

abheilende Ulcerationen übergangen, zum Teil unter Hinterlassung einer schwärzlichen, gangrän-ähnlichen Verfärbung eintrockneten. 14 Tage nach der Vergiftung, nach Schwinden aller allgemeinen Intoxikationserscheinungen, begann eine sehr hartnäckige Neuritis des linken N. tibialis und peroneus mit Schmerzen, Hypästhesie, motorischer Lähmung und Entartungsreaktion, als deren Ursache der Verf. in Analogie zu den „apoplektiformen Kohlenoxydneuritiden“ von Claude Blutungen in oder um die Nervenstämmе für wahrscheinlich hält.

Voss (Hamburg).

Nathan, Helmut: Rattenbißerkrankung. (*I. Chir. Abt., Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Dtsch. Z. Chir. **242**, 138—147 (1933).

Es wird 1 Fall von Sodoku, der in Hamburg nach Rattenbiß bei einem 76jährigen Manne zur Beobachtung kam, beschrieben. Der Krankheitsverlauf war typisch. Neosalvarsantherapie hatte prompten Erfolg. Neben dem Primäraffekt am kleinen Finger kam es zu ziemlich schweren Allgemeinerscheinungen mit Schüttelfrösten und starker Müdigkeit. Delirante Erscheinungen, die in anderen Fällen beobachtet sind, traten nicht auf. Histologische Untersuchung exstirpierter Gewebsteile vom Primäraffekt ergab weitgehende Ähnlichkeit mit den bei der Syphilis vorkommenden Veränderungen mit entzündlichen Vorgängen an den Arterien und Venen (Endarteriitis obliterans, Endophlebitis).

Panse (Berlin).

Peanetsehki, Chr.: Bericht über Galeodes graecus-Bisse konstatiert in Bulgarien. Clin. bulgar. **5**, 593—598 u. dtsh. Zusammenfassung 598 (1933) [Bulgarisch].

Das zu den Arachnoideen gehörige Tier ist früher besonders in Griechenland beobachtet worden, findet sich jedoch seit Ende des Weltkrieges, 1918, auch an der Südgrenze Bulgariens. Es wird über 3 Fälle von Biß durch dasselbe berichtet, dessen stürmisch einsetzende, etwa 5 Tage anhaltende Symptome bestehen in: Krämpfen, Dyspnoe, Kardialgie, Temperaturniedrigung, zuweilen Übelkeit, schwachem Puls, Anurie bei Männern, Schlaflosigkeit, Gliederschmerzen.

Adam (Buch).

Kindesmord.

Brindeau, A.: Deux observations d'accouchement sans témoins. (Zwei Beobachtungen von Geburt ohne Zeugen.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 19. II. 1934.*) Ann. Méd. lég. etc. **14**, 209—214 (1934).

Rasche Geburt bei einer 21jährigen Erstgebärenden. Verheimlichung der Geburt (nach Verheimlichung der Schwangerschaft) auch im Krankenwagen auf dem Wege zum Spital in Gegenwart der Mutter und einer Pflegerin, die beide behaupteten, kein Schreien gehört zu haben, weder seitens der Mutter noch seitens eines Neugeborenen. Letzteres wurde bei der Aufnahme ins Spital tot zwischen den Beinen der Mutter unter den Decken gefunden. Die Obduktion ergab makroskopisch und mikroskopisch beatmete schwimmfähige Lungen. — Beim 2. Fall handelt es sich um Geburt in der Glückshaube und Nabelschnurumschlingung des Halses. Das Sanitätspersonal hatte das Kind tot zwischen den Beinen der Mutter gefunden. Die Obduktion ergab beatmete Lungen mit einzelnen Atelektaseinseln. Verf. schließt aus den Fällen auf die Möglichkeit des Atmens ohne Schreien sowie darauf, daß einige Atemzüge genügen, um die Lungen zu entfalten. — Die ausgedehnte Aussprache ergab nichts wesentlich Neues. Dermieux erklärt die teilweise Beatmung der Lungen bei den unter der Glückshaube geborenem Kinde damit, daß er annimmt, daß zwischen den Eihäuten und dem Munde eine kleine Menge Luft bei der Geburt sich ansammeln könne, die für 1—2 Atemzüge genüge. — Du voir weist auf eine Arbeit von Differdange (Thèse Paris 1924) hin, in welcher das spezifische Gewicht der fetalen Lunge des Totgeborenen zwischen 1,057 bis 1,039 gefunden wurde, das der beatmeten Lunge des Neugeborenen zu 1,038 bis 1,619. Um zu zeigen, daß lufthaltige Lungen im Wasser untersinken können, wird die Lungenschwimmprobe am besten in einer Flüssigkeit vom spezifischen Gewicht 1,039 angestellt, die durch Zugabe von etwas Kochsalz zum Wasser hergestellt wird. Wenn in einer solchen Flüssigkeit alle Teile untersinken, kann man die Nichtbeatmung als erwiesen ansehen, vorausgesetzt, daß nicht ausgedehnte Anschoppungen der Lunge bestehen (? Ref.). Wenn ein einziger Teil in einer Flüssigkeit zwischen 1,000 und 1,039 auftaucht, ist an die Möglichkeit der Beatmung zu denken und dieser Teil genau histologisch zu untersuchen.

