

ätzungen. Bei der Besprechung der Klinik und der Pathologie schwerer Verbrennungszustände referiert Ullmann eingehend über die verschiedenen Theorien des Verbrennungstodes und die anatomischen Befunde an Leichen Verbrannter; hier interessieren auch den gerichtlichen Mediziner die gebrachten zusammenfassenden referierenden Darstellungen, unter anderem eine gewisse Rehabilitierung der Anschauungen von Kolisko über die Bedeutung von Nebennierenblutungen bei Tod nach äußeren Verbrennungen. Daran schließt sich ein Kapitel über die Therapie der Verbrennungen, der akuten Verbrennung und die Therapie der narbigen Endausgänge. Auch die Krebsbildung auf Brandnarben (sie sei „relativ häufig“) wird eingehend besprochen, wobei darauf hingewiesen wird, daß nur äußerst selten während des Heilungsprozesses oder in der frischen Narbe das Carcinom entsteht, viel häufiger mehrere Monate bis viele Jahre (bis 60!) nach dem Trauma bzw. nach dem Beginn der Narbenbildung, häufig ausgelöst noch dadurch, daß die Verbrennungsnarbe irgendwelchen physikalischen oder mechanischen Reizen ausgesetzt ist. — Im 2. Abschnitt werden dann die Kältewirkungen behandelt; auch hier wieder zunächst Allgemeines, dann die Symptomatologie und die Klinik, darauf die Pathologie und die Histologie der umschriebenen Frostschäden und der allgemeinen Erfrierung. Ref. hat die interessanten Untersuchungsergebnisse von Karl Reuter dabei vermißt, ebenso bei der Besprechung des Kältescheintodes, der ja für die gerichtliche Medizin bedeutungsvoll ist, den Hinweis auf den sehr interessanten 1919 von Rautenberg mitgeteilten Fall von Scheintod bzw. fälschlicher Todeserklärung in einem Vorort von Berlin. Die als Leichenbefunde Erfrorener angegebenen Anhaltspunkte sind jedenfalls meist nicht eindeutig, keinesfalls die bekannten Wischnewsky'schen Magenerosionen. Im Gegensatz zu den doch ab und zu bei Verbrennungen beobachteten Duodenalgeschwüren finden sich solche bei Leichen Erfrorener niemals. Dann folgt die Therapie der Erfrierungen und Frostschäden. In einem Anhang bzw. Nachtrag werden dann noch die seit 1928 erschienenen Arbeiten über thermische Schädigungen gebracht — auch wieder ein sehr umfangreicher Teil, der natürlich mancherlei Wiederholungen des 1. Abschnittes bringen muß; besonderes Interesse erregen die in diesem Nachtrag gebrachten Capillarbilder. Die forensischen Gesichtspunkte, die für uns besonderes Interesse hätten, treten nur wenig in dem ganzen Abschnitt in Erscheinung. Hingewiesen sei auf die im Nachtrag noch besprochenen Hautveränderungen, die beim Auftauen gefrorener Leichen zustande kommen sollen, und zwar angeblich erst durch rasches Auftauen derselben. Besonders die äußerlich sichtbaren und auch im Bilde festgehaltenen, seinerzeit von Staemmler beschriebenen Hautveränderungen sind sehr auffallend; Ref. fehlen darüber eigene Erfahrungen. Alles in allem läßt sich jedenfalls sagen, daß eine ungeheure Summe von Beobachtungen mit großem Fleiß hier aus der Literatur zusammengetragen und niedergelegt sind. *H. Merkel.*

Panse, Friedrich: Brückenherd mit epileptiformen Anfällen nach elektrischem Unfall. (*Heilst. d. Stadt Berlin, Wittenau.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* 38, 15—20 (1932).

