

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,

nämlich persistierende fetale oder partielle Atelektasen, beruht stets auf Verstopfung der Bronchien. Die Atelektasen bergen die Gefahr einer plötzlichen oder allmählichen Asphyxie durch Sauerstoffmangel infolge ungenügenden Gasaustauschs und begünstigen infektiöse Komplikationen, wie Lungenentzündung oder Bronchopneumonie, die die häufigste Todesursache beim Neugeborenen darstellen. Die Bedeutung der Dissoziationskurven des Oxyhämoglobins und der Kohlensäure, und besonders ihre gegenseitigen Beziehungen beim Stadium der Asphyxie, werden gezeigt. Der „Bohr-Effekt“ und der „Hering-Breuer'sche Reflex“ wurden studiert und auf ihre Bedeutung für die Wiederbelebung hingewiesen. Verschiedene Wiederbelebungsverfahren, speziell die von Henderson und Haggard, von Flagg und von Drinker, wurden diskutiert.

Lotte Landé (Frankfurt a. M.).

Kuhn, Johannes Kurt: Ein Beitrag zur Entstehung der intrakraniellen Blutungen bei Neugeborenen. (*Univ.-Frauenklin., Marburg a. Lahn.*) Z. Geburtsh. **99**, 297 bis 317 (1931).

In den Jahren 1928 bis 1929 gingen von 1163 Kindern 70 unter der Geburt oder bald nach der Geburt zugrunde. Von diesen konnten 56 sezirt werden. 18mal (in 32% aller Todesfälle) fanden sich tödliche intrakranielle Blutungen (14 Tentoriumrisse, 4 anderweitige Gehirn- oder Ventrikelblutungen). Zweimal war die intrakranielle Blutung so geringfügig, daß sie nicht als Todesursache angesprochen werden konnte. Das Material wird in ausführlichen Krankengeschichten mit Bildern gebracht; zunächst 6 Tentoriumrißblutungen bei Spontangeburt, dann 8 bei operativen Geburten (5 Wendungen und Extraktionen, 2 Fälle von Zangenextraktion, 1 Sectio caesarea). Unter den Wendungen figuriert auch der bereits von Naujoks (vgl. diese Z. **13**, 293) veröffentlichte Fall von Laesio intracranialis bei schwerer äußerer Wendung. Dem von Schwartz ätiologisch in den Vordergrund gestellten Minderdruck kann für tödliche Schädeltraumen eine Bedeutung nicht zuerkannt werden. Das Minderdruckprinzip kann gleich der Asphyxie nur als disponierendes Moment bezeichnet werden. Die Hauptrolle spielen mechanische Gewalteinwirkungen auf den Schädel bei dem Geburtsvorgang. Die Gehirnblutungen nehmen an Zahl und Umfang entsprechend der Schwere des Geburtstraumas, der Deformierung des Kopfes und der Erschwerung der Zirkulation im kindlichen Schädel zu. Seitliche Verschiebung des Schädels mit Vorwölbung eines Scheitelbeins führt gewöhnlich zu einseitiger Tentoriumzerreißung, bei Ausziehung des Schädels in der Längsrichtung können beide Tentoriumschenkel lädiert werden. Der Tentoriumriß lag immer auf der Gegenseite der stärksten Ausdehnung der Kopfgeschwulst. Es läßt sich also eine Beziehung zwischen Deformierung des Kopfes und Lokalisation des Schädeltraumas herstellen. Da jene von der Einstellung des kindlichen Schädels im Becken abhängig ist, ergeben sich auch Beziehungen zur Position. In allen Fällen von I. Hinterhauptshaltung lag der Tentoriumriß auf der linken Seite, in den beiden von II. Hinterhauptshaltung auf der rechten.

Hans Heidler (Wien).

Tyson, Ralph M., and William H. Crawford: Intracranial hemorrhage of the newborn. (Intrakranielle Hämorrhagie des Neugeborenen.) Amer. J. Obstetr. **21**, 694—703 (1931).

Untersuchung über 45 Fälle von cerebraler Hämorrhagie bei neugeborenen Kindern. Unter 2256 Geburten fanden sich Hämorrhagien bei 1,9%; unter den totgeborenen bei 32,1%. Als Hauptursachen werden eine lange zweite Wehenperiode, überstürzte Geburt und schwierige geburtshelferische Maßnahmen angesehen. Die wesentlichen Punkte für die Diagnose sind Geschichte der Geburt, klinische Symptome, Lumbal- und Suboccipitalpunktion.

Wertham (Baltimore).

Allen, F. M. B., and H. I. Mc Clure: A method of study of intraeranian haemorrhage in the new-born infant. (Ein Verfahren zur Erkennung schädelinnerer Blutungen beim Neugeborenen.) (*Infants' Dep., Maternity Hosp., Belfast.*) Arch. Dis. Childh. **6**, 97 bis 100 (1931).

Bei der hochgradigen Weichheit des Gehirns des Neugeborenen und bei der großen

Schwierigkeit, die Schädeldecke abzuheben, ist der Nachweis von Gehirnblutungen durch die Sektion fast unmöglich. Verf. empfiehlt daher, von der Carotis aus oder, bei Totgeborenen von der Nabelarterie aus, eine Röntyumlösung (40,0:75,0 Aqu. dest., gründlich gemischt) unter einem Druck von etwa 230 mm Hg in die Gefäßbahn einzuspritzen und dann ein stereoskopisches Röntgenbild zu machen. Die so erhaltenen Bilder geben ein ganz genaues Bild des arteriellen Kreislaufes sowie Lage, Größe und Zahl etwaiger Blutungen. Das Verfahren hat außerdem den Vorteil, bei Sektionsverweigerung zu einer klaren Diagnose zu kommen. *Schreiber* (Hirschberg i. Schl.).