Walcher (Halle).

Étienne-Martin, Pierre, et Y. Bach-El-Din: Nouvelle méthode de docimasie pulmonaire chez le nouveau-né. (Über eine neue Methode der Lungenprobe beim Neugeborenen.) (*Inst. Méd.-Lég., Univ., Lyon.*) Ann. Méd. lég. etc. **14**, 188—190 (1934).

Die Verff. verwenden den Ultropak von Leitz zur Besichtigung der Lunge im indirekt beleuchteten mikroskopischen Bilde.

Der Apparat wird genauer beschrieben, er ist binokular eingerichtet, gibt ein stereoskopisches Bild, und man kann in verschiedenen Ebenen das Präparat besichtigen. Im Gegensatz zu der Herstellung von gewöhnlichen mikroskopischen Schnitten geschieht die Präparation

des Materials in wenigen Minuten folgendermaßen: 1. Fixierung in Alkohol, 2. Färbung mit Methylenblau, 3. Differenzierung in Essigsäure. Das Lungenpräparat wird sodann in ein brechendes Medium eingelegt, etwa Glycerin, und wird dann in einem Spezialglasgefäß untergebracht, welches von einer Glasplatte bedeckt ist. Die mikroskopische Untersuchung wird dann mit einer Vergrößerung von 100—1000 durchgeführt.

Im mikroskopischen Bilde sieht man bei der unbeatmeten Lunge ein kompaktes Parenchym, welches mehr oder weniger durch Methylenblau gefärbt ist. Das Bindegewebe erscheint durchsichtig und man kann in ihm die Blutgefäße und die nicht entfalteten Bronchiolen erkennen. Bei Beatmung der Lunge sieht man die breite Ausdehnung der Alveolen, welche von einem alveolär gebauten Gewebe, welches genügend differenziert ist, umgeben sind. Das Innere der Alveolen ist leer. Durch Verschieben der Mikrometerschraube kann man die Übereinanderlagerung und Form, Ausdehnung und Tiefe der Alveolen feststellen. Man sieht auch die erweiterten Bronchien und die blutgefüllten Gefäße. Die typischen Fälle sind sofort zu unterscheiden. — Die schwierigen Fälle (z. B. Tod des Kindes nach einem Schrei) bieten ähnliche Schwierigkeiten wie bei der histologischen Untersuchung. Bei teilweiser Beatmung kann man aber die ganzen Lungen durch das Gesichtsfeld ziehen, wodurch diese Methode der histologischen überlegen sei (vgl. die Herstellung von Lungenschnitten durch eine ganze Lunge auf dem Kristellerschen großen Gefriermikrotomtisch; Ref.). Die Erkennung der Fäulnisblasen macht keine besonderen Schwierigkeiten. Es zeigen sich leere Hohlräume, die schlecht abgegrenzt, ungleich und umgeben sind entweder von komprimiertem Gewebe oder von entfalteten Alveolen, je nachdem das Kind geatmet hat oder nicht. (Die Unterscheidung dürfte wohl die gleichen Schwierigkeiten bieten wie bei der histologischen Untersuchung. Ref.) Als Vorteil der Methode wird die Leichtigkeit und Schnelligkeit hervorgehoben (während der Sektion durchführbar). Die Genauigkeit sei vielleicht noch größer als bei der histologischen Untersuchung. — Die Verf. haben ihre Methode auch bei plötzlichem Tod an Bronchopneumonie, zur Unterscheidung von intravitalen und postmortalen Ekchymosen der Haut usw. angewendet. [Walcher.