39jähriger Mann verspürt plötzlich in der rechten Hand einen heftigen elektrischen Schlag (380 Volt), zuckt zusammen und hat das Gefühl, als ob Feuer in den Kopf schieße. Für kurze Zeit bewußtlos. Dann kribbelndes Gefühl in der linken Hand und im linken Bein. Am nächsten Morgen Taumeln, 1 oder 2 Tage später Ohnmacht. Seitdem in Abständen von etwa 14 Tagen später fast täglich epileptiforme Anfälle. Verf. nimmt nach dem Befunde (s. Original) einen Herd in der rechten Hälfte des Haubenteils der Brücke, etwa in der Höhe zwischen Trigemini- und Facialis kern an. Die organischen Hirnveränderungen, die auf Kreislaufstörungen beruhen, werden als Folge des elektrischen Unfalls angesprochen. Cerebrale Lues und Hirntumor werden ausgeschlossen. *Kurt Mendel (Berlin).*

Gerichtliche Geburtshilfe.

Hellendall, Hugo: Erfahrungen mit der Schwangerschaftsreaktion nach Aschheim-Zondek, unter besonderer Berücksichtigung ihrer forensischen Bedeutung. (*Privat-Frauenklinik, Dr. Hellendall, Düsseldorf.*) *Zbl. Gynäk.* 1932, 804—812.

Es wird über im allgemeinen günstige Erfahrungen bei der Anwendung der Aschheim-Zondek-Reaktion zur Klärung zahlreicher fraglicher Fälle berichtet. Dennoch

wird die Frage, ob die negative Aschheim-Zondek-Reaktion bei Verdacht auf abgestorbene Frucht den Ausschlag zur Unterbrechung der Schwangerschaft geben darf, verneint.

Das deshalb, weil der Verf. einen Fall zitiert, wo eine 42jährige im 5. Lunarmonat wegen Abortus imminens zur Beobachtung kam, bei der 1 Woche und 5 Wochen nach der Aufnahme die Aschheim-Zondek-Reaktion negativ war, dann nach weiteren 5 Wochen wieder positiv wurde, worauf die Frau 20 Wochen nach der Aufnahme ein reifes Kind gebar. Eine auf Grund der ersten 2 Proben gemachte Ausräumung hätte ein lebendes Ei zerstört. Außerdem wird der Bericht Fraenkels zitiert: Nach 3maliger negativer Aschheim-Zondek-Reaktion wurde die Interruptio ausgeführt. Der Fet lebte noch.

Bei der Beurteilung von Gravidität mit Abortus, Extrauteringraviditäten, Gravidität mit Myom, wurden die Reaktionsbefunde in einer größeren Reihe von Fällen bestätigt. Die Frage, ob für Ausstellung eines Attestes zu gerichtlichen Zwecken (z. B. zum Zwecke der Wiederverheiratung einer geschiedenen Frau) der Ausfall der Aschheim-Zondek-Reaktion den Ausschlag geben darf, ob eine Schwangerschaft vorhanden ist oder nicht, wird verneint.

Dazu wird ausführlich ein Fall beschrieben, bei dem die Aschheim-Zondek-Reaktion positiv ausfiel und die darauffolgende Laparotomie erwies, daß die Frau nicht schwanger war. Bei der Operation wurde eine intraligamentäre Cyste entfernt. Allerdings wurde diese positive Reaktion an infantilen Ratten ausgeführt!

Solange die Zusammenhänge einzelner Geschwulstarten und vermehrter Hypophysenvorderlappenhormonausscheidung mit der Aschheim-Zondek-Reaktion nicht vollkommen geklärt sind, bedeutet die Aschheim-Zondek-Reaktion nur ein wertvolles Adjuvans bei der Beurteilung des klinischen Bildes. Granulosazelltumoren und Teratome bei Kindern und Erwachsenen können eine positive Reaktion geben, zumal derartige Teratome auch bei geschlechtsreifen Frauen vorkommen können.

Ein derartiges Teratoma adultum bei einer geschlechtsreifen Frau mit positiver Aschheim-Zondek-Reaktion wird beschrieben. Der Fall ist aber nicht ganz geklärt, weil nicht sicher ein eben abgelaufener Abortus ausgeschlossen werden konnte, da im Tubenwinkel sog. deciduale Wanderzellen gefunden wurden.

