

Grenzen der menschlichen Erziehungsfähigkeit. Kritisch wird weiterhin betont, daß die vorzüglichste Gefängniserziehung immer eine Erziehung im und zum Gefängnisleben sein wird. Sie wird niemals die großen Gegensätze überwinden können, die zwischen dem Leben hinter den Gefängnismauern und dem in der Freiheit bestehen. Deshalb ist nach Ansicht Gerlands der Schluß, daß derjenige, der sich im Gefängnis an Arbeit und Ordnung gewöhnt, auch außerhalb des Gefängnisses arbeitsam und ordentlich bleiben wird, voreilig gezogen. Trotz dieser Skepsis bekennt sich Gerland zum progressiven Strafvollzug. Er wünscht eine erzieherische Vergeltung, nicht aber einen Ersatz der Vergeltung durch Erziehung' ohne Vergeltung. Im einzelnen fordert er, daß die für den Stufenstrafvollzug geeigneten Freiheitsstrafen nicht unter 9 Monaten betragen dürfen, da alle Erziehungsversuche eine gewisse Zeit haben müssen. Er will deshalb die kurzfristige Freiheitsstrafe in besonderen Anstalten vollstreckt wissen und wünscht hier einen Vollzug, bei dem der Progressivgedanke in irgendeiner Weise verwertet wird, das ganze System aber nicht lediglich auf der Progressividee aufzubauen ist. Die Frage, ob alle langfristig Inhaftierten gleichmäßig dem Strafvollzug in Stufen unterstellt werden sollen, beantwortet er folgendermaßen: Die Vorstrafen sollen nach dieser Richtung hin entscheiden. Dabei soll einerseits die Zahl, andererseits auch das zeitliche Verhältnis, in der die Vorstrafen zueinander stehen, ausschlaggebend sein. Psychopathen sollen einer besonderen Behandlung in räumlich getrennten Abteilungen unterworfen werden. Gerland wünscht also ein nach festen objektiven Grundlagen bestimmtes Stufensystem. Nach seiner Ansicht bleiben die einzelnen Vergünstigungen gute Disziplinierungsmöglichkeiten, weil sie einzeln, ohne daß man sofort zum äußersten Mittel der Zurückversetzung greifen muß, entzogen werden können. Auf die Frage, wie sich die Stufen im einzelnen voneinander unterscheiden sollen, geht Verfasser nicht ein. Die gemeinsame Betreuung von Zuchthäuslern und Gefängnisinsassen in demselben Strafvollzug wird abgelehnt. Voraussetzung für eine erfolgreiche Erziehung ist eine gute Schulung und eine hinreichende Zahl der Beamten und eine besondere Berücksichtigung der Übergangszeit zur Freiheit. Gerland hält deshalb Übergangsstationen mit freiem Ausgang, freier Arbeit, aber gebundener Wohnung für unentbehrlich.

In dem Vortrag des Strafanstaltspfarrers Carl Wahl: „Was hat der evangelische Strafanstaltspfarrer zum Stufenstrafvollzug zu sagen?“ ist die Würdigung der ärztlichen Mitwirkung bei der Erziehung und die kritische Behandlung der preußischen neuen „Verordnung über den Strafvollzug in Stufen“ vom 7. Juni 1929 bemerkenswert.

Többen (Münster).

Moskoff, Ivan: Il servizio medico-statistico nelle carceri di Bulgaria. (Der medizinisch-statistische Dienst in den Gefängnissen Bulgariens.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Sofia.*) Arch. di Antrop. crimin. 51, 266—270 (1931).

Es wird über jeden Gefangenen ein Fragebogen geführt, der 47 Fragen enthält, die sich auf die Familienanamnese, die persönliche Anamnese und den körperlichen und geistigen Zustand des Gefangenen beziehen. *Ganter (Wormditt).*

Plötzlicher Tod aus innerer Ursache.

