

fälle aus: in einem solchen plötzlicher Exitus unter dem Bild einer akuten Herzinsuffizienz. Es handelte sich um eine 38jährige Frau von hypoplastischer Konstitution, enger Aorta, kleinem Herzen und hypoplastischen Gefäßen. Sektionsbefund: mächtige Lungenblutung, hervorgerufen durch Stenosen der kleinsten Bronchiolen infolge Spasmen der Bronchialmuskulatur und Absonderung eines zähsschleimigen, an eosinophilen Zellen reichen Exsudates. Ruptur zahlreicher Bronchiolen. Diffuse Bronchiolitis mit stellenweise schleimiger Umwandlung der Bronchusepithelien. Die starke Belastung des Kreislaufs während des Anfalls führte zur plötzlichen Kreislaufinsuffizienz.

*K. Eskuchen (Zwickau).*

**Hepner, Franz:** Akute Nebenniereninsuffizienz 4 Jahre nach Geburtstrauma. (*Univ.-Kinderklin., Göttingen.*) Arch. Kinderheilk. 90, 10—18 (1930).

4jähriges Mädchen, ganz plötzlicher Beginn mit Leibscherzen und hohem Fieber. Am nächsten Tag stundenlang dauernde Krämpfe. In den letzten 20 Stunden a. m. dauernd schwerste Krämpfe. Erbrechen kaffeesatzartigen Blutes, Exitus. Pathologisch-anatomische Diagnose: Beiderseits Verkalkung und Verknöcherung der Nebennieren mit Zerstörung der Marksubstanz. Knötchenförmige Degeneration der Nebennierenrinde. Der Anatom nahm als Ursache ein Trauma an, das nach Ansicht der Kliniker sicherlich in der Geburt zu sehen ist (Wendung mit Fraktur eines Unterschenkels, sonst nichts Abnormes beim Neugeborenen. Mit 2 Jahren wurden während einiger Tage Krämpfe beobachtet.) Auffallend ist, daß das Kind ein Alter von 4 Jahren erreichte. Einige Bemerkungen zu dieser Tatsache. *A. Dollinger.*

**Feller, A.:** Tödliche Magenblutung aus ungewöhnlicher Ursache. (*Path.-Anat. Inst., Univ. Wien.*) Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. 41, 670—678 (1930).

Mitteilung eines Falles von tödlicher Magenblutung infolge des Einbruchs eines mykotischen Aneurysmas der Bauchaorta in den Magen. *N. Henning (Leipzig).*

### Kindesmord.

**Heidler, Hans:** Die Bedeutung des Geburtstraumas für den Schädel des Neugeborenen. (*II. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Wien. med. Wschr. 1930 I, 460—463 u. 500—502.

Die Asphyxie spielt für den Tod der Neugeborenen durchaus nicht jene Rolle, die man ihr noch vor wenigen Jahren zuerkannte. Auch die Lebensschwäche erklärt durchaus nicht immer das Sterben frühgeborener Früchte. Das Geburtstrauma mit seiner intrakraniellen Läsion ist häufig schuld daran. Auch die spontane Geburt bedeutet ein Trauma für den Schädel des Neugeborenen. Im wesentlichen handelt es sich bei den intrakraniellen Traumen um Blutungen, die zumeist aus Zerreißungen des Kleinhirnzeltes stammen. Ferner gibt es Blutungen zwischen die weichen Hirnhäute, auch — seltener — intraventrikuläre Blutungen. Auch kommen multiple, oft flohstichartige Blutungen in der Hirnsubstanz vor (aus Ästen der Vena cerebri magna Galeni), auch intracerebrale nekrobiotische Prozesse. Ungefähr die Hälfte der toten Kinder weist intrakranielle Läsion als Todesursache auf. Die Prognosenstellung ist äußerst schwierig, oft unmöglich. Von Lumbalpunktionen als Therapie kann man sich nicht viel versprechen. Wichtiger als die Therapie ist die Prophylaxe.

*Kurt Mendel (Berlin).*

**Partridge, Joyce:** Stillbirth due to intracranial injury. (Totgeburten infolge intrakranieller Verletzungen.) (*Anat. Dep., London School of Med. f. Women, Roy. Free Hosp., London.*) J. Obstetr. 37, 1—26 (1930).

