

Josef St., 42 Jahre, Dekorationsmaler. 1893 und 1905 Bleikolik, 1911 Knöchelbruch links, 1919 plötzlich bei der Arbeit heftige Schmerzen im rechten Fuss, danach schwerer „Rheumatismus“ fast aller Gelenke, seit Jahren „Gichtanfalle“ im Frühjahr und Herbst fast in allen Gelenken. Untersuchung am 6. X. 1920: Schwerste arthritische Veränderungen zahlreicher Gelenke, vor allem der Hand- und Fingergelenke mit hochgradigen Deformierungen, Versteifungen und Subluxationen. Kann seit 2 Jahren nicht mehr arbeiten. Die Ursache dürfte die chronische Bleischädigung sein. 7. X. 1920 erste Injektion (1,0 ccm) Caseosan subkutan. Reaktion: lokal leichte Schmerzen, allgemeine: Schwindel, Herd: keine Schmerzen, Bewegung etwas freier. 11. X. zweite Injektion (2,0 ccm). Reaktion: Hohes Fieber, Schüttelfrost, beträchtliche Gelenkschmerzen, nach 14 Stunden nur noch wenig Schmerzen. Kraft der Hände merklich besser, hat einen halben Tag gearbeitet. 26. X. dritte Injektion (3,0 ccm). Starke Herdreaktion, weitere Besserung. 4. XI. vierte Injektion (3,0 ccm). Starke Herd-, leichte Allgemeinreaktion. Danach schmerzfrei, kann schon tagelang arbeiten. 11. XI. fünfte Injektion (4,0 ccm). Schüttelfrost, Fieber bis 40°, starke Herdreaktion: Schmerzen in den meisten Gelenken, auch an der alten Bruchstelle. Nach 3 Tagen schmerzfrei. Kraft viel besser, auch geringe Besserung der Beweglichkeit, kann z. B. Holz spalten und tagelang, wenn auch mit Pausen, Malerarbeiten verrichten.

Nach meinen späteren Erfahrungen halte ich es für sehr möglich, dass man auch mit etwas kleineren Dosen unter Vermeidung der schweren Allgemeinreaktion den gleichen guten Erfolg hätte erreichen können.

Zum Schluss noch ein Beispiel einer frischen Arthritis ohne nachweisbare organische Veränderungen. Johann St., Juni 1920 Radiusbruch links, Schmerzen in der linken Schulter. Es fanden sich die Zeichen einer leichten Arthritis im linken Schultergelenk, offenbar verursacht durch den Zug des schweren Gipsverbandes. Der Kranke war nach Abheilung des Bruches bereits 4 Wochen lang mit Heissluft ohne Erfolg behandelt worden. Eine kurze Kur von 3 Injektionen in Abständen von je 3 Tagen zu 1,0, 1,5 und 1,0 Caseosan stellte sofort die Arbeitsfähigkeit her.

Im Gegensatz zu derartigen Fällen bemerkte ich keinen Einfluss bei starken Gelenkgüssen nach Kontusion usw. Hier bleibt Heissluft und event. die Punktion noch die Methode der Wahl.

Eine kurze Bemerkung zur tuberkulösen Gelenkerkrankung: Ich sah bei einer Arthritis des linken Ellbogengelenkes, die nach 2 Jahre langer Beobachtung nicht als tuberkulös angesehen und mir zur Caseosankur geschickt wurde, nach einigen Injektionen ein bedrohliches Auflackern einer latenten Lungentuberkulose. Es ist also bei verdächtigen Personen genau auf das Verhalten der Lunge zu achten, besonders bei Temperatursteigerung nach der Einspritzung. Bei einer sicherlich tuberkulösen Coxitis sah ich dagegen bei sehr vorsichtiger Dosierung eine gewisse Besserung, der nach der Aushheilung des tuberkulösen Prozesses zurückgebliebenen Beschwerden. Im allgemeinen möchte ich aber nicht zur Behandlung tuberkulöser Gelenke mit Caseosan raten.

Zusammenfassend wäre folgendes zu sagen: Das Caseosan bedeutet bei chronischen Arthritiden jeder Aetiologie, mit Ausnahme der Tuberkulose, eine wertvolle Bereicherung der ja leider im allgemeinen wenig dankbaren Therapie. Bei der Arthritis deformans der alten Leute, vor allem dem Malum senile coxae, ist sehr vorsichtig zu dosieren, der kleinste wirksame Reiz ist der beste, vor der Erzwungung starker Reaktion ist entschieden abzuraten. Die symptomatischen Erfolge sind nicht selten sehr befriedigend, schneller einsetzend und nachhaltiger als bei rein physikalischer Behandlung.