Wedard, Vittorio Martin: Sopra due casi di rottura spontanea del cuore. (Über 2 Fälle von spontaner Herzruptur.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Roma.*) *Zacchia* 9, 35—48 u. 94 (1930).

Ausführlicher Bericht über 2 Fälle von Herzruptur in der Hinterwand des linken Ventrikels. Bei dem einen Fall trat die Frage auf, ob ein Trauma (Hinstürzen mit Verletzung an der Stirn) auslösend gewirkt hatte. Verf. entscheidet sich für agonale Entstehung der Verletzung. *Heinz Kockel (Bonn a. Rh.).*

Breitenecker, Leopold: Zweifache Zerreißung der linken Herzkammerwand aus innerer Ursache. (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Wien.*) Beitr. gerichtl. Med. 11, 181 bis 189 (1931).

Spontane Herzrupturen mit Tod durch Herztamponade kommen bei den plötzlichen Todesfällen aus natürlicher Ursache nicht gar so selten zur Beobachtung. In dem allerdings ungeheuer großen Material des gerichtlich-medizinischen Institutes zu Wien wurden unter

2566 Fällen plötzlichen Todes 87 Fälle durch spontane Herzruptur festgestellt. Fast immer handelt es sich dabei um Coronarsklerose und Thrombose, wobei die Ruptur in der Regel im Ausbreitungsgebiet der linken Kranzarterie, häufiger an der Vorderwand, seltener an der Kante oder an der Hinterwand ihren Sitz hat. Meist sind die Rupturen nur einfach.

Der Autor berichtet im vorliegenden Fall über 2 Fälle von doppelter Zerreißung der linken Herzkammerwand im Anschluß an Coronarsklerose. Der 1. Fall betrifft einen 69jhrigen Mann, der niemals krank gewesen war und nur zuletzt über rheumatische Schmerzen in beiden Armen geklagt hatte, er starb ziemlich plötzlich. Die Sektion ergab 2 Rupturen in der Vorderwand der linken Herzkammer (350 ccm Blut im Herzbeutel), welche nach der Untersuchung des Verf. 2 von einander getrennten Erweichungsherdchen entsprechen, die aber beide in dem Versorgungsgebiet der linken Herzkranzschlagader liegen. Im 2. Fall handelt es sich um eine 56jhrige Frau, die schon früher an Herzbeschwerden gelitten hatte und die auch bei einer nicht besonders beschwerlichen körperlichen Anstrengung plötzlich schwerst erkrankte und rasch starb. Auch hier fanden sich im Herzbeutel 300 ccm flüssiges und geronnenes Blut, verursacht durch eine zweifache Zerreißung der Hinterwand der linken Herzkammer, wobei aber die Risse in einem gemeinsamen Erweichungsherd liegen, der (seltenerweise!) in das Versorgungsgebiet der rechten stark sklerotisch veränderten und sogar verschlossenen Herzschlagader gehörte. In diesem Falle war offenbar die rechte Herzschlagader die weitaus größere und hatte ausnahmsweise die ganze Versorgung der Hinterwand der linken Herzkammer mit übernommen, wobei dann auch dieser hinten absteigende Ast eine funktionelle Endarterie im Sinne Cohnheims darstellte (vgl. Jamin und Merkel: Die Coronararterien des menschlichen Herzens in stereoskopischen Röntgenbildern, Verl. v. Gustav Fischer, Jena 1907, worin diese einschlägigen Verhältnisse in einer für den Unterricht sehr instruktiven Weise dargestellt sind. Ref.).

H. Merkel (München).

Ramsay, Robert Ewart, and R. M. Crumrine: Coronary thrombosis in an infant aged four months. (Coronarthrombose bei einem 4 Monate alten Kind.) Amer. J. Dis. Childr. 42, 107—110 (1931).

Entzündlicher Thrombus des absteigenden Astes der linken Coronararterie, vermutlich aus einem bakteriellen Embolus entstanden. Das Kind war innerhalb weniger Stunden unter schwerster Atemnot, verbunden mit leichter Cyanose, zugrunde gegangen. 4 Wochen vorher war es an unklaren meningitischen Erscheinungen erkrankt, nach Lumbalpunktion aber wieder genesen.