Nahezu die Hälfte aller Totgeburten, die bei Beginn der Geburt noch am Leben war, stirbt bei sonst gesunden Müttern während der Geburt infolge intrakranieller Verletzungen ab. Selbst bei einem Mißverhältnis zwischen Becken und kindlichem Kopf ist die Nachgiebigkeit der Beckenligamente so groß, daß die Geburt leicht vonstatten geht. Diese Erschlaffung der Beckenligamente kann bereits 20 Wochen vor der Geburt festgestellt werden. Bei 100 untersuchten Schwangeren fand Verf. 4 mit starrem Becken, von diesen hatten 2 Totgeburten infolge intrakranieller Schädigungen.

*Deichgräber (Berlin-Spandau).*

**Sternberg, Carl:** Multiple Höhlenbildungen im Großhirn (Markporenecephalien) als Folgen des Geburtstrauma. (*Path. Inst., Krankenh. Wieden, Wien.*) Beitr. path. Anat. 84, 521—528 (1930).

Ein Knabe kam erst nach 32stündiger Dauer der Geburt scheintot zur Welt. Das 3800 g

schwere Kind nahm 2 Tage keine Nahrung zu sich und erlitt einen Gewichtssturz von 1000 g. Nach Sondenfütterung und Magenspülung kam die Nahrungsaufnahme in Gang. Gleich nach der Geburt bemerkte die Mutter beim Kind Zuckungen und Verkrümmungen von Füßen und Händen und anfallsweise auftretendes gellendes Schreien. Greifbewegungen blieben aus. Später kamen Krämpfe hinzu. Auch traten Schluckbeschwerden und starkes Erbrechen auf. Im Alter von 6 Monaten wog das Kind 7500 g. Später magerte es immer mehr ab. Im Alter von  $1\frac{1}{4}$  Jahren Aufnahme ins Spital. Hier wurde festgestellt: Lichtreaktion der Pupillen fehlt, Strabismus, zeitweise gellende Schreie. Auf akustische Reize erfolgt Reaktion. Spastische Lähmung beider Beine, Patellar- und Achillesreflexe nicht auslösbar, Babinski nicht deutlich, Hypertonie der Adductoren, keine Hautreflexe, Idiotie, Exitus unter körperlichem Verfall infolge von zunehmender Verschlechterung der Nahrungsaufnahme. Die Sektion ergab: Beide Großhirnhalbkugeln sind in allen Durchmessern verkleinert, die Gehirnwindungen verschmälert. Das Mark der Großhirnhalbkugel ist in seiner ganzen Ausdehnung bis zur Rinde heranreichend von einem System von Lücken und Hohlräumen wabenartig durchsetzt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die cystischen Bildungen aus zahlreichen Erweichungsherden entstanden sind (reichlich Fettkörnchenzellen in den Hohlräumen). Der Erweichungsprozeß der Marksubstanz betrifft das Wurzelgebiet der Vena magna Galeni und stimmt durchaus überein mit den von Schwartz beschriebenen diffusen Auflösungsprozessen in der Marksubstanz nach geburtstraumatischer Schädigung. Derartige hochgradige Fälle von zentralen Markporencephalien mit Rindensaum kommen nur selten zur Beobachtung.

*Kufs (Leipzig-Dösen).*

**Voron, J., et H. Pigeaud:** Etude anatomo-pathologique des hémorragies intracrâniennes sous-dure-mériennes mortelles du nouveau-né, d'origine non traumatique. (Pathologisch-anatomische Studie über die tödlichen intrakraniellen subduralen Blutungen des Neugeborenen nichttraumatischer Herkunft.) (*Clin. Obstétr., Fac. de Méd., Lyon.*) *Gynéc. et Obstétr.* 21, 11–43 (1930).

