

weils im Stadium der Apyrexie — nachdrücklichst empfehlen, wie die Kurve 2 demonstrieren soll²⁾).

Literatur.

1. Autenrieth und Meyer: M.m.W. 1924 Nr. 19. —
2. A modei: Policlinico sec. prat. Jg. 31, H. 44, 1924. — 3. Bieling und Weichbrodt: D.m.W. Jg. 51, 1925. — 4. Caille und Viel: Cpt. rend. hebdom. des seances de l'acad. de sciences Bd. 176, 1923. —
5. Dezanu: Biochim. e terap. sperim. Jg. 9, H. 9, 1922. — 6. Engelhardt: Dermat. Zschr. Bd. 41, 1924. — 7. Fabreque et Bressier: Journ. de pharmacie et de chim. Bd. 29, 1924. — 8. Frost-London: Lancet Bd. 206, 1924. — 9. Ganassini Domenico: Policlinico, sec. prat. Jg. 32, H. 1, 1925. — 10. Genoes: Rinascenza med. Jg. 1, 1924. — 11. Gloria Carlo: Note e riv. d'psichiatri. Bd. 13, 1925. — 12. Grünblatt: Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 18, 1926. — 13. Heilig und Hoff: Kl.W. Jg. 3, 1924. — 14. Jähnke und Schäcker: Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 18, 1926. — 15. Jeanselme: Bull. de la soc. franc. de dermat. et de syph. Jg. 1924. — 16. Jersild: Acta dermato-venereol. Bd. 3, H. 3, 1922. — 17. Jerweil: Brit. med. Journal 3344, 1925. — 18. Katzenellenbogen: Schweiz. med. Wsch. Jg. 55, 1925. — 19. Kürthy: Biochem. Zschr. Bd. 150, 1924. — 20. Kafka: Handbuch der Untersuchungsmethoden. — 21. Kohen: Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 35, 1924. — 22. Landau: Polska gazeta lekarska Jg. 2, 1923. — 23. Lemay P. und L. Jelaustre: Cpt. rend. des seances de la soc. de biol. Bd. 88, Nr. 7, 1923. — 24. Levaditi: Bull. de l'acad. de med. Bd. 93, 1925. — 25. Derselbe: Arch. internat. de neurol. Bd. 1, 1923. — 26. Derselbe: Die Behandlung der Syphilis mit Wismut. — 27. Marie und Kohen: Bull. med. Jg. 38, Nr. 27. — 28. Dieselben: Zbl. f. Neur. u. Psych. Bd. 34, 1922. — 29. Mras: Arch. f. Dermat. u. Syph. — 30. Müller Hugo: Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. 17, 1925. — 31. Oimer, Arnoux und Massot: Cpt. rend. des seances de la soc. de biol. Bd. 91, 1924. — 32. Saceghem R. van: Bull. de la soc. de pathol. exot. Bd. 16, 1923. — 33. Sacerac et Vauris: Cpt. rend. des seances de la soc. de biol. Bd. 91 Nr. 19, 1924. — 34. Schönfeld: Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 38, 1924. — 35. Schönfeld und Leopold: Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 95, 1925. — 36. Sei: Dermat. Wsch. Bd. 77, 1923. — 37. Spatz: Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 37, 1921. — 38. Stern: Schweiz. med. Wsch. Jg. 53, 1923. — 39. Thiel: Kl.W. Jg. 2, 1925. — 40. Walter: Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 95, 1925. — 41. Derselbe: M.m.W. Jg. 72, 1925. — 42. Werther: Ver. Dresdener Dermat. u. Urol., Sitzung vom 3. X. 1923.

Beiträge zur forensischen Geburtshilfe.

Von M. Hofmeier.

XV. Untersuchung gegen B. M. wegen Kindsmord.

Sachverhalt: Am 1. XII. 1904 wurde auf dem Speicher eines Hauses in Pr. die Leiche eines weiblichen neugeborenen Kindes aufgefunden, deren Kopf fehlte; beide Arme, ebenso wie der linke Schenkel dicht unter dem Hüftgelenk waren abgetrennt und lagen neben der Leiche. Der rechte Arm schien frisch, der linke mumifiziert und schimmelig, Nabelschnur 45 cm lang am Kind, äußeres Ende abgerissen und eingetrocknet (ein 15 cm langes und ziemlich dünnes Stück der Nabelschnur liegt noch bei). — Obduktion: Länge der Leiche ohne Kopf 38 cm, Brustumfang 28 cm, Gewicht aller Teile (ohne Kopf) 3610 g, beide Lungen blaßrot, zurückgesunken, von frischem Aussehen; Brustorgane in Zusammenhang schwimmen; beim Einschneiden unter Wasser steigen Luftbläschen auf; nirgends Echyosen; Lunge, Herzhöhle und Leber blutleer; Knochenkern 1½ cm; Schnittflächen der Extremitäten halb zackig, halb scharf.

