

Ungewöhnte; Gippelpunkt der Alkoholkurve schon nach 1—2 Stunden erreicht gegenüber 4 Stunden beim Ungewöhnten. Bei 3 ccm Alkohol pro Kilogramm betrug das Maximum beim Alkoholgewöhnten nach $2\frac{1}{2}$ Stunden 7 mg pro Kubikzentimeter Harn; nach 7 Stunden waren noch 2 mg vorhanden. Man kann aus der Menge des Harnalkohols bei Kenntnis der nach dem Genuß verflossenen Zeit auf die genossene Alkoholmenge schließen (vgl. die Arbeit von McNally, nachsteh. Ref.).
Fr. N. Schulz (Jena).

McNally, William D., and H. C. Embree: Alcohol in the human body. (Alkohol im menschlichen Körper.) (*Chem. laborat., Cook county coroner's office, Chicago.*) Arch. of Path. 5, 607—615 (1928).

(Vgl. J. of biol. Chem. 74, 219 [1927].) 10 g des fein gehackten Gewebes (bzw. Blut) werden in einem Kjeldahlkolben von 300 ccm mit 65 ccm gesättigter Trinitrophenollösung gefällt und dann unter vermindertem Druck abdestilliert bei 50° . Das Destillat wird in eisgekühlter Vorlage aufgefangen. Meßbare Mengen Alkohol gehen nur in die ersten 10 ccm Destillat über. Im Destillat wird der Alkohol entweder nach Nicloux mit Dichromat titriert oder mit dem Pyknometer bestimmt. Die Titration gab bei Magen, Niere, Leber gut übereinstimmende Werte, während die Pyknometerwerte bei den einzelnen Organen große Verschiedenheiten zeigten. Zur Abtrennung anderer flüchtiger Substanzen (Fettsäuren, Aceton, Formaldehyd) kann man das Destillat nach Zusatz von Silbernitrat und NaOH redestillieren. Nach der Tritationsmethode ergaben sich aber im Destillat und Redestillat annähernd gleiche Werte. Dampfdestillation und Vakuumdestillation ergaben bei der Tritationsmethode ebenfalls gleiche Werte. Die Untersuchung an 75 Leichen ergab, daß im allgemeinen der Alkoholgehalt von Magen, Niere und Leber annähernd parallel geht. Im allgemeinen sind die Werte für den Magen etwas höher als für die beiden anderen Organe. Wenn besonders hohe Mengen von Alkohol vorhanden waren (tödliche Dosen), so war der Alkoholgehalt des Magens erheblich höher als der der Organe als Zeichen dafür, daß der Tod eingetreten war, ehe die Resorption vollständig war. Von den seit September 1927 zur Untersuchung gelangten 75!! Leichen, die im Leichenbeschauhaus Chicago unter der Diagnose Alkoholvergiftung (einige andere Vergiftungen) eingeliefert wurden, ergab die Bestimmung des Alkoholgehaltes der Organe in einigen Fällen nichts für das Vorliegen von Alkoholismus. In 2 Fällen, die als Herzschwäche tot eingeliefert wurden, zeigte dagegen die Alkoholbestimmung das Vorliegen von Alkoholismus. Aus den eigenen Untersuchungen sowie unter Berücksichtigung der Literatur kommen Verff. zu dem Ergebnis, daß nach Alkoholaufnahme der Alkohol rasch resorbiert wird und sich annähernd gleichmäßig auf alle Körperflüssigkeiten und Gewebe verteilt, so daß die Resorption nach $1\frac{1}{2}$ Stunden vollständig ist und dann die Untersuchung von Blut oder Urin oder Gewebe einen ziemlich sicheren Anhalt über die Menge des vorhandenen Alkohols abgibt. Nach 24 Stunden ist im allgemeinen der Alkohol eliminiert. Bei an Alkohol gewöhnten Menschen ist die Anreicherung der Gewebe an Alkohol etwas geringer, die Elimination etwas rascher. Der normale menschliche Körper enthält etwa 0,003 Volumprozent Alkohol. Ist mehr als 0,01% Alkohol in den Körperflüssigkeiten oder Geweben vorhanden, so zeigt das, daß kurz vorher Alkohol aufgenommen wurde. Wurde die Bestimmung 2—6 Stunden nach der Aufnahme gemacht, so ergibt die Multiplikation des gefundenen Alkohols mit dem Körpergewicht annähernd die Menge des aufgenommenen Alkohols. Die Gegenwart von 0,4—0,5% Alkohol gibt die Bedingungen für Trunkenheit und entspricht der Aufnahme von etwa 300 g Alkohol, die etwa einer Pinte (ca. 560 ccm) Whisky entsprechen. Der doppelte Alkoholgehalt (0,8—1,0%) des Körpers bedingt den Tod.
Fr. N. Schulz (Jena).^{oo}

Gerichtliche Geburtshilfe.

