

Achutin, M.: Über plötzliche Todesfälle und den sogenannten Status thymico-lymphaticus. Vestn. Chir. H. 68/69, 157—171 (1931) [Russisch].

Beim Status thymicolymphaticus ist die Vergrößerung der Thymus und des lymphatischen Systems nur eine sekundäre Erscheinung, an erster Stelle ist es eine Veränderung des cardiovasculären und des endokrinen Systems. Bei Kindern ist die Diagnose auf Grund der hypophysarischen Symptome und der Vergrößerung der Thymus und des lymphatischen Apparates leicht, bei Erwachsenen aber oft am Lebenden unmöglich, da eine vollständige Kompensation eintritt. Die Kompensation besteht wahrscheinlich in einer Besserung der Funktion der Nebenniere, die aber dennoch minderwertig bleibt. Eine Rolle des Thymus im Krankheitsbilde des Status thymicolymphaticus ist sehr fraglich, ebenso ist ihre endokrine Funktion nicht bewiesen. Plötzliche Todesfälle können kaum einer persistierenden Thymus zur Last gelegt werden; es handelt sich wohl in den meisten Fällen um eine Vagusreizung oder akute Insuffizienz der Nebenniere. *G. Michelsson* (Narva, Estland).

Roi, Giulio: Contributo allo studio delle così dette morti timiche. (Beitrag zur Lehre vom sog. Thymustod.) (*Brefotrofio-Maternità e Scuola d'Ostetr. d. Prov., Verona.*) Lattante 3, 3—19 (1932).

3 Fälle von unerwartetem Tode bei Säuglingen mit Thymushyperplasie. Es fand sich neben der Thymushyperplasie auch eine solche der übrigen lymphatischen Apparate, degenerative Prozesse in Herz, Leber und Nieren und Veränderungen der Drüsen mit innerer Sekretion (Nebennieren, Schilddrüse, Pankreas). Die Nebennieren zeigten Hypoplasie. Eine sichere Todesursache war nicht festzustellen, wie denn überhaupt in solchen Fällen ein Komplex von Ursachen in Frage kommt. Die Hauptrolle spielt ein gestörtes Gleichgewicht der hormonalen Lage. *Neurath* (Wien).

Peschle, B.: Considerazioni su un caso di morte improvvisa in un lattante con stato timolinfiatico. (Ein Fall von unerwartetem Tod bei einem Säugling mit Status thymicolymphaticus.) (*Reparto Lattanti, Asilo Regina Elena, Pola.*) Rinasce. med. 8, 597—599 (1931).

Bericht über einen Fall von plötzlichem Tod bei einem Säugling mit Status thymico-lymphaticus. Thymus 38 g schwer, histologisch normaler Befund. Auch in diesem wie in anderen Fällen war die Todesursache ungeklärt, wahrscheinlich aber eine hochgradige Labilität der Resistenz gegenüber geringfügigen Schädigungen. *Neurath* (Wien).

Henderson, J. A., and F. Pettigrew: Sudden death from haemorrhage into the suprarenal capsules in a child. (Plötzlicher Tod infolge Blutung in die Nebennierenkapsel bei einem Kinde.) Brit. med. J. Nr 3704, 14 (1932).

Nach ganz kurzem Kranksein traten bei dem 7 monatigen Kinde plötzlich Blutflecken am ganzen Körper auf; Tod beim Transport in das Spital. Bei der Obduktion überall Blutungen auf der Haut; in den inneren Organen nichts anderes als Blutungen in die Nebennieren. *Lehendorff* (Wien).

Kindesmord.

Anbuhl, Kurt: Beiträge zum Kindesmord. (*Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Königsberg i. Pr.*) Königsberg i. Pr.: Diss. 1930. 24 S.

99 Obduktionen bei Verdacht des Kindesmordes aus dem Königsberger gerichtlich-medizinischen Institut bzw. aus ländlichen Bezirken Ostpreußens sind der Zusammenstellung zugrunde gelegt. Dabei wurde 52mal gewaltsame Tötung festgestellt, und zwar am häufigsten Erstickung unter weichen Bedeckungen oder Unterlassung notwendiger Hilfeleistung, ferner Erwürgen, Ertränken und Schädelbrüche. — In 32% der Fälle blieb die Kindesmutter unbekannt, in 24 Fällen kam es zur Verurteilung. Es handelte sich meist um jugendliche Erstgebärende im Alter von 18—25 Jahren. In 28 Fällen war die Schwangerschaft erfolgreich verheimlicht worden.

Gg. Strassmann (Breslau).