Die Verff. beschränken sich in dieser Arbeit auf die Darstellung der ihrer Ansicht nach nicht durch das Geburtstrauma bedingten Blutungen, deren sie 12 nach der Benekeschen (von ihnen als Meyer-Hauchsche bezeichneten) Sektionsmethode untersucht haben. Für die Zurechnung zu diesen Fällen war für die Verff. maßgebend das Fehlen von Beckenomalien, das Vorliegen einer unkomplizierten spontanen oder nur durch leichte Beckenausgangszange beendigten Geburt und das Vorhandensein von Zeichen erblicher Erkrankung beim Neugeborenen selbst. Als „erbliche“ Erkrankung kommt in erster Linie die Syphilis in Frage. Extradurale Blutungen kamen nie zur Beobachtung; solche kommen nur bei groben Traumen vor. In 8 Fällen waren nur meningeale Blutungen vorhanden, nur in 4 außerdem intracerebrale, wobei es sich fast ausschließlich um nur mikroskopisch nachweisbare capilläre Blutungen handelt. Die meningealen Hämmorrhagien sitzen an der Konvexität der Großhirnhemisphären, in der Umgebung des Tentoriums und in diesem selbst, endlich unterhalb des Zeltes um Kleinhirn und Medulla herum. In der Mehrzahl der Fälle waren entzündliche Prozesse nachweisbar, und zwar nur 2 mal im Hirngewebe selbst, wo, wie die Verff. auseinandersetzen, die Unterscheidung von in der normalen Entwicklung begründeten Befunden oft Schwierigkeiten bereitet, 7 mal dagegen mit aller Sicherheit in den Hüllen; hier bestehen neben einer hochgradigen Hyperämie und Rhexisblutungen Ödem und Hyperplasie der autochthonen Meningealelemente sowie endlich herdwiese zerstreute lymphocytär-plasmacelluläre Infiltrate, nie dagegen leukozytäre. Es handelt sich also um eine echte chronische Entzündung. Tentoriumzerreißen fanden sich in der Hälfte der Fälle, Blutungen jedoch in allen. Diese Blutungen sind zum Teil sicher schon mehrere Tage, vielleicht Wochen vor der Geburt erfolgt, wie die Gegenwart von Erythrozyten, von Eisenpigment und beginnende Organisationsvorgänge beweisen. Daneben fanden sich ausgesprochen entzündliche Prozesse auch im Tentorium: Züge von Lymphocyten, aus den Gefäßen „auswandernd“, einmal eine schwere Endoperiarteritis. Schließlich betonen die Verff. die Häufigkeit von Blutungen in anderen Organen wie Milz, Leber, Niere, Nebenniere und Lunge. Die Verff. ziehen sehr weitgehende Schlüsse aus ihren Beobachtungen. Nicht nur für die vorliegenden Fälle, sondern überhaupt für die intrakraniellen Blutungen bei Neugeborenen glauben sie eine wesentliche Bedeutung des Geburtstraumas ablehnen zu müssen. Ohne die Mög-

lichkeit einer traumatischen Genese der Blutungen „absolut zu leugnen“, nehmen sie an, daß in der Mehrzahl der Fälle ein entzündlicher „oder“ toxischer Prozeß (eine ganz unlogische Alternative — Ref.) die Wand der kleinen Gefäße schädige, die dann unter irgendeiner Gelegenheitsursache, als welche wohl auch einmal ein Trauma dienen könne, zerreißen. Eine abnorme Zusammensetzung des Blutes, die man bei diesen „hereditär“ geschädigten Kindern immer vorauszusetzen berechtigt sei, läßt die Blutung nicht zum Stehen kommen. Die Tentoriumzerreißenungen sind auch nicht primär, sondern sie sind die Folge der Blutungen.