Unterberger, F.: Röntgenschädigung der Frucht durch wiederholte Durchleuchtungen während der Schwangerschaft. (*Gynäkol. Abt., Krankenh. d. Barmherzigkeit, Königsberg.*) Zbl. Gynäk. 1929, 44—46.

Wegen eines Magenleidens wird eine Schwangere im 4. Monat wiederholt eingehend mit Röntgenstrahlen untersucht. 4 Wochen zu früh wird ein Kind geboren mit bedeutendem allgemeinen Ödem, Pleuraerguß, Perikarderguß, Ascites, Petechien der Haut, Veränderungen, welche der Verf. glaubt durch Röntgenschädigung durch die Durchleuchtungen während der Schwangerschaft erklären zu sollen.
v. Schubert (Berlin).

Schwarzkopf, Ernst: Abriß der Muttermundslippe bei der Spontangeburt. (*Univ.-Frauenklin., Marburg [Lahn].*) Zbl. Gynäk. 1929, 290—292.

Mitteilung eines Falles von Abriß der vorderen Muttermundslippe unter der Geburt bei einem platt-rachitischen Becken 1. Grades. Verf. glaubt, daß dieser Verletzung primär eine Incarceration der vorderen Muttermundslippe vorangegangen sei. Es soll daher bei engem Becken mit der Verabreichung von Wehenmitteln gewartet werden, bis man sich überzeugt hat, daß keine Einklemmungsgefahr für die vordere Muttermundslippe besteht. P. Klein (Berlin).

Vögel, J.: Das Geburtstrauma und seine Bedeutung in der Geburtshilfe. (*Geburtshilf. Klin., Staatl. Inst. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Leningrad.*) Mschr. Geburtsh. 82, 40—51 (1929).

Verf. berechnet den Prozentsatz der wahrscheinlich infolge Geburtstrauma gestorbenen, ausgetragenen Früchte auf 3,1, indem er die vor Geburtsbeginn gestorbenen abzieht und die in den ersten Lebenstagen gestorbenen, ausgetragenen Kinder hinzuzählt. Von den gestorbenen ausgetragenen Kindern wurden 16,2% obduziert, von den gestorbenen frühgeborenen 8,8%. Nach den Obduktionsbefunden kommt bei den ausgetragenen Kindern als Todesursache das Geburtstrauma in 42%, die Lues in 9%, das Leben ausschließende Mißbildungen in 10% in Betracht, bei den nichtausgetragenen das Geburtstrauma in 50%. Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß das Geburtstrauma als Todesursache hauptsächlich bei frühgeborenen bzw. durch operative Eingriffe entwickelten Kindern in Betracht kommt, dagegen in weit geringerem Maße bei spontangeborenen, reifen Kindern. Er weist, wie auch andere, auf die geburts-hilfliche und sozialhygienische Seite dieses Problems hin und fordert Einschränkung der geburtshilflich-vaginalen Eingriffe.

Paul Wirz (Köln-Lindenthal).

Cattaneo, Luis: Das Studium der Uterusform und seine gerichtlich-medizinische Anwendung. (*Cátedra de med. leg., univ., Buenos Aires.*) (*Argentin. Med. Ges., gerichtl.-med. u. toxikol. Sekt., Buenos Aires, Sitzg. v. 27. VI. 1928.*) Rev. Especial. 3, 479—501 (1928) [Spanisch].