Die chronischen Arthritiden bei jüngeren Menschen scheinen mir eher die Möglichkeit auch objektiver Besserung zu bieten, hier kann man auch gelegentlich eine starke Reaktion mit Erfolg wagen. Schnelle Erfolge sieht man zuweilen bei frischen Arthritiden ohne ernstere anatomische Veränderungen.

Das Caseosan verursacht, im Gegensatz z. B. zum Sanarthrit, nur geringe, nicht nachhaltige Allgemeinerscheinungen und geringe Schmerzen an der Injektionsstelle. Eine auffallende Besserung des Allgemeinzustandes, wie sie zuweilen besonders bei Milchinjektionen berichtet wird, sehen wir nicht.

Da bei vorsichtiger, individualisierender Dosierung Schädigungen kaum möglich sind, möchten wir, ohne auf die physikalischen Behandlungsmethoden verzichten zu wollen, das Mittel zu zahlreichen weiteren Versuchen empfehlen.

Aus meiner Gerichtsmappe\*).

## I. Strafverfahren gegen zwei Aerzte wegen fahrlässiger Tötung.

Von A. Döderlein, München.

An das Amtsgericht . . . . ., Abteilung für Strafsachen,  
Sachverständigen-Gutachten.

Betreff: Strafverfahren gegen Dr. X und Dr. Y.  
wegen fahrlässiger Tötung.

Durch Beschluss des Amtsgerichts . . . . . bin ich in obiger Strafsache um ein Gutachten darüber ersucht worden,

„ob die Handlungsweise der Angeklagten vor und bei der Operation den anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft entsprochen hat oder ob die Angeklagten sich eine Fahrlässigkeit

haben zuschulden kommen lassen, ob Sepsis die Todesursache war und ob sie durch die Tätigkeit der Angeklagten hervorgerufen wurde und den Tod der Frau N. verursacht hat oder ob andere Umstände, wie Autoinfektion, Auslösung einer Miliartuberkulose die Blutvergiftung und den Tod der Frau N. herbeigeführt haben oder haben können.“

Aus den Akten ergibt sich, dass Frau N. in das Krankenhaus in Y zur Vornahme der Unterbrechung einer Schwangerschaft wegen Lungentuberkulose eingeliefert wurde.

Nach Aussage von Dr. X. hat er am ersten Tage nach entsprechender Desinfektion unter Assistenz des Dr. Y. einen Laminariastift in den Muttermund eingeführt, am zweiten Tage, also etwa nach 24 Stunden, wieder unter antiseptischen Vorsichtsmaßnahmen den aufgequollenen Laminariastift mittels Kornzange entfernt und dann versucht, mit dem Zeigefinger in die Gebärmutter einzudringen, um die Frucht auszuräumen. Da der Gebärmutterhals jedoch noch nicht genügend durchgängig war, tamponierte er den Zervikalkanal, entfernte dann am dritten Tage die Tamponade und im Anschluss daran das Ei mit Hilfe einer vorher ausgeglühten Kürette. Während dieser ganzen Vornahmen habe er nur einmal mit dem Zeigefinger der rechten Hand die Genitalien berührt, was deshalb hervorgehoben werden muss, weil dem Operateur der Vorwurf gemacht worden war, dass er mit einer mit Ekzem behafteten Hand operiert und dadurch eine Infektion veranlasst habe. Frau N. erkrankte dann mit hohem Fieber. Am 4. September wurde sie auf ihren Wunsch, trotzdem es ihr sehr schlecht ging, aus dem Krankenhause nachhause gebracht, wo sie alsbald starb.

Die Veranlassung zur Unterbrechung der Schwangerschaft gab eine Lungentuberkulose, und zwar wurde die Diagnose in durchaus einwandfreier Weise von einem Facharzt für innere Krankheiten gestellt, so dass die Berechtigung zur Unterbrechung der Schwangerschaft keinem Zweifel unterliegt.

Woran Frau N. gestorben ist, ist nun leider nicht ganz sicher festgestellt, da keine Sektion ausgeführt wurde. Die Erwägung einer späteren Exhumierung ergab, dass wahrscheinlich infolge der kadaverösen Veränderungen kein Resultat dadurch erzielt werden könnte, weshalb davon Abstand genommen wurde.

Nach der Darstellung der Akten kommen zwei Todesursachen in Betracht: 1. Akute Miliartuberkulose, 2. Sepsis.

