

EMIL TONUTTI, Gießen, bearbeiten zu lassen. Wer pathologische Vorgänge in den endokrinen Drüsen beurteilen will, muß sich zunächst über die komplizierte Histophysiologie in ihren vielfachen Variationen klar sein. Die vorliegende Darstellung (normale Anatomie der Schilddrüse, der Keimdrüsen, der Nebennieren, der Hypophyse, der Epithelkörperchen und des Inselapparates des Pankreas) wird diesen Anforderungen völlig gerecht; sie erspart dem Leser ein umständliches Nachsehen in der manchmal nicht sonderlich geläufigen normal-anatomischen, physiologischen und physiologisch-chemischen Literatur. Trotz der schwierigen Materie sind die Ausführungen leicht lesbar, die ausführlichen Literaturverzeichnisse ermöglichen mit geringer Mühe weiteres Nachschlagen.

B. MUELLER (Heidelberg).

Kindestötung.

Rudolf Koch: Die Kindestötung im Sinne des § 217 StGB. und der plötzliche Tod im Säuglings-, Kleinkind- und Kindesalter. [Inst. f. gerichtl. Med. u. Krim., Univ. Halle a. d. Saale.] Z. ärztl. Fortbildg 49, 58—62 (1955).

Im Rahmen eines Vortrages auf einer Kinderärztetagung in Halle bringt Verf. in übersichtlicher Form die für den Arzt zu beachtenden Gesichtspunkte bei der Aufklärung von angeblichen oder wirklichen Kindestötungen. Eine statistische Übersicht auf Grund des Halleschen Materials über plötzliche natürliche Todesfälle im Säuglingsalter wird angeschlossen, und zwar unter Benutzung der vom Verf. veranlaßten Dissertation von FRIEDRICH WOLFF.

B. MUELLER (Heidelberg).

Julius Weber: Hat ein neugeborenes Kind gelebt oder nicht? Pathologisch-anatomische und gerichtsarztliche Überlegungen. [Path. Inst., Städt. Krankenh., Ludwigshafen a. Rh.] Dtsch. med. Wschr. 1953, 1271—1272.

Die Herztöne eines Neugeborenen sind keine „sichere Lebensfunktion“ (NAUJOKS: Dtsch. med. Wschr. 1950, 1511; Geburtsh. u. Frauenheilk. 1950, H. 9; 1952, H. 10), sie können ein Symptom der Fortsetzung des intrauterinen Lebens sein. Entscheidend ist der Beginn der natürlichen Atmung entsprechend der nicht zu beanstandenden Definition des Personenstandsgesetzes. Der Beginn der natürlichen Atmung muß von dem verantwortlichen Pflegepersonal gewissenhaft registriert werden. Im Zusammenhang damit befaßt sich der Autor mit dem bekannten Widerspruch zwischen Zivilrecht und Strafrecht hinsichtlich des Beginnes des Lebens, der dazu führen kann, daß der Tatbestand des § 217 StGB. an einem Kind erfüllt werden kann, welches personenstandrechtlich als Totgeburt zu registrieren ist.

ELBEL (Bonn).^{oo}

H. Czermak und A. Krejei: Zur Prognose des Geburtstraumas. [Univ.-Kinderklin. u. Univ.-Frauenklin., Wien.] Wien. med. Wschr. 1954, 551—557.

Es wird die Symptomatologie des Geburtstraumas nach rein klinischen Gesichtspunkten ohne Lumbalpunktion besprochen. Die symptomatische Behandlung solcher Traumen erfolgte mit völliger Ruhigstellung, Verabreichung von Sedativa und von Vitamin K. — Von 60 diagnostizierten Geburtstraumen starben 9 (= 15%) in den ersten Stunden oder Lebenstagen. Bei 2 dieser Kinder fand sich, trotz deutlicher klinischer Zeichen eines Geburtstraumas, anatomisch kein Anhalt für ein solches, in 1 Fall wurde das Gehirn nicht seziiert. Drei weitere Kinder starben später, mit 2 bzw. 4 Monaten. Zwei wurden seziiert und von diesen zeigte eines eine ausgedehnte Blutung in der Falx cerebri. Die klinische Diagnostik des Geburtstraumas hat sich also auch hier als insuffizient erwiesen. Ein Geburtstrauma wurde häufiger diagnostiziert als es sich anatomisch nachweisen ließ. — 30 Kinder mit klinisch diagnostiziertem Geburtstrauma konnten mit 1 bis 4½ Jahren nachuntersucht werden. Von diesen hatten 4 Kinder (= 13,3%) schwere Veränderungen (2 Little, 2 schwere Entwicklungsrückstände mit Ataxie bzw. Mikrocephalus) und 6 Kinder leichtere Störungen (= zus. 33,3% geschädigte Kinder). Nur 20 der nachuntersuchten Kinder verhielten sich völlig normal. (An der hohen Zahl der cerebralen Störungen dürften wohl auch andere als geburtstraumatische Schädigungen erheblich beteiligt sein. Das eigentliche Geburtstrauma ist sicher seltener, als unsere klinische Diagnostik vermuten läßt. Der Ref.)