An sich ist nach Ansicht des Ref. jede Arbeit zu begrüßen, die — unbeeinflußt von dem heute herrschenden Dogma der alles überragenden Bedeutung des Geburtstraumas für die ganze Neugeborenenpathologie — in unabhängiger und kritischer Weise die hier obwaltenden Verhältnisse aufs neue analysiert. Die vorliegende Abhandlung hat aber doch gar zu große Mängel, als daß sie als überzeugende Widerlegung jenes Dogmas gelten könnte. Das einzige Positive, was sie bringt, ist die gewiß recht bemerkenswerte Tatsache, daß ein Teil der Blutungen bei Neugeborenen schon einige Zeit vor der Geburt entstanden ist, eine Tatsache, die sicherlich zur Vorsicht in der Beurteilung auch der frischeren Hämorrhagien mahnt. Alles übrige aber erscheint reichlich anfechtbar. Man vermißt Angaben darüber, wieviel Fälle die Verff. denn im ganzen untersucht haben, so daß man gar nicht beurteilen kann, wieweit es sich hier um Gesetzmäßiges handelt, ferner darüber, ob irgendwelche Unterschiede bezüglich der Lokalisation und der Histologie der Blutungen zwischen den hier behandelten Fällen und den nicht auf entzündlicher Basis beruhenden bestehen; auch über die topographischen Beziehungen zwischen Hämorrhagien und entzündlichen Infiltraten hört man gar nichts. Auch die vollständige Übergehung der gesamten Literatur kann nicht gerade als ein Vorteil gelten. Wer so neue, den herrschenden Ansichten widersprechende Lehren aufstellt, ist doch wohl verpflichtet, sich mit den wichtigsten Arbeiten über das Geburtstrauma auseinanderzusetzen. Auch die neueren Anschauungen über die Pathogenese der Blutungen überhaupt (Ricker usw.) dürften nicht unberücksichtigt bleiben, und auch die Bezugnahme auf frühere Erfahrungen über die angeborene Syphilis — die „Syphilis haemorrhagica neonatorum“ ist ja ein sehr alter Begriff — würde für die Arbeit von Vorteil gewesen sein. So bleibt sie im besten Fall eine Anregung, die aufzugreifen allerdings vielleicht ganz lohnend sein könnte.

Fr. Wohlwill (Hamburg).<sup>oo</sup>

**Liebmann, Stephan: Über die Asphyxie und das weitere Schicksal der asphyktischen Neugeborenen. (II. Frauenklin., Univ. Budapest.) Arch. Gynäk. 139, 544—559 (1930).**

Von den die Asphyxie auslösenden Ursachen kamen neben der Verzögerung der Geburt und den mechanischen Einwirkungen auf die Frucht folgende Geburtskomplikationen vor: 28 mal Placenta praevia, 8 Kinder starben; 30 mal Eklampsie, 1,3 starben. Selbstverständlich machte sich auch die Dauer der Geburt sehr bemerkbar, indem sie bei den asphyktischen Kindern in 62,9% länger war als normal, auch bei älteren I-paren war die Geburt in 65% und bei Mehrgebärenden in 58,9% verzögert — ferner machten sich bemerkbar alle den normalen Geburtsverlauf störenden Anomalien (z. B. Beckenverengerung, anormale Kindslagen (162 mal), Nabelschnurvorfall (21 mal) und besonders operative Entbindungen. — Schicksale: Von den 806 Kindern blieben 604 am Leben, 86 konnten nicht wiederbelebt werden, 73 atmeten, aber starben nach einigen Stunden; weitere 43 starben noch in den nächsten 10 Tagen. Gesamt mortalität also 25%. — 115 Kinder wurden seziert. Von den unmittelbar nach der Geburt gestorbenen hatten 15 größere Gehirnblutungen (5 mal Zange, 10 mal Wendung und Extraktion), 13 mal Atelektase, Erstickung, geringe Blutungen. Unter den später Verstorbenen: 6 mal Pneumonie, 5 mal Bronchopneumonie, 23 mal Atelektasen, 11 mal Gehirnblutungen. Von den 26 Kindern (= 22,6%) mit größeren Blutergüssen waren 10 spontan, 16 operativ (6 mal Zange, 5 mal Wendung und Extraktion, 5 mal Extraktion) geboren.

Dollinger (Berlin-Friedenau).<sup>oo</sup>

**Rissmann, Paul: Schädigungen des Rückenmarkes im Bereiche der Halswirbelsäule bei Neugeborenen ohne Läsionen im Cerebrum. (Hebammenschule, Hannover.) Zbl. Gynäk. 1930, 913—914.**

Eröffnet man bei Sektionen Neugeborener nicht nur die Schädelhöhle, sondern macht auch eine Rückenmarkssektion, so findet man nicht selten Veränderungen,

die denen des Schädels analog sind. Verf. berichtet den Fall einer Totgeburt, deren Schädelhöhle keine Blutungen aufwies, deren Rückenmark aber von Blutungen umscheidet war. Die VII.-para kam spontan nach vorausgegangenen Wendungsversuchen nieder. Es wird als wahrscheinlich angenommen, daß die Gesichtslage und der Nabelschnurvorfall mit nachfolgender Asphyxie die Blutung in den Wirbelkanal bewirkte. Für die gerichtsärztliche Praxis ist die Feststellung wichtig, daß die Todesursache von Neugeborenen ohne regelmäßige Sektion der Wirbelsäule nicht mit Sicherheit festgestellt werden kann.