Dass Frau N. tuberkulös war, ist ausser Zweifel, doch war ihr Zustand vor Unterbrechung der Schwangerschaft nach Aussage des Mannes keineswegs augenblicklich lebensgefährlich. Sie sei heiter und guter Dinge gewesen, habe gearbeitet, was natürlich bei einer ausgebreiteten Miliartuberkulose nicht möglich gewesen wäre. Es hat sich also wohl um einen noch auf die Lungen beschränkten Prozess gehandelt. Nun ist wohl auch mit der Möglichkeit zu rechnen, dass durch den Eingriff eine rasche Verbreitung der Tuberkulose begünstigt worden ist; aber der ganze Verlauf der Krankheit, der ja in wenigen Tagen zum Tode führte, spricht nicht für eine akute Miliartuberkulose. Wenn diese also auch nicht mit voller Sicherheit ausgeschlossen werden kann, so ist sie zum mindesten sehr unwahrscheinlich.

Die grössere Wahrscheinlichkeit spricht somit dafür, dass es sich um eine bei der Unterbrechung der Schwangerschaft entstandene Blutvergiftung septischer Art handelt und es entsteht nun die Frage, ob das Verhalten der Aerzte, die den Eingriff vorgenommen haben, ein fahrlässiges war, so dass ihnen eine Schuld an der Erkrankung und dem Tode der Frau N. beigemessen werden muss.

Der Eingriff bestand darin, dass ein mit einem sterilen Instrument aus einer zugeschmolzenen Glasröhre entnommener Laminariastift nach vorausgegangener Desinfektion der Genitalien zur Erweiterung des Halskanals der Gebärmutter eingelegt wurde, ein Verfahren, das allgemein anerkannt und üblich ist und bei dessen Ausübung Dr. X. nach keiner Richtung hin gegen die wissenschaftlichen Vorschriften verstossen hat. Trotzdem glaube ich, dass dieser Laminariastift entweder selbst die Infektion veranlasst hat oder dass er sie während seines 24stündigen Liegens in der Gebärmutter durch bereits vorher vorhandene Keime vermittelt hat. Ich habe selbst derartige Fälle erlebt und bin deshalb seit Jahren von der Verwendung der Laminariastifte zum Zwecke der Erweiterung der Gebärmutter vollkommen abgekommen, weil ich sie fürchten gelernt habe. Ich stehe aber mit dieser Anschauung ziemlich allein unter meinen Fachgenossen und es wäre deshalb durchaus falsch, auf Grund dieser meiner persönlichen Anschauung einem Arzte, der dieses allgemein geübte Verfahren anwendet, einen Vorwurf zu machen.

Die Beurteilung, aus welcher Quelle eine septische Infektion bei einer Schwangeren, Gebärenden oder sonst irgendwie Operierten stammt, ist eine so verwickelte und es kommen dabei so viele Möglichkeiten in Betracht, dass es ganz ausgeschlossen ist, einer Hebamme oder einem Arzte bei unglücklichem Verlauf einen Vorwurf zu machen, wenn sie nicht etwa gegen die anerkannten Regeln der Wissenschaft grobe Verstösse sich haben zuschulden kommen lassen, wovon hier nach der aktenmässigen Darlegung gar keine Rede sein kann. Wollte man die hier handelnden Aerzte einer Schuld zeihen, dann könnte man mit dem gleichen Rechte alle Operateure der Welt einsperren, denn trotz aller wissenschaftlichen Errungenschaften und Fortschritte kommen immer wieder Fälle vor, in denen im Anschluss an kunstgerecht ausgeführte Operationen Infektionen unterlaufen. Es sind dies unvermeidbare Unglücksfälle, die glücklicherweise immer seltener werden, aber noch lange nicht gänzlich aus der Welt geschafft sind. Bei

\* An dieser Stelle wird Herr Geheimrat Döderlein aus seinem reichen gerichtlich-medizinischen Material eine Reihe von Gutachten von allgemeinem Belang zu veröffentlichen die Güte haben. Schriftleitung.

