

nicht über 40°, wenn sie bald zurückgeht, und über die Gegenwirkung von Strychnin und Barbitursäure, wie denn auch umgekehrt Fälle von Strychninvergiftung berichtet werden, die durch große Mengen von Barbitursäurederivaten geheilt wurden. *Klix.*

**Omoto, K.:** Über die Neuritis axialis durch Adalinvergiftung. (*Kais. Univ.-Augenklin., Tokyo.*) *Acta Soc. ophthalm. jap.* **37**, 1634—1639 u. dtsch. Zusammenfassung 126 (1933) [Japanisch].

Ein 28jähriger Mann bekam nach 3 Jahre lang fortgesetztem täglichem Genuß von 1—2 g Adalin eine Hyperämie der Sehnervenscheibe mit Erweiterung und Schlangelung der Netzhautgefäße und zentralem Skotom. Nach Aussetzen des Mittels besserte sich der Befund und das Sehvermögen. Andere Ursachen für das Sehnervenleiden konnten ausgeschlossen werden. Die Schädigung erfolgt nach Ansicht des Verf. durch das Adalin als ganzes, nicht nur durch abgespaltenes Brom. *Jendralski* (Gleiwitz).

**Glatzel, Hans, und Frida Schmitt:** Akute Somnifenvergiftung. (*Med. Klin. Univ. Göttingen.*) *Naunyn-Schmiedebergs Arch.* **174**, 111—117 (1933).

Beschreibung eines Falles, der mit besonders starken Erregungszuständen einher ging, aber dennoch in völliger Wiederherstellung endete. Zusammenfassung der Kasuistik, nebst Ausführungen über die verhältnismäßig geringe Giftigkeit des Somnifens (viel geringer wie die des Veronals) und ihre pharmakologische Begründung. *Hammer* (Amsterdam).

### Kindesmord.

**Sousa Diniz:** Eine neue Probe des extra-uterinen Lebens: Untersuchung des Speichels. *Arch. Med. leg.* **5**, 60—62 (1932) [Portugiesisch].

Im Magen von Neugeborenen, die einige Zeit nach der Geburt gestorben sind, findet sich regelmäßig Speichel im Magen. Demgegenüber ist der Nachweis von Speichel im Magen von Totgeborenen oder von Feten regelmäßig negativ. Der Speichel ist stets leicht nachzuweisen, selbst in dem Magen von Neugeborenen, die längere Zeit der Fäulnis ausgesetzt gewesen sind. Zum Nachweis des Speichels bedient man sich chemischer Methoden. Dazu kommt der mikroskopische Nachweis der Epithelzellen des Mundes. Daneben benutzt Verf. noch die Präzipitation, die Komplementablenkung und den anaphylaktischen Shock. Durch den positiven oder negativen Speichelnachweis im Magen läßt sich also leicht feststellen, ob es sich um eine Totgeburt oder Lebendgeburt handelt. *Collier* (Berlin).

**Beltrán, Juan Ramón:** Das Billardsche Zeichen der Reife eines Fetus. *Rev. Asoc. méd. argent.* **47**, 3142—3148 (1933) [Spanisch].

Das Billardsche Zeichen besteht im Vorhandensein der Scheidewände der Zahnfächer auf beiden Seiten des Unterkiefers der reifen Feten. Ihre Zahl ist verschieden, drei, vier oder fünf Zahnfächer auf beiden Seiten; drei auf der einen und vier auf der anderen Seite oder drei auf beiden Seiten, niemals weniger als drei. Es ist ein Reifezeichen, das für sich allein den Gutachter orientieren kann, wenn es sich um einzelne Knochen handelt. Es ist ein wichtiges Beweisstück, das zusammen mit den anderen Merkmalen dem Gutachter den Weg weist und in Zweifelsfällen entscheidet. Sein Vorhandensein muß bei allen Autopsien von Feten oder Neugeborenen festgestellt werden. *Lanke* (Leipzig).