Vorläufiges Gutachten: Kind ausgetragen, hat geatmet und gelebt, Tod infolge von Verblutung durch Abtrennen der Extremitäten (warum nicht Kopf? Fäulniserscheinungen?).

Der Verdacht richtete sich sofort gegen 2-Mädchen, die mit ihren Eltern bis vor 4 Wochen in dem Hause gewohnt hatten, inzwischen aber in einen anderen Ort verzogen waren. Beide wurden ärztlich untersucht: B. M.: 1. In der Brust Spur von Milch, 2. Linea alba bräunlich verfärbt, 3. Bauchdecken glatt, keine Striae, 4. Introitus erweitert, Frenulum schlaff, keine vermehrte Absonderung (Hymen?). B. M. gibt früheren geschlechtlichen Verkehr und einen artefziellen Abort im 3. Monat durch Trinken von verschiedenen Tees und heiße Salzfußbäder zu, leugnet aber sonst alles. (Gutachten: Wegen der Beschaffenheit der Bauchdecken und der Kleinheit des anteflektierten Uterus ist nicht anzunehmen, daß überhaupt oder gar in der letzten Zeit ein ausgetragenes Kind geboren wurde.)

Untersuchung der Schwester A. M. ergibt: In der welken Brust etwas milchige Flüssigkeit; an den Bauchdecken vereinzelte ältere Schwangerschaftsnarben und Rünzeln; Pigmentierung; Vulva und Scheide mäßig weit, geringe Sekretion, Uterus birnengroß, keine frische Auflockerung oder Einrisse. (Gutachten: Keinerlei

Verdacht auf eine in den letzten 4–8 Wochen erfolgte Geburt.) A. M. gibt zu, vor 1½ Jahren in Fr. normal geboren zu haben.

Beide Eltern wissen von einer Schwangerschaft ihrer Töchter durchaus nichts.

Auf dem Bahntransport behufs Ueberführung gesteht die B. M. dem begleitenden Kommissär auf dessen eindringliche Vorstellungen (und wiederholt später vor dem Richter dieses Geständnis), daß sie heimlich in der elterlichen Wohnung geboren habe; sie habe das Kind, das 2 mal geschluckt, aber nicht geschrien habe, aus Furcht davor, daß es schreien könne, gleich in Decken gewickelt und sei dann ohnmächtig geworden. Nachdem sie sich davon ein wenig erholt und gereinigt hatte, war das Kind tot. Die Nachgeburt sei gleich mit dem Kind gekommen und die Nabelschnur von ihr durchrisen worden. Sie wollte das inzwischen versteckte Kind dann nach 3 Tagen verbrennen, und zerstückelte dann zu diesem Zwecke die Leiche. Bei der Verbrennung des Kopfes wurde sie aber überrascht und wil den halbverbrannten Kopf dann aus dem Fenster geworfen und die übrigen kindlichen Teile dann zusammengepackt und auf dem Boden versteckt haben. Sie beteuert vor dem Richter auf das lebhafteste, daß sie nicht etwa dem lebenden Kind den Kopf und die Glieder abgeschnitten habe.

Interessant ist, daß niemand von der Familie oder der Freundschaft von der Schwangerschaft etwas bemerkt haben will. Interessant ist auch ein damals, d. h. 6–8 Wochen nach der Geburt dieses noch ohne Kopf über 3600 g schweren Kindes von dem verstorbenen v. Rosthorn festgestellter Befund: Brustdrüsen mehr virginell, enthalten etwas molkiges Sekret; Abdomen flach, keine Spur von Striae, nirgends Wunden, Verletzungen oder Narben; Scheidenwandungen glatt, dehnbar; Portio niedrig, derb, oval; Uterus anteflektiert, etwas vergrößert (8 cm); Zertrennung des Hymenalsaumes.

Dieser von sachkundigster Seite erhobene und mit dem oben erwähnten ersten ärztlichen Untersuchungsbefund durchaus übereinstimmende Befund würde also ohne das Geständnis der B. M. kaum genügt haben, eine vor so kurzer Zeit erfolgte Geburt selbst eines so kräftigen Kindes auch nur wahrscheinlich zu machen.