Schwangeren ist besonders zu beachten, dass etwaige, den operativen Eingriffen vorausgegangene Berührungen der Genitalien seitens der Schwangeren selbst oder seitens ihres Mannes zur Ablagerung von Keimen haben Anlass geben können, die dann bei der Vornahme des Eingriffes das Unheil anrichten können. Umfangreiche bakteriologische Untersuchungen wie auch die klinische Erfahrung haben gezeigt, dass eine vollkommene Vernichtung und Unschädlichmachung der massenhaft an und in den Genitalien vorhandenen Keime durch desinfektorische Massnahmen unmöglich ist. Ganz besonders ist hier zu beachten, dass bei den Infektionen mit Geschlechtskrankheiten, insbesondere mit dem Tripper, in der Tiefe der Gewebe, besonders der Gebärmutter, die Tripperkeime vorhanden sind, unter Umständen vergesellschaftet mit anderen giftigen Bakterien, die unsere ganze Antisepsis zunichte machen können und bei Eingriffen gelegentlich Infektionen erzeugen. Wie ungerechtfertigt wäre es, in einem solchen Falle Aerzten oder Hebammen das Unglück zur Last zu legen, das die Folge einer in die Ehe eingeschleppten oder während der Ehe erworbenen Geschlechtskrankheit des Mannes ist. Bei den vielen Prozessen und Anklagen, denen die Aerzte, besonders die Geburtshelfer, bei Kindbettfieber ausgesetzt sind, ist es stets von den sachverständigen Gutachtern wie auch von den Richtern anerkannt worden, dass unter der Voraussetzung richtigen wissenschaftlichen Handelns eine septische Infektion nicht dem Arzte oder der Hebamme zur Last gelegt werden darf.

Auch das weitere Vorgehen der Aerzte: Einlegen eines sterilen Gazestreifens zum Zwecke der Vervollendung der durch die Laminariadilatation noch ungenügenden Erweiterung des Mutterhalses, Entfernung des Eies mit einer ausgeglühten Kürette, entspricht durchaus den wissenschaftlichen Grundsätzen bei der Einleitung und Behandlung einer Fehlgeburt.

Der Vorwurf, dass Dr. X. wegen seines Ekzemes der linken Hand die Operation nicht hätte ausführen dürfen und dass dadurch etwa die Erkrankung der Frau N. veranlasst worden wäre, fällt vollkommen fort, da durch mehrere Zeugnisse in den Akten bestätigt wird, so besonders von einem Dermatologen, dass das Ekzem eine Sublimatdesinfektionsfolge war und nach keiner Richtung hin Anlass zu infektiöser Erkrankung bei der Kranken geben könnte.

Ich komme somit zu dem Schlusse, dass den beiden angeklagten Aerzten keinerlei Vorwurf in der Behandlung der Frau N. gemacht werden kann und dass keinerlei Fahrlässigkeit bei der Behandlung vorliegt.

## Schwangerschaftsunterbrechung wegen Rückfallsgefahr bei endemischer Enzephalitis\*).

Von Prof. H. Stursberg, Bonn.

M. H.! Die endemische Enzephalitis, von der ja auch in der Bonner Gegend eine nicht ganz unbeträchtliche Zahl von Fällen beobachtet wurde, hat sich mehr und mehr als eine tückische Erkrankung erwiesen. Sie hinterlässt nicht nur vielfach sehr schwere, dauernde Störungen, sondern bedroht auch den anscheinend Geheilten häufig mit Rückfällen, deren Verlauf ungünstig sein kann. Diese können sich ohne erkennbare Veranlassung entwickeln, in anderen Fällen anscheinend durch Ueberanstrengung, unzuweckmässige Lebensweise usw. ausgelöst werden.

Ich möchte Ihnen heute über eine Beobachtung berichten, in der ich den Eintritt einer Schwangerschaft als auslösende Ursache eines Rückfalles beschuldigen zu müssen glaube. Ich kann mich bei Wiedergabe der Krankengeschichte kurz fassen.

Es handelte sich um eine 38-jährige kräftige Frau, die bis dahin gesund war, mehrere gesunde Kinder hatte und Anfang Juni vorigen Jahres erkrankte. Die erste Erscheinung war eine Lähmung des linken Gesichtsnerven, welche die Kranke wegen gleichzeitiger Schmerzen zum Ohrenarzt führte, dann folgten Störungen im Bereich des linken Okulomotorius und zunehmende Allgemeinerscheinungen, die am 11. VI. Krankenhausaufnahme nötig machten. Die Augenstörungen besserten sich bald, dagegen blieben die Störungen des Allgemeinbefindens und die Fazialislähmung lange bestehen. Im Krankenhaus bestanden leichte Erhöhungen der Körperwärme. Sie schwankte in den ersten Tagen bei Bettruhe etwa zwischen 37,2° und 37,9° im Darm. Nur einmal wurden 38,5° erreicht. Später blieben leichte Erhöhungen zwischen 37,2° und 37,7° bestehen, nachdem vorübergehend die Morgentemperaturen regelrecht gewesen waren. Auch nach Entlassung aus dem Krankenhaus am 27. VII. blieb der Zustand noch ungefähr der gleiche und erst im Oktober klangen die Steigerungen ab unter gleichzeitiger Besserung des Allgemeinbefindens. Die Kranke fühlte sich wieder völlig wohl und war wie früher im Geschäft tätig.