Rasor (Frankfurt a. M.).

Herskovics, P.: Ptzlicher Tod einer Friscentbundenen an Herzblock. (Alice v. Weiss-Wchnerinnenheim, Budapest.) Zbl. Gynäk. 1931, 1460—1464.

Berichte über einen Fall plötzlichen Herztodes exakte Untersuchung des Herzens bei der Obduktion ergab eine umschriebene Erkrankung des Reizleitungssystems, hervorgerufen durch einen chronisch entzündlichen Herd. Bei intaktem Herzmuskel und Klappensystem kam es durch die Geburtsarbeit zum tödlichen Herzblock. P. Klein (Prag).^{oo}

Willer, H.: Endocarditis ulcerosa und Perforation des linken Ventrikels. (Path. Inst., Univ. Würzburg.) Zbl. Path. 51, 209—213 (1931).

Es wird der Fall eines unter schweren Allgemeinsymptomen erkrankten und plötzlich unter den Zeichen einer Perikarditis gestorbenen 34jhrigen Mannes beschrieben. Pathologisch-anatomisch handelte es sich um eine rekurrende ulceröse Aortenendokarditis mit Perforation am Ansatz der linken Aortenklappe und Hämoperikard; ferner lag eine Perforation des Endokards des linken Sinus Valsalvae mit intramuralem Aneurysma vor.

Klbs (Köln).

Boldrini, Boldrino: Morte rapida da cisti del plesso del 3. ventricolo cerebrale. (Plötzlicher Tod infolge Cyste des Plexus des 3. Ventrikels.) (Istit. di Med. Leg., Univ., Milano.) Gazz. internaz. med.-chir. 39, 67—71 (1931).

Bei einem 24jhrigen Manne, der schon früher anfallsweise Kopfschmerzen gehabt hatte und nach Übelkeit bewußtlos geworden und gestorben war, ergab die Autopsie Spannung der Dura, Ansammlung von 100 ccm rötlicher Flüssigkeit an der Hirnbasis, Erweiterung der mit Flüssigkeit gefllten Seitenventrikel und des 3. Ventrikels, in dem sich ein kugeliges, nugroes, gelbliches Gebilde von gelatinöser Beschaffenheit und glatter, glänzender Oberfläche findet. Durch einen dünnen vascularisierten Stiel hängt es mit dem rechten Pl. chorioideus zusammen. Der faserige Stiel endet in eine das Gebilde auskleidende Kapsel. Auf ähn-

liche cystische, wahrscheinlich entzündliche (?), in der Literatur beschriebene Gebilde wird hingewiesen. Sie haben sämtlich schon in einem nicht vorgeschrittenen Stadium zum Tode geführt.

Kastan (Hamburg).^{oo}

Neureiter, Ferdinand: Vergiftung oder plötzlicher Tod? (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. Riga.*) Beitr. gerichtl. Med. 11, 32—35 (1931).

In dem hier mitgeteilten Falle handelte es sich um den unerwartet plötzlichen Tod aus natürlicher Ursache, der zwei anscheinend gesunde Individuen, zwischen denen eine gewisse feindliche Spannung bestanden haben soll, während einer Mahlzeit in einem vollbesetzten Kaffeehaus kurz hintereinander, also unter Umständen, die wohl für eine Vergiftung sprachen, ereilt hat.

Als Todesursache konnte bei dem einen eine schwere Verkalkung der Herzkranzgefäße mit schwieriger Entartung des Herzfleisches, bei dem anderen ein Aneurysma parziale cordis bei schwerer Verkalkung der Coronargefäße und Mesaortitis luetica festgestellt und durch die chemische Untersuchung der Leichenteile und die pharmakologische Prüfung der Speisereste erhärtet werden.

v. Neureiter (Riga).