Zusammenfassend wird gesagt, daß entscheidende Entschlüsse, namentlich solche, die eine forensische Auswirkung haben, nicht auf den ausschließlichen Befund der Aschheim-Zondek-Reaktion aufgebaut werden dürfen. *H. Siegmund (Graz).^{oo}*

Messer, Sergius: Ruptur des graviden Uterus. *Polska Gaz. Lek. 1932, 395 [Polnisch].*

Bei Multipara mit Beckenverengung endete die vorletzte Geburt mit Endometritis puerperalis gangraenosa. Ein Jahr nachher trat im 8. Monat einer neuen Schwangerschaft nach Heben einer Last unter Auslösung eines heftigen Schmerzes eine sukzessiv sich erweiternde Ruptur des Gebärmutterfundus von einem Eileiter bis zum anderen ein. Die Muskulatur des Uterus war durch die überstandene Endometritis krankhaft verändert.

Wachholz (Kraków).

Dufour: Mort subite par inhibition au cours d'une tentative d'avortement. (Plötzlicher Exitus im Verlaufe eines Abtreibungsversuches.) (*16. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 4.—6. V. 1931.*) *Ann. Méd. lég. etc. 12, 7—10 (1932).*

Nach Anführung einiger Fälle aus der französischen Literatur wird eine eigene Beobachtung mitgeteilt. 16jährige I-para mens III. Plötzlicher Exitus nach vergeblichem Versuch, abgekochtes Wasser zum Zwecke der Abtreibung in den Uterus zu injizieren. Bei der Sektion fanden sich keine Veränderungen an Herz, Lungen und den übrigen Organen. Uterus vergrößert. Vagina ohne Fremdkörper, kein Blut. An den Muttermundslippen mehrere kleine Erosionen. Cervicalkanal etwas geöffnet. Uteruscavum frei von Flüssigkeit. Frucht und Placenta intakt. Es handelt sich in diesem Fall nur um einen Abtreibungsversuch, ohne daß Flüssigkeit in den Uterus eindrang und das Ei auch nur teilweise gelöst war.

Klaas Dierks (Jena).^{oo}

Sellheim, Hugo: Schwangerschaftszerstörung mittels Salbeninjektion, ihre Gefahren und Versuche, sie dieser Gefahren zu entkleiden. (*Univ.-Frauenklin., Leipzig.*) *M Schr. Geburtsh. 90, 441—445 (1932).*

Sellheim betont die Bedeutung der Schwangerschaftsunterbrechung durch intrauterine Salben- oder Pasteninjektion, da sie schmerzlos und technisch einfach ist. In letzter Zeit wurden mehrere Todesfälle beobachtet. S. selbst hat unter 80 Fällen

nur einen Exitus beobachtet, bei dem die Sektion die Todesursache nicht klären konnte, so daß der Zusammenhang zwischen Salbeninjektion und Exitus in diesem Falle nicht sicher erwiesen ist. Theoretisch sind folgende Todesursachen denkbar: Luftembolie, Fettembolie, Uterusperforation, Todesfälle aus unbekannter Ursache. Luftembolie und Uterusperforation sind durch subtile Technik, Fettembolie durch fettfreie Injektionsmittel auszuschalten. Es bleibt das Hauptkontingent der Todesfälle als unbekannte Ursache. S. vermutet eine Giftwirkung, da im Tierexperiment bereits kleinste Mengen der in Kochsalzlösung gelösten Salben bei intravenöser Applikation tödlich sind. Histologische Kontrolle eines 18 Stunden nach Pasteninjektion exstirpierten Uterus zeigt, daß beträchtliche Mengen der Pasten das mütterliche Blut erreichen. Hier ist die Möglichkeit einer direkten Giftwirkung gegeben. Möglichst ungiftige Paste, deren Konsistenz sich außerdem bei Körpertemperatur nicht ändert. Diese Injektionsmittel können allerdings den Uterus nur mechanisch zur Wehentätigkeit anregen.

H. R. Schmidt (Düsseldorf).

Kernbach, M., und Tr. Ratiu: Neue gerichtlich-medizinische Betrachtungen über den septischen Abort. (*Inst. Med.-Leg., Univ., Cluj.*) Cluj. med. **13**, 1—11 u. dtsch. Zusammenfassung 39 (1932) [Rumänisch].

