

Kindesmord.

Reichel, H.: Schädelfrakturen bei Neugeborenen und jungen Säuglingen. (*Univ. Kinderklin., Leipzig.*) Mschr. Kinderheilk. 48, 143—149 (1930).

Bei dem 3 Monate alten Kind wurde klinisch und bei der Sektion eine Fraktur, bzw. deren Ausheilung festgestellt, die am knöchernen Schädel bogenförmig durch das linke Scheitelbein von der hinteren Ecke der großen Fontanelle nach dem Tuber parietale und von diesem nach der Spitze der Lambdanaht verlief; ferner eine zweite im rechten Parietale von der Lambdanaht nach der Coronarnaht. Eine reichliche Callusbildung war vorhanden. Eine postnatale Gewalteinwirkung konnte mit ziemlicher Sicherheit (auch theoretisch) ausgeschlossen werden.

Es handelt sich hier um eine während der Geburt entstandene Fraktur, wohl bedingt durch ein ziemlich stark vorspringendes Promontorium, das außerdem oberhalb der Terminalebene lag. Verf. stellte Versuche an Schädeln toter Neugeborener an, wobei es ihm nicht gelang, durch Pressen von Stirn zu Hinterkopf Frakturen zu erzielen, wohl aber in einer zu dieser senkrechten Richtung. *Dollinger* (Berlin-Friedenau).

Kissine, S. W.: Des hémorragies cérébrales chez les nouveau-nés comme suites des lésions traumatiques obstétricales. (Hirnblutungen Neugeborener als Folgen von Geburtsschädigungen.) (*Clin. Obstétr. et Gynécol., Univ. d'Etat, Smolensk.*) Rev. franç. Gynéc. 25, 332—338 (1930).

Nach neueren Untersuchungen (die der Autor in einer kurzen Literaturübersicht referiert) finden sich bei sog. asphyktisch verstorbenen Neugeborenen in einem nicht unbeträchtlichen Prozentsatz der Fälle Blutungen des Gehirns als Todesursache.

Bericht über 80 Sektionen, worunter in 20 Fällen makroskopische Blutungen beobachtet wurden, deren Dimensionen sie als alleinige Todesursache erscheinen lassen. Sie verteilen sich wie folgt: 1 Fall von Eklampsie der Mutter, 1 Fall hereditärer Syphilis, 2 Fälle puerperaler Infektion, 3 Geburten mit Komplikationen und puerperaler Endometritis, 1 Parturiens mit Pneumonie, 3 vorzeitige Geburten bei Schädellage, 1 vorzeitige Geburt durch Sectio, 2 normale Schädellagen, 2 rechtzeitige spontane Geburten bei Steißlage, 2 schwere rechtzeitige Geburten (Mißverhältnis Kopf-Becken), 2 Fälle langer Austreibungsperiode (mehrfache Umschlingungen der Nabelschnur um den kindlichen Hals).

Flüssigkeit war in den Luftwegen nur selten oder nur in unbedeutenden Mengen vorhanden. Der reine Asphyktietod ist nach diesen Befunden selten. Das Geburtstrauma muß als wesentliche Ursache der Blutungen und des Todes angesehen werden (als alleiniger Faktor in den letzten 6 der oben angeführten 20 Fälle). In 14 Fällen spielen bald die Infektion, bald die Intoxikation oder allgemeine Schwäche des (vorzeitig) Geborenen als weiterer Faktor mit, indem sie die Resistenz der kindlichen Gewebe selbst minimen Traumen gegenüber schwächen. Hinweise auf die Wichtigkeit der Prophylaxe bei der Leitung der Geburt. *Eisner* (Basel).

Rojas, Nerio Luis Cattaneo, und Alejandro Raitzin: Die Lungenblähung bei Totgeborenen. (*Buenos Aires, Sitzg. v. 14.—17. XI. 1928.*) Act. Conf. lat.-amer. Neur. etc. 1, 695—703 (1929) [Spanisch].

Die Verff. stellten ihre Versuche teils an Totgeburten, teils an solchen Früchten an, die nur kurze Zeit nach der Geburt geatmet hatten, im ganzen an 12 Fällen. Es wurden mit der Vaginalspritze, wie sie vielfach im Gebrauch ist, bei den Früchten Lufteinblasungen in die Lungen vorgenommen. Bei der 1. Gruppe, die nicht geatmet hatte, führte die Lufteinblasung nicht zur Ausdehnung der Lungen. Bei der Sektion boten die Lungen das fetale Aussehen, auf dem Durchschnitt zeigten sich keine Luftblasen. Dagegen waren Magen und oberer Teil des Dünndarms durch die Luft ausgedehnt. Mikroskopisch bemerkte man keine Entfaltung der Alveolen. Bei der 2. Gruppe, die nur wenig geatmet hatte, gelang die Lufteinblasung fast vollständig. Die Lungen hatten das Aussehen von Lungen, die geatmet hatten, nur fehlte die Sprekelung der normalen Lungen. Ferner hatte sich ein subpleurales und interlobuläres Emphysem eingestellt. Der Magen war wie bei der vorigen Gruppe ausgedehnt. Histologisch waren die Alveolen mehr gedehnt als normal, auch bemerkte man Einrisse der Alveolenwände. Bei der 3. Gruppe, die nicht geatmet oder nur wenige Atemzüge gemacht hatte, sah man inselartige Ausdehnungen, indem einige Teile das Bild der fetalen Lunge boten, ein anderer Teil dagegen das Bild einer Lunge zeigte, die geatmet hatte. Der Magen war, wie immer, ausgedehnt.