Puntigam, Franz: Seltene Ursache eines plötzlichen Todes: „Primäre Pulmonalsklerose“ bei einem 12jährigen Mädchen. (*Univ.-Inst. f. Gerichtl. Med., Wien.*) Beitr. gerichtl. Med. 11, 106—116 (1931).

Plötzlicher Tod eines 12jährigen Mädchens, welches angeboren herzleidend gewesen sein soll. Anatomischer Befund: In der Lungenschlagader außer zahlreichen bis in die feineren Verzweigungen reichenden beetförmigen graugelben Wandeinlagerungen an mehreren Stellen, besonders in beiden Hauptästen, die erweitert sind, rotgelbe faserstoffige, der Gefäßwand anhaftende Auflagerungen, 9—10 mm hoch, die mit starker Einengung der Lichtung beider Hauptäste verbunden sind. Im Bereich der rechten arteria pulmonalis bzw. deren Verzweigungen mehrere sackförmige Erweiterungen bis zu einem Kaliber von 46:29 mm. Ausfüllung dieser Erweiterungen mit gelbrotten Thrombenmassen. Das Herz war vergrößert, besonders die rechte Hälfte, letztere erweitert, 10 mm dicke Wand. Das eirunde Loch offen, der Ductus Botalli geschlossen. Ascites, chronische Stauungsorgane. Histologisch zeigte die Wand der Lungenschlagaderäste eine mächtige Verdickung der Intima, die aus lockerem zarten Bindegewebe besteht, Aufsplitterung der Membrana elastica interna stellenweise. In der Media Aufsplitterung der Elasticalamellen und Einrollung an den Enden. An diesen Stellen Bindegewebe- und Kalkablagerung, ganz vereinzelt in der Media kleine Rundzelleninfiltrate, reichliche ebensolche in der gefäßreichen Adventitia. Die Veränderungen reichen bis zu den Verzweigungen dritter und vierter Ordnung. An den kleinsten Ästen eine leichte Verdickung der Intima stellenweise. Mächtige Erweiterung und Schlingelung der Capillaren des Lungengewebes. Keine Herzfehlerzellen. Bakterienfärbungen negativ. Aus der Anamnese ist bemerkenswert eine eitrige Mittelohrentzündung im Alter von 9 Monaten. Seit dem 3. Lebensjahr Husten, Verdacht des angeborenen Herzfehlers. In den folgenden Jahren häufige klinische Untersuchung. Diagnose: angeborener Herzfehler evtl. Offenbleiben des Ductus Botalli. Röntgenbefund: Plumpe Konfiguration und mäßige Vergrößerung des Herzschattens mit stärkerem Vorspringen der Pulmonalis. Später diastolisches Geräusch anschließend an den paukenden 2. Ton.

Eingehende Erörterung der klinischen Diagnose im Verhältnis zum Leichenbefund, Hinweis auf die Arbeiten von Posselt und Romberg u. a. Verf. hält die Veränderungen der Pulmonalis für chronisch entzündlich: Arteriitis pulmonalis, und denkt an eine Bedeutung der früh durchgemachten Otitis neben einer angeborenen Minderwertigkeit des Gewebes der Lungenschlagader.

Walcher (München).

Jones, J. Arnold: Pulmonary embolism in an infant following aural infection. (Lungenembolie bei einem Kinde nach einer Ohrinfektion.) (*Ear, Nose a. Throat Dep., Roy. Manchester Childr. Hosp., Manchester.*) Lancet 1930 II, 1070—1071.

Bei einem Kinde von 7 Monaten trat im Verlauf einer beiderseitigen Otitis ein linksseitiger Mastoidabsceß auf. 8 Tage nach Antrotomie Tod durch Embolie der Lungenarterien beider Unterlappen und des rechten Mittellappens. Keine Kopfsektion. Bei Kindern ein seltenes Ereignis, bisher 11 Fälle in der Literatur, davon 8 nach Ohrinfektion. *Hantschmann.*

Zink, Karl: Der hämorrhagische Lungeninfarkt als Vorbote der tödlichen Lungenembolie. (*Path. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) Med. Klin. 1931 II, 1247—1248.

