

(Aus dem Gerichtsärztlichen Institut Breslau. — Direktor: Prof. Dr. *E. Ziemke*.)

## Beiträge zur Lehre vom Kindesmord<sup>1)</sup>.

Von

Priv.-Doz. Med.-Rat Dr. Georg Strassmann, Breslau.

Mit 4 Textabbildungen.

Zu einigen Fragen, die bei der Sektion Neugeborener von Bedeutung sind, möchte ich auf Grund des in Breslau zum Teil mit Dr. *Pietrusky* zusammen beobachteten Materials Stellung nehmen, ohne sämtliche auftauchenden Fragen in befriedigender Weise lösen zu können. Ich muß verweisen auf *Haberda* ganz besonders reichhaltige Zusammenstellung der am Wiener gerichtsärztlichen Institut beobachteten Fälle von Kindesmord, in der die hier zur Erörterung stehenden Fragen zum großen Teile behandelt worden sind. *Haberda* weist darauf hin, daß der Gerichtsarzt verhältnismäßig selten Gelegenheit hat, die Leichen von Neugeborenen zu sezieren, bei denen die Lebensdauer genau feststeht, und bei denen die Entfaltung der Lungen eine vollkommen normale war. Es liegt das daran, daß es sich fast immer um heimliche Geburten unehelicher Mütter handelt, bei denen Zeugen nicht zugegen sind, und bei denen man für die Feststellung der Lebensdauer daher auf die oft unzuverlässigen Angaben der Kindesmutter selbst angewiesen ist. *Haberda* hat zahlreiche Versuche angestellt, welche Verletzungen durch den Geburtsvorgang, durch Sturzgeburten aus verschiedener Höhe und durch Gewalteinwirkung auf den kindlichen Kopf und Körper entstehen können, und hat besonders dabei die Abortgeburten berücksichtigt. Auch *A. Lesser* machte Versuche an Kindesleichen, die er aus 3 m Höhe herabfallen ließ.

Auf die sonstigen Arbeiten über Kindesmord, insbesondere auf die auf Grund reicher Erfahrung fußenden Veröffentlichungen von *Lesser*, *Ungar*, *F. Strassmann* u. a. kann ich hier nur kurz hindeuten. Die Punkte, die ich behandeln möchte, sind folgende:

Handelt der Arzt fahrlässig, der den Tod eines Kindes bescheinigt, das tatsächlich noch lebt und noch mehrere Stunden am Leben bleibt? Handelt er insbesondere dadurch fahrlässig, daß deshalb dem Kinde

<sup>1)</sup> Vortrag, gehalten auf der XV. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin, September 1926 in Düsseldorf.

sachgemäße Pflege nicht zuteil wird, es vielmehr als „Leiche“ auf die Anatomie gebracht wird, wo das Leben des Kindes festgestellt wird?

Wieweit kann die Magendarmprobe bei entfalteten oder mangelhaft entfalteten Lungen über die Zeitdauer des Lebens Aufschluß geben? Sind die Angaben glaubhaft, daß bei vollständig entfalteten Lungen und teilweise entfaltetem Magendarmkanal das Leben des Kindes der Mutter unbemerkt bleiben mußte? Wieweit können schwere Kopfverletzungen durch Sturzgeburt auf das Steinpflaster aus der Höhe der mütterlichen Genitalien entstehen? Können Kopfverletzungen durch den Transport des Kindes oder Wiederbelebungsversuche, wie es *F. Strassmann* vor kurzem berichtete, vergrößert werden und dadurch erst zu tödlichen Verletzungen werden? Sind die sog. inneren Erstickungerscheinungen bei Vorhandensein oder Fehlen von intracerebralen oder sonstigen Geburtsschädigungen überhaupt verwertbar, insbesondere für die Diagnose einer Erstickung unter weichen Bedeckungen?

Bei den Fällen, über die ich kurz berichten will, handelt es sich um 3 Abortgeburten, 2 Sturzgeburten im Freien, zwei Eimergeburten und zwei heimliche Geburten im Bett.

Unberücksichtigt bleiben jene Fälle, bei denen die Mütter nicht ermittelt wurden oder sich infolge des hochgradigen Fäulniszustandes der Leichen weder die Todesursache noch überhaupt ein Leben oder Nichtgelebthaben sicher feststellen ließ.

Unter den Eimergeburten fand sich eine, bei der die Mutter das Kind nachträglich zerstückelte und bei der der Kopf des Kindes nicht aufgefunden wurde. Sämtlichen Geburten war gemeinsam, daß es sich um uneheliche Geburten — bis auf einen Fall — Erstgebärender handelte, die heimlich, ohne Zeugen gebaren, zunächst nicht als Mutter des aufgefundenen Kindes ermittelt wurden bzw. bei der Ermittlung eine Geburt ableugneten, bei denen erst durch die ärztliche Untersuchung die stattgefundene Geburt festgestellt wurde, woraufhin dann erst bisweilen die Entdeckung des in einem Karton oder auf andere Weise verborgenen Kindes gelang.

Die in einem Krankenhaus angestellte Pflegerin K., deren Schwangerschaft bekannt war, will auf der Toilette einer nahen Bedürfnisanstalt von Wehen überfallen sein und dort 10 Min. gesessen und entbunden haben. Sie nahm das Kind aus dem Trichter, tat es in einen Koffer, da sie kein Leben an ihm merkte, und versteckte es. Sie will während einiger Minuten bei der Geburt bewußtlos gewesen sein, habe dann das Kind mit Nabelschnur und Nachgeburten im Klosettbecken liegen sehen, es habe nicht geschrien, nicht geatmet und sich nicht bewegt. In dem Koffer blieb es vom 10.—12. XII. 1925 liegen. Von den Krankenhausangestellten wird angenommen, daß die Entbindung auf einem stark blutbeschmierten Aborte des Krankenhauses stattgefunden hätte, welcher während der Abendstunden wiederholt verschlossen war und aus dem man ein Schluchzen hörte. Auf der Bedürfnisanstalt dagegen ist von Blut nichts bemerkt worden.

Bei dem vollkommen reifen und ausgetragenen Kinde, das ich am 16. XII. 1925 mit Dr. Pietrusky zusammen sezerte, fanden sich am Kinn, an der linken Halsseite und rechts neben dem Kehlkopf einige schmale Hautvertrocknungen. Blutaustritte unter dem Herzüberzug und der Pleura, schwimmfähige Halsorgane. Von der rechten und linken Lunge sanken vereinzelte bläuliche Stellen unter. Es fand sich am rechten Gaumen ein Blutaustritt, ebenso eine Durchblutung des rechten Stimmbandes und unter dem Überzug des rechten Schilddrüsenlappens. Es schwamm nur der Magen, die Därme sanken sämtlich unter. Beiderseits ein kleiner Einriß des Tentoriums mit wenig Blut auf der weichen Hirnhaut hinten. In der Luftröhre und ihren Ästen reichlich Schaum. Mikroskopisch fast völlige Entfaltung der Lungen, keine Einatmung von Fruchtwasserbestandteilen, Hyperämie mit etwas Blutaustritten in der Nebenniere, massenhafte Blutungen in der Muskulatur des Kehlkopfes rechts in der Gegend des Stimmbandes, weniger unter dem Epithel.

Entgegen den Aussagen der Kindesmutter nahmen wir an, daß das Kind kurze Zeit gelebt hatte und *wahrscheinlich* durch gewaltsame Erstickung gestorben wäre. Bei der starken Durchblutung der Muskulatur in der rechten Kehlkopfgegend und den vorhandenen Hautabschürfungen am Hals erscheint eine Erstickung durch Anpacken am Hals als das wahrscheinlichste.

Die K. gab nichts von Selbsthilfe an, bestritt jedes gewaltsame Anpacken. Da das Kind sofort aus dem Abort herausgeholt werden konnte, und nicht durch das Abortrohr herabrutschte oder durchgepreßt wurde, erscheint eine Erklärung dieser Hautabschürfungen im Zusammenhang mit den Blutungen in den Weichteilen durch den Geburtsvorgang als solche nicht gut möglich und kaum anders denkbar als durch Anpacken des Halses.