**Løvset, Jørgen:** Negative Lungenprobe bei fast ausgetragem lebendgeborenen Kinde. (*Kvinnesklin., Bergen.*) *Med. Rev.* **50**, 461—463 (1933) [Norwegisch].

Kasuistischer Beitrag. Das Kind schrie unmittelbar nach der Geburt, wurde aber nach einer Stunde cyanotisch, zeigte eine zunehmende Atmungsschwäche und starb nach 4 Stunden 35 Minuten. Bei der Sektion wurde ein kleinster Tentoriumriß gefunden, dem keine Bedeutung zuzumessen ist. Die Lungenprobe fiel negativ aus; mikroskopisch sehr geringer Luftgehalt. Das Kind wird als fast ausgetragen angegeben (Körperlänge 47 cm; Gewicht 2690 g). Dieser Umstand hat die Mitteilung veranlaßt; die hier gemachten Beobachtungen kommen hauptsächlich bei Frühgeburten vor. *Binar Sjövall* (Lund).

**Santamarina, Sr. Victor:** Die intrakranialen Blutungen des Neugeborenen. *Arch. Med. infant. Hosp. Garcia* **11**, 347—358 u. dtsch. Zusammenfassung 360 (1933) [Spanisch].

Als Ursachen intrakranialer Blutungen bei Neugeborenen wird angegeben: Ver-

letzungen durch Instrumente, Verlängerung der Geburt, Frühgeburt und hämorrhagische Krankheit. Für die beiden letzteren Ursachen wird Lues als Grundlage vermutet. Wieso es bei diesen Veränderungen zur intrakranialen Blutung kommen soll, wird in der deutschen Zusammenfassung der Arbeit nicht erwähnt. Die ausführliche Symptomatologie und Therapie erübrigt sich für Gerichtsmediziner zu besprechen. Vom pathologisch-anatomischen Standpunkt wird auf einen auffallenden Unterschied hingewiesen, daß bei supratentorialen Blutungen das Blut einen kompakten Klumpen bilden soll, während bei infratentorialen Blutungen das Blut nicht geronnen oder nur von kleinen Gerinnseln durchsetzt sein soll. (Es scheint sich hier um einen scheinbaren Unterschied durch Zufallsbefunde zu handeln.) *Breitenecker (Wien).*

**Peiper, Albrecht: Agone und Tod im frühen Säuglingsalter.** (*Univ.-Kinderklin., Berlin.*) Dtsch. med. Wschr. 1933 I, 119—121.

Eingehende Besprechung der in der Agone eintretenden Erscheinungen: allmähliches Erlöschen der Reflexe (frühzeitig Augenreflex auf den Hals, später Cornealreflex und Lichtreflex der Pupillen); „Zerfall des Atmungszentrums“: periodische Atmung, Cheyne-Stokesscher Typus, Atemblock, Schnappatmung, Kehlkopfbewegungen; Tonusverlust der Bauchmuskeln; terminale Krämpfe infolge Enthemmung durch Absterben höherer Hirnzentren; agonale Lungenentzündung und Lungenödem; Dumpfer- und Leiserwerden der Herztöne (Fortdauer der Herzbewegungen bei unhörbar gewordenen Tönen); Verfärbung der Haut, manchmal Hautblutungen (die lokalisierten Cyanosen werden auf tiefe Blutungen und diffundierten Blutfarbstoff zurückgeführt); Hautsklerem; Erbrechen und agonale parenterale Ernährungsstörung (helle, gallenfarbstoffarme Stühle vom Aussehen erbrochener Milch); Meteorismus; Untertemperaturen. Irrtümer in der Beurteilung agonaler Zustände im frühen Säuglingsalter, besonders bei Frühgeborenen (apnoische Anfälle). Bei asphyktischen Neugeborenen darf nichts unversucht bleiben, auch wenn sie nicht lebensfähig erscheinen (künstliche Atmung, Lobelin, Adrenalin intrakardial, ausreichende Erwärmung).