Erörterung der klinischen, bakteriologischen und anatomo-pathologischen Befunde, auf die sich die gerichtsärztliche Diagnose eines kriminellen Abortus stützen kann. Auf Grund von 24 mitgeteilten Fällen suchen Verf. den klinischen Verlauf mit dem jeweiligen anatomischen Befunde in Einklang zu bringen und beschreiben an Hand ihrer Beobachtungen 6 Formen des kriminellen Abortus. 1. Abortus mit nachweisbaren künstlichen Verletzungen des Uterus. 2. Abortus mit chronischen, nicht mit der Schwangerschaft zusammenhängenden, pathologischen Veränderungen des Uterus. 3. Abortus mit akuten Veränderungen des Uterus, die aus der Gravidität stammen. 4. Abortus mit intaktem Uterus (abgesehen von Zeichen vorgenommener Auskratzung) und allgemeiner Peritonitis. 5. Abortus mit Spätkomplikationen von seiten verschiedener Organe bei Vorhandensein oder Fehlen von künstlichen Verletzungen am Uterus. 6. Abortus mit Zeichen vorgenommener Curettage und dem Befunde einer sekundären Anämie. Alle diese Formen sind mehr oder weniger für die Diagnose eines kriminellen Abortus charakteristisch. Mit das wesentlichste Symptom ist der Umstand einer stattgehabten Infektion. Ihr Beginn, ihre Form, ihr Verlauf sowie der Ausgang sind für die Differentialdiagnose zwischen spontanem und kriminellm Abort zu verwenden.

Bickel (Berlin).

Müller, G.: Über einen Fall von Blasen-, Ureter- und Gebärmutterverletzung nach künstlichem Abort. (*Frauenklin., Univ. Brunn.*) Zbl. Gynäk. **1932**, 331—334.

Bei der Unterbrechung einer Schwangerschaft im 2. Monat sind schwerste Verletzungen entstanden, wie Abriß der Harnblase von der Symphyse, Abtrennung der Lgg. rotunda und ovarii propria vom Uterus, Perforation der hinteren Blasenwand und des rechten Parametriums. Bei der in extremis ausgeführten Totalexstirpation des Uterus und Naht der Blase wurde eine weitere Verletzung, ein Ureterabriß, übersehen. Dabei stellte sich am 8. Tage eine rechtsseitige Harnleiterfistel heraus, die später durch Nephrektomie beseitigt wurde. Patientin ist wieder arbeitsfähig geworden.

Solms (Berlin-Wilmersdorf).

Langenskiöld, F.: Kann eine während der Geburt bei dem Kinde entstandene Gasembolie die Ursache der angeborenen, spastischen Diplegie oder Littleschen Krankheit sein? Acta orthop. scand. (Københ.) **2**, 137—159 (1931).

Verf. stellt eine neue Theorie auf, daß die Ursache der bei der Littleschen Krankheit gefundenen degenerativen und trophischen Vorgänge im Gehirn auf eine Gasembolie intra partum zurückzuführen sei, welche durch Druckdifferenzen zwischen Uterus und Außenwelt zustande kommt, Vorgänge, wie sie in der Caisson-Krankheit oder Taucherkrankheit ein Analogon finden. Auch klinisch weist die Taucherkrankheit, die auf Gasembolie zurückzuführen ist, verwandte Züge mit dem Little auf, indem die dabei auftretenden Lähmungen und Krämpfe die unteren Extremitäten diplegisch bevorzugen, genau wie beim Little. Verf. weist darauf hin, daß

Beneke zuerst behauptet hat, daß eine im Zusammenhang mit der Geburt entstandene Luftembolie anämische Nekrosen im Gehirn der Neugeborenen verursacht. Die Gasembolie kommt nach des Verf. Ansicht durch eine direkte Einpressung von Luft durch die Nabelvenen oder die Lunge des Fetus zustande. *F. Härtel* (Berlin).^o

Schweitzer, Bernhard: Zur Begutachtung in Alimentationsprozessen unter Berücksichtigung der untermassigen Frucht. (*Staatl. Frauenklin., Chemnitz.*) Z. Geburtsh. 100, 251—257 (1931.)

