tentorial splitting in the newborn. (Anatomische Untersuchung von subduralen Hämorrhagien mit Tentoriumrissen beim Neugeborenen.) (*Path. Inst., McGill Univ., Montreal.*) Surg. etc. **51**, 31—41 (1930).

Von den 32 Fällen erwiesen sich nach ihrer Länge der Feten, die geringer war als die Norm von 48 cm, und nach dem Zeitpunkte der letzten Menstruation der Mutter 13 als nicht ausgetragen, doch decken sich die beiden Ergebnisse nicht immer. Die leichten und mäßig starken subduralen Blutungen erstreckten sich meist auf hintere und mittlere, starke auch auf die vordere Schädelgrube. Stets fand sich Blut in dem Subduralraum um die große Hirnvene oder ihre Äste, nie konnte eine Ruptur an ihr gefunden werden. Es gab keine sichere Beziehung zwischen dem Grad der Tentoriumschädigung und der Größe der Blutung. Als Quelle der Blutung kommen bei Neugeborenen in Frage: 1. Kleine Tentoriumgefäße. 2. Die Venen der Emissarien und die Quellen der großen Hirnvene. Injektionspräparate des großen Hirnsinus ergaben in vielen Fällen eine kleine Tentoriumvene, dicht unter der tiefen Horizontalschicht, die das hintere Ende des Sinus rectus zu erreichen scheint, eine relative Gefäßarmut des Tentorium bei reifen Früchten und vollständiges Fehlen von Emissarien im dreieckigen Raum. Blutungen aus Tentoriumvenen sind nur möglich bei unreifen Früchten und Verletzungen der oben erwähnten kleinen Tentoriumvene, die anatomisch nicht nachgewiesen werden konnten. Wichtig ist die Lage, nicht die Größe des Risses. Ursache von Blutungen

in die Räume über dem Tentorium sind Verletzungen der Äste der großen Hirnvene. Zu intraduralen Blutungen, die sich regelmäßig bei Frühgeburten fanden, führten Überdehnung oder oberflächliches Einreißen des Tentoriums. Mikroskopisch sieht man eine Anordnung der oberflächlichen Fasern in einzelnen Furchen bei diesen Rissen, die lieber Spaltungen genannt werden sollten. Die Länge der Geburtsdauer, die bei den hier verwandten Frühgeburten 10 statt 19—20 Stunden bei ausgetragenen Kindern betrug, kann kaum für die häufigen Tentoriumrisse bei Frühgeburten verantwortlich gemacht werden. Nach mikroskopischen Befunden macht Verf. das Vorherrschen von Fibroblasten mit wenig kollagenen Fasern, das Fehlen von elastischem Gewebe und die relativ große Zahl von Lymph- und dünnwandigen Blutgefäßen verantwortlich. Die Risse an sich können auch ohne bleibenden Schaden heilen. Risse der Hirnsichel sind wegen deren Gefäßlosigkeit ohne klinische Bedeutung, werden aber oft von Tentoriumrissen begleitet. Prädisponierend für die Blutung ist die Frühgeburt, durch die wohl auch nur die Lues wirkt, auslösend sind mechanische Schädigungen bei der Geburt. Die Veränderungen des Schädels bei dieser werden kurz angeführt und auf ihre Verstärkung bei operativen Entbindungen hingewiesen, besonders durch Zangengeburt, die mit 31% vertreten sind. Die Verhältnisse bei einer Sectio caesarea, die für die subdurale Blutung und den Tentoriumriß in Frage kommen, werden besprochen, und es wird auf die Gefahr der Schultzeschen Schwingungen hingewiesen. Von den hier verwandten Fällen waren 10 leichte, 6 schwere Spontangeburt, 16 mußten operativ angegangen werden. Für die leichten Spontangeburt ist der zu frühe Geburtstermin, für die schweren das ungünstige Verhältnis des kindlichen Schädels zum Geburtskanal an dem Einriß schuld. Große Blutungen werden meist bei ausgedehnten Tentoriumrissen gefunden. Doch deckt sich das nicht immer. Klinisch findet man meist oberflächliche, angestrenzte Atmung mit Cyanose (90%), Schwellung der Fontanelle, Krämpfe. 10 Bilder ergänzen die Arbeit. Müller (Pirna).^{oo}

Yagi, Hideo: Birth injuries in the new born. Pt. III. Autopsical results of intracranial hemorrhage. (Geburtsverletzungen an Neugeborenen. III. Teil: Obduktionsbefunde bei intrakranialer Hämorrhagie.) (*Obstetr. a. Gynecol. Inst., Imp. Univ., Kyoto*). Jap. J. Obstetr. **12**, 335—344 (1929).