Genügen auch wenige Atemzüge zu der Lungenentfaltung, so ist doch beim Fehlen von irgendwelchen eingeatmeten Abortbestandteilen eine Erstickung durch Abortinhalt nicht anzunehmen. Vielmehr spricht dies Fehlen von eingeatmeten Abortbestandteilen dafür, daß das Kind sofort aus dem Abort herausgenommen worden ist, spricht also eigentlich auch gegen die Angaben der Mutter, daß sie dort 10 Minuten gesessen hätte. Die geringfügige subdurale Blutung aus dem Tentoriumriß, die wir bei Neugeborenen so häufig finden und die von diesen oft ohne Schaden überstanden werden, war als Todesursache bei ihrer Geringfügigkeit kaum anzunehmen. Dasselbe galt für die Hyperämie mit Markblutung in beiden Nebennieren, die auch kein seltener Befund bei Neugeborenen ist. Die Mutter blieb stets bei ihrer Behauptung, und es scheint so, als wenn das Verfahren eingestellt wäre, obwohl zum mindesten erhebliche Verdachtsgründe für eine gewaltsame Erstickung durch Anpacken des Halses sprachen.

Im Abort eines fahrenden Personenzuges war eine Frucht geboren worden, die etwa eine Länge von 30 cm aufwies, wenn der abgetrennte Kopf an die durchtrennte Wirbelsäule herangehalten wurde. Diese

Frucht stand also am Ende des 6. Schwangerschaftsmonats und war noch nicht lebensfähig. Sie wog 560 g, die Nabelschnur befand sich noch im Zusammenhang mit dem Mutterkuchen. Bei der Sektion am 16. I. 1926 waren in der Schädelhöhle trotz mehrfacher Einrisse der Kopfhaut keine Blutungen nachweisbar. Allerdings war das Gehirn schon fast völlig zerfließlich. Die linke Lunge sank im ganzen unter bis auf geringe entfaltete Stückchen, die schwimmfähig waren. Schwimmfähig waren rechte Lunge, ferner Magen und Zwölffingerdarm, während die übrigen Därme untersanken. Mikroskopisch zeigte die linke Lunge im allgemeinen das Bild der fetalen Lunge, doch waren einzelne kleine Bronchien und Lungenbläschen sicher entfaltet. In ihnen fanden sich eine Anzahl Blutkörperchen, die eingearmet sein mußten. Aus dieser Einatmung und dem geronnenen Blut in den durchtrennten Halsmuskel-schichten war zu entnehmen, daß diese Halsverletzung, bei welcher der Hals in querer Richtung mitsamt der Haut, Wirbelsäule, Luft- und Speiseröhre durchtrennt war, im Leben zustande gekommen war, entweder bei dem Durchpressen durch den Abortdeckel oder beim Auf-fallen auf die Bahnstrecke oder durch eine Kombination beider Wir-kungen. Am Leben wäre dieses Kind nicht geblieben, aber die Todes-ursache war doch wohl die Halsverletzung, obwohl auch ohne diese infolge Lebensunfähigkeit der Tod sehr bald eingetreten wäre. Daß im Magen sich Luft befand, erscheint nicht wunderbar, findet man doch häufig auch bei nicht lebensfähigen oder anscheinend totgeborenen Früchten wenigstens eine Luftblase im Magen, wenn auch sonstige Zeichen irgendeiner Atmung vollkommen fehlen. Bemerkenswerter ist die Luftfüllung des Zwölffingerdarms und die vollständige Entfaltung der rechten Lunge. An den Einrisse der Kopfhaut in der Schläfen-, Scheitel- und Hinterhauptsgegend links, an dem Sprunge des rechten Scheitelbeines und der Abtrennungsfläche des rechten Ohres konnten vitale Erscheinungen nicht nachgewiesen werden, obwohl diese mit der Halsverletzung vermutlich gleichzeitig entstanden waren. Die Mutter wurde nicht ermittelt.

Die dritte Abortgeburt betraf eine polnische Arbeiterin L., die am Nachmittag des 10. IV. 1926 schon Schmerzen gehabt hatte und dann auf dem ländlichen Abort, einem einfachen schrägen Holzkasten, der in eine Abortgrube führte, von Wehen überrascht wurde. Sie fühlte etwas herausgleiten, das sie nicht halten konnte, und glaubte, daß ihr ein Stück Darm heraushing. Sie rief ihre Schwester, die sie zum Arzt führte, welcher die stattgefundene Entbindung feststellte. Die Nabel-schnur soll beim Herunterfallen des Kindes zerrissen sein, die Kindes-leiche konnte erst nach einigen Tagen aus der Grube hervorgeholt werden.

Die am 19. IV. an der faulen Leiche vorgenommene Sektion ergab, daß der Körper, insbesondere das Gesicht des ausgetragenen Kindes mit angetrockneten,

bräunlich-grünen, kotig riechenden Massen bedeckt war, die sich auch an den Nasenlöchern und den Lippen fanden; es fand sich ein unscharf abgerissener,  $1\frac{1}{2}$  cm langer Nabelschnurrest, reichlich angetrocknetes Kindspech an den Beinen. Bräunliche kotige Massen füllten Mundhöhle und Rachen, sowie Speiseröhre, Kehlkopf, Luftröhre und Luftröhrenäste bis in die feinsten Verzweigungen aus. Subpleurale Ekchymosen, die Lungen nur zum Teil durch Luftatmung entfaltet, auf die Schnittfläche traten neben Schaum grünliche Massen. Eine größere Anzahl von Lungenstückchen ging unter. Schwimmfähig waren: Magen, Zwölffingerdarm und 16 cm Dünndarm. Der Magen war mit grünlich flüssig-kotigen Massen angefüllt, die sich bis in den obersten Dünndarm herein erstreckten. Keine Tenteriumsrisse oder sonstigen Veränderungen in der Schädelhöhle. Ein kleines Cephalhämatom am rechten Scheitelbein.

Mikroskopisch waren die Lungen nur mangelhaft entfaltet. Sie enthielten etwas Vernixzellen und ziemlich reichlich Kotbestandteile, insbesondere verschiedenartige pflanzliche, schalige Gebilde, für deren Darstellung sich die Hämalaua-Sudanfärbung besser eignet als die Gramfärbung, die zum Nachweis eingetretener Vernixzellen aber in jedem Falle angewandt werden sollte. Der Luftgehalt im Darme reichte über diejenige Strecke hinaus, in welche die Kotbestandteile hineingelangt waren.

Ähnlich wie im Falle *Haberda*s waren hier bei Ertrinken in Abortjauche nicht nur massenhaft Kotbestandteile bis in die feinsten Lungenalveolen aspiriert worden, sondern sie waren über den Magen hinaus noch bis in den obersten Dünndarm gelangt. Die Luftatmung konnte nur vom Austritt aus den Genitalien bis zum Hinabfallen in die gefüllte Grube gedauert haben, ein Vorgang, der nach den Angaben der Mutter sehr rasch sich abgespielt hatte, jedenfalls nur einige Minuten gedauert haben dürfte. Das Verfahren wurde hier eingestellt, da sich nicht nachweisen ließ, daß die Geburt etwa, wie angenommen, in der Baracke erfolgt und das Kind in die Abortgrube hineingeworfen war, sondern bei der mangelhaften Luftentfaltung der Lunge der von der Mutter angegebene Geburtsvorgang sich sehr wohl in dieser Weise auf dem Abort abgespielt haben konnte. Auch eine Fahrlässigkeit war ihr deshalb nicht nachzuweisen, daß sie die Wehen, wie oft von den unehelichen Müttern angegeben, mit Stuhldrang verwechselte und die Geburt noch nicht gekommen glaubte.