Das Sektionsmaterial des Freiburger Pathologischen Instituts ergab unter 54 Fällen tödlicher Lungenembolie von Januar 1926 bis Juli 1930 38 Fälle = 70,4%, bei denen hämorrhagische Lungeninfarkte in mehr oder weniger großer Ausdehnung vorlagen. Bekanntlich muß zum Entstehen eines Lungeninfarkts außer der Embolie eines Arterien-

astes noch eine Störung im kleinen Kreislauf dazukommen. Verf. bestätigt diese Regel an seinem Material, indem er fast regelmäßig Stauung hervorrufende Herz- oder Lungenkrankheiten bei den Fällen von Infarkten fand, während 9 Fälle ohne Stauung keinen Infarkt zeigten. Weiter weist Verf. nach, daß in der Hälfte der Sektionsfälle mit hämorrhagischem Lungeninfarkt der Tod durch nachfolgende große Lungenembolie erfolgte.

Walcher (München).

Callis, H. A.: Hemorrhage with sudden death in tracheo-bronchial lymph node tuberculosis in adults. (Hämoptoe mit plötzlichem Tod bei Tracheobronchialdrüsentuberkulose bei Erwachsenen.) (*U. S. Veteran's Hosp., Tuskegee, Alabama.*) *Amer. J. Path.* 1, 51—55 (1931).

Verf. beschreibt 3 Fälle von plötzlichem Tod bei Negeren durch Hämoptoe infolge Erosion der Lungengefäße durch tuberkulöse käsige Tracheobronchialdrüsen, die er innerhalb von 15 Monaten beobachten konnte. Bei dem 1. Patienten waren keine sicheren klinischen Erscheinungen vorhanden, er hatte auch vorher niemals Blutauswurf. Bei den beiden anderen Patienten bestanden klinisch deutliche Zeichen einer Lungentuberkulose, und die Patienten hatten blutigen Auswurf. Aber keiner der 3 Patienten hatte sich krank gefühlt. Bei der Autopsie fanden sich in allen Fällen nur geringfügige pulmonale Veränderungen, aber große verkäste Tracheobronchial-, Bronchial- und Mediastinaldrüsen. Die Einbruchsstelle in das Blutgefäß konnte überall festgestellt werden. Da es sich in allen 3 Fällen um Neger gehandelt hat, erhebt sich wieder einmal die Frage, ob die Tuberkulose bei den Negeren mehr dem Jugendlichtentyp der Tuberkulose des erwachsenen Weißen entspricht. Dies muß wohl angenommen werden, denn Verf. hat an über 200 Autopsien von an Tuberkulose verstorbenen Negermännern in jedem Fall eine massive Infektion der tracheobronchialen Lymphknoten gefunden.

Köstler (Berlin).

Terzani, Alberto: Della morte improvvisa nel decorso di alcuni stati morbosi. **Importanza clinica ed aspetti medico-legali della questione.** (Über den unvorhergesehenen Todeseintritt im Verlaufe einiger krankhafter Zustände. Klinische Bedeutung der Frage und ger.-med. Ausblicke.) (*Istit. di Med. Leg., Univ. e Reparto Med., R. Arcispedale di S. M. Nuova, Firenze.*) *Riv. Clin. med.* 32, 241—265 (1931).

Mitteilung 11 selbst beobachteter Fälle unerwartet plötzlichen Todeseintrittes. Keine neuen Gesichtspunkte.

v. Neureiter (Riga).

Olbrycht, J.: Beiträge zum Problem: Plötzlicher Tod und endokrine Organe. *Beitr. gerichtl. Med.* 11, 26—31 (1931).