*Kalinowsky* (Berlin).<sup>o</sup>

**Ziegler, Elly:** Vorkommen, Ätiologie und forensische Bedeutung der Harnsäureinfarke bei Neu- und Totgeborenen. (*Path. Inst., Cecilienh., Berlin.*) Zbl. Gynäk. 1930, 289—292.

Bericht über den Obduktionsbefund bei einer überentwickelten männlichen Totgeburt von 55 cm Länge und 5230 g Körpergewicht. Neben Harnsäureinfarkt (H.I.) der Niere fand sich ein an Pneumonia alb. erinnernder Lungenbefund. Keine Lues. Das gleichzeitige Auftreten von entzündlichen Veränderungen der Lunge und H. I. der Niere stützt die Theorie, nach der H.I. im Anschluß an entzündliche Prozesse beim Neugeborenen entstehen kann. Es ist möglich, daß auch entzündliche Prozesse, die im intrauterinen Leben eine Rolle spielen, eine Beziehung zur Bildung von H.I. haben.

*Walther Hannes* (Breslau).<sup>o</sup>

**Beneke, Rudolf:** Zur Sektionstechnik bei Neugeborenen. Beitr. path. Anat. 84, 551—558 (1930).

Die Ausführungen des Verf. zielen nicht etwa darauf ab, eine neue Technik bei der Leichenöffnung Neugeborener einzuführen, sondern beschäftigen sich nur mit den Wechselbeziehungen zwischen der Lage der sich in der Gebärmutter entwickelnden Frucht und den Auswirkungen dieser Lage auf die Entwicklung der inneren Organe nach Größe, Gestalt usw. Dies wird im einzelnen ausgeführt. Beneke macht darauf aufmerksam, daß es möglich wäre („bei einer gewissen Feinfühligkeit“) festzustellen, in welcher Lage sich das Neugeborene im Uterus befunden hat, d. h. also die Kindslieche derartig zusammenzurollen, wie sie — meist annähernd kugelförmig — im Mutterleib gelegen ist. Beneke glaubt aus den bestimmten Lageverhältnissen des Kindeskörpers in utero dann unbedenklich kleine und große Befunde von Formeigentümlichkeiten bis zu den schwersten kompliziertesten Mißbildungen hin erklären zu können. Er will also die Aufmerksamkeit auf mechanische durch Raumbeschränkung veranlaßte Ursachen für Mißbildungen usw. hinlenken und so eine gewisse Einheitlichkeit der ätiologischen Auffassung der komplizierten Mißbildungsformen erreichen.

*Merkel* (München).<sup>o</sup>

**Olbrycht, Jean:** La docimasie pulmonaire histologique chez les fœtus et les nouveaux carbonisés. (13. congr. de méd. lég. de langue fran<sup>c</sup>., Paris, 9.—11. X. 1928.) Ann. Méd. lég. etc. 9, 48—56 (1929).

Vgl. diese Z. 9, 529.

#### Gerichtliche Geburtshilfe.

**Ogino, K.:** Ovulationstermin und Konzeptionstermin. (*Path. Inst., Med. Univ., Niigata, Japan.*) Zbl. Gynäk. 1930, 464—479.

Der Ovulationstermin wird als ein 5-tägiger Zeitabschnitt bezeichnet, der zwischen dem 12. und 16. Tage vor den erwarteten Menses liegt; falls die Konzeption ausbleibt, tritt die Menstruation am 13. bis 17. Tage nach der Ovulation auf. Der Verf. ist der Ansicht, daß der Ovulationstermin besser so bezeichnet werde als mit den Tagen nach Beginn der letzten Menses. Der Konzeptionstermin ist gewöhnlich derjenige 8-tägige Zeitabschnitt, welcher zwischen 12. und 19. Tag vor den erwarteten Menses liegt (= 5-tägiger Ovulationstermin und 3 Tage vorher). Innerhalb des Zeitabschnittes, welcher zwischen 20. und 24. Tage vor den erwarteten Menses liegt, ist die Konzeption selten möglich. Während des Zeitabschnittes zwischen 1. und 11. Tag vor den erwarteten Menses ist die Konzeption unmöglich.

*Robert Meyer* (Berlin).<sup>o</sup>