Eine Eimergeburt lag bei der H. vor. Sie hatte bereits am Abend Schmerzen und Stuhldrang verspürt und mehrfach einen Eimer benutzt. Gegen Morgen wurden die Schmerzen stärker, sie setzte sich wieder auf den Eimer, dabei glitt ihr das Kind heraus. Nach  $1\frac{1}{4}$  Stunde wäre die Nachgeburt gekommen. Wegen ihrer Schmerzen und der Schwäche will sie noch  $1\frac{1}{2}$  Stunde auf dem Eimer gesessen haben. Sie nahm das Kind dann mitsamt der Nabelschnur und Nachgeburt aus dem Eimer heraus, der angeblich zur Hälfte mit Blut gefüllt war, und schaffte es auf den Boden, da sie kein Leben an ihm bemerkte. Am nächsten Tage wurde ein Arzt geholt, welcher bei der inneren Untersuchung eine Schwangerschaft im 5. Monat diagnostizierte, da

die Gebärmutter bis fast in Nabelhöhe stand. Erst im Krankenhaus wurde die Entbindung festgestellt.

Bei der Sektion, die Dr. *Pietrusky* und ich am 4. XI. 1925 vornahmen, fanden sich als bemerkenswerte Befunde: 50 cm Länge, 3000 g Gewicht. Ekchymosen unter dem Herzüberzug und den Lungen, diese bis auf geringe Stellen vollkommen entfaltet. In der Speiseröhre, im Kehlkopf und der Luftröhre viel blutiger Schleim und einige festere Bröckelchen. Dieser Inhalt fand sich auch in den Luftröhrenästen. Auch im Magen und Zwölffingerdarm, die schwimmfähig waren, fanden sich blutige, dunkelrote Massen und Kotbestandteile, die zum Teil als Beeren sich noch erkennen ließen, rote flüssige Massen von kotigem Geruch noch im oberen Teile des Dünndarms, der im ganzen ebenso wie der obere Dickdarm schwimmfähig war. Leichte Blutungen zwischen den Blättern der Hirnschel und des Gezeltes. Auch mikroskopisch konnten Kotbestandteile im Kehlkopf, Luftröhre, Magen und den feinsten Bronchien festgestellt werden.

Das Verfahren gegen die Kindesmutter wurde eingestellt, weil der Vorsatz einer Tötung nicht erweislich war, auch ihr nicht nachgewiesen werden konnte, daß sie fahrlässig gehandelt habe, da sie infolge der Wehenschmerzen ein Leben des Kindes nicht zu bemerken und aus diesem Grunde und wegen des Blutverlustes nicht in der Lage zu sein brauchte, rechtzeitig das Kind aus dem mit Blut und Kot gefüllten Eimer herauszunehmen, in dem es ja tatsächlich erstickt war. Das Kind wurde auf das Geständnis der Mutter hin auf dem Boden aufgefunden. Im ganzen wollte sie etwa  $\frac{3}{4}$  Stunden auf dem Eimer gesessen haben. Als sie das Kind herausnahm, war es tot, eine Angabe, die nach dem von uns erhobenen Leichenbefund zutreffend sein dürfte, da das Kind durch Einatmung von Kot und Blut erstickt ist. Man wird wohl aber kaum mit einem  $\frac{3}{4}$  stündigen Leben des Kindes zu rechnen brauchen, da der Eimer schon vorher mit Kot z. T. gefüllt war, zu dem dann noch Blut nach der Geburt hinzutrat, so daß eine längere Luftatmung des Kindes, dessen Kopf zuerst geboren wurde, in dem Eimer kaum möglich war. Nimmt man  $\frac{1}{2}$ - oder  $\frac{1}{4}$  stündiges Leben des Kindes nach der Geburt an — die Entfaltung der Lungen konnte während des Geburtsvorganges erfolgt sein und die Lungenatmung war jedenfalls sehr bald erschwert — so war in dieser Zeit der Dünndarm ganz, der Dickdarm in seinem oberen Teil schwimmfähig geworden. Die Luftfüllung des Darmes reichte eine erhebliche Strecke über jenen Teil des Darms heraus, in den die verschluckten Fremdkörper gelangt waren.

Bei einer zweiten Eimergeburt war das Kind von der Mutter angeblich in dem halb mit Wasser gefüllten Eimer geboren worden. Sie habe es sofort herausgezogen, bemerkt, daß es tot war, es dann als tot unter die Bettdecke versteckt, in einem Karton schließlich verborgen und am nächsten Tage mit einem Küchenmesser zerstückelt und in den Abort geworfen. Sie muß dabei zahlreiche Versuche gemacht haben, da sich an den vorhandenen Teilen eine große Zahl von Ansatzstellen des Messers feststellen ließ. Die Abnabelung wollte sie selbst vorge-

nommen haben. Die verschiedenen Leichenteile wurden bei der Verstopfung des Abortrohres nach einigen Tagen aufgefunden, nur der Kopf wurde nicht mehr gefunden, vermutlich, weil er bereits fortgespült war. Die Geburt soll am 21. IV. 1926 stattgefunden haben.

Die aufgefundenen Teile wurden am 29. IV. in hochgradig faulem Zustand von Dr. Pietrusky und mir untersucht. Eine sichere Todesursache ließ sich infolge der fortgeschrittenen Fäulnis nicht mehr feststellen. Es waren vorhanden 2 losgetrennte Arme mit der anhaftenden Schultermuskulatur, 1 Rumpfstück, 1 Stück Lendenwirbelsäule mit Becken und Beinen und einem Nabelschnurrest von 18 cm Länge mit aufgefaserterem Ende. An den durchtrennten Stücken an den Schultern, an den Knien, am Brustkorb fanden sich zahlreiche Haut- und Weichteildurchtrennungen ohne Blutungen. Eine Maß- und Gewichtsbestimmung war natürlich nicht möglich. Aus der Größe des Knochenkerns im Oberschenkel und dem Befunde an den Zehen und Fingernägeln war aber zu schließen, daß es sich um ein reifes und ausgetragenes Kind gehandelt hatte. Trotz der Fäulnis waren an den im ganzen schwimmfähigen Lungen doch noch einzelne hellrosa Stellen erkennbar neben größeren Fäulnisblasen. Zahlreiche einzelne Lungenstückchen sanken im Wasser unter. Der Magen enthielt etwas Luft, nicht dagegen Zwölffingerdarm und die übrigen Därme. Sichere Ertrinkungsmassen konnten mikroskopisch in Lungen und Magen nicht gefunden werden. Die Lungen hatten nach dem mikroskopischen Bild sehr unvollständig geatmet; es fanden sich keine eingeatmeten Fruchtwasserbestandteile.

Aus dem isolierten Luftgehalt des Magens und dem Vorhandensein einzelner hellrosa aussehender Lungenstückchen, die mikroskopisch nur eine unvollständige Atmung erkennen ließen, glaubten wir auf ein kurzes Leben des Kindes schließen zu dürfen. Die Schwimmfähigkeit der Lungen war zum größten Teil sicher durch Fäulnisgasbildung bedingt. Trotz negativen Ertrinkungsbefundes war ein Ertrinken des Kindes an sich möglich, es konnte aber auch ein natürlicher Tod, etwa infolge Geburtsschädigung, vorliegen, zumal wir den Kopf nicht fanden, der Verletzungen, Tentoriumrisse oder Blutungen hätte aufweisen können. Durch die hochgradige Fäulnis war die Erhebung verwertbarer Befunde sehr erschwert. Unter Berücksichtigung aller Umstände war aber der Schluß auf ein kurzes Gelebthaben wohl berechtigt, wie auch *Haberda* meint, daß sich meist, selbst bei sehr faulen Leichen, das Gelebthaben oder Nichtgelebthaben des Kindes erkennen läßt. Auch in der Verhandlung haben wir uns nicht bestimmter äußern können.

Trotz dieses sehr unsicheren Befundes erfolgte eine Verurteilung wegen Kindesmordes zu 2 Jahren Gefängnis. Dabei handelte es sich um eine offenbar schwachsinnige Person, der man doch wohl nur eine fahrlässige Kindestötung nachweisen konnte. Die Verurteilung erfolgte vielleicht, weil die Vornahme der Zerstückelung auf die drei als Geschworene tätigen Frauen einen besonders schrecklichen Eindruck machte, obwohl die Vornahme dieser Zerstückelung der schwachsinnigen Person nicht gar so streng hätte zur Last gelegt zu werden brauchen.