Nach kurzer Würdigung der Schwierigkeiten, mit denen der fachärztliche Gutachter zu kämpfen hat (verschiedene Auslegung des Gesetzeswortlautes, Schwankungen der in Ausnahmefällen in Betracht kommenden Schwangerschaftsdauer) führt Verf. eine eigene Beobachtung an.

Bei einer 30jährigen verheirateten Frau begann die letzte Regel am 1. VIII. 1928. Am 11. IX. konnte Verf. bei seiner Untersuchung eine deutliche Vergrößerung des Uterus mit positivem Hegarschen Zeichen feststellen. Am 16. IV. stand der Fundus uteri knapp in der Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz, am 29. IV. erfolgte die Spontangeburt eines Knaben von 43 cm Länge und 1380 g Gewicht. Die Placenta, die manuell gelöst werden mußte, saß zur Hälfte sehr fest in einem rechten Uterushorn, das linke war klein und leer. Mit Schoedel bezeichnet Verf. diese Frucht als eine fast ausgetragene „Schwachgeburt“. Dieser Fall beweist, daß es immerhin, wenn auch ganz außerordentlich selten und unter ganz besonderen Umständen, vorkommt, daß ein 266 Tage (vom Cohabitationstermin ab gerechnet) bzw. 272 Tage (von der Menstruation ab gerechnet) getragenes Kind eine Länge von nur 43 cm und ein Gewicht von nur 1380 g besitzt.

Solche Beobachtungen von Unstimmigkeiten zwischen Tragzeit und Entwicklungsgrad, welche zu sehr aus dem Rahmen der täglichen Beobachtungen herausfallen, müssen erst bewiesen werden. Würde man die Annahme machen, es hätte sich im vorliegenden Falle um ein uneheliches Kind gehandelt, dessen Vater strittig wäre, so würde man geneigt sein, einer solch bedeutend untermäßigen Frucht eine kürzere Tragzeit als 266 Tage post cohabitationem bzw. 272 Tage post menstruationem zuzusprechen, obwohl dies ein Irrtum sein kann. *Wehefritz* (Göttingen).^{oo}

Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

Moench, G. L., and Helen Holt: Biometrical studies of head lengths of human spermatozoa. (Biometrische Untersuchungen über die Kopflänge der menschlichen Spermien.) (*Dep. of Gynecol. a. of Path. a. Bacteriol., New York Post-Graduate Med. School a. Hosp., New York.*) J. Labor. a. clin. Med. 17, 297—316 (1932).

Außer der üblichen klinischen Untersuchung der Patienten benutzen die Verff. ihre Methode der Ausmessung der Spermienköpfe zur Erforschung der Sterilität. Eine große Zahl von Fällen wird ausgemessen. Übersteigt die Zahl abnormer Köpfe 19—20%, so fand sich keine normale Fruchtbarkeit mehr. Die biometrischen Untersuchungen gaben keinen Anhaltspunkt für einen beim Menschen bestehenden Dimorphismus der Spermatozoen. Werden derartige Methoden unter genauer Beurteilung der Zahl der vorhandenen Spermien und der Beweglichkeit benutzt, so erlauben sie wohl genügende Aufschlüsse über die Ursache der Sterilität in vielen Fällen. Die Verff. zweifeln selbst noch, ob die vorgebrachten Fälle den Schluß erlauben, daß eine auf Grund der Messungen gestörte Spermatogenese zu einer frühzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft führen kann, oder daß die längere Anwendung des C. interruptus zu einer schweren Schädigung der Spermatogenese führt. Das bleibt auch dem Leser zweifelhaft. *Redenz* (Würzburg).^o

Tsang, Thelma K. P.: Laceration of the vagina during coitus. With a report of three cases. (Coitusverletzung der Vagina. Bericht über 3 Fälle.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., Peiping Union Med. Coll., Peiping.*) Chin. med. J. 46, 209—213 (1932).

Es wird über 3 Fälle von Vaginalriß berichtet, wobei der Riß durch den Coitus verursacht worden ist und eine profuse Blutung zur Folge hatte. Verf. geht noch näher auf die Coitusverletzungen ein, die er in folgende 3 Gruppen einteilt: 1. Hymenverletzung, 2. Dammverletzung und 3. Verletzung der Vagina. *H. Lewin.*^o