Am 1. II. 22. wurde mir die Kranke von dem Hausarzt, Herrn Koll. Weidenhaupt, erneut überwiesen. Sie fühlte sich ihrer Angabe nach seit etwa 8 Tagen ausserordentlich elend, war „direkt fertig“, schlapp und müde, hatte starke Kopfschmerzen, war meist appetitlos, zeitweise heiss-hungrig, litt an häufigem Gähnen und Brechreiz. Am 20. XII. war sie zuletzt unwohl gewesen. Das Aussehen bestätigte die Klagen über Müdigkeit, ausserdem ergab die Untersuchung beträchtliche Erhöhung der Knieerreflexe, die beiderseits vom ganzen Schienbein auszulösen waren, sehr lebhaft, Achillessehnenreflexe, aber kein Fusszittern, Fehlen der Fusssohlenreflexe, Steigerung der Speichenreflexe, lebhaftes, feinschlägiges Zittern der Hände, durchweg Erscheinungen, wie sie auch im Sommer bestanden hatten. Reste der Lähmung des Gesichtsnerven waren noch erkennbar, im übrigen Gehirnnerven nicht nachweisbar verändert.

\*) Vortrag in der Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde in Bonn am 19. VI. 1922.

Bis zum 14. II. hatte sich der Zustand immer weiter verschlechtert, so dass ich Krankenhausaufnahme zur Beobachtung vorschlug. Die Kranke klagte über sehr heftige Kopfschmerzen, es sei ihr „furchtbar zu Mute“, Nachts „fliege sie oft in die Höhe“. Die Untersuchung ergab das gleiche Verhalten der Reflexe. Die Kranke sah ausserordentlich schlecht aus, machte einen schwer erschöpften, dabei aber zeitweise erregten Eindruck. Im Krankenhaus wurden die von ihr inzwischen gemessenen Temperaturen bestätigt: Morgens im Darm 37,2°—37,3°, tagsüber 37,5°—37,6° bei Bettruhe, während nach Abklingen der Erscheinungen im Oktober die Körperwärme morgens 37°, tagsüber 37,2° bei der Arbeit nicht mehr überschritten hatte.

Da auch bei Bettruhe der ungünstige Allgemeinzustand blieb, entschlossen wir uns zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Denn das Auftreten der neuen Krankheitserscheinungen, die bei Fehlen jedes sonstigen krankhaften Befundes doch wohl nur auf einen in Entwicklung begriffenen Rückfall der Enzephalitis bezogen werden konnten, unmittelbar nach Beginn der Schwangerschaft, liess an ursächlichen Beziehungen zwischen beiden keinen Zweifel zu.

Die Unterbrechung der Schwangerschaft (Dr. Weidenhaupt) ging unter Steigerung der Körperwärme bis auf 38,3° am 23. Februar glatt von statten und hatte einen ganz auffallenden Erfolg. Bereits am 25. Februar war die Körperwärme regelrecht, der Allgemeinzustand besserte sich sehr schnell, die Kopfschmerzen verschwanden und die Kranke ist seitdem gesund geblieben. Der Verlauf hat also die Berechtigung des Eingriffes, zu dem ich mich nur sehr schwer entschliessen konnte, erwiesen.

In der Literatur fand ich nur einen Fall, in dem bei beginnender Schwangerschaft und gleichzeitiger Erkrankung an Enzephalitis der Abort eingeleitet wurde. Kreis [1] hat ihn mitgeteilt und berichtet, dass zwei Wochen nach Ausräumung der Gebärmutter Besserung eingetreten sein „soll“.