Eine Sturzgeburt im Freien will die erstmalig schwangere K. gehabt haben, die sich auf dem Rückweg von der ärztlichen Untersuchung nach Hause befand. Dort war eine Schwangerschaft im neunten Monat angenommen worden, so daß sie den Geburtszeitpunkt noch nicht herangekommen glaubte. Sie wurde auf dem Sturzacker plötzlich von Wehen überfallen, das Kind fiel herab, dabei zerriß die Nabelschnur, es fing zu schreien an, ratlos, weil sie nicht wußte, was sie mit ihm machen sollte und aus Scham versuchte sie es zu erwürgen. Als dieses nicht gelang, habe sie ihm dort liegenden Mist und Erde in den Mund gestopft und schließlich noch einen Lappen hereingesteckt.

Bei dem 53 cm langen, 3500 g schweren, mit Erde und Strohhalmen bedeckten Kinde fanden sich am 15. IV. 1926 neben blauroter Verfärbung der Augenbindehäute in diesen einige sichere Ekchymosen, die  $2\frac{1}{2}$  cm lange Nabelschnur war zerriissen, eine große Anzahl kleinstner Vertrocknungen fanden sich am Rücken und an beiden Unterschenkeln, vielleicht Ameisenwirkungen, einige Kratzeffekte an der linken Halsseite und auch rechts, beiderseits neben dem Kehlkopf. Ein schwärzliches Tuchstück ragte aus dem Munde her vor und verschloß mit den daran anschließenden schwärzlichen Massen den Kehlkopf eingang völlig; auch im obersten Teil der Speiseröhre und dem Kehlkopf fanden sich schwärzlich grünliche Massen, in denen man Strohhalme unterscheiden konnte. Das Ge webe um die Speiseröhre war im Anfangsteil durchblutet, in der Luftröhre Schaum, die linke Lunge vollkommen entfaltet, von der rechten Lunge sanken einzelne Teilchen unter. Der ganze Magen war angefüllt mit grünlichen Massen und Strohhälmchen und zeigte kleine Blutaustritte. Der gesamte Dünndarm war bis auf den untersten Teil schwimmfähig, während der Dickdarm untersank. Eine leichte Kopfgeschwulst in der rechten Hinterhauptsgegend, ein kleiner Tentoriumriß links mit geringer Blutung darunter (Abb. 1—3).

Das Kind war auf dem Acker gefunden worden, die Mutter war zunächst nicht aufzufinden, wurde erst nach einigen Tagen ermittelt. Die Zeit war nach ihren Angaben 10 Minuten bis  $\frac{1}{4}$  Stunde, während deren das Kind lebte. Da die Mutter sonst durchaus geständig war, so bestand keine Veranlassung, an ihren Angaben zu zweifeln. In dieser Zeit hatte sich die linke Lunge vollständig, die rechte zum größeren Teil entfaltet, und der Dünndarm war fast vollständig luftgefüllt worden. Das Erwürgen und Einstopfen der erstickenden Massen verhinderte dann eine weitere Luftatmung, jedoch vermochte das Kind noch die eingepreßten Massen zu verschlucken, die den ganzen Magen ausfüllten, ein Verhalten, das ebenso wie die mehrfachen Tötungsversuche der Mutter ein Beweis der Lebenszähigkeit des Kindes war.

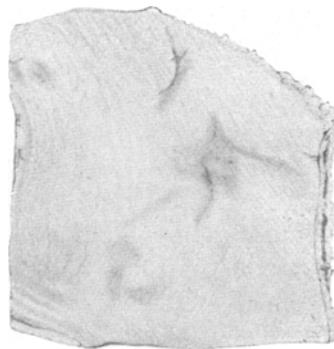


Abb. 1. Fall K. Würgespuren am Hals.

Das Vordringen der Luft im Dünndarm konnte noch während des Erstickungsvorganges erfolgt sein, während eine Luftatmung während dieses Vorganges nicht mehr möglich war.

Die K., die von Anfang an geständig gewesen war, wurde zu der gesetzlichen Mindeststrafe von 2 Jahren Gefängnis verurteilt.

Eine Sturzgeburt auf der Straße wollte die zum zweiten Male schwangere B. am 4. I. 1926 gehabt haben. Auf dem Wege zur Hebammenlehranstalt gegen 8 Uhr vorm. sei ihr plötzlich das Kind herausgefallen, sie habe es in die Hose gewickelt, sei noch einige Häuser weitergegangen und habe sich wegen ihrer Schwäche in den Keller eines

Hauses gelegt. Sie blieb auch während der Verhandlung dabei, daß sie selbst mit dem Kinde nichts getan



Abb. 2. Fall K. Kehlkopf mit eingepreßtem Tuchstück.



Abb. 3. Fall K. Magen mit verschlucktem Mist und Tuchmassen.

hätte. Sie wurde von anderen Frauen, denen Blutlachen vor dem Hause aufgefallen waren, festgehalten, das Kind wurde im Keller gefunden, in ein Bündel eingewickelt, einige Kohlenstücke lagen auf seinem Kopfe. Sie wurde zur Polizei gebracht, der hinzugeholte Armenarzt hat nach seiner Aussage sich 20 Minuten mit dem Kinde abgegeben, keine Lebenszeichen bei ihm gefunden und auch keine Verletzungen bemerkt. Er will etwas Wiederbelebungsversuche, wie Hautreize, gemacht haben, jedenfalls aber stellte er einen Totenschein aus und veranlaßte die Überführung des Kindes in die Anatomie. Der Transport in dem Wagen der Anatomie auf einer Bahre soll vorsichtig gewesen sein, doch läßt es sich nicht ausschließen, daß dabei das Kind hin und her gerüttelt wurde. Beim Auspacken bemerkte der Anatomiediener ein leises Wimmern, brachte das

Kind zunächst zum Erwärmen in das benachbarte Gerichtsärztliche Institut, von wo es in die Frauenklinik gebracht wurde. Dort wurden schwere Schädelverletzungen getastet; trotz Wiederbelebungsversuchen verstarb es nach  $3\frac{1}{2}$  Stunden gegen  $4\frac{1}{2}$  Uhr nachmittags, so daß das Leben des Kindes seit der Geburt etwa 8—9 Stunden betragen hatte.

Leben will die B. nicht an ihm bemerkt haben, was sie hätte erkennen müssen, da sie schon einmal geboren hätte. Die Geburt glaubte sie noch nicht so nahe herangekommen. Das Kind sei plötzlich zur Erde gefallen, während sie an einem Eckhause stehenblieb, und zwar auf die Steinfliesen des Bürgersteiges, ohne daß sie dabei gehockt hätte. Dabei soll auch die Nabelschnur durchgerissen sein. Die Nachgeburt ist erst gegen Abend gekommen, als sie im Krankenhouse aufgenommen worden war. Die Geburt hatte sie zunächst bestritten, auch sich gegen ihre Festnahme gewehrt. Ein Dammriß oder andere Verletzungen wurden bei der B. nicht festgestellt.

Bei der Sektion, die am 8. J. 1926 von mir mit Dr. Pietrusky vorgenommen wurde, fanden sich äußerlich keine Verletzungen am Kopf an dem vollkommen reifen Kinde, dagegen konnte man auf der linken Seite Schädelbrüche tasten. Ferner fanden sich ausgedehnte Hautvertrocknungen strichförmiger Art in der Nackengegend und am ganzen Rücken mit diffuser Blutung in das Fettgewebe, blutiger Schaum im Kehlkopf. Die linke Lunge nicht schwimmfähig bis auf ganz vereinzelte entfaltete Stellchen, die rechte Lunge vollkommen schwimmfähig mit einigen subpleurealen Ecchymosen; von den Därmen, schwammen nur 12 cm des Dünndarms, sowie der Magen, dieser und der Zwölffingerdarm enthielten Blut und Luft. Ausgedehnte Durchblutung der ganzen weichen Schädeldecken.

Das Scheitelbein links wies 3 Sprungsysteme auf, von dem Zentrum jedes Systems gingen eine Anzahl Sprünge nach den verschiedensten Richtungen aus. Ferner fand sich ein feiner Sprung im rechten Scheitelbein, Sprünge in beiden Augenhöhlendächern mit subduraler Blutung dort, in allen Schädelhöhlen Blutungen auf der Pia, ferner Blutungen links hinten in der Hirnsubstanz. Die Schädelknochen waren sehr dünn, zum Teil zeigten sie Ossificationsdefekte (Abb. 4).