Die vom Gericht gestellten Fragen lauteten nun:

1. Ist der Tod des Kindes durch Ersticken oder Verbluten erfolgt?
2. Ist es letzteren Falles möglich oder wahrscheinlich, daß die Verblutung durch das Nichtunterbinden der Nabelschnur eingetreten ist?

Das Gutachten des Landgerichtsarztes lautete zusammengefaßt dahin: Tod ohne Zweifel durch Verblutung eingetreten, da Zeichen des Erstickungstodes nicht vorhanden waren.

Unser Gutachten lautete:

Zunächst ist zu bemerken, daß die sachgemäße Bewertung des Sektionsergebnisses dadurch wesentlich getrübt wird, daß (wie die Akten ergeben) die Kindsleiche nach Abtrennung des Kopfes und der drei Extremitäten 4–5 Wochen (von Ende Oktober bis Anfang Dezember) frei gelegen hat. Wenn im allgemeinen das Wetter im November wohl kühl war, so war doch kein gleichmäßiges Frostwetter, und es erscheint daher durchaus nicht ausgeschlossen, daß gewisse Fäulnis- und Verwesungsvorgänge an dem kindlichen Körper während dieser Zeit aufgetreten wären, welche die Deutung der Leichenbefunde wesentlich beeinflussen könnten. Das Sektionsprotokoll enthält über diesen Punkt leider gar keine (weder positive noch negative) Angaben mit Ausnahme der Erwähnung, daß der eine Arm mumifiziert und schimmelig gewesen sei und die Lungen „frisch“ aussahen. Gerade aber dadurch, daß durch Abtrennung des Halses und der drei Extremitäten fast sämtliche großen Blutgefäße des Körpers geöffnet wurden und durch die Fäulnis das in diesen und dem Herzen etwa vorhandene geronnene Blut wieder verflüssigt wurde und nun allmählich herausieckerte und verdunstete konnte, wird die Deutung des Sektionsergebnisses, als durch Verblutung während des Lebens bedingt, sehr unsicher. Wir können also die bei der Obduktion gefundene Blutleere der Organe nicht als einen Beweis dafür betrachten, daß der Tod des Kindes durch Verblutung erfolgt sei.

Was insbesondere die Möglichkeit einer Verblutung aus der nicht unterbundenen, sondern durchrisenen Nabelschnur betrifft, so kann dieselbe hier wohl kaum in Frage kommen. Denn wie die häufige Erfahrung bei den sog. Sturzgeburten, ebenso wie das leicht auszuführende Experiment zeigt, bluten bei der gewaltsamen Durchreißen der Nabelschnur die Gefäße derselben fast nicht, weil sie sich beim Durchreißen von selbst schließen. Die Möglichkeit einer Nachblutung wird um so geringer, je weiter vom Nabel entfernt die Durchreißen erfolgt ist. Da sich nun hier noch 45 cm der Schnur am Nabel befanden, so kann wohl eine Verblutung von hier aus als ausgeschlossen betrachtet werden.

Eine Entscheidung darüber, ob die Glieder dem Kinde bei Lebzeiten abgeschnitten sind und hierdurch etwa die Verblutung erfolgt ist, dürfte nach dem Sektionsprotokoll objektiv unmöglich sein, da eben die Deutung des Befundes als Folge einer Verblutung intra vitam zu unsicher ist und andere Beweise hierfür nicht vorhanden sind. An sich ist jedenfalls diese Art der Kindstötung die unwahrscheinlichste von allen.

Wenn es also hiernach mindestens unentschieden bleiben oder als recht unwahrscheinlich bezeichnet werden muß, daß das Kind an Verblutung gestorben ist, so bleibt die zweite Möglichkeit: die Erstickung zu würdigen. Wir müssen uns freilich hierbei dem

²⁾ In der Sitzung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München vom 22. Juli 1926 wurde bereits von mir, sowie in der Diskussion über Malariatherapie in Düsseldorf von Prof. Heuck auf die Vorteile dieser Kombination von Bi-Gaben zwischen den Fieberattacken der Impfmalaria hingewiesen.