LEBE (Erfurt).^{oo}

Samuel J. Fomon, George H. Lowe and Henry DeLeeuw: „Idiopathic“ rupture of the stomach in a newborn infant. [Dep. of Med., Pediatr. Sect.] [Dep. of Surg. and Dep. of Path. U. S. Army Hosp., Fort Dix, N. J.] Amer. J. Dis. Childr. 88, 234—238 (1954).

Odd Mørstad: Birth injuries. A follow-up examination. (Geburtsschädigungen. Ergebnisse nachgehender Untersuchungen.) Acta obstetr. scand. (Stockh.) **33**, Suppl. 1, (1953), 73 S.

Sorgfältige und sehr umsichtige Auswertung von 44533 Geburtsberichten der Univ.-Frauenklinik Oslo aus den Jahren 1930—1950. Totgeburten 3,54%, in der Klinik verstarben 1,63%. Von den insgesamt 5,17% verstarben an Geburtsschädigungen 2,27%. Die Werte liegen höher als der allgemeine Landesdurchschnitt, da es sich um ein ausgelesenes Material handelt; werden doch in die Univ.-Frauenklinik vor allem Gebärende eingewiesen, bei denen Komplikationen bereits vorliegen oder zu erwarten sind. Von den lebend entlassenen Säuglingen zeigten 5,08% vorübergehende oder bleibende Anzeichen von Geburtsschädigungen. Nach Ausschluß aller Fälle von leichter Asphyxie verbleiben hier 3,3%. Die 2,27% der Neugeborenen, die infolge von Geburtsschädigungen verstarben oder tot geboren wurden, bilden 43,7% aller Totgeburten und Todesfälle post partum der Klinik. Aus dem Gesamtmaterial von 2264 Fällen wurden zwei Gruppen ausgesondert, um rein geburtshilfliche Probleme einer Klärung näherzubringen. Die erste Gruppe umfaßt die asphyktisch geborenen Säuglinge, die zweite Gruppe die Säuglinge mit cerebralen Hämorrhagien. Ausgeschlossen aus beiden Gruppen wurden alle Fälle, bei denen außerdem noch Schwangerschaftstoxikosen oder sonstige Erkrankungen der Mutter sowie Abnormitäten der Placenta und der Nabelschnur vorlagen. Auch Mehrlingsgeburten wurden in die beiden Gruppen nicht aufgenommen. Die „Asphyxiegruppe“ umfaßt 794 Neugeborene, die „Gruppe der cerebralen Hämorrhagien“ 369 Neugeborene. Von letzteren wurden 337 sezziert. In beiden Gruppen fällt das hohe Alter der Gebärenden auf. 60% der Gebärenden waren älter als 30 Jahre, annähernd 10% der Gebärenden waren über 40 Jahre alt. In der Asphyxiegruppe kamen 1,35 Knaben auf ein Mädchen, in der Hämorrhagiengruppe 1,72 Knaben auf ein Mädchen. Im Jahrzehnt 1940—1950 kamen bei 25377 Geburten auf 1,13 Knaben ein Mädchen. In der Asphyxiegruppe betrug in 12,8% der Fälle die Schwangerschaftsdauer weniger als 40 Wochen, in der Hämorrhagiengruppe in 36% weniger als 40 Wochen. Bei 6,3% der Neugeborenen der Asphyxiegruppe lag das Geburtsgewicht unter 2500 g, in der Hämorrhagiengruppe lag bei 27,5% der Neugeborenen das Geburtsgewicht unter 2500 g. In der Asphyxiegruppe handelte es sich in 10,5% um Beckenendlagen, in der Hämorrhagiengruppe in 22,8%. Bei mehr als der Hälfte der asphyktischen Neugeborenen waren geburtshilfliche Operationen erforderlich gewesen. In der Hämorrhagiengruppe waren in 40% der Fälle Operationen vorhergegangen. Der Einfluß der Anästhesie auf die Ausbildung der kindlichen Asphyxie wurde besonders berücksichtigt. — Bei 651 Kindern wurden Nachforschungen angestellt. Nur 349 konnten ermittelt und bei 209 klinische Untersuchungen durchgeführt werden. Die ermittelten Fälle zerfallen in 2 Gruppen. Gruppe 1 umfaßt 222 Fälle, die deutlich erkennbare Geburtsschädigungen während der Beobachtungszeit in der Klinik gezeigt hatten, Gruppe 2 127 Fälle, bei denen Geburtsschädigungen sich nicht nachweisen ließen. Es handelte sich in Gruppe 2 mithin um „normale Geburten“, die herangezogen wurden, um die Frage zu klären, ob es nichterkannte Geburtsschädigungen gibt. Gruppe 1 wurde weiter unterteilt: A. 36 Fälle mit einwandfrei nachgewiesenen Gehirnblutungen, B. 28 Fälle mit nicht einwandfrei nachgewiesenen Gehirnblutungen. C. 78 Neugeborene, die asphyktisch geboren wurden, D. 16 Fälle, bei denen Symptome von Gehirnschädigungen nicht gleich, sondern erst nach einigen Tagen sich bemerkbar machten. Hier handelte es sich wahrscheinlich um hämorrhagische Diathesen. E. 6 Fälle von Frakturen und Luxationen. F. 5 Fälle von Plexus- und peripheren Nervenschädigungen. G. 24 Fälle von multiplen Geburtsschädigungen. Bei den Müttern handelte es sich in 61% der Fälle um Frauen über 30 Jahre und in 64% um alte Erstgebärende. Auch hier fand sich eine Übersterblichkeit der Knaben (1,51:1). Unter den Probanden lag bei 89% das Geburtsgewicht zwischen 2500 und 4500 g. Nur bei 4 Fällen wird ein Geburtsgewicht unter 2000 g vermerkt. Zur wichtigen Frage des weiteren Schicksals der übertragenen Kinder konnte eine eindeutige Antwort nicht gegeben werden. Über 64 Fälle folgen nun in gedrängter Form die hochinteressanten Ergebnisse der Nachuntersuchungen einschließlich elektrencephalographischer Befunde und die Ergänzung der Anamnese, wobei alles Erreichbare an pädiatrischen und neurologisch-psychiatrischen Beobachtungen herangezogen wurde. In Gruppe 2 (Kontrollgruppe) zeigten 6,3% der Fälle eine unnormale Entwicklung. Auch in Gruppe 2 ist zu beobachten, daß es sich um ein ausgelesenes, an Komplikationen sub partu reiches Material handelt. Bei 50% der Gebärenden der Gruppe 2 lag das Alter zwischen 30 und 45 Jahren. Auf insgesamt 64 Fälle beider Gruppen wird in 8 Fällen (Tabelle 2) mit der Möglichkeit des Vorliegens von Erbschäden gerechnet. Der einwandfrei nachweisbare Zusammenhang zwischen Gebäralter