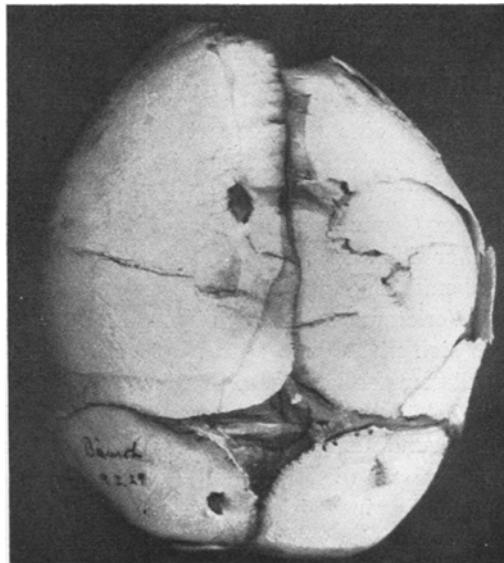


Abb. 4. Fall B. Zahlreiche Sprünge in den Scheitelbeinen. Daneben Ossificationsdefekte.

Wann die schweren Schädelverletzungen eingetreten waren, ob gleich bei oder nach der Geburt oder im Keller, wo das Kind gefunden wurde, war nicht sicher festzustellen, zumal die B. darüber keine Auskunft geben konnte. Daß sie aber durch den Sturz bloß aus der Höhe der Genitalien auf das Steinpflaster zustande gekommen waren, lehnten wir ab. Versuche an Kindesleichen ergaben bei einem Sturz bzw. Fallenlassen aus dieser Höhe auf Steinfliesen höchstens einen feinen Sprung im Scheitelbein. *Haberda* hat zahlreiche ähnliche Versuche gemacht, auch *Lesser* und nur aus größerer Höhe konnten sie ausgedehntere Zertrümmerungen erzielen. Insbesondere fand *Haberda* Augenhöhlenfrakturen zwar öfter bei Sturzgeburten, aber nur, wenn diese aus sehr großer Höhe erfolgten, z. B. der kindliche Körper durch mehrere Stockwerke im Abortrohr hinabglitt. Auch die streifenförmigen Vertrocknungen und Blutungen am Rücken sind vermutlich auf andere Weise als durch eine Sturzgeburt zustande gekommen. Die mangelhafte Atmung, die dem Arzte entging, ist jedenfalls auf die schwere Schädelverletzung und Blutung in die Schädelhöhle zurückzuführen. Aus diesem Grunde mag ihm auch das Leben des Kindes entgangen sein. Daß er sich aber 20 Minuten mit ihm befaßt haben will, ohne ein Leben zu bemerken, erscheint doch recht merkwürdig. Eine Vergrößerung der Verletzungen auf dem Transport und eine Zunahme der Blutungen ließ sich nicht ganz ausschließen. *Schultzesche* Schwingungen wurden in diesem Falle angeblich nicht gemacht, so daß eine Vergrößerung der Schädelbrüche und der Blutungen, wie im Falle *F. Strassmanns* auf Grund derartiger Wiederbelebungsversuche nicht in Frage kam. Mochte auch die Kälte und der Transport auf das schwerverletzte Kind ungünstig eingewirkt haben, so hing doch der Tod nicht damit zusammen und wäre auch kaum vermeidbar gewesen, selbst wenn der Arzt das Leben festgestellt hätte. Eine fahrlässige Schuld am Tode war ihm aus diesem Grunde nicht nachzuweisen. Daß der Mutter unter den ungünstigen Umständen — Geburt in den frühen Morgenstunden auf der Straße, starker Blutverlust und Bestürzung — das Leben des Kindes entgangen ist, erscheint nicht weiter verwunderlich, da es sogar der Arzt nicht bemerkte. Wie nun tatsächlich die Verletzungen zustande gekommen sind, ob durch Fußtritte oder ähnliches, mußte ungeklärt bleiben. Die Mutter ist freigesprochen worden, vielleicht weil es sich nicht sicher feststellen ließ, auf welche Art die Schädelverletzung zustande gekommen war. Auffallend war die sehr geringe Luftfüllung des Dünndarms, die bei Asphyxie im allgemeinen schneller vor sich zu gehen pflegt, und hier in 8—9 Stunden bei einem reifen Kind nur zu einer Luftfüllung von 12 cm des Dünndarmes geführt hatte.

Zwei verheimlichte Geburten hatten in Abwesenheit von Zeugen im Bett stattgefunden und die angeblich toten Kinder waren von den

Müttern versteckt worden. Sie wurden erst, nachdem zunächst die Geburt gelegnet war, gefunden, als durch die ärztliche Untersuchung sich die Zeichen der eben überstandenen Entbindung nachweisen ließen.

Im Falle L. wurde das Kind aus dem Ofenloch am 28. IX. 1925 herausgezogen. Die Mutter wollte in Abwesenheit anderer Personen in ihrer Stube geboren, den Kopf mit ihren Händen herausgezogen, die Nabelschnur mit der Hand abgerissen haben. Sie ließ das Kind, da es nicht schrie und keine Bewegungen machte, 12 Stunden im Bett unter der Bettdecke neben sich liegen, da sie es für tot hielt. Am nächsten Tag steckte sie es in den Ofen. Dort wurde es hinter Scherben eines Blumentopfes 2 Tage später von dem Arzt herausgezogen, der eine kleine Hautabschürfung an der rechten Halsseite bemerkte. Im Bett lag die zweimal durchtrennte Nabelschnur.

Bei der am 3. X. mit Geheimrat *Puppe* vorgenommenen Leichenöffnung fanden wir ein völlig ausgetragenes reifes Kind, dessen Körper und Kopf mit angetrockneten, schwärzlichen Massen bedeckt war, einige Hautvertrocknungen fanden sich an der rechten Stirn und dem rechten Ohr, am rechten Mundwinkel und in der rechten Halsgegend sowie der rechten Schulter, die deutlich bogenförmig verliefen. *Conjunctiven* blaurot injiziert.

Beide Lungen waren fast völlig entfaltet, schwimmfähig, mit einzelnen Echymosen. Magen und oberer Teil des Dünndarms waren schwimmfähig. Es fand sich eine umschriebene Durchblutung des Zwölffingerdarms, die mikroskopisch zahlreiche Blutaustritte auf, in und unter der Schleimhaut zeigte, deren Erklärung dahingestellt sein mag. Die Lungen waren auch mikroskopisch fast völlig entfaltet und zeigten keine Fruchtwassereinatmung. An den Hautvertrocknungen der Halshaut waren mikroskopisch Blutungen nicht festzustellen. Eine kleine Durchblutung und leichter Einriß fand sich auf der linken Seite des Tentoriums.

In der Lufröhre und den Bronchien fand sich weißlicher Schleim, der bei Neugeborenen niemals autochthon entsteht, sondern immer von außen hineingelangt sein muß, entweder vor der Geburt durch vorzeitige Atembewegungen oder bei oder nach der Geburt (*Haberda*). Mikroskopisch fanden sich in ihm außer Fetttröpfchen nur Haufen von Flimmerepithelzellen.

Die Hautvertrocknungen im Gesicht und am Hals, zumal sie einseitig lagen, konnten sich durch die von der L. behauptete Selbsthilfe erklären, sie kamen als Todesursache nicht in Frage. Diese war wahrscheinlich eine Kombination der durch die Schleimaspiration bedingten erschwertes Atmung in Verbindung mit der eigenartigen Duodenalblutung und dem linksseitigen Tentoriumriß. Zu der anfangs angenommenen Möglichkeit einer Erstickung unter weichen Bedeckungen brauchte keine Zuflucht genommen zu werden. Ob der L. das Leben des Kindes erkennbar gewesen sein mußte, konnte bei der nur geringfügigen Luftfüllung des Magen-Darmkanals trotz der völligen Entfaltung der Lungen nicht sicher bejaht werden, da zu dieser Entfaltung nur wenige Atemzüge genügten und die ganzen Umstände bei der Geburt, Bestürzung und Blutverlust, sie an der Wahrnehmung des kindlichen

Lebens hindern konnten. Der Tentoriumriß allein war bei der Geringfügigkeit der durch ihn bedingten Blutung bei der Häufigkeit dieses Befundes als ausreichende Todesursache allein kaum anzunehmen.