Makro- und mikroskopisch bieten demnach Lunge und Magen eine Reihe Zeichen, die auf die passive Ausdehnung der Lungen durch Lufteinblasung schließen lassen, was gegebenenfalls von gerichtlich-medizinischer Bedeutung ist. *Ganter* (Wormditt).

Lundqvist, Birger: Hémorragies intra-thoraciques et intra-abdominales chez le nouveau-né. (Intrathorakale und intraabdominelle Blutungen beim Neugeborenen.) (*Maternité Södra Barnbördsh., Stockholm.*) Acta obstetr. scand. (Stockh.) 9, 331—383 (1930).

Verf. berichtet über 52 in den letzten 25 Jahren beobachtete tödlich verlaufene Fälle von intraabdominellen und intrathorakalen Blutungen bei Neugeborenen. 27 Fälle hat Verf. selbst beobachtet. Nur 3 von den Blutungen waren intrathorakal, 2 von ihnen stammen aus dem Thymus und 1 Fall ist eine mediastinale Blutung, deren Ausgangspunkt ungewiß ist. 49 Fälle sind intraabdominelle Blutungen, Leber-, Nebennieren-, Milzblutungen. Die Blutungen sind wahrscheinlich durch die bei der Entbindung bedingte Zirkulationsstörung beim Fetus verursacht, vielleicht auch durch die Zirkulationsstörung, die der 1. Atemzug des Fetus hervorruft. Die Parenchyrrupturen in Leber und Milz entstehen wahrscheinlich traumatisch. In Fällen von subkapsulären Leberblutungen, Nebennierenblutungen und Thymusblutungen sind keine mechanischen Faktoren ersichtlich, auf welche die Schäden zurückgeführt werden könnten. Hier sind fast regelmäßig asphyktische Erscheinungen nachzuweisen. Da aber die Asphyxie allein nicht zur Erklärung der Blutungen ausreicht, nimmt Verf., in seiner Annahme durch neuere Blutuntersuchungen bestärkt, eine hämophile Neigung der Feten an. Hierfür spricht auch die Tatsache, daß diese Blutungen in mehr als 70% bei Knaben vorkommen, gegen kaum 30% bei Mädchen. Klinisch bieten die Kinder mit intrathorakalen oder abdominellen Blutungen das gleiche Bild. Die Mehrzahl der Kinder, die 12 Stunden lang gelebt haben, sah zunächst scheinbar gesund aus. Plötzlich verschlechterte sich der Allgemeinzustand und ohne irgendwelche lokalen Symptome trat der Tod ein.

Köstler (Berlin).^{oo}

Gerichtliche Geburtshilfe.

Fraenkel, L.: Sterilisierung und Konzeptionsverhütung. Arch. Gynäk. 144, 86—132 (1930).

Operative Sterilisierung: ist bei Mann und Frau nach dem geltenden Rechte schwere Körperverletzung, weil sie die Zeugungskraft aufhebt und die Fortpflanzung vernichtet. Dafür genügt deshalb nicht allein die Zustimmung der Beteiligten. Über die medizinischen Indikationen will sich aber F. nicht verbreiten. Es gibt ihrer nicht nur solche aus dem Gebiet der inneren Medizin, sondern auch aus geburtshilflich-gynäkologischen Gründen. F. berechnet für Deutschland, daß jährlich 50—100000 Sterilisierungen vorgenommen werden und er empfiehlt, jedesmal einen zweiten Arzt hinzuzuziehen und ein Protokoll darüber aufzunehmen. Die eugenische Indikation hält F. für wissenschaftlich noch nicht genügend gesichert. Für die Indikationsstellung empfiehlt er wieder ein Konsilium zweier unabhängiger Ärzte, von denen einer mindestens eine besondere Erfahrung in der Vererbungswissenschaft haben muß. Am besten ist die Hinzuziehung eines staatlichen Medizinalbeamten. Die rein soziale Indikation lehnt F. ab, wohl kann eine vorhandene ärztliche Indikation durch soziale Momente verstärkt werden.

H. Füh (Köln)._o

Meixner, Karl: Die Dauer der Schwangerschaft vor Gericht. Wien. klin. Wschr. 1930 II, 1217—1223.

Die Schwierigkeiten bei der Begutachtung der Schwangerschaftsdauer vor Gericht werden eingehend dargelegt unter Berücksichtigung der Wahrscheinlichkeitsrechnung. Bei der Begutachtung soll auf die außerordentliche Seltenheit von besonders frühzeitigen Geburten ausgetragener Kinder hingewiesen werden. Der Richter könne dann das „außerordentlich selten“ in „unbeachtlich selten“ übersetzen und die Wahrscheinlichkeit von 1 Millionstel gleich 0 erachten. Nürnberger hat bekanntlich berechnet, daß unter 1 Million reifer Kinder erst 1 nach einer Tragezeit von 235 oder 314 Tagen geboren würde.

G. Strassmann (Breslau).