*Reuss (Graz).*

**Barth, Hermann: Zur Frage: Geburtstrauma und Hörorgan.** (*Hals-, Nasen- u. Ohrenklin., Charité, Berlin.*) Z. Hals- usw. Heilk. 35, 1—42 (1933).

Verf. hat die Felsenbeine von 26 Neugeborenen, sowie einer Reihe von Frühgeburten auf Blutungen und Blutungsreste untersucht. Es fand sich keine Übereinstimmung in der Häufigkeit derselben mit der Reife der Früchte, zwischen der Menge von Blutungen im Hirn und Hirnhäuten mit ihrem Vorkommen im Ohr, oder zwischen dem Befund des Felsenbeines einer Seite mit dem der anderen. Die Blutungen im Felsenbein bevorzugten den inneren Gehörgang und waren am seltensten zu finden, wenigstens bei den Neugeborenen, im endolymphatischen Raum. 12 Luesfälle ließen keinen Einfluß dieser Krankheit auf die Blutungen annehmen. Als Ursache der Blutungen glaubt Verf. nicht das Geburtstrauma schlechthin ansehen zu dürfen, wenn er auch dessen Einfluß besonders bei schweren Geburten keineswegs ausschließen will. Kohlensäurevergiftungsversuche an schwangeren Meerschweinchen ließen im großen ganzen (abgesehen von der Lokalisation im inneren Gehörgang) „typische Geburtsblutungen“ und auch ausgesprochene Hyperämien der Felsenbeine zustandekommen so, wie sie am Menschen beobachtet werden. Als Erklärung könne nur die Asphyxie dienen. Jedenfalls hält Verf. danach Hirnhautblutungen auf Grund von Asphyxie allein für durchaus möglich; hinsichtlich der Blutungen in Hirnmasse und Hirnhöhlen will er sich gegenüber der „Minderdrucktheorie“ Ph. Schwartz' nicht festlegen. Weitere Versuche, die Verbreitung bzw. das Erhaltenbleiben von Eisenpigment als Blutungsrest im Felsenbein nachzuweisen, ergaben Befunde, die zur größten Vorsicht hinsichtlich einer Schlußfolgerung auf Alter der Blutung aus Pigmentbefunden im inneren Ohr mahnen. Im Innenohr ist kaum je Eisenpigment nachzuweisen gewesen. Feste Beziehungen zwischen den beschriebenen Blutungen und Entzündungsvorgängen im Ohr fand Verf. nicht. Spontannystagmus ist nach den Untersuchungen des Verf. bei Säuglingen ein physiologisches Phänomen. *Klestadt.*

● **Naujoks, Hans: Die Geburtsverletzungen des Kindes.** Stuttgart: Ferdinand Enke 1934. VII, 132 S. u. 49 Abb. RM. 11.50.

Die zusammenfassende Abhandlung von Naujoks, die die wesentlichen Gesichtspunkte aus dem Kapitel der kindlichen Geburtsverletzungen hervorhebt, zum großen Teil an Hand eigener Beobachtungen, ist auch für den Gerichtsarzt von erheb-

lichem Interesse, zumal er ja oft vor die Frage gestellt wird, ob eine Verletzung des Kindes spontan durch den Geburtsvorgang entstanden ist oder gewaltsam zugefügt wurde. Im wesentlichen wird natürlich die Klinik der Geburtsverletzungen behandelt, die Ursachen der Verletzungen des Kindes in der Schwangerschaft, bei der Geburt, durch geburtshilfliche Maßnahmen, ihre Diagnose, Therapie, Prognose und Verhütung. Dabei werden auch die pathologisch-anatomischen Befunde berücksichtigt. Am ausführlichsten, weil am häufigsten und bedeutungsvollsten, werden die Verletzungen des Kopfes (Weichteilläsionen, Nervenschädigungen, Knochenläsionen, Verletzungen des Schädelinhaltes) behandelt, aber auch sämtliche sonstigen Verletzungen (Rumpf, Extremitäten) und ihre Folgen für die spätere Entwicklung des Kindes werden besprochen. Ein eigenes Schlußkapitel ist über die soziale und forensische Bedeutung der Geburtsverletzungen des Kindes angefügt. *G. Strassmann* (Breslau).