Francheo, Avv. Ettore: Respirazione artificiale e vita in un feto. (Künstliche Atmung und Leben bei einem Fetus.) Arch. di Antrop. crimin. 53, 750—752 (1933).

Es handelt sich um einen Fall von Kindesmord durch Erdrosseln. Lungenschwimmprobe positiv. Doch war das Neugeborene nach der Tat der künstlichen Atmung (durch Einblasungen) unterzogen worden, so daß die Verteidiger behaupteten, die Schwimmprobe allein beweise Atmung und Leben im Sinne des Art. 369 des (nunmehr abgeschafften) ital. StGB. nicht. Die Angeklagte wurde deswegen freigesprochen. Verf. beklagt, daß die Sachverständigen von den vielfachen Lebensproben sich gerade mit der hier ungeeignetsten begnügt haben. Romanese (Turin).

Ökrös, Sándor: Über Durarisse bei Embryonen, mit besonderer Berücksichtigung der Risse des Tentorium cerebelli und der Falx cerebri. Orv. Hetil. 1933, 649—653 [Ungarisch].

Im Tentorium cerebelli sind im wesentlichen 3 Schichten zu unterscheiden: Lamina superior, media seu vaso-nervosa und inferior. Die Risse des Tentorium cerebelli können durch Dissektion oder durch Dislaceration zustande kommen. Letztere können sich entweder auf sämtliche oder auf einige Laminae ausbreiten: komplette oder inkomplette Risse, die wieder ein- oder doppelseitig sein können. Die Risse entstehen in der ähnlich gebauten Falx cerebri und Falx cerebelli entweder in der Mitte oder neben dem Sinus rectus. Außer den Geburtstraumen spielt bei der Entstehung der Risse auch die angeborene Schwäche der histologischen Struktur dieser Gebilde (Oligodesmose Orsós), die kurze, flache, gespannte Beschaffenheit und die stärkere Dehnbarkeit der hinteren Schädelgrube eine Rolle. Bei vollständigen doppelseitigen Rissen des Tentoriums kommt die Gehirnlähmung außer der subduralen Blutung und der evtl. Gehirnverletzung auch durch Störung der Liquorzirkulation (Verschluß des Aquädukts) zustande. Zwecks Feststellung dieser Risse empfiehlt es sich, den Schädel mit der Benekeschen oder der Orsósschen Methode zu eröffnen. István Fényes. °°

Bué, V.: Des déformations de la tête fœtale après l'accouchement dans les vicieuses pelviennes. (Deformitäten des kindlichen Schädels nach der Geburt bei Beckenverengungen.) (*Clin. Obstétr., Univ., Lille.*) *Leç. Clin. Tarnier* 9, 106—139 (1933).

Es gibt seltene Fälle von Schädeldeformitäten während der Geburt, die nicht auf Mißverhältnis des knöchernen Beckens beruhen; es werden hierfür Fälle aus der Literatur angeführt, wo die Schädelveränderungen des Kindes ihre Ursache in Mißbildungen, Asymmetrie des Schädels oder anderen Zufällen finden. Es werden dann ausführlich die allgemein bekannten, verschiedenen Grade der Schädeldeformitäten von der leichtesten bis zur schwersten Form geschildert. Es folgen Erklärungen und bildliche Demonstrationen (aus Bumm) der durch die Geburt entstandenen Konfigurationen am kindlichen Schädel bei den verschiedenen Kopflagen. Die durch verengtes Becken verursachten Deformitäten können nach Ansicht des Verf. in folgende Grade eingeteilt werden: Übereinanderschieben der Kopfknochen, ausgesprochene Asymmetrie der beiden Schädelhälften, Eindellungen mit oder ohne Knochenfraktur, Verletzungen der Meningen. Verf. erläutert ausführlichst den Entstehungsmechanismus der einzelnen Deformitäten, und zwar für die verschiedensten Arten der Beckenverengungen gesondert. Weiterhin werden alle Möglichkeiten der Verletzungen im Schädelinneren von der einfachen Kontusion über die verschieden lokalisierten Hämorrhagien bis zum tödlichen Meningeariß besprochen; ferner werden die Entstehungsarten, Ursachen, Sitz, Ausdehnung und Häufigkeit der Verletzung, sowohl bei Spontangeburt als auch besonders bei künstlichen Entbindungen und ihre Folgen (sofortiger Tod, vollständige Toleranz oder spätere Schädel-, Meningen- und Hirnerkrankungen) diskutiert und an typischen Beispielen erläutert. Die chirurgische Therapie der Geburtsverletzungen am Neugeborenschädel ist mannigfach und nicht neu. Verf. bespricht die einzelnen Methoden, besonders eingehend die gerade in letzter Zeit bei Hämorrhagien häufig mit gutem Erfolg angewandte Lumbalpunktion (Erfolgszahlen der Literatur). Zum Schluß wird kurz auf die Differentialdiagnose zwischen Spontanentstehung der Schädelverletzungen und kriminellen Eingriff (Kindesmord) eingegangen. Die ausführliche, erschöpfende Arbeit eignet sich nicht gut zum Referieren, es konnte der Inhalt nur in Stichworten angegeben werden, alle Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Heinz Kirchhoff (Kiel).