Turkel, Siegfried: Compte rendu officiel de la deuxième assemblée générale de l'académie internationale de criminalistique à Vienne, les 8, 9 et 10 octobre 1930. (Bericht über die 2. Generalversammlung der Internationalen kriminalistischen Akademie in Wien vom 8. bis 10. Oktober 1930.) Rev. internat. Criminalist. 3, 408—416 u. 568—604 (1931).

Über die einzelnen Vorträge ist schon an anderer Stelle (s. Referat aus dem Arch. Kriminol.) berichtet worden. Zum großen Teil sind sie auch schon als Originalarbeiten erschienen.

Wichtig ist ein Vortrag von J. B. S. Hulst (Leyden) über die „mikroskopische Untersuchung des Inhalts von Magen und Luftwegen beim Kindsmord“. — Die mikroskopische Untersuchung des Inhalts von Magen und Luftwegen bei Neugeborenen hat besondere Bedeutung bei der nicht seltenen gewaltsamen Erstickung durch Auflegen weicher Bedeckungen auf die Atemöffnungen, wo äußere Verletzungsspuren fehlen.

Bei einem Neugeborenen fanden sich im Magen- und Luftröhreninhalt weiße und blaue Stoffasern, Sandkörnchen und Mäusehärchen. Die Mutter, die behauptet hatte, das Kind sei tot geboren, wurde dadurch überführt. Sie gestand, das Kind mit alten Sachen, die lange in einer Bodenkammer gelegen hatten, erstickt zu haben. In einem anderen Falle enthielten Magen und Luftwege Spuren von blauer Farblauge. Die Mutter der Gebärenden hatte den austretenden Kopf des Kindes sofort mit einem Tuch umwickelt, das sie in ein Gefäß mit blauer Laugenflüssigkeit getaucht hatte. Beide gestanden, als ihnen der Befund vorgehalten wurde.

Weimann (Beuthen).

Pfalz: Metallischer Fremdkörper im Colon transversum eines 6 Tage alten Säuglings. (*Breslauer Röntgenvereinigung, Sitzg. v. 24. VI. 1931.*) Fortschr. Röntgenstr. **45**, 104 (1932).

Eine Wöchnerin, die in einer Frauenklinik entbunden hatte, versuchte in der Klinik das Kind durch Einführung von Weißblechstreifen in den Mund während des Stillens zu töten. Sie gestand, die Hülse des Lippenstiftes zerschnitten und zugespitzt zu haben, um es dem Kinde einzuführen. Cyanose und Dyspnoe des Kindes erweckten Verdacht. Dabei wurde in der Mundhöhle ein Fremdkörper gefunden und beseitigt. Auch in den Faeces fanden sich zwei ähnliche Metallstreifen. Der 4. Streifen wurde röntgenologisch im Querdarm gefunden, und zwar bei 2 verschiedenen Aufnahmen innerhalb von 6 Tagen. Er hat sich anscheinend in der Darmwand verankert. Das Kind nahm nach anfänglicher Störung der Nahrungsaufnahme wieder zu.

Gg. Strassmann (Breslau).

Muller, M.: Infanticide pendant l'expulsion du fœtus en présentation du siège. (Kindesmord während der Austreibung des Fetus bei Steißgeburt.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 8. II. 1932.*) Ann. Méd. lég. etc. **12**, 157—164 (1932).

13jähriges Mädchen hat eine Frühgeburt in Anwesenheit ihrer Mutter. Beide machen widersprechende Angaben über den Geburtsverlauf. Die Sektion ergibt, daß der Kopf vom Rumpf abgetrennt ist. Gesamtlänge etwa 39 cm. Keine Zeichen von Atmung, aber Blutungen im Mediastinum und vor der Wirbelsäule. Es wird angenommen, daß nach Austritt des kindlichen Körpers, aber vor Geburt des nachfolgenden Kopfes der Rumpf mit einem schneidenden Werkzeug durch die Kindesmutter oder deren Mutter abgetrennt worden ist. Eine andere Art der Abtrennung, etwa durch den Geburtsverlauf käme bei den Maßen des kindlichen Körpers und der Beckenweite der Mutter nicht in Betracht.

G. Strassmann (Breslau).

Yagi, Hideo: Birth injuries in the new born. Pt. VIII. Relation between Asphyxia neonatorum and intracranial hemorrhage. Treatment and prophylaxis of birth traumata. (Geburtstraumen bei Neugeborenen. VIII. Beziehung zwischen Asphyxie und intrakranialer Hämorrhagie. Behandlung und Prophylaxe der Geburtstraumen.) (*Obstetr. Inst., Imp. Univ., Kyoto.*) Jap. J. Obstetr. **14**, 191—195 (1931).