und Geburtstrauma ist im wesentlichen ein soziales Problem. Es handelt sich um „eine charakteristische Erscheinung der modernen Zeit“, die mit der auch in Norwegen höchst akuten Wohnungsnot in Zusammenhang steht. Als zweites Problem der Wichtigkeit nach ist die Frühgeburtenfrage zu nennen. Der Geburtstauer kommt bei der Entstehung des Geburtstraumas eine gewisse Bedeutung zu, wenn auch ein eindeutiges Überwiegen der Fälle mit langer Geburtsdauer nicht nachzuweisen war. Da eine Vielzahl von Faktoren den Ausschlag gibt, ob ein gesundes Kind geboren wird oder nicht, tut der Geburtshelfer gut daran, expektativ vorzugehen. Auch er kann keine Wunder vollbringen. Daher soll es nicht sein Ziel sein, um jeden Preis ein lebendes Kind zur Welt zu bringen. Da Geburtsleitung und operative Technik bereits hoch entwickelt sind, sollten nunmehr prophylaktische Maßnahmen während der Schwangerschaft im Vordergrund des Interesses stehen. Hierzu gehören Vermeidung von Erkrankungen während der Schwangerschaft, Vermeidung von Frühgeburten und soziale Maßnahmen. Eine aufmerksame Versorgung und laufende Beobachtung der Neugeborenen ist dringend zu fordern. Neugeborene mit Zeichen von Gehirnblutungen sollten in besonderen Pflegeeinheiten untergebracht und von besonders erfahrener Pflegepersonal betreut werden. Ausführliche Tabellen zu jeder der angeschnittenen Fragen beschließen die inhaltsreiche Arbeit.

v. KNORRE (Altdöbern).^{oo}

Enrique Jaso Roldan: Pneumotorax espontáneo del recién nacido. Estudio clinico y bibliografico. Medicamenta (Madrid) 12, Nr. 251, 216—217 (1954).