Schlußgutachten des Landgerichtsarztes anschließen, daß „Zeichen von Erstickung nicht vorhanden waren“. Diese Zeichen sind im allgemeinen: Blutfülle der inneren Organe, besonders jener der Brusthöhle, und Blutaustritte mehr oder weniger ausgebreiteter Art unter dem Brustfell, der Lungen oder der Brustwand. Da diese hier vollkommen fehlten, so wäre allerdings aus dem Obduktionsbefund allein ein Beweis für diese Art des Todes nicht zu erbringen. Allein nach unserer Meinung wäre hieraus ein absoluter Gegensatz zu den Angaben der Angeklagten nicht zu entnehmen. Das Vorhandensein von Blutaustritten, die auch bei geringerer Verwesung der Organe nicht verschwinden, ist allerdings die Regel; aber weder ist ihr Vorhandensein an sich für den Erstickungstod (besonders nicht für den Tod nach der Geburt) beweisend, noch beweist ihr Fehlen, daß das Kind nicht erstickt sein könnte. Besonders wenn die Atmung des Kindes von vornherein nicht sehr energisch war und die Zufuhr der Luft mehr allmählich abgeschnitten wurde (wie es nach den Schilderungen der Angeklagten hier sehr möglich gewesen zu sein scheint), so braucht es kaum zu den ausgesprochenen Erstickungserscheinungen zu kommen, wie sie bei plötzlicher Erstickung sich ausbilden. Dazu kommt, daß durch die eben genannten Umstände die Zeichen des Erstickungstodes wesentlich wieder verwischt sein könnten, so daß ein rein objektives Urteil nicht wohl möglich erscheint. Man kann wohl nur sagen, daß trotz des negativen Befundes ein Tod durch Erstickung in der von der Angeklagten zugegebenen Art nicht unmöglich erscheint.

Wir müssen unser Gutachten also dahin zusammenfassen, daß

1. ein Tod durch Verblutung aus dem Sektionsbefund nicht mit Sicherheit abgeleitet werden kann, ein solcher aus der Unterlassung der Unterbindung der Nabelschnur höchst unwahrscheinlich ist, ein solcher durch Zerstückelung des lebenden Kindes objektiv weder bejaht noch verneint werden kann.
2. ein Tod durch Erstickung in der von der Angeklagten angegebenen Weise — nach Lage der Dinge — nicht im Widerspruch mit dem Resultate der Obduktion steht.

Die heutige Urinaltherapie.

Von Geh. San-Rat Dr. Thilenius, Bad Soden (Taunus).

Die schwierige Pflege der Nieren- und Blasenleidenden sowie derjenigen Kranken, die infolge apoplektischer Insulte gezwungen sind, längere Zeit das Bett zu hüten, haben mich seinerzeit veranlaßt, einen weiteren Ausbau der urologischen Krankenpflege anzustreben.

In wie manches Martyrium hat mich die Praxis hineinsehen lassen, wenn das durch den Urin versumpfte Lager dem Kranken einen entsetzlichen Dekubitus bereitet und ihm damit sein Krankenlager zu einem dauernden Schmerzenslager gemacht hatte.

Hier Abhilfe zu schaffen, muß daher sowohl als Gebot der Menschlichkeit wie auch als Forderung sozialer Fürsorge bezeichnet werden, und an der Erfüllung dieser Forderung sollten Praktiker und Theoretiker, ärztliche Wissenschaft und Technik zusammenarbeiten.

Wir unterscheiden Urinale für bettlägerige Kranke und Urinale für solche Kranke, welche ihrem Beruf nachgehen, also in der Hauptsache das Urinal für Apoplektiker und das Urinal für Prostatiker. Das Urinal für Apoplektiker und andere bettlägerige Kranke soll

1. die Ruhe des Kranken möglichst wenig stören,
2. das Lager stets reinhalten,
3. das Pflegepersonal fühlbar entlasten und
4. in der Krankenhausverwaltung Wäsche- usw. Ersparnisse erzielen.

Das Urinal für Prostatiker soll:

1. den Kranken in seinem Beruf beim Gehen und Reisen nicht behindern,
2. ihn seinen Mitmenschen nicht auffällig werden lassen,
3. sein Selbstgefühl erhalten,
4. seine gewohnte Lebensführung nicht wesentlich ändern. Er mag nach seinem Durstgefühl jederzeit trinken und soll das sogar planmäßig tun, um seinen Körper durchzuspülen.

Die Untersuchungen und Resultate, die ich heute vortrage, sind am eigenen Bett gewonnen, und es freut mich vorweg, die Versicherung aussprechen zu können, daß kein Tropfen Urin auf das Bettuch gelangt. Wir haben also das, was wir in der urologischen Krankenpflege erreichen wollten, vollkommen erreicht.

Bei den bisher gebräuchlichen Urinalen war eine unangenehme Nebenwirkung der Rückstau; jedwede Membran muß deswegen in Wegfall kommen. Es wurde daher unter genauer Beachtung des Gefalles sowohl im Urinalkörper, wie in dem mit demselben verbundenen Ablaufschlauch ein

Freilaufurinal

konstruiert und allein dieses vermag alle Anforderungen zu erfüllen¹⁾.