Unter 306 Fällen waren 33% intrakranielle Hämorrhagien, 30% Asphyxien, 37% andere Befunde. Allgemeine Ratschläge zur Herabsetzung der Gefahren der Geburt. (VI. vgl. diese Z. **18**, 39.)

Curt Boenheim (Berlin).

Voron, J., et H. Pigeaud: Que faut-il entendre par l'expression: Traumatisme obstétrical chez le nouveau-né? (Was muß man unter dem Ausdruck Geburtsschädigung beim Neugeborenen verstehen?) Lyon méd. **1931 II**, 601—611.

Die Verff. berücksichtigen weniger die traumatischen Schädigungen, deren Folgen am Neugeborenen zu sehen sind als vielmehr jene Fälle, in denen die Kinder knapp vor oder während der Geburt oder einige Zeit nach einer normal verlaufenen Geburt plötzlich ohne offensichtliche Ursache sterben. Sie kommen auf Grund ihrer Beobachtungen zu dem Schlusse, daß kräftige Neugeborene selbst beträchtliche Geburtstraumen anstandslos ertragen, während schwächliche, schon gegen ganz geringfügige Schädigungen äußerst empfindlich sind. Als Hauptschädigungen bei mechanisch normal verlaufenen Geburten führen sie 1. die Kompression der Nabelschnur, 2. abnorme Uteruskontraktionen und 3. Krankheiten oder Fehlbildungen des Neugeborenen an. In den beiden ersten Gruppen von Fällen liegt die Hauptschädigung in einer Störung des Blutkreislaufes, während in die letzte Gruppe von Fällen die Frühgeburten, die Schädigungen des Eies und die erblichen Krankheiten, wie Lues, Tuberkulose und Alkohol (! d. Ref.) gerechnet werden.

Breitenecker (Wien).

Simonini, Adelehi: Contributo allo studio delle emorragie cerebrali nel neonato. (Beitrag zum Studium der Hirnblutungen beim Neugeborenen.) (*Istit. di Clin. Pediatr., Univ., Modena.*) *Pediatr. prat.* 8, 183—199 (1931).

Nur ein Teil der Hirnblutungen Neugeborener ist durch Geburtstraumen bedingt; häufig sind sie durch toxisch-infektiöse Vorgänge (Lues, Hirnabsceß, Periarteriitis nodosa, Endarteriitis obliterans, exanthematische Krankheiten) oder durch Kompression seitens der Nabelschnur verursacht. Dabei begünstigt die Armut der kindlichen Hirngefäße an elastischen Fasern deren Zerreißlichkeit. Die meisten Risse weisen die Piavenen auf. Die einleitenden Symptome sind vor allem Krämpfe, dann Trismus, Schluckstörung, Torpor, erhöhte Fontanellenspannung, Nackenkontraktur. Spinale Blutungen begleiten selten die cerebralen. *Kastan (Hamburg).^{oo}*

Creutzfeldt, Hans Gerhard, und Albrecht Peiper: Untersuchungen über die Todesursache der Frühgeburten. (*Psychiatr., Nerven- u. Kinderklin., Univ. Berlin.*) *Mscr. Kinderheilk.* 52, 24—36 (1932).

Da 6 Frühgeburten im Hirnstamm keine Blutungen aufwiesen, so schließen die Verf., daß die tödlichen Atemstörungen der Frühgeburten nicht auf Hirnblutungen beruhen können. Der Tod in diesen Fällen wäre nur als Folge der Unreife des Zentralnervensystems und der dadurch bedingten Schwäche des Atemzentrums aufzufassen. (Dem Umstande, daß in anderen Hirnteilen Blutaustritte nachzuweisen waren, messen die Verf. keine Bedeutung zu. D. Ref.) *Ylppö (Helsinki).^o*

Ehrlich, Sabine: Über den Harnsäureinfarkt der Neugeborenen. Mikrochemische Untersuchungen. (II. Med. Klin., Univ. München.) *Virchows Arch.* 283, 194—212 (1932).

Die Autorin bringt aus der Klinik des Herrn Geheimrat v. Müller eine das Wesen der Harnsäureinfarkte Neugeborener erläuternde, außerordentlich wertvolle wissenschaftliche Untersuchung. Gerade, weil diese Harnsäureinfarkte uns gerichtlichen Medizinern so außerordentlich häufig begegnen, sind ihre Untersuchungen für uns besonders interessant.