Haam, Emmerich von: Pathology of intracranial hemorrhage in the newborn child (Pathologie der intrakraniellen Hämorrhagien beim Neugeborenen.) (*Dep. of Path., Louisiana State Univ. Med. Center a. Charity Hosp., New Orleans.*) *Amer. J. Obstetr.* 27, 184—194 (1934).

Die Untersuchungen gründen sich auf 317 Sektionen von ausgetragenen und frühgeborenen Kindern, von denen 259 kurze Zeit nach der Geburt gelebt hatten, 63 totgeboren waren und von denen 50 oder 16% intrakranielle Blutungen zeigten. Große supra- oder intratentorielle Blutungen mit Tentoriumriß fanden sich in 22—44% (je nach Gliederung in prämatüre oder rechtzeitige Geburt), subdurale Konvexitäts-ergüsse mit Schädigung der Sinusse in 12—24%, kleinere isolierte Subduralblutungen in gleichem Satz, intracerebrale in 4—8% der Fälle. In 98% fand sich Geburtstrauma in der Anamnese. Es wird folgende Einteilung vorgeschlagen: Epiduralhämorrhagien, Intraduralhämorrhagien, Subduralhämorrhagien, subarachnoidale, subpiale und intracerebrale Hämorrhagien. Genaueste anatomische Untersuchung ist nötig. Die Prämatuität spielt eine bedeutsame ätiologische Rolle.

Neurath (Wien).

Hemsath, Frederick A.: Birth injury of the occipital bone with a report of thirty-two cases. (Geburtsverletzung des Hinterhauptbeins. Bericht über 32 Fälle.) (*Dep. of Path., New York Lying-In Hosp., New York.*) *Amer. J. Obstetr.* 27, 194—203 (1934).

Verf. lenkte die Aufmerksamkeit auf eine wenig bekannte und doch bedeutungsvolle Geburtsverletzung am Schädel des Neugeborenen, nämlich die Zerreißen der Knorpelfuge zwischen Hinterhauptsschuppe und Pars lateralis des Hinterhauptbeines (Synchondrosis intraoccipitalis posterior). Während Verf. seit der ersten Beschreibung