Dieses Urinal besteht aus:

1. dem Urinalkörper,
2. aus der Leibbinde mit dem Trikotsuspensorium,
3. aus dem Gummischlauch.

Machen wir uns zunächst einmal klar, wodurch ein solcher Rückstau herbeigeführt wird.

Er kann entstehen:

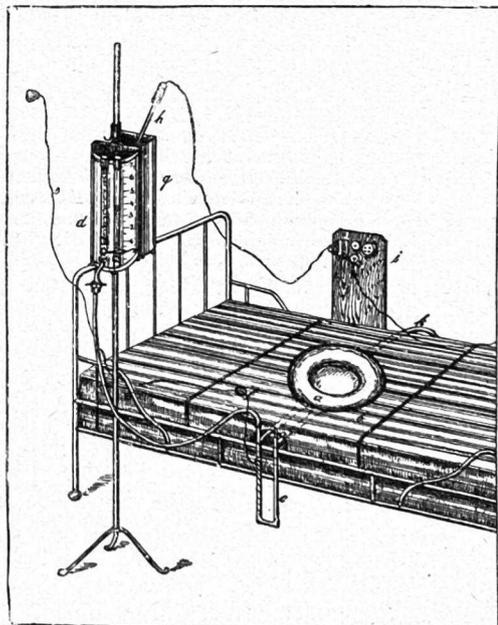
1. durch mangelhaftes Gefälle, namentlich infolge der Schleifenbildung im oberen Drittel des Gummischlauchs. Die Erfahrung lehrt, daß, ähnlich wie bei Flußläufen mit schwachem Gefälle, durch Reibungswiderstände an den Wänden ein Abfließen der Flüssigkeit erschwert bzw. unmöglich wird. Die erste Bedingung für ein zuverlässiges Funktionieren des Urinals ist deswegen, das entsprechende Gefälle des Urins nach der Urinflasche zu sichern.
2. durch die tote Luft, die sich im unteren Urinalkörper wie im Gummischlauch bildet.
3. durch eine Knickung des Urinalkörpers namentlich nach hinten.

Diese 3 Ursachen des Rückstaus sind bei dem vorliegenden Urinal in folgender Weise ausgeschaltet:

1. durch die Matratzeinrichtung, durch das stärkere Gefälle in der Schleifenbildung des Gummischlauchs und dadurch, daß eine Blechröhre dem Gummischlauch das nötige Gefälle sichert.
2. die tote Luft wird abgeführt durch eine Entlüftungsanlage.
3. durch diese Entlüftungsanlage wird gleichzeitig eine Verstärkung der Hinterwand bewirkt und so eine Knickung des Urinalkörpers unmöglich gemacht.

Selbstverständlich muß dieses Urinal durch ein Trikotsuspensorium möglichst fest mit der Regio pubis verbunden werden, namentlich in dem unteren und hinteren Teile.

Beim Gebrauche dieses Urinals ist ein wichtiger Faktor die entsprechend eingerichtete Matratze, deren Teile des Auswechslens wegen gleichgearbeitet sind. Unter den ersten und zweiten Matratzenteil legen wir noch eine Matratze (Kapok) von 9–10 cm Dicke, wodurch der obere Teil des Lagers etwas erhöht und dadurch das Gefälle noch mehr gesichert ist. Um den Schlauch vor Druck zu bewahren, wird zwischen den zweiten und dritten Matratzenteil das erwähnte Blechrohr gelegt, das durch einen Eisenstab mit der Bettwange fest verbunden ist.



a = Wasserkissen mit Flanellüberzug. b = Irrigator in Verbindung mit Kissen und Heizschlange c. g = Spüllirrigator in Verbindung mit Heizstab h.

Bei Befolgung dieser Vorschriften erhält der Gummischlauch auch im oberen Drittel der Schleife ausnahmslos das richtige Gefälle, ein Rückstau ist stets ausgeschlossen und das hierdurch hervorgerufene Sicherheitsgefühl trägt wesentlich zur Förderung der Nachtruhe bei. Der Kranke kann während der ganzen Nacht unter der Decke bleiben und läßt im Halbschlaf seinen Detrusor wirken; der Urin wird in wenigen Sekunden abgeleitet, das Bett bleibt stets rein und doch hat der Kranke Bewegungsfreiheit nach allen Seiten. Die Beschreibung des männlichen Urinals bedarf keines Klischees. Das Anlegen dieser Bandage ist leicht ersichtlich.

¹⁾ Gebrauchs-Musterschutz 7. 28 609/30 d g.