Verheimlicht hatte ihre Geburt auch die K., welche am 23. IX. 1926 in Abwesenheit der Dienstherrschaft erst in der Küche, später im Bett behauptete geboren zu haben. Sie wollte mit den Händen das Kind herausgezogen haben, es habe zwischen ihren Beinen gelegen, sie merkte keine Lebenserscheinungen, hätte es dann im Ärger auf den Boden getragen, wo es später aufgefunden wurde.

Bei dem völlig reifen ausgetragenen Kinde fand sich am 27. III. 1926 ein blaurotes Gesicht, blaurot injizierte Bindegäute, vollkommen schwimmfähige Lungen bis auf ganz geringe blaurote, nicht entfaltete Teilchen, zahlreiche Blutaustritte unter dem Epikard, der Brust- und Schilddrüse und dem Lungenfell. Magen und Zwölffingerdarm waren schwimmfähig, die übrigen Därme nicht. Die weichen Schädeldecken waren am linken Scheitelbein leicht durchblutet, etwas Blut fand sich unter der Knochenhaut der Scheitelbeine. In der Schädelhöhle links ein Tentoriumriß mit etwas Blutgerinnseln zwischen harter und weicher Hirnhaut hinten.

Es konnte sich hier um einen natürlichen Tod infolge Geburts schädigung handeln durch die Blutung aus dem Tentoriumriß. An sich wäre auch eine Erstickung unter der Bettdecke in Betracht zu ziehen gewesen. Fruchtwasserbestandteile in den Lungen waren mikroskopisch nicht nachzuweisen.

Auch hier konnte die Angabe der Mutter, sie hätte von dem Leben des Kindes nichts bemerkt, nicht widerlegt werden. Lungenentfaltung und Luftgehalt von Magen und Darm entsprachen demjenigen des vorigen Falles. Weil die Möglichkeit einer Erstickung unter der Bettdecke nicht ganz ausgeschlossen wurde, erfolgte die Verurteilung zu 2 Monaten Gefängnis wegen fahrlässiger Kindestötung wohl nur aus dem Grunde, weil die K. sich bei ihren Aussagen dauernd widersprach und daher als unglaubwürdig angesehen wurde. Die subtentoriale Blutung konnte sehr wohl eine Asphyxie bedingt haben, so daß dadurch die Lebensäußerungen des Kindes, wenn sie nach der Geburt noch vorhanden waren, überhaupt sehr geringfügig ausfielen. Schleim in den Luftröhrenästen fand sich nicht, nur Schaum.

Keine sichere Todesursache war bei verschiedenen aus dem Wasser gezogenen oder im Freien aufgefundenen Kindesleichen festzustellen, bei denen z. T. wegen hochgradiger Fäulnis auch durch die mikroskopische Untersuchung der Lungen nicht sicher zu ermitteln war, ob das Kind überhaupt gelebt hatte oder erst zum Zwecke der Beseitigung als Leiche ins Wasser geworfen war. So waren auch die wenig wahrscheinlichen Angaben der H. über die im Freien erfolgte Geburt nicht zu widerlegen. Die Kindesleiche war am 3. August 1926 in einem Mühlgraben gefunden worden. Bei der mit Dr. Pietrusky am 5. VIII. gemeinsam

vorgenommenen Sektion fanden wir kein ganz reifes Kind, 44 cm lang, 1720 g schwer, in hochgradigem Fäulniszustand mit am Ende fetzigem 15 cm langen Nabelschnurrest, die Lungen von Gasblasen vollkommen durchsetzt, im ganzen schwimmfähig. In der Luftröhre, ebenso wie im Magen fanden sich einzelne Sandkörnchen. Magen und sämtliche Därme bis auf einzelne Teile des Dickdarms schwimmend, enthielten aber auch z. T. in der Wandung Gasblasen. In der Schädelhöhle war Krankhaftes nicht festzustellen.

Die Mutter, die später erst ermittelt wurde und zunächst behauptete, nur eine Fehlgeburt gehabt zu haben, gab schließlich zu, im Freien geboren zu haben, sie sei dabei besinnungslos geworden; als sie erwachte, habe sie die Nabelschnur durchgerissen und die tote Frucht in den Wassertümpel geworfen. In den Lungen war mit der Gram-Färbung die Einatmung einzelner Vernixzellen festzustellen. Ertrinkungsbestandteile konnten wir nicht finden. Trotz der hochgradigen Fäulnis schien uns zwar ein Leben des Kindes möglich, doch ließ sich mit Sicherheit nicht ausschließen, daß die Schwimmfähigkeit von Lungen, Magen und Darm durch Fäulnis bedingt war, so daß es als möglich erklärt werden mußte, daß erst das tote Kind in den Tümpel geworfen worden war, zumal auch mikroskopisch eine Lungenentfaltung nicht sicher festzustellen war.

Bei einigen unreifen Früchten, die Dr. Schmidt sezierte, stand nach den Bekundungen der Hebamme, die die Todesursache feststellen lassen wollte, die Zeitdauer des Lebens einigermaßen fest. Hier handelte es sich um normale Geburten im Beisein der Hebammen, wo irgend eine strafbare Handlung nicht in Frage kam. So waren bei einem 38 cm langen, 1400 g schweren Kinde, das 3 Stunden nach der Geburt gelebt hatte, die Lungen bis auf ganz geringe schwimmfähige Randpartien vollkommen unentfaltet. Die Luftröhre und ihre Äste waren leer, es schwammen Magen, Zwölffingerdarm und 75 cm des Dünndarms; der übrige Teil sank unter. Die Todesursache war ein Tentoriumriß mit reichlichen Blutgerinnseln zwischen Dura und Hinterhaupts-lappen.

Bei einer 1200 g schweren, ebenfalls 38 cm langen Frucht, die 3 Tage gelebt haben sollte, waren die Lungen bis auf ganz kleine Stellen entfaltet. Die Därme waren bis auf den untersten Teil des Dickdarms schwimmfähig, dieser enthielt noch Meconium. Die Todesursache war neben der Lebensschwäche in einer kleinen subtentorialen Blutung zu sehen.

Bei einem 47 cm langen,  $5\frac{1}{2}$  Pfd. schweren Kinde, das 3 Stunden gelebt hatte, cyanotisch zur Welt gekommen war und bei dem viel Schleim mittels Katheter abgesaugt war, waren die Lungen vollkommen entfaltet. Magen und 40 cm Dünndarm waren schwimmfähig. In

den Bronchien fand sich sehr viel Schleim, so daß daraus auf vorzeitige Atembewegungen und Erstickung durch aspirierte Fruchtwasserbestandteile zu schließen war.

Den eingangs mitgeteilten Fällen, in denen die uneheliche Mutter ermittelt war und aus diesem Grunde genaue Feststellungen getroffen werden konnten, war durchweg gemeinsam, daß sie ihre Geburt ohne Zeugen abgemacht hatten, zu verheimlichen suchten oder bestritten, und daß das Kind tot aufgefunden wurde, nachdem es von den Müttern beseitigt oder fortgelegt worden war.

Die Schwangerschaft als solche war nicht in allen Fällen verheimlicht worden, sondern Bekannten und Angehörigen z. T. mitgeteilt worden. Auch in den Fällen von Sturzgeburt, die *F. Strassmann* beschrieben hat, war die Schwangerschaft nicht verheimlicht worden. Nur in dem Zeitpunkt der Geburt hatten sich die Schwangeren verrechnet, diese noch nicht erwartet, keine Vorbereitungen getroffen und waren von den Geburtswehen überrascht worden. Diese Angaben sind, auch wenn sie unrichtig sein sollten, nicht widerlegbar. Kommen doch Verrechnungen in der Dauer der Schwangerschaft vor, raschere Entwicklung des Kindes, so daß diesen unerfahrenen Erstgebärenden ein solcher Irrtum wohl unterlaufen konnte. Zum Teil wurden die Wehen mit Stuhldrang verwechselt, was im Anfang der Wehentätigkeit an sich auch möglich ist. Bis auf die Frühgeburt im Abort des Zuges waren die Kinder sämtlich reif. Schädelverletzungen fanden sich nur in dem Falle B., die wir aber nicht durch die Sturzgeburt, zum mindesten nicht allein durch eine solche erklären zu können glaubten.