Einige andere Arbeiten beschäftigen sich mit der Beeinflussung der Enzephalitis durch gleichzeitige Schwangerschaft. Dimitz [2] sah unter 20 kranken Frauen 5 Schwangere, bei denen der Verlauf durchweg schwer war. In einem Falle trat nach Einleitung der künstlichen Frühgeburt wesentliche Besserung ein. Sternberg [3] fand unter 14 an Enzephalitis verstorbenen Frauen 5 Schwangere. Hofer [4] entband eine im 8. Monat schwangere Kranke durch Kaiserschnitt und beobachtete danach deutliche, sehr schnell eintretende Besserung. In der Besprechung zu seinem Vortrage berichtet Latzko [5] über einen ähnlichen günstigen Erfolg und empfiehlt den Kaiserschnitt unter örtlicher Betäubung warm. Patek [6] sah allerdings günstigen Verlauf trotz Fortbestehens der Schwangerschaft. Jorge [7] ist ebenfalls der Ansicht, dass Schwangerschaft die Vorhersage der Enzephalitis in der Regel verschlimmere, aber nicht in allen Fällen. In zwei Fällen machte er die künstliche Frühgeburt, aber nur einmal mit günstigem Erfolg für das Gehirnleiden. Margareth Schulze [8] sah Besserung nach der Geburt, die Kranke starb aber dann an Embolie.

Benthien [9] konnte eine Verschlechterung der Vorhersage durch die Schwangerschaft nicht feststellen, ebensowenig eine Schädigung des Kindes. Er steht aber mit letzterer Ansicht im Gegensatz zu Jorge, der placentare Uebertragung der Enzephalitis für möglich hält, und zu Marinisco [10], der sie anatomisch nachwies. Tropol [11] ist der Ansicht, dass nicht die Schwangerschaft, sondern die Geburt ungünstig einwirke, und spricht sich deshalb gegen ein Eingreifen aus. Nach Vincent und Ganjou [12] ist Unterbrechung der Schwangerschaft wohl nur selten erforderlich.

Alles in allem ergeben also die bisherigen Veröffentlichungen kein einheitliches Bild. Beobachtungen wie die von mir mitgeteilte lassen aber doch ein tätiges Vorgehen gegen die Schwangerschaft ratsam erscheinen, wenn ein ungünstiger Einfluss auf den Verlauf der Enzephalitis auf Grund eingehender Beobachtung als wahrscheinlich anzusehen ist.

### Literatur:

1. Kreis: Zbl. f. Gyn. 1920 Nr. 43 S. 1220.
2. Dimitz: W.kl.W. 1920 Nr. 8.
3. Sternberg: W.kl.W. 1920 Nr. 35.
4. Hofer: Zbl. f. Gyn. 1921 Nr. 44 S. 1604.
5. Latzko: Ebenda S. 1543.
6. Patek: Ebenda.
7. Jorge: Paris méd. Jg. 11, ref. Kongresszentralbl. 20, S. 355.
8. Schulze: Ref. Kongresszentralbl. 13, S. 164.
9. Benthien: Zbl. f. Gyn. 1920 Nr. 25 S. 673.
10. Marinisco: Kongresszentralbl. 19 S. 269.
11. Tropol: Ref. Zbl. f. Gyn. 1921 Nr. 40 S. 1475.
12. Vincent u. Ganjou: Ref. Zbl. f. Gyn. 1921 Nr. 47 S. 1715.

## Ein Fall von Exophthalmus der Neugeborenen, wahrscheinlich als Folge eines Tentoriumrisses.

Von Hofrat Dr. Hans Doerfler, Weissenburg in Bayern.

Auf die Bedeutung der Zerreissungen des Tentoriums für das Leben der Neugeborenen haben Beneke und Seitz hingewiesen. Während Seitz glaubt, die Hälfte aller intrakraniellen Blutungen auf Tentoriumzerreissungen zurückführen zu können, hat Leopold Meyer bei 68 Sektionen Neugeborener 28 mal Tentoriumzerreissungen als Todesursache festgestellt. Zimmermann hat aus der Jenaer Frauenklinik erst jüngst in dieser Wochenschrift über 14 Todesfälle berichtet, bei denen als Todesursache bei Neugeborenen Tentoriumrisse nachzuweisen waren. Es sind fast ausschliesslich Sektionsresultate, die über Tentoriumrisse bei Neugeborenen berichtet werden. Dass auch Heilungen durch Operation sowohl als spontan möglich sind, geht ebenfalls aus den Literaturberichten hervor. Immerhin gehören Heilungen zu den Seltenheiten. Es sei mir darum gestattet, im Folgenden über einen Fall Mitteilung zu machen, bei dem mit grösster Wahrscheinlichkeit ein Tentoriumriss als Ursache eines schweren Exophthalmus beim Neugeborenen vorgelegen hat und Heilung eingetreten ist nach einfacher Lumbalpunktion. Eine Berechtigung zur Veröffentlichung sehe ich auch in dem