Olbrycht teilt 2 Fälle von plötzlichem Tod mit, welcher der Insuffizienz der endokrinen Drüsen zugeschrieben werden mußte. Der 1. Fall betraf einen 21jährigen Soldaten, der singend und tanzend plötzlich tot zusammenbrach und bei der Sektion typischen Status thymolymphaticus zeigte (Thymus 36 g schwer, 8,5 cm lang, 7 cm breit, 2 cm dick; Milz 16 × 11 × 3 cm; allgemeine Hyperplasie der lymphatischen Gebilde, auffallend schmale Rindensubstanz der Nebennieren, Enge der Aorta, deren Umfang über den Klappen nur 4 cm betrug). Der 2. Fall betraf einen 26jähr. Soldaten, der eine Woche nach einem ziemlich belanglosen Autounfall plötzlich verschied. Bei der Sektion wurde nur Tuberkulose der Nebennieren gefunden. Auffallend war in diesem Fall das Fehlen jeglicher Hautpigmentierungen, welche die Addisonische Krankheit kennzeichnen.

Wachholz (Kraków).

Carter, Godfrey: Status lymphaticus or lymphatism. (Status lymphaticus oder Lymphatismus.) *Trans. med.-leg. Soc. Lond.* 23, 1—12 (1930).

Kennzeichnend für den Status lymphaticus sind anatomisch Thymusvergrößerung, Hyperplasie der Lymphfollikel des Zungengrundes, Tonsillarhypertrophie und Adenoide, Lymphdrüsenvergrößerung um Oesophagus und Trachea, in der Magenwand, Hyperplasie der Payerschen Plaques, der Milz, der retroperitonealen Drüsen, fetaler Typ des Knochenmarks, gelegentliche Hirnblutung und Hypoplasie des kardiovaskulären Systems. Klinisch findet sich stärkere Fettpolsterung, Blässe und manchmal Ausprägung heterosexueller Merkmale. Auffallend ist die Neigung zu plötzlichem Tod nach banalen Anlässen. *Neurath.* °°

Ravenna, Ettore, e Raul Barbanti Silva: Note di istologia sullo stato timo-linfatico. (Zur Histologie des Status thymico-lymphaticus.) (*Istit. di Anat. Pat., Univ., Modena.*) *Gazz. internaz. med.-chir.* 39, 305—310, 339—344, 381—390 u. 417—427 (1931).

In 3 Fällen, deren einer einen Erwachsenen, 2 Kinder im 1. Lebensjahre betrafen,

und in denen nach banalen Vorkommnissen plötzlich der Tod eintrat, wurden genaue histologische Untersuchungen aller Organe vorgenommen. Neben einer ausgesprochenen Thymushyperplasie wurden unerwartete, im klinischen Bilde nicht zutage getretene Veränderungen an endokrinen Drüsen, am Herzen, in den Gefäßen, in den Lungen gefunden. Im Rahmen einer kritischen Übersicht über die Probleme des Status thymio-lymphaticus, der lymphogenen Leukämie, der Konstitution der Selbstmörder werden die histologischen Befunde und die aus ihnen abzuleitenden Funktionsstörungen als wichtig betont und ihr Zusammenwirken mit konstitutionellen Anomalien (Thymushyperplasie) als entscheidend betrachtet.

Neurath (Wien).^o

Boecker, Peter: Beitrag zur hämorrhagischen Milznekrose und Milzruptur mit Verblutung in die Bauchhöhle infolge Thrombose eines Aneurysmas der A. lienalis. (*Chir. Abt., Marienkrankenh., Hamburg.*) Zbl. Chir. 1931, 1375—1377.