Die Harnsäureinfarkte stellen ja im wesentlichen eine Anfüllung der geraden Harnkanälchen dar, Ablagerungen auch in der Rinde kommen mitunter vor; die Glomeruli und ihre Kapseln sind aber stets frei. Das abgelagerte Material tritt auf in Form von Kügelchen, traubigen Konglomeraten und sog. Uratstäben. Da die Hämatoxylin-Eosin-Färbung ebenso wie die von Gieson-Färbung die Harnsäure mehr oder weniger vollständig zur Lösung bringt, so hat die Verf. die Gefrierschnittpräparate aus 70proz. Alkohol in wässrige Methylviolett- oder Fuchsinlösung gebracht, kurz in destilliertem Wasser abgespült, dann nach öfters gewechseltem absolutem Alkohol durch Carbolxytol hindurchgeführt und in Canadabalsam eingeschlossen. Unter solchen Umständen sind die Harnsäurekonglomerate wenig oder gar nicht verändert und auch das Epithel einigermaßen gut gefärbt. Meist sind die Nierenepithelien an den Ausscheidungsstellen unverändert, zuweilen aber auch sind die Kerne nicht mehr gefärbt, das Protoplasma vacuolär entartet. Die Konglomerate liegen mitunter innerhalb der wandständigen Rindenepithelien, wenigstens scheint das so. Was das Markepithel anbetrifft, so war meistens auch im Bereich der Ablagerungen noch Kernfärbbarkeit festzustellen, oft fanden sich in Hämatoxylin-Eosin Präparaten, die zum Vergleich herangezogen wurden, auch noch kleine blaue Kügelchen, die trotz der Lösung der Harnsäure die Inkrustform bewahrt hatten. Bei Doppelfärbung mit Hämatoxylin-Eosin kann man das Gerüst des Harnsäureinfarktes zur Darstellung bringen; nach allgemeiner Anschauung besteht es aus Eiweißmassen. Jene Färbung der intraepithelialen Kügelchen durch Hämatoxylin ließ den Gedanken an eine Kalkablagerung im Eiweiß auftauchen. Die Verf. hat zum Studium der chemischen Struktur an 40 μ dicken Schnitten mikrochemische Reaktionen angestellt: Sie hat zunächst durch die Murexid-Probe die Harnsäure nachgewiesen, mittels konzentrierter Essigsäure konnte die Auskrystallisation der Harnsäure in Form rhombischer oder sechsseitiger Tafeln und Prismen bewerkstelligt werden. Auch Behandlung der Schnitte mit Natronlauge ergab massenhafte Auskrystallisation in Form der Nadeln harnsauren Natrons. Bei Zusatz von Ammoniak bildete sich harnsaurer Ammonium. Die Frage, ob die Harnsäure frei oder als Urat (Natrium- oder Ammoniumurat) in den Ablagerungen enthalten ist, hat weiterhin die Verf. beschäftigt: Natriumurat löst sich bekanntlich leichter, Ammoniumurat schwerer. Doch ließen sich mit Prüfung der Löslichkeit allein keine Ergebnisse erzielen. Mit Platinchlorid konnte Ammonium nicht nachgewiesen werden, dagegen hatte die Untersuchung auf Natrium ein positives Ergebnis durch Darstellung des Natrium-Uranyl-Acetes sowie durch Darstellung des Natriumwismut-Sulfates. Weiterhin hatte die mikrochemische