L. Agiero: Traumatisación fetal durante el parto. (Verletzungen des Kindes während der Geburt.) Toko-ginecol. Práct. 12, 420—443 (1953).

Die Ursachen der Verletzungen des Kindes unter der Geburt lassen sich in 3 Gruppen zusammenfassen: Verletzlichkeit des Kindes, Heftigkeit der Geburt und geburtshilfliche Eingriffe. Die Geburtsverletzungen werden nach Körperregionen eingeteilt und im einzelnen beschrieben. Am Unterschenkel ist die Fraktur des Femur die wichtigste Verletzung, die meist bei der Wendung oder Extraduktion geschieht, deren Diagnose leicht zu stellen und deren Prognose bei richtiger Therapie (Ruhigstellung, Schienung) stets günstig ist. An der oberen Extremität ist die häufigste Verletzung die Humerusfraktur, die meist bei der Armlösung geschieht und durch Anwinckeln des Armes an den Rumpf stets gute Heilungsergebnisse zeigt. Verletzungen des Plexus brachialis mit nachfolgender Armlähmung (DUCHENNE-ERB, KLUMPFKE) entstehen meist durch falsche Manualhilfe bei Beckenendlagen, aber auch bei Kopflagen, wenn die Geburt der Schultern schwierig ist sowie durch Druck eines zu hoch angelegten Zangenlöffels. Die Prognose hängt von Typ und Intensität der Plexusläsion ab. Die Therapie muß sofort einsetzen und soll in Lagerung des Armes in die physiologische Ruhelage und Fixierung in dieser bestehen. Ebenso werden andere Schulterverletzungen wie Kapselriß, scapulo-humeraler Bluterguß und Epiphysenlösung behandelt. Relativ häufig ist die Claviculärfraktur, zu deren Therapie der Arm in Flexion gebracht und mit der Hand auf der gegenüberliegenden Schulter fixiert werden soll. Von den Verletzungen am Rumpf werden erwähnt: Lungenverletzungen durch Rippen- oder Claviculärfraktur oder durch Wiederbelebungsversuche; Lebertraumen gleicher Pathogenese; Nebennierenverletzungen mit Hämatomen besonders im Mark; Milzblutungen und -risse, die meist tödlich verlaufen; Genitalverletzungen bei Beckenendlagen. Diese Rumpfverletzungen lassen sich durch exakte Durchführung der Extraduktion und Vorsicht bei der Wiederbelebung weitgehend vermeiden. Von den Verletzungen am Hals wird der Schiefhals erwähnt, der allerdings meist angeboren und nur selten traumatisch entstanden ist sowie die Läsionen der Wirbelsäule und Medulla durch allzu frühe Entwicklung des nachfolgenden Kopfes bei Beckenendlagen. Am Kopf werden die Verletzungen des Mundes, Gaumens, Unterkiefers, Auges und Ohres beschrieben sowie die meist durch Zangendruck entstandene Facialisparese, deren Prognose gewöhnlich gut ist. Abschließend werden die intrakraniellen Läsionen eingehend geschildert. Als Therapie bei intrakraniellen Blutungen wird empfohlen: Wärme, Hochlagerung des Kopfes, Analeptica und Stimulantien des Atemzentrums, bei Excitation sedierende Mittel, Lumbal- oder Occipitalpunktion, Trepanation, Eisbeutel auf den Kopf, intramuskuläre Blutinjektion, Sondenernährung, Vitamin K, Rutin. Die Spätfolgen intrakranieller Traumen werden besprochen. — Die Geburtsverletzungen des Kindes lassen sich, wenn man sie kennt und die Geburt schonend leitet, zwar nie ganz vermeiden, aber doch in ihrer Häufigkeit herabsetzen.

SCHBANK (Darmstadt).^{oo}

Gerichtliche Geburtshilfe, einschließlich Abtreibung.

E Ringel: Ein Fall von eingebildeter Gravidität. [Psychiatr.-Neurol. Univ.-Klin., Wien.] Wien. Z. Nervenheilk. 8, 84—92 (1953).