dieser Geburtsschädigung durch Schröder im Jahre 1871 bloß 3 Mitteilungen darüber gefunden hat, hat er selbst im Laufe von 2 Jahren die Verletzung an 51 Leichen Neugeborener festgestellt. Über 32 von diesen, über welche ihm Geburtsgeschichten zur Verfügung standen, berichtet er eingehender. Es handelte sich ausnahmslos um wohlentwickelte, reife Kinder. In 72% der Fälle trat an der Trennungsstelle die Schuppe stufenförmig gegen das Schädelinnere vor, und in 38% fand Verf. dementsprechend eine Vertiefung oder Blutungen an der Unterseite des Kleinhirns. Bei Verschiebung ist die Verletzung in der seitlichen Röntgenaufnahme zu erkennen. Verf. fand die Verletzung bei 42% der von ihm geöffneten, am Beckenende ausgezogenen Kinder, und zwar in 33% nach Steißlage, dagegen in 48% (auch absolut am häufigsten) nach vorangegangener Wendung auf den Steiß. Auch bei Zangengeburt fand er sie in $\frac{1}{3}$ der Fälle, doch war unter 10 Fällen dieser Art nur eine Ausgangszone. 2mal fand er die Verletzung bei mit dem Kopf ohne Kunsthilfe geborenen Kindern, bei welchen bloß die Lösung der Schultern große Schwierigkeiten bereitet hatte. Nach Verf. kommt die gegenständige Verletzung als Todesursache an Häufigkeit dem Gezelteriß gleich. Ihre Entstehung, die durch ein räumliches Mißverhältnis zwischen Beckenweite und Größe des Kopfes begünstigt wird, erklärt Verf. dadurch, daß das Hinterhaupt gegen die Schoßfuge angepreßt wird. Er mahnt 1. die Zange recht sorgfältig anzulegen und das Hinterhaupt nicht gegen die Schoßfuge zu ziehen; 2. bei Ausziehung am Beckenende gleichfalls nicht gegen die Schoßfuge zu ziehen; 3. zur Befreiung der steckengebliebenen Schultern bei Kopfgeburten nicht am Hinterhaupt, sondern an den Seiten des Kopfes zu ziehen.

Meixner (Innsbruck).

Hotz, A.: Über partiellen Spontanpneumothorax beim Neugeborenen. (*Kinderabt., Schweiz. Pflegerinnenschule, Zürich.*) Schweiz. med. Wschr. 1934 I, 209—211.

Es wird die Aufmerksamkeit auf den partiellen Spontanpneumothorax beim Neugeborenen als Ursache einer vorübergehenden Cyanose und Dyspnoe gelenkt, ein Krankheitsbild, das wir beim Säugling relativ häufig sehen, das beim Neugeborenen aber sehr selten sein soll. So finden sich in der Literatur bis 1933 nur 9 Fälle. Nun hat Hotz in $1\frac{1}{2}$ Jahren 3 Fälle beobachten können, nachdem er systematisch alle cyanotischen Neugeborenen durchleuchtet. Die Fälle werden eingehend beschrieben; bei einem fand sich ein wechselseitiges Auftreten des Pneumothorax. Die Ätiologie der Entstehung läßt sich nicht eindeutig klären. Therapie bei bedrohlichen Fällen Punktion. Man soll bei Atelektasen von Neugeborenen vorsichtig mit drastischen therapeutischen Maßnahmen sein.

Schall (Homburg, Saar).^{oo}

Holmberg, Eva: Leberzerreißen bei Neugeborenen in den Jahren 1924—1932 in der Allgemeinen Gebäranstalt in Helsingfors. (*II. Obstetr.-Gynäkol. Klin., Allm. Sjukh., Helsingfors.*) Finska Läk.sällsk. Hdl. 75, 1067—1095 u. dtsch. Zusammenfassung 1096 (1933) [Schwedisch].

Unter 1000 Sektionen, die alle in der Universitäts-Frauenklinik zu Helsinki totgeborenen und bald nach der Geburt gestorbenen Kinder umfaßt, wurde bei ausgetragenen Kindern 3mal, bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht über 1000 g 7mal und bei noch kleineren 9mal eine Leberruptur entdeckt. Von den ausgetragenen 3 Kindern mit Leberruptur waren 2 Spontangeburt, 1 Zangengeburt. Die Leberruptur wird als ein Kompressionstrauma aufgefaßt, bei welchem der Druck entweder gegen Symphysis oder Promontorium neben anderen Faktoren wie Asphyxie und mangelhafter Entwicklungsgrad bei Frühgeborenen die ausschlaggebende Rolle spielt. Bei 37 Kindern wurden mehr oder minder ausgedehnte subkapsuläre Blutungen in der Leber nachgewiesen. 26 dieser Kinder waren Frühgeburten. *Ylppö* (Helsinki).^{oo}

Gerichtliche Geburtshilfe.

Winter, G.: Über die geburtshilfliche Leistungsfähigkeit praktischer Ärzte. Zbl. Gynäk. 1934, 914—916.

Verf. hat an die ostpreußischen Ärzte eine Umfrage mit dem Ersuchen gerichtet,