Untersuchung das Ergebnis, daß auch Kalksalze sich ablagern, und zwar ist ein Teil des im Infarkt abgelagerten Kalkes an Phosphorsäure gebunden. Ferner wurde auch das Vorhandensein von Calciumoxalat festgestellt; die Gmelinsche Probe auf Bilirubin fiel negativ aus. — Bekannt ist, daß die Harnsäureinfarkte im Polarisationsmikroskop aufleuchten und Interferenzerscheinungen zeigen. — Im übrigen berichtet die Verf. über die Häufigkeit und die Zeit des Auftretens der Harnsäureinfarkte, was uns im allgemeinen bekannt ist. So das seltene Auftreten von Harnsäureinfarkten bei totgeborenen Kindern (wir wissen, daß es hauptsächlich vorkommt, wenn die Mutter in oder vor der Geburt fieberhaft erkrankt war); bei den in den ersten Lebenstagen Verstorbene kommen die Infarkte häufig vor, nach einer Statistik von Salomonsen in 39% der Fälle; Hecker fand bei Neugeborenen zwischen dem 2. und 8. Tage sogar 70% Infarktfälle. Wichtiger für die Häufigkeit des Auftretens von Harnsäureinfarkten wäre die ständige Untersuchung des Harns Lebendgeborener auf die ausgeschwemmten Urate. Der Harnsäureinfarkt soll eine im Leben jedes Neugeborenen auftretende Erscheinung sein (alte und sehr erfahrene Hebammen haben dem Ref. mehrfach mitgeteilt, daß neugeborene Knaben, wenn sie in den ersten Lebenstagen oft ungeheure Mengen von rötlichen Harnsäuremassen im Urin ausscheiden, sehr häufig in der 1. Lebenswoche sterben, doch konnte darüber in der einschlägigen Literatur nichts festgestellt werden). Sicher ist so viel, daß stärkerer Ikterus und massige Harnsäureinfarkte kombiniert aus den klinischen Beobachtungen und aus den Sektionsergebnissen feststellbar sind. Wahrscheinlich ist die Ursache für die Bildung der Infarkte ein Harnsäureüberschuß im Urin der ersten Lebenstage, was auch durch einschlägige chemische Untersuchungen früherer Autoren festgestellt worden ist. Die Frage, wie nun diese außerordentliche Vermehrung der Uratausscheidung zu Beginn des extrauterinen Lebens zustande kommt, ist nicht so leicht zu entscheiden, Verf. meint, daß sie sicherlich wenigstens zum Teil durch ein rasches Zugrundegehen zahlreicher weißer Blutkörperchen hervorgerufen wäre. Vielleicht spielt auch die unbedeutende Nahrungsaufnahme eine Rolle insofern als der kindlichen Niere des Neugeborenen zur Ausscheidung der Stoffwechselendprodukte nur geringe Flüssigkeitsmengen zur Verfügung stehen. Sicher spielen aber auch kolloidchemische Veränderungen bei der Entstehung der Infarktkonglomerate eine wesentliche Rolle. Vielleicht verursachen die zuerst abgeschiedenen Konglomerate eine sekundäre Schädigung der Kanälchenepithelien, als deren Ausdruck die akzessorische Ablagerung der mikrochemisch als Infarktbestandteile ermittelten Kalksalze aufzufassen ist.

H. Merkel (München).

Kobes, Rudolf: *Ulcus ventriculi recens mit Verblutung bei einem Neugeborenen.* (Städt. Entbindungsanst. „Sophienhaus“, Kassel.) Zbl. Gynäk. 55, Festschr. Stoeckel, 995—999 (1931).

Bericht über einen Fall von frischem Magenulcus bei einem Neugeborenen. Das Ulcus saß im Fundusteil des Magens nahe der Vorderwand und führte am 2. Lebenstage durch Verblutung zum Tode. Die Obduktion konnte die Ätiologie des Ulcus nicht klären.

Anselmino (Düsseldorf).^{oo}

Gerichtliche Geburtshilfe.

●**Hüssy, P.:** *Der geburtshilflich-gynäkologische Sachverständige. Unter Mitwirkung v. Hans Vetter.* Bern u. Berlin: Hans Huber 1931. 248 S. geb. RM. 10.—.

Das Bedürfnis vieler Ärzte nach einer übersichtlichen Darstellung der Unterlagen für Gutachten aus Geburtshilfe und Gynäkologie ist sicher groß. Die Entwicklung der Schwangerschaftsdiagnostik, die Probleme der Schwangerschaftsdauer, der Erbanalyse, um nur einiges zu nennen, können vom Praktiker in ihren raschen Fortschritten nicht immer kritisch verfolgt werden. Das vorliegende Buch, das diese und die anderen Spezialkapitel aus der frauenärztlichen Sachverständigentätigkeit mit klarer Darstellung des Wesentlichen aus Literatur und eigener Erfahrung bringt, wird daher freudigen Anklang finden. Es erörtert im gynäkologischen Teil die Beziehungen von Unfällen zum Abort und zu den Lageveränderungen des Uterus. In einem „Anhang“ werden behandelt: die Abortindikationen, Schweigepflicht und Meldepflicht des Geburtshelfers, Fahrlässigkeit der Hebamme, Gemütsverstimnungen der Frau, das Problem der Gefährdung im Zangerschen Sinne (Vaginaluntersuchung durch Hebammen, Zeitungsinserte, indikationslose Bestrahlungen, Filme, Verkauf von giftigen Abortmitteln, Ballonspritzen). Beispiele von Gutachten sind eingefügt, die einschlägigen Bestimmungen des RStGB. u. RBGB. und die des Züricherischen Strafgesetzes sind angefügt. Den pathologisch-anatomischen Nachweis des Abortes und den Spermanachweis hat Vetter geschrieben. Das besonders auch durch übersichtliche Darstellung