Die Untersuchungen erstrecken sich auf 12 Uteri; 9 stammten von Frauen zwischen 25 und 47 Jahren, 1 von einem 12 jährigen Kind, 2 von Kindern von 2 und 26 Monaten. Das beim Kind noch wenig entwickelte Corpus (Corpuslänge = $\frac{2}{5}$ der Gesamttuteruslänge) vergrößert sich in der Pubertät (Corpuslänge = $\frac{1}{2}$ der Gesamttuteruslänge) und erreicht bei der Multiparen $\frac{3}{5}$ der Gesamtlänge. Die Vergrößerungen des Corpus machen sich auch am oberen Rand bemerkbar (der beim Kind leicht konkav ist, bei der Jungfrau geradlinig, bei der Nullipara leicht konvex und bei der Multiparen 10—15 mm sich über die Verbindungslinie der Tubenansätze erhebt), und an den Seitenrändern (die bei der Nullipara konkav, bei der Multipara konvex sind). Das Collum der Nulliparen bildet einen Konus, der Muttermund ist rund oder oval (Querdurchmesser bis 10 mm). Nach einer Geburt wird das Collum zylindrisch, weniger in die Vagina vorspringend, von unregelmäßiger Oberfläche. Der Muttermund ist querspalten, hat 2 deutliche Lippen und meist seitliche Einrisse (Querdurchmesser 10—25 mm). Die Ränder der Uterushöhle und des Cervicalkanals sind bei der Nulliparen konkav, bei der Multiparen geradlinig oder konvex; die Tubenecken und der innere Muttermund sind bei ihr weiter als bei der Nulliparen. Der Serosaüberzug des Uterus ist bei der Nulliparen glatter, glänzender und mit der Unterlage fester verheftet als bei der Multiparen. Auch im histologischen Bild der Uteruswand läßt sich eine vorhergegangene Geburt feststellen. Die Muskelfasern sind dann mehr gewellt, voneinander getrennt, die Zahl der Gefäßquerschnitte ist meist vermehrt. Aus der äußeren und inneren Form des Uterus und dem histologischen Aufbau kann also der Gerichtsarzt erkennen, ob die Frau eine Schwangerschaft durchgemacht hat oder nicht. Makroskopische und mikroskopische Abbildungen und einige Tabellen sind der Arbeit beigegeben.

Brünner (Frankfurt a. M.-Höchst).

Strassmann, G.: Über Todesfälle durch Luftembolie bei kriminellm Abort. (*Gerichtsärztl. Inst., Univ. Breslau.*) Mschr. Geburtsh. 81, 269—275 u. 335—337 (1929).

Verf. berichtet über mehrere selbst beobachtete Todesfälle durch Luftembolie bei kriminellm Abort. Unter 60 Todesfällen nach kriminellm Abort fand er 5 sichere Todesfälle von Luftembolie und 1 Fall, wo es zweifelhaft war, ob protrahierte Luftembolie oder rasch verlaufende Sepsis vorlag. Rasch verlaufende Todesfälle im gebärfähigen Alter sind immer auf Luftembolie verdächtig; frühzeitige Obduktion ist nötig, um Verwechslung mit Fäulnis zu vermeiden. Ein von O. Schmidt konstruierter Apparat einfacher Art vermag festzustellen, ob der Gasgehalt im Herzen durch Luft

oder Fäulnis verursacht wird. Frische mikroskopische Untersuchung der Plexusgefäße läßt cerebrale Luftembolie erkennen. Der Tod tritt in solchen Fällen entweder infolge der Gefäßstörungen im Gehirn ein oder durch sekundäre Lungenentzündung. In frischen Fällen findet man neben Luftblähung des Herzens und der Cava inferior auch ein Hervortreten der luftgefüllten Gefäße in der ganzen Gebärmutter. Es kommt in solchen Fällen nicht zur Vollendung der Fehlgeburt, die Fruchtblase wird nur etwas von der Wand abgelöst. Außer in den protrahiert verlaufenden Fällen enthält die Gebärmutter fast stets noch lufthaltige Flüssigkeit. Aus dem sofort eingetretenen Tode oder der unmittelbar eintretenden Bewußtlosigkeit nach der Einspritzung läßt sich die Diagnose der Luftembolie ohne Schwierigkeiten stellen, auch wenn der anatomische Befund durch Fäulnisgasbildung uncharakteristisch geworden ist.

In der Aussprache wurde von Parade darauf hingewiesen, daß die Herzaktion nach Verstopfung der Lungencapillaren noch einige Zeit weitergeht und das Absterben des Herzens nach angestellten Versuchen schließlich durch Aufhören der normalen Sinusaktion und Eintreten des Atrioventricularrhythmus, gewissermaßen im Adam-Stokesschen Anfall eintritt. Die Passage des Lungenkreislaufes durch Luftbläschen wird bestätigt. Das Hineingelangen von Luft in das arterielle System verursacht den Tod einmal durch Lufteindringen in die Coronararterien in Form des Sekundenherztodes, sodann durch GehirneMBOLIEN mit bleibenden oder vorübergehenden Störungen (Paresen). — Von Asch wird auf den Seifenschäum hingewiesen als Ursache des protrahierten Verlaufs der Embolie. *Ziemke (Kiel).*

Niedermeyer, Albert: Steht in der Frage des künstlichen Abortus eine Wandlung der ärztlichen Ethik bevor? *Ethik* 5, 170—173 (1929).