Der Begriff Geburtsverletzungen muß die inneren Veränderungen mit umfassen. Ohne Obduktion der Totgeborenen Geburtsverletzungen zu erörtern und von Asphyxie der Neugeborenen zu sprechen, ist ein großer Fehler. Solche Verletzungen haben eine innere Beziehung zum mütterlichen Körper und zum Fetus. Die Obduktion muß feststellen, ob Hämorrhagien oder Asphyxie oder Mißgeburt vorliegen. Klinisch gleicht eine intrakranielle Hämorrhagie oft einer Asphyxie. Vom Verf. sind Feten und solche Neugeborenen untersucht worden, die innerhalb 1 Woche nach der Geburt gestorben waren. Der Bericht umfaßt die Ergebnisse vom November 1925 bis Ende 1928. Die Untersuchung wurde möglichst am frischen Material vorgenommen. Wenn dies nicht möglich war, wurde 60proz. Formalin in die Körperhöhlen gespritzt und die ganzen Körper in Formalinlösung gelegt. Die Obduktion erfolgte nach Saenger: Schneiden der seitlichen Knochen ohne Berührung der Pfeilnaht. Zuerst wurde die Schädelhöhle untersucht, dann die Hirnhemisphäre aufgeschnitten, der innere Zustand geprüft und schließlich die unter dem Tentorium befindliche Höhlung besichtigt. Künstliche Hämorrhagien wurden vermieden, indem besonders Sorge getragen wurde, daß nicht die Duralduplikatur wie auch das Tentorium cerebelli und die Falx cerebri verletzt wurden. Die Gehirnschubstanz und die Ventrikel wurden zuletzt untersucht. Zugleich wurde Meninge oder Bariumsulfat in die Jugularvene gespritzt und auf diese Weise das kraniale Zirkulationssystem besser sichtbar gemacht. Der wichtigste Punkt ist die Feststellung, aus welcher Art Hämorrhagie der Tod eingetreten ist. Der Verf. schloß leptomeningeale und intracerebrale Hämorrhagie als Todesursache aus, wenn nicht andere Komplikationen in der Schädelhöhle beobachtet wurden. Dagegen wurden intraventriculäre und subdurale Hämorrhagien als Todesursache angesehen. Kurz: Die intrakraniellen

Bedingungen sind zur Ermittlung der Todesursache am wichtigsten. Die Beschreibung der einzelnen Hämorrhagien (epidurale, subdurale, die besonders eingehend behandelt worden ist, subarachnoide, intraventrikuläre und intracerebrale) mit Angabe der Ursachen und der Häufigkeit muß im Original nachgelesen werden. Der Verf. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. Die systematische Obduktion ist unbedingt erforderlich. 2. In 50 von 144 Fällen waren intrakranielle Hämorrhagien vorhanden. Sie überschreiten die Fälle von Asphyxia suffocatoria, von der man früher glaubte, daß sie die Haupttodesursache des Fetus bei der Entbindung sei. 3. Die Bezeichnung (significance) Asphyxia neonatorum hat allmählich ihre Wichtigkeit verloren. Zahlreiche Fälle können durch Hämorrhagien erklärt werden. 4. Von den verschiedenen Hämorrhagien kommt die subdurale am häufigsten (88%) vor. Es folgen dann die leptomeningeale (26%), die intraventrikuläre (18%), die intracerebrale (10%) und die epidurale (6%). 5. Einige subdurale Hämorrhagien sind durch Rupturen des Tentorium cerebelli und der Falx cerebri verursacht, aber beide sind an solchen Rupturen nicht schuld. 6. Der Mechanismus der intrakraniellen Hämorrhagien wird durch eine trianguläre Beziehung erklärt, die sich aus den klinischen Ergebnissen und der Obduktion herleitet. Die trianguläre Beziehung besteht zwischen der Stasis (Störung in der intrakraniellen Zirkulation), dem Druck (Veränderung der Dimensionen des Schädels) und dem Widerstand (Gewebe des Fetus, Reife und Anomalien). 7. Schließlich mögen als Prophylaxe gegen Hämorrhagien 2 wichtige Verfahren erwähnt werden: 1. Prophylaxe gegen Störungen der intrakraniellen Zirkulation (bei intrauteriner Erstickung, Nachlassen der Wehen usw.), 2. Prophylaxe gegen Kompression des Schädels (bei Forzeps, künstlicher Extraktion mit der Hand usw.). Der Arbeit sind auf einer Tafel 2 Abbildungen: 1. Vollständige Ruptur des Tentorium cerebelli an beiden Seiten und 2. das Gegenstück: Unverletztes Tentorium, beigelegt. (Vgl. diese Z. 11, 336.) *Wilcke* (Göttingen).