Wenn wir auf die Bedeutung der Magen-Darmprobe eingehen, so ist unbedingt *Ungar* rechtmäßig, der wiederholt gefordert hat, daß obligatorisch bei jeder Sektion des Neugeborenen die Magen-Darmprobe neben der Lungenprobe angestellt werden sollte, wie es wohl jeder gerichtsärztliche erfahrene Obduzent tun wird. Die von *Ungar* angegebene Technik ist zweckmäßiger als das Aufschneiden unter Wasser, zumal zur Feststellung des Luftgehaltes an sich schon die äußere Betrachtung, dann aber die Prüfung der Schwimmfähigkeit genügt. Beim Aufschneiden unter Wasser kann zu leicht etwas von dem Inhalte verlorengehen, während man beim Aufschneiden auf dem Teller die in Schleim eingebetteten Luftblasen neben dem sonstigen Inhalt gut erkennen kann. Fraglich bleibt aber, wie weit die Magen-Darmprobe nicht nur über das Gelebthaben des Kindes, sondern auch über die Dauer des Gelebthabens sichere Schlüsse ermöglicht und ob diese in so bestimmter Weise zu ziehen sind, wie es oft angenommen wird.

An seinem reichen Material hat *Haberda* darauf hingewiesen, wie verschieden die Luftfüllung des Darmes bei gleicher Zeitdauer des Lebens ausfallen kann, wie es insbesondere bei luftleeren Lungen außerordentlich rasch zu einer Luftfüllung des Darmes kommen kann. *Haberda* meint, daß im allgemeinen bei un-

gehinderter Atmung die Luftfüllung des Dünndarmes innerhalb der ersten 6 Stunden des Lebens zu erfolgen pflegt, daß innerhalb der 2. Hälfte des 1. Halbtages Luft in den Dickdarm eindringt und daß völlige Luftfüllung des Dickdarmes erst innerhalb des 2. Halbtages zustande kommt. Auch *Haberda* mahnt zur Vorsicht, wenn man aus dem Luftgehalt des Magen-Darmkanals auf die Zeitspanne des Lebens schließen will.

*Harbitz* glaubt folgende Feststellung machen zu können: Wenn man im Magen und allerobersten Teile des Dünndarmes (Duodenum und im 1. Teil des Jejunums) Luft findet, so ist das Kind gewöhnlich unmittelbar nach der Geburt gestorben. Es kann aber auch  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde gelebt haben, insbesondere gilt dies für schwächliche Kinder und nicht ganz lufthaltige Lungen. Wird Luft im Magen und größeren Partien des Dünndarmes gefunden, so hat das Kind nicht selten nur  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde gelebt, besonders, wenn es kräftig war, öfters 1 und 2 Stunden, gelegentlich bis zu 5 und 6 Stunden, zuweilen bis 12 Stunden. Dies gilt besonders für Frühgeborenen. Wenn der Dünndarm ganz und der Dickdarm zum Teil lufthaltig ist, hat das Kind mehrere Stunden, selten nur 5 und 6, öfters bis zu 12, ausnahmsweise bis 24 Stunden gelebt, besonders, wenn es sich um Frühgeborenen handelt. Ist der Darm ungefähr überall lufthaltig, so entspricht das einer Lebensdauer von vielen Stunden, gewöhnlich 24 Stunden. Wird im Magen-Darmkanal keine Luft gefunden, schließt das nicht aus, daß das Kind einige Zeit, etwa  $\frac{1}{4}$  bis  $\frac{1}{2}$  Stunde gelebt hat, frühgeborene Kinder können ausnahmsweise sogar mehrere Stunden gelebt haben. Bei der Beurteilung der Lebensdauer rät auch *Harbitz* zur Vorsicht, besonders bei reifen Kindern, die durch Erstickung gestorben sind.

Auch die mitgeteilten Fälle beweisen, wie in derselben Zeitspanne die Füllung des Magen-Darmkanals mit Luft verschieden sein kann. Die Atmung war in diesen Fällen stets auf irgendeine Weise erschwert gewesen, entweder durch Hirndruck infolge von Blutungen aus Tentoriumrissen, durch Einatmung von Fruchtschleim oder Fremdkörpern oder durch gewaltsame Erstickung. Trotz dieser erschwertem Atmung, die eine verschieden starke Entfaltung der Lungen bedingt hatte, war es teilweise zu rascher, teilweise zu langsamer Füllung des Magen-Darmkanals durch Luft gekommen. So war einmal bei sicher 8stündigem Leben des reifen Kindes nur 12 cm Dünndarm schwimmfähig, wobei die Atmung durch die Schädelverletzung mit den Blutungen in die Schädelhöhle sehr erschwert war. Bei einem Leben von 10 Minuten des durch gewaltsame Erstickung getöteten Kindes war dagegen fast der ganze Dünndarm schwimmfähig. Bei halbstündigem Leben des ebenfalls reifen Kindes, das durch Einatmung von Blut- und Kotbestandteilen erstickt war, war auch noch der oberste Dickdarm lufthaltig. Nach 3 stündigem Leben des reifen Kindes waren einmal 40 cm Dünndarm schwimmfähig. Auch hier war die Atmung behindert gewesen. Bei einer unreifen Frucht von 38 cm, die 3 Stunden gelebt hatte, waren 75 cm Dünndarm schwimmfähig. Bei einer ebenso langen, die 3 Tage gelebt hatte, war der unterste Teil des Dickdarms noch nicht schwimmfähig, das Kindspech noch nicht entleert. *Haberda* fand bei einem Kinde, das mit einer Rachenverletzung 7 Stunden gelebt hatte, den Dünndarm völlig luftleer.

Die Diagnose der Erstickung unter weichen Bedeckungen ist immer eine ungewisse und kann höchstens durch das Geständnis der Kindesmutter gestützt werden. Sie ist sicher seltener als viele Obduzenten meinen, doch nicht so selten, wie *M. Richter* behauptet (*F. Strassmann*). *Haberda* hält diese Erstickung für ein sehr seltenes Vorkommnis und die Diagnose nur dann für statthaft, wenn ein natürlicher Tod durch Geburtsschädigung auszuschließen ist, insbesondere, wenn die Untersuchung des Bronchialinhaltes und des peripheren Lungensaftes ein negatives Ergebnis gehabt hat, kein Fruchtschleim eingearatmet wurde, der eine Geburtsschädigung beweist und einen natürlichen Tod erklären kann. *Puppe* hat zwar einige solche Fälle von Erstickung durch weiche Bedeckungen mitgeteilt, in denen er Hyperämie und Blutaustritte in den Bindegütern und interstitielles Lungenemphysem fand, Fälle, in denen die Mütter die Erstickung zugaben. Doch sind auch diese Erscheinungen sonst kein seltener Befund bei anderweitiger Todesursache des Neugeborenen. Man wird vor allem einen natürlichen Tod infolge Geburtsschädigung dann nicht ausschließen können, wenn auf irgend-eine Art die Atmung erschwert war, sei es nun infolge vorzeitiger Atembewegungen und Einatmung von Fruchtwasser oder Schleim oder durch Blutungen in der Schädelhöhle. Der Wert der sog. inneren Erstickungerscheinungen für die Diagnose einer Erstickung, auch einer solchen unter weichen Bedeckungen muß als sehr gering angesehen werden, da sich diese Erscheinungen, wie die Blutfülle der inneren Organe, die Ecchymosen unter dem Lungenfell, unter dem Epikard und dem Thymus bei den verschiedensten Todesarten von Neugeborenen wie Erwachsenen, auch bei Totgeburten oder in der Geburt verstorbenen Kindern finden, wo sicherlich keine gewaltsame Erstickung vorliegt. Dieser Standpunkt ist von *F. Strassmann* seit langer Zeit vertreten worden und auch *Ziemke* hat sich ihm angeschlossen. Will man überhaupt diesen Ecchymosen eine Bedeutung zumessen, und sie mit einem Tod durch Erstickung in Zusammenhang bringen, so muß man immer darauf hinweisen, daß fast jeder Tod eine Erstickung ist und daß sich beim Neugeborenen dieser Befund besonders leicht erklären läßt, wenn durch irgendeine Geburtsschädigung die Atmung erschwert war. Was den Nachweis eingearatmeten Fruchtwassers anlangt, so ist neben der frischen Untersuchung von Lungensaft und Bronchialinhalt die Untersuchung eingebetteter Lungenstücke nach Färbung mit Sudan-Hämalaun oder Gram (*K. Reuter*) zweckmäßig, da dadurch auch die Menge der eingearatmeten Vernixzellen sich erkennen läßt, zumal einzelne derartige Bestandteile als normaler Befund in der Lunge des Neugeborenen anzusehen sind (*Ungar, Hochheim*). — Die Bedeutung der Tentoriumrisse, der Blutungen in die Falx, zwischen und unter die Blätter des Tentoriums und in die Gehirnsubstanz selbst für die Er-