Bei einem 50jährigen Patienten wird eine Hämorrhoidaloperation ausgeführt. Nach 3 Monaten wird wegen Pylorustumor (Adenocarcinom) der Pylorus reseziert. Verlauf postoperativ ohne Besonderheiten. Am 4. Tage plötzlich Stuhldrang und Schmerzen in der linken Schulter. Nach Defäkation Schulterschmerz geschwunden. Kein Blut im Stuhl. Am anderen Morgen plötzlich Atemnot, der nach einigen Minuten der Exitus folgte. Diagnose: Lungenembolie. Die Sektion ergab nun eine Verblutung aus der Milz durch Nekrose derselben infolge eines Aneurysma der Art. lienalis, in welchem post operationem eine wandständige Thrombose aufgetreten war, die zu einem fast vollständigen Verschluß des Arterienlumens mit hämorrhagischer Nekrose der Milz geführt hatte. Infolge des Stuhlgangs vielleicht Ruptur der Milz.

Vorschütz (Hamburg).^o

Kindesmord.

Fischer-Bán, Heléne: Die unterste Grenze der Lebensfähigkeit Frühgeborener. (*Alice Weiss-Wöchnerinnenheim, Budapest.*) Klin. Wschr. 1931 II, 1354—1357.

Zwillingskinder, Mädchen, die nach einer Schwangerschaftsdauer von 26—27 Wochen mit 1400 g und 44 cm resp. 600 g und 33 cm geboren wurden. Bei dem kleineren Kinde war der ganze Körper mit Lanugohaaren bedeckt. Die Nägel waren kaum sichtbare Plättchen, erreichten aber die Fingerspitzen. Die Atmung war arhythmisch ganz oberflächlich Cheyne-Stokes-artig. Puls rhythmisch 180 pro Minute. Es weinte sofort und bewegte die Gliedmaßen. Konnte gut schlucken. Gedieh leidlich gut mit Muttermilch + Zucker. Mit 1 Jahr 4150 g, Länge 59,5 cm. Mit 2 Jahren 7200 g, 72 cm. Geistig rege, lernte mit 1½ Jahren schon laufen. Dies ist nach der Literatur das kleinste Kind (Geburtsgewicht 600 g!), das am Leben geblieben ist.

Ylppö (Helsinki).^o

Mennet: Ist ein asphyktisch geborenes Kind, dessen Atmung nicht in Gang kommt, als totgeboren zu bezeichnen? (*Geburtsh.-Gynäkol. Univ.-Klin., Bern.*) Schweiz. med. Wschr. 1931 II, 639—641.

Die Frage, ob ein asphyktisch geborenes Kind, dessen Atmung nicht in Gang kommt, als totgeboren zu bezeichnen ist, ist nicht einheitlich geklärt. Die Hygienekommission des Völkerbundes hat sich mit dieser Frage befaßt und die Frage dahin definiert, daß als Totgeburt jede Frucht aufzufassen ist, die nach einer Schwangerschaftsdauer von 28 Wochen geboren wird und bei der die Lungenatmung nicht in Gang kommt. Eine große Reihe von Staaten haben sich dieser Ansicht angeschlossen, England, Holland und Amerika diese Fassung strikte abgelehnt. In der Schweiz ist trotz einer Bundesratsverfügung vom Jahre 1881, die ähnlich lautet, die Auffassung auch nicht einheitlich. Ändert man seine Statistik im Sinne der Auffassung der Völkerbunds-Hygieneaktion, so ändert sich nur die Zahl der Totgeburten gegenüber der Zahl der Säuglingssterblichkeit. Der Verf. schlägt vor, aus statistischen Gründen sich international einer einheitlichen Auffassung zu bedienen.

Hartmann (Kiel).^o

Coryllos, Pol.N.: Atelectasis, asphyxia and resuscitation in the newborn. *Anatomic, physiologic, and experimental data.* (Atelektase, Asphyxie und Wiederbelebung der Neugeborenen. Anatomische, physiologische und experimentelle Untersuchungen.) Amer. J. Obstetr. 21, 512—525 u. 600—603 (1931).

Die Asphyxie des Neugeborenen ist ein kompliziertes Phänomen, dessen Ursachen in anatomischen Veränderungen der Lungen, ungenügendem Gasaustausch und physiologischer Gleichgewichtsstörung des Respirationszentrums liegen. Der anatomische Faktor,