Yagi, Hideo: Birth injuries in the new born. Pt. IV. Mortality statistics of new born children and investigation of the cause of death based upon autopsy. (Geburtschädigungen beim Neugeborenen. Teil IV. Mortalitätsstatistiken bei neugeborenen Kindern und Untersuchung der Todesursache auf Grund der Autopsie.) (*Gynecol. a. Obstetr. Inst., Imp. Univ., Kyoto.*) *Jap. J. Obstetr.* 12, 345—355 (1929).

Statistische Untersuchungen an 308 Todesfällen neugeborener Kinder, die bei 3671 klinischen Geburten in den Jahren 1925—1927 vorkamen. Aborte und Frühgeburten vor dem 7. Monat blieben unberücksichtigt. Es wurden die Todesfälle vor, während und bis zu einer Woche nach der Geburt nach verschiedenen Gesichtspunkten geordnet (Mortalität in Beziehung zum Schwangerschaftsmonat, in dem die Geburt erfolgte; Gegenüberstellung der Mortalität bei reifen und frühgeborenen Kindern; Geburtslage und Mortalität; die Zeit des Todes — vor, während oder nach der Geburt — in Beziehung zu Schwangerschaft und Geburt). Von den 308 Neugeborenen wurden 178 sezirt. Im 2. Teil der Arbeit wurden die Sektionsergebnisse statistisch ausgewertet. An erster Stelle unter den Todesursachen steht die intracraniale Blutung mit 34%; dann folgen Asphyxie und Pneumonie mit zusammen 28%. Eine große ursächliche Bedeutung für die Entstehung intrakranieller Blutungen und die Erstickung der Kinder wird langer Geburtsdauer und geburtshilflichen Eingriffen beigemessen. *Schrader*.

Demelin, L.: De la résistance aux tractions du cordon ombilical pendant l'accouchement à ferme. (Über die Zugfestigkeit der Nabelschnur bei der rechtzeitigen Geburt.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 18. XI. 1929.*) *Ann. Méd. lég. etc.* 9, 681 bis 684 (1929).

Die Zerreißbarkeit der Nabelschnur hängt neben ihrer abnormen Beschaffenheit (insertio velamentosa, Syphilis, Maceration usw.) vor allem von der Art der Gewaltwirkung ab. Bei gleichmäßig langsam wirkendem Zug reißt die normale Nabelschnur sehr schwer und hält Belastungen bis weit über das Gewicht des Neugeborenen aus. Bei plötzlich wirkender Belastung kann die Nabelschnur dagegen schon mit einem Gewicht von 1 kg und weniger reißen (Sturzgeburt). Eigene Versuche, die Nabelschnur

mit den Händen durch ruckweises Zerren zu zerreißen, zeigten, daß dies leicht auch bei Anwendung mittlerer Kraft möglich ist. Es reißen zuerst die äußere Bekleidung des Amnions, dann die Warthonsche Sulze, zuletzt die Gefäße. Allgemein ist es sehr einfach, festzustellen, ob eine Nabelschnur zerrissen ist oder nicht, dagegen sehr schwierig, ob die Zerreißen zufällig bei einer Sturzgeburt usw. oder aktiv mit den Händen erfolgt ist. Gerade hier sind die ersten Ermittlungen besonders wichtig. *Weimann* (Berlin).

Gerichtliche Geburtshilfe.

Tietze: 7 Fälle von schwerster Schädigung durch Intrauterinpressare. (*Nordwestdtsh. Ges. f. Gynäk., Bremen, Sitzg. v. 10. V. 1930*). Zbl. Gynäk. 1930, 2235—2236.