klärung des natürlichen Todes des Neugeborenen ist insbesondere in den letzten Jahren durch die Arbeiten von *Schwartz*, *Sieg mund*, *Wohll will* u. a. von neuem hervorgehoben worden. Vielfach muß man sich auch bei geringfügiger solcher Blutung mit ihr als Todesursache des Kindes begnügen. Geringe Blutungen in der Sichel oder im Gezelte sind aber ein so häufiger Befund, auch bei sicher auf andere Weise getöteten oder verstorbenen Neugeborenen, daß man bei außerordentlich geringfügigen derartigen Blutungen nicht ohne weiteres immer einen natürlichen Tod wird annehmen können, insbesondere, wenn andere gewaltsame Eingriffe vorliegen. In den erwähnten beiden Fällen von heimlicher Geburt im Bett, wo mit der Möglichkeit einer Erstickung unter der Bettdecke hätte gerechnet werden können, lag aber vermutlich ein natürlicher Tod vor, wobei Tentoriumriß und Blutung in die Schädelhöhle, das eine Mal kombiniert mit einer Duodenalblutung, als Todesursache anzunehmen war. — Die Frage, ob bei völliger Lungenentfaltung und teilweiser Füllung des Magen-Darmkanals die Mutter etwas von dem Leben des Kindes gemerkt haben muß, wird man mit Bestimmtheit nie beantworten können, genügen doch zur Luftfüllung der Lungen einige wenige Atembewegungen und kann doch die Luftfüllung von Magen-Darmkanal auch in sehr rascher Zeit vor sich gehen. Dazu kommen noch die Einwirkungen der heimlichen Geburt; die Schmerzen, der Blutverlust und die Bestürzung der unehelichen Mutter, die eine Beobachtung des Kindes erschweren, so daß ein Vorwurf über das angebliche Nichterennen des Lebens des Kindes der Mutter kaum je gemacht werden kann. Auch in den Fällen von *F. Strassmann* war dieses Nichterennen trotz nachgewiesenen Gelebthabens als glaubhaft erachtet worden. Die schweren Schädelverletzungen, die im Falle B. durch eine Sturzgeburt auf der Straße aus der Höhe der mütterlichen Genitalien entstanden sein sollten, glauben wir nach den zahlreichen Beobachtungen und Versuchen *Haberda* und *Lessers*, die durch eigene Versuche bestätigt wurden, auf Sturzgeburt nicht zurückführen zu können. Einfache Sprünge in einem oder beiden Scheitelbeinen bei derartigen Sturzgeburten sind mehrfach beobachtet worden (*Haberda*, *Lesser*, *F. Strassmann*), aber niemals so ausgedehnte Sprünge wie bei dem Kinde B. Dieser Fall liegt auch anders als jener Fall *F. Strassmanns*, wo mehrfache Sprünge in Scheitel- und Stirnbeinen und in den Augenhöhlendächern bei einer Sturzgeburt gefunden wurden, weil die Mutter nach Zeugenaussagen während des Geburtsvorganges ohnmächtig wurde und auf das Kind herauffiel. Berücksichtigt man auch, daß im Falle B. die Schädelknochen ungewöhnlich dünn waren und mehrfache Ossifikationsdefekte zeigten, so wird man trotzdem hier eine äußere stumpfe Gewalteinwirkung für die Entstehung dieser Brüche annehmen müssen.

Für die fälschliche Ausstellung des Totenscheines durch den beschauenden Arzt im Falle B. waren verschiedene begünstigende Momente vorhanden, die ein Nichterkennen des Lebens möglich machten, die sicher sehr mangelhafte Atmung infolge der schweren Schädelverletzungen und die Einwirkung der Kälte, da das Kind im Freien geboren war und dann in einem kalten Keller gelegen hatte. Daß allerdings die ersten sichtbaren Lebensäußerungen erst nach 3 Stunden auf der Anatomie aufgetreten sein sollen, wird man als nicht sehr wahrscheinlich ansehen, so daß eine genauere Untersuchung und Abhorchung des Kindes, die zwar angeblich 20 Minuten lang durch den Arzt erfolgte, ihn vermutlich an der fälschlichen Ausstellung des Totenscheines gehindert haben würde. Daß der weitere Transport im Wagen, auf der Trage durch die Bewegungen und die Kälte schädigend auf das schwerverletzte Kind eingewirkt hat, wird man annehmen können. Trotzdem wäre auch bei sofortiger sachgemäßer Behandlung das Kind mit diesen offenbar schon vorhandenen schweren Verletzungen kaum am Leben geblieben, so daß jedenfalls ein Zusammenhang des Todes mit dieser unsachgemäßen, auf Grund des falschen Totenscheines erfolgenden Behandlung nicht nachzuweisen war<sup>1)</sup>.

#### Literaturverzeichnis.

- Haberda*, Zur Lehre vom Kindesmord. Beitr. z. gerichtl. Med. **1**. 1911. — *Haberda*, Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen **15**, H. 2, S. 248 und Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 1926. — *Harbitz*, Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen **33**, 3. Folge, S. 101. 1907. — *Hochheim*, Festschrift für Orth. Berlin 1903. — *Lesser, A.*, Stereoskopischer Atlas. A. Barth. Leipzig 1900. — *Puppe*, Zeitschr. f. Medizinalbeamte u. Krankenhausärzte 1922, Nr. 11, S. 467; Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen **33**, 171, Suppl. 1907. — *Reuter, K.*, Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen **43**, 179, Suppl. 1912. — *Schwartz*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **90**, H. 53.; Zeitschr. f. Kinderheilk. **40**, H. 5. 1925. — *Siegmund*, Münch. med. Wochenschr. 1923, Nr. 5. — *Strassmann, F.*, Zeitschr. f. Medizinalbeamte u. Krankenhausärzte **24**, 757. 1911. — *Strassmann, F.*, Festschrift des Preußischen Medizinalbeamten-Vereins, 1908. — *Strassmann, F.*, Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen **15**, 242. 1898; **42**, H. 2, 3. Folge. — *Strassmann, F.*, Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. **5**, 66. 1925 und Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 1895. — *Ungar*, In Lochtes und Schmidtmanns Handbuch, ferner Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen **43**, Suppl. S. 119. 1912; **45**, Suppl., S. 101. 1913; Zeitschr. f. Medizinalbeamte u. Krankenhausärzte 1920, H. 16; 1922, H. 18. — *Wohwill*, Münch. med. Wochenschr. 1922, Nr. 34. — *Ziemke*, Zeitschr. f. Medizinalbeamte u. Krankenhausärzte 1908, Nr. 10, S. 353, ferner in Schmidtmanns Handbuch: Kapitel Erstickung.

<sup>1)</sup> *Anmerkung bei der Korrektur.* Zu dieser Frage hat inzwischen *Pietrusky* Stellung genommen. Münch. med. Wochenschr. 1927, Nr. 8.