Auf Grund eines von Sellheim erstatteten Gutachtens hatte das Sächsische Landesgesundheitsamt durch die Staatsregierung dem Sächsischen Landtag eine Denkschrift vorgelegt, in der gewichtige Gründe gegen eine Freigabe der Abtreibung vorgebracht wurden. Trotzdem wurde vom Haushaltsausschuß des Landtages eine Entschliebung einstimmig angenommen, die eine Zulässigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung aus sozialen Gründen fordert. Sellheim bemerkt hierzu, daß die Einstimmigkeit der Entschliebung so auszulegen sei, daß das ganze Volk hinter ihr stehe, und daß, wenn die Entschliebung Gesetz werde, auch die gegen die Abtreibung sich richtende und auf die Berufsehre sich stützende Anschauung der Ärzteschaft sich ändern müsse. Hiergegen äußert Verf. ernste Bedenken. Zunächst müsse einmal gründlich nachgeprüft werden, unter welchen Umständen jene einstimmige Entschliebung zustande gekommen sei, und weiterhin könne die ärztliche Berufsethik niemals erschüttert werden durch ein Gesetz, das als unsittlich bezeichnet werden müßte. *Erich Hesse (Berlin).*

Kouwer, B. J.: Abtreibung der Frucht auf Grund ärztlicher Erwägungen. *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* 1928 II, 5886—5892 [Holländisch].

Verf. verhält sich der Provocatio abortus aus medizinischen und sozialen Gründen gegenüber sehr zurückhaltend. Einleitung des Aborts nur nach ernsthafter Abwägung zwischen Pflicht und dem in sittlicher Hinsicht absoluten Verbot.

Lamers ('s-Hertogenbosch).

Levit, I. B.: Der künstliche legale Abort und seine Folgen. (*Gynäkol. Klin. u. Geburtsh. Klin., Staatl. Inst. f. Gyn. u. Geburtsh., Leningrad.*) *Zbl. Gynäk.* 1929, 808 bis 810.

Verf. gibt eine Abortstatistik aus einer großen Petersburger Klinik über die letzten 6 Jahre, die seit der Legalisierung des Abortes vergangen sind. Er kommt zu folgenden interessanten Ergebnissen: Die Gesamtzahl der Aborte ist nicht zurückgegangen, sondern hält sich auf der gleichen hohen Zahl der letzten Jahre wie in allen westlichen Ländern. Die Zahl der kriminellen Aborte wurde durch die Legalisierung vermindert auf Kosten der des legalen Abortes, dessen Zahl gestiegen ist. Die abortierenden Frauen waren meistens verheiratete Mehrgebärende mit der Beschäftigung der Hausfrau, ihre Männer standen im Dienst. Als Indikation zur Unterbrechung stand an erster Stelle die schlechte soziale Lage, an zweiter Stelle Tuberkulose. *G. v. Wolff.*

Levit, I. B.: Beitrag zur Statistik des Aborts als einer sozialen Frage. (*Geburtsh. Klin., Staatl. Inst. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Leningrad.*) Zbl. Gynäk. 1929, 803—807.

6 Jahre sind verstrichen, seit in Rußland der Versuch gemacht wurde, die Abortfrage durch die Legalisation der Abtreibung zu lösen. Leider sind die vorliegenden Mitteilungen nur das Material einer einzigen Klinik, so daß Verf. selbst schreibt, es wäre verfrüht, aus seinem Material endgültige Schlüsse zu ziehen. Die Sterblichkeit (1912 bis 1926) bei den künstlichen Aborten (2930 Fälle) war Null, die der Spontanaborte 0,7%. Unter den künstlichen Aborten waren nur 21, deren Temperatur danach über 38° anstieg, nur 3% waren über den 3. Monat hinaus. Als Indikation zur Unterbrechung diente in 94% die soziale Indikation, von medizinischer Indikation spielte vorwiegend die Tuberkulose eine Rolle. Die überwiegende Zahl der abortierenden Frauen ist verheiratet und wiederholt geschwängert.

Dietrich (Celle).