**Ximenez, Isaias: Vergeblicher Kindsmordversuch.** Arch. Pediatr. Uruguay 4, 404—405 (1933) [Spanisch].

Das Neugeborene war gleich nach der Geburt in eine Dungsgrube geworfen worden. Trotzdem es dort über 4 Stunden gelegen hatte, gelang es durch entsprechende Maßnahmen, das Kind zu retten und am Leben zu erhalten. Nur eine Bronchitis hatte sich eingestellt. *Ganter* (Wormditt).

### Gerichtliche Geburtshilfe.

**Knaus, Hermann: Die periodische Frucht- und Unfruchtbarkeit des Weibes.** (*Univ.-Frauenklin., Graz.*) Zbl. Gynäk. 1933, 1393—1408.

Der Verf. wiederholt noch einmal die dem Befruchtungstermin zugrunde liegenden wissenschaftlichen Tatsachen, nämlich: die unbefruchtete Eizelle bleibt nach der Ovulation nur wenige Stunden befruchtbar, die Spermatozoen verlieren ihre Befruchtungsfähigkeit in spätestens 48 Stunden, das Corpus luteum spurium des Menschen funktioniert 14 Tage, der Follikelsprung erfolgt spontan und 14 Tage vor Eintritt der folgenden Menstruation, das Persistieren des Corpus luteum bei Eintritt der Schwangerschaft beruht auf einer hormonalen Wirkung des implantierten Eies. Hierauf tritt der Verf. verschiedenen, seiner Ansicht nach unrichtigen Behauptungen und Schlüssen L. Fraenkels in der Frage des Konzeptionstermins entgegen. Ebenso glaubt er auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen, die Annahme Grossers einer unregelmäßigen, d. h. durch die Kohabitation provozierte Ovulation, widerlegt zu haben. Es werden mehrere Menstruationstabellen mitgeteilt, in welche der nach Knaus zu errechnende Ovulationstermin (14. Tag vor Beginn der Menstruation) eingetragen ist. Es ist von Wichtigkeit, den Menstruationscyclus einer Frau mindestens während eines ganzen Jahres genau festzulegen. Dann ergibt sich, daß es regelmäßig menstruierende Frauen im Sinne eines 28tägigen Cyclus nicht gibt, sondern vielmehr die Menstruation im Laufe der Zeit mindestens eine Schwankungsbreite von 4—6, in seltenen Fällen bis 8 Tage aufweist. Hieraus ergibt sich ohne weiteres ein Schwanken des stets 14 Tage vor Menstruationsbeginn liegenden Ovulationstermins. Eine Nichtbeachtung dieser Tatsache führt nach Ansicht von Kn. zu einer scheinbaren Unrichtigkeit seiner These. Die in den erwähnten Tabellen eingetragenen Kohabitationsdaten sollen nämlich beweisen, daß bei genauer Beachtung dieses Ovulationstermins und in Anbetracht dessen, daß sowohl die Lebensfähigkeit des Eies wie des Spermas äußerst kurz ist, bei jeder Frau nur eine kurze Zeitspanne von wenigen Tagen innerhalb eines Menstruationscyclus besteht, um zu konzipieren. Hieraus ergeben sich 2 physiologische Phasen der Konzeptionsunfähigkeit, nämlich die Zeit im Anschluß an die vorangegangene Menstruation sowie die Tage vor Beginn der nächsten Menstruation. Auf Grund dieser Überlegungen ist es möglich, eine physiologische Konzeptionsverhütung ohne Anwendung antikonzepzioneller Mittel zu treiben. (Vgl. diese Z. 20, 44 [Grosser].) *F. Siegert* (Düsseldorf).°°