Mitteilung von 6 Fällen von Schädigungen durch Intrauterinpressare, von denen vier tödlich endigten und zwar infolge Sepsis oder Peritonitis, einmal handelte es sich um eine aufsteigende Erkrankung an Aktinomykose. Das Sterilett mußte hier die Eingangspforte für den Strahlenpilz geschaffen haben. *Gg. Strassmann* (Breslau).

Liegner, B.: Eingebildete und vorgetäuschte Schwangerschaften. Mschr. Geburtsh. 85, 98—105 (1930).

Bericht über 3 Fälle eingebildeter Schwangerschaft, in denen ärztlich anfänglich die Schwangerschaft diagnostiziert worden war, bis die Nachuntersuchung durch den Verf. den Irrtum in der Diagnose aufdeckte. Ferner wird ein 4. Fall mitgeteilt, in dem eine Schwangerschaft vorgetäuscht wurde, offenbar auf Grund einer geistigen Erkrankung, da sich bald nachher eine progressive Paralyse entwickelte. *Gg. Straßmann* (Breslau).

Zubrzycki, J.: Geschlossenes rudimentäres Uterushorn und Extrauterin gravidität. Polska Gaz. lek. 1930 I, 348—352 [Polnisch].

Zubrzycki fand bei einer 27jährigen Multipara im Douglasraum am inneren Rande des linken Uterosakralbandes ein frisch geborstenes Ei. In den Eiresten wurde Chorion und Decidua nachgewiesen. *Wachholz* (Krakow).

Zangemeister, W.: Das Übertragungsproblem. Erwiderung an Frigyesi und Sellheim. (*Univ.-Frauenklin., Königsberg i. Pr.*) Zbl. Gynäk. 1929, 2723—2729.

Verf. setzt sich in den Ausführungen, die zahlreiche statistisches und literarisches Material bringen und die deswegen von dem gerichtlichen Mediziner, der sich mit dieser Frage häufig zu befassen hat, nachgelesen werden müssen, mit dem Übertragungsproblem auseinander. Wie schon in früheren Ausführungen, wird zwischen einem Übertragen- und Überreifwerden streng geschieden, und es werden die entsprechenden Fälle nach allen Richtungen hin durchgesprochen. Folgende Zahlen möchte ich aus der Arbeit hier anführen: Das intrauterine Fruchtwachstum ist normal in etwa 75%, abnorm schnell in etwa 13%, abnorm träge in etwa 12%. Ein Übertragen (über 290 Tage p. conc.) käme demnach vor in 7%, und zwar — in sich prozentual berechnet —

mit unreifer Frucht (bis 47 cm)	in	3%
„ reifer „ (48—53 cm)	„	87%
„ überreifer „ (über 53 cm)	„	10%

Eine Überreife (über 53 cm) komme vor in 7,3%, und zwar in sich prozentual berechnet

nach zu kurzer Schwangerschaftsdauer p. conc. (bis 250 Tage)	in	1%
„ normaler „ „ „ (251—290 Tage)	„	89%
„ zu langer „ „ „ (über 290 Tage)	„	10%

(Vgl. Zbl. Gynäk. 1929, 269 [Frigyesi und Sellheim].) *Nippe* (Königsberg i. Pr.).

Ist die Untersuchung einer Schwangeren bereits versuchte Abtreibung? Reichsgerichtsentscheidung vom 16. V. 1930. Rechtsprechg u. Med.gesetzgeb (Sonderbeil. d. Z. Med.beamte 43) 43, 78—79 (1930).

Die Kaufmannsfrau R. suchte mit ihrer ledigen schwangeren Tochter H. das Sanatorium der Frau A. auf mit dem Verlangen auf Beseitigung der Frucht. Diese lehnte ab mit der Begründung, daß solche Eingriffe nur aus medizinischer Anzeige zulässig wären, z. B. bei starken Blutungen. Auf die Behauptung der R. hin, daß tatsächlich heftige Blutungen bei der Tochter beständen, erfolgte nunmehr eine eingehende Untersuchung und Aufnahme. Es trat bei der Tochter eine spontane Blutung ein, die durch eine Scheidentamponade zum Stehen gebracht wurde. Ein nun hinzugezogener Arzt konnte nur noch feststellen, daß die Ausstoßung der Frühgeburt bereits eingetreten war. Im Strafprozeß wurde die Inhaberin des Sanatoriums freigesprochen, die H. R. wegen versuchter Abtreibung zu 2 Wochen und ihre Mutter wegen