Liepmann, Wilhelm: Die Gefahren des Aborts und die Möglichkeit, sie statistisch zu erfassen. Dtsch. med. Wschr. 1929 I, 350—351.

Verf. weist gegenüber Strömungen, den Abort als ungefährlich hinzustellen, neuerdings darauf hin, daß doch große Lebensgefahr mit ihm verbunden ist. Die Mortalität in verschiedenen Statistiken, allerdings aus Kliniken, wo natürlich die schweren Fälle sich häufen, ist mit 3—5% zu beziffern. Die früher vom Verf. angegebene hohe Gesamtzahl von Todesfällen nach Abortus muß er allerdings selbst wesentlich zurückschrauben, da im ganzen Deutschen Reiche zwischen dem 18. und 45. Lebensjahre nur 59712 Frauen starben und für den Abortus hierfür nur ein kleiner Teil übrigbleibt. Neben den Todesfällen dürfen nicht die Nachkrankheiten nach Abortus vergessen werden, die oft zur Sterilität führen.

Dietrich (Celle).

Hofmann, Herbert: Über künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft im Status epilepticus. (Dtsch. Geburtsh. Univ.-Klin., Prag.) Z. Geburtsh. 95, 72—77 (1929).

Zu den wenigen bisher bekannt gewordenen Fällen von sichergestelltem Status epilepticus intra graviditat. fügt Verf. 2 Selbstbeobachtungen hinzu, die insofern eine Sonderstellung einnehmen, als sie neben je einem Fall von S.E. Lewis und Rubeska die einzigen sind, bei denen es durch Schnittentbindung gelungen ist, das mütterliche Leben zu retten. Ausführliche Beschreibung der Krankheitsgeschichten. Auf Grund des günstigen Ausfalles dieser Fälle fordert Verf. für die durch die Gravidität ungünstig beeinflussten Epilepsiefälle die rechtzeitige Schwangerschaftsunterbrechung.

C. Kaufmann (Berlin).

Magid, M. I.: Über den Verblutungstod bei frühen Aborten und Placenta praevia cervicalis. (Geburtshilf. Abt., Oktoberkrankenh., Kiew.) Zbl. Gynäk. 1929, 871—874.

Tod durch Verblutung bei einem Abort gehört zu den großen Seltenheiten. Im Laufe der letzten 18 Jahre ist an der geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses zu Kiew unter 23000 Aborten (künstliche Aborte aus sozialen Gründen miteingerechnet) durch Verblutung ein Todesfall im 3. Schwangerschaftsmonat und 3 Todesfälle im 3. bis 6. Schwangerschaftsmonat beobachtet worden. — Verf. teilt einen letzthin in der Kiewer Klinik behandelten Fall ausführlich mit. Anscheinend hat es sich hierbei um eine Placenta praevia cervicalis mit Vordringen der Zotten in die tieferen Schichten der Cervix gehandelt. Die Frau starb, noch bevor die Uterusexstirpation vorgenommen werden konnte. Diese Beobachtung bekräftigt die Tatsache, daß der Verblutungstod bei Abort fast immer auf eine Placenta praevia cervicalis zurückzuführen ist.

Wille (Breslau).

Rizzacasa, Niccolò: Trauma e aborto. (Trauma und Abort.) (*Reale Scuola Ostetr., Aquila.*) Clin. ostetr. 31, 184—189 (1929).

Der Autor beschreibt 4 Fälle von Abort, die von den Frauen jedesmal auf ein Trauma zurückgeführt wurden. Im ersten Falle konnte aber als Ursache nicht die Überanstrengung der Patientin angenommen werden, sondern, wie der Verf. meint, die vorhandene Albuminurie und Anämie. Im zweiten Falle, der auf einen Schrecken zurückbezogen wurde, konnte eine syphilitische Infektion nachgewiesen werden,

währenddem bei der dritten Beobachtung gar keine Erkrankung gefunden werden konnte, so daß wohl der Abort mit dem Schreckerlebnis zusammenhängt, das darin bestand, daß die Patientin im letzten Augenblicke ihr Kind vom Überfahrenwerden durch ein Automobil retten konnte. Die vierte Frau hatte bei einem Streite Fußtritte auf den Unterleib bekommen, und der Autor ist geneigt, in diesem Falle den Abort kausal mit diesem Ereignis in Beziehung zu bringen, da ebenfalls keine organische Krankheit nachzuweisen war. Rizzacasa weist zum Schlusse darauf hin, wie wichtig es ist, immer nach der Grundursache des Abortes zu forschen und die Patientin darauf genau zu untersuchen. Selbstverständlich spielt das bei etwaigen gerichtlichen Nachspielen eine große Rolle.