Gerichtliche Geburtshilfe.

● **Capellmann, C.:** Fakultative Sterilität ohne Verletzung der Sittengesetze. Neu bearb. v. **Albert Niedermeyer.** Limburg a. d. L.: Gebr. Steffen 1931. 109 S. RM. 3.50.

Das 1883 von Capellmann herausgegebene Buch über fakultative Sterilität ist von Niedermeyer von neuem herausgegeben und ergänzt worden. Er bespricht die willkürliche Beschränkung der ehelichen Geburtenzahl, die Schäden des Coitus sterilis, die Möglichkeit der Geburtenbeschränkung durch Unterlassung des Geschlechtsverkehrs oder durch Beschränkung des Verkehrs auf bestimmte Zeiten, in denen erfahrungsgemäß die Konzeptionsfähigkeit gering ist. Dabei werden die verschiedenen Anschauungen über den Ovulationstermin und die Zeit erhöhter Empfängnisfähigkeit gestreift. *Gg. Strassmann* (Breslau).

Brandstrup, Ebbe: Recherches sur le passage de substances chimiques de la mère au fœtus à la fin de la gestation. (Untersuchungen über den Übergang chemischer Substanzen von der Mutter zum Fetus am Ende der Schwangerschaft.) (*Inst. de Physiol. et Clin. Obstétr., Fac. de Méd., Copenhague.*) Bull. Soc. Chim. biol. Paris 13, 172—185 (1931).

Nachdem der Mutter intravenös verschiedene Stoffe zugeführt worden waren, wurde der Gehalt des mütterlichen und fetalen Blutes an diesem Stoff verglichen, wobei beim Menschen aus dem Nabelschnurblut nur eine Bestimmung am Ende der Schwangerschaft, beim Kaninchen aber durch zeitlich auseinander liegende operative Entnahme der 6—8 Jungen aus dem Uterus eine Reihe von Untersuchungen bei Fetus und Mutter schon zu Beginn des letzten Viertels der Schwangerschaft ausgeführt werden konnte. Traubenzucker, Xylose, Arabinose, Glykoll, Alanin, Asparagin- und Glutaminsäure, sowie Harnstoff und Chlorid ergaben nach 1—3 Stunden beim Kaninchen gleiche oder nur wenig geringere Werte beim Fetus als bei der Mutter, während Disaccharide wie Rohr- und Milchezucker keinen oder (Milchezucker) nur ganz minimalen Übergang ins fetale Blut zeigten. Die Befunde sprechen für reine Diffusion der relativ niedermolekularen Stoffe durch die Placenta. Höhermolekulare Stoffe wie die Disaccharide werden nicht mehr durch die Dialysiermembran durchgelassen. Daß die Werte für Glykose beim Fetus nie die Werte bei der Mutter erreichten, wird mit höherer Fixationsfähigkeit des fetalen Gewebes erklärt. Beim Menschen war der Unterschied zwischen mütterlichem und fetalem Blut nach Harnstoffinjektion um so geringer, je mehr Zeit seit der Injektion zu Beginn der Wehen und dem Augenblick der Geburt, wenn mütterliches und fetales Blut gleichzeitig entnommen werden konnten, verstrichen war; gleich waren die Werte erst in 2 Fällen, wenn das Intervall 12 Stunden betrug. — Der Rohrzucker im Blut wurde nach eigener Methodik bestimmt durch Vergleich der nach Hagedorn-Jensen erhaltenen Reduktionswerte ohne und mit viertelstündiger Hydrolyse im mit Zinkhydroxyd entweißten Blut im kochenden Wasserbad in 1,25% HCl. — Als Nebenbefund ergab sich, daß die Werte der Aminosäure, bestimmt mit Folins Reagens, normalerweise im Fetalblut 1—2 mg% höher waren als im mütterlichen Blut. *H. Lemmel* (Leipzig).

Neumann, Hans Otto: Diagnostische Irrtümer (Ablehnung einer bestehenden Schwangerschaft bei intaktem Hymen und Annahme einer Schwangerschaft bei Aplasie von Uterus und Vagina). (*Univ.-Frauenklin., Marburg, Lahn.*) Zbl. Gynäk. 1931, 1715—1720.

Verf. berichtet über einen Fall von Atresia hymenalis, bei welchem im 14. Lebensjahre der vorhandene Scheidenverschluss anscheinend durch Stichincision beseitigt worden war. Seit der Operation regelmäßige Menses. Im 25. Lebensjahr Feststellung, daß normale Kohabitationen nicht ausführbar. Trotzdem tritt Schwangerschaft ein. Kohabitationshindernis war der Hymen microporatus. Obwohl also die Immissio penis nicht möglich gewesen, hatte die Ejaculatio ante portas genügt, um eine Konzeption herbeizuführen. Ein anderer Fall, ein 23-jähriges Mädchen kam zu einer Ärztin zwecks Feststellung einer evtl. Schwangerschaft, die ihr Hausarzt bereits vor vielen Monaten festgestellt haben wollte. Das 23-jährige Mädchen hatte bisher noch keine Periodenblutung durchgemacht und bemerkt, daß ein regelrechter Geschlechtsverkehr nicht möglich wäre. Der Hausarzt stellte eine „Verwachsung“ fest, die