Hüssy (Aarau [Schweiz]).

Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

Polonovski, M., et P. Boulanger: Sur la valeur de la réaction de Manoïloff. (Über den Wert der Manoïloff-Reaktion.) (*Laborat. de Chim. Biol., Fac. de Méd., Lille.*) C. r. Soc. Biol. Paris **100**, 870—873 (1929)

Die sich ergebenden Durchschnittswerte für ♂ und ♀ Blut differieren so wenig, daß die Reaktion im allgemeinen für die Feststellung des Geschlechtes praktisch unbrauchbar ist.

H. G. Mäckel (Berlin).

Zangemeister: Über die serologische Bestimmung der väterlichen und mütterlichen Abstammung. (*Med. Ges., Berlin, Sitzg. v. 5. VI. 1929.*) Med. Klin. **1929 I**, 1004.

Zangemeister konnte mit dem Zeißschen Stufenphotometer nachweisen, daß eine Mischung des Blutersums des Neugeborenen mit dem Serum der Mutter oder des Vaters eine charakteristische Helligkeitsänderung im Tyndallicht ergab. Unter letzterem versteht man das Licht, welches von den kleinsten Teilchen, die in der Substanz vorhanden sind, abgelenkt oder zerstreut wird; so werden die sonst nicht sichtbaren Teilchen wahrgenommen gleich wie man Staubteilchen sieht, wenn ein Lichtstrahl in den abgedunkelten Raum fällt. Dieses Tyndallicht verändert sich nicht oder kaum, wenn man das Serum fremder Personen mischt. Sobald jedoch eine Mischung des Serums der Eltern mit dem des Kindes stattfindet, nimmt es innerhalb einiger Stunden an Helligkeit erheblich ab. Weiter wurde versucht, den photometrischen Vorgang durch ultramikroskopische Untersuchungen im Dunkelfeld aufzuklären. Zu diesem Zweck wurden Sera und Serumgemische im Dunkelfeld beobachtet. Die sichtbaren Eiweißteilchen wurden bei einem Serumgemisch des Kindes mit dem Serum des Vaters oder der Mutter schon nach $\frac{1}{2}$ Stunde spärlicher. Größere Bestandteile wurden sichtbar, welche wahrscheinlich durch Verklumpung von Eiweißteilchen entstanden waren. Auf diese Weise ließ sich oft schon Aufschluß über die Abstammung innerhalb einer Stunde nach der Blutentnahme geben. Die Zuverlässigkeit der Untersuchungsmethoden soll relativ groß sein, wenn auch noch mit gewissen Schwierigkeiten gerechnet werden muß.

Foerster (Münster [Westf.]).

Pereira, Athayde, und Flaminio Favero: Klinische und gerichtsärztliche Betrachtungen zu einem Fall von Pseudo-Hermaphroditismus (tubularis femininus externus). (*I. Clin. Cir. de Mulheres, Santa Casa, São Paulo.*) São Paulo med. **1**, 407—417 u. dtsh. Zusammenfassung 417—418 (1929) [Portugiesisch].

Im vorliegenden Falle gestaltete sich die Geschlechtsbestimmung bei Anstellung der üblichen Untersuchungen zweifelhaft. Die Beckenradiographie mittels des Pneumoperitoneums von Rautenberg ergab das Vorhandensein weiblicher innerer Geschlechtsorgane. Die Untersuchung eines ohne Vaginalanteil des Schoßes vorhandenen Genitalweges mittels der Kolposkopie condomata ergab den Charakter dieses Weges als wahre Vagina. In der Tiefe des Weges wurde eine kleine Öffnung festgestellt, die dem Orificium ext. uteri entsprach. Es bestanden männliche sekundäre Geschlechtsmerkmale, äußere Genitalorgane gemischten Charakters, weibliche psychische Merkmale und Tendenzen; bis auf eine ausgedehnte Genitalblutung im Alter von 15 Jahren keine Menstruation. Diagnose: Pseudohermaphroditismus tubularis femininus externus.

Reich (Breslau).

Hentig, Hans v.: Exhibitionisten-Statistik. Mschr. Kriminalpsychol. **20**, 327 bis 331 (1929).

Verf. ordnet 1747 Fälle, die in 3 Jahren in Zürich und 221 Fälle, die in 3 Monaten