

**Mönekeberg, C.: Über die Ätiologie der Blutungen der nervösen Zentren beim Neugeborenen.** Bol. an Clin. obstétr. Univ. Chile 14, 175—185 u. dtsch. Zusammenfassung 185—186 (1927) [Spanisch].

2 Krankengeschichten von intrakranialer Hämorrhagie bei Neugeborenen. In dem einen Fall bestand Cyanose, Somnolenz und Pulsverlangsamung. Sektion: Diffuse Hämorrhagie an der Basis des Gehirns ohne Ruptur eines größeren Gefäßes. Der 2. Fall, ein 8-Monatskind, bot außer anfänglicher bleicher Asphyxie nichts Besonderes. Aber am 3. Tage machten sich Somnolenz und Hirndruckercheinungen geltend, dazu tonisch-klonische Krämpfe. Liquorbefund: Xanthochromie, Hyperalbuminose ohne Hyperleukocytose. Die Blutungen können spontan (Frühgeburt, Infektion, besonders Syphilis) oder traumatisch (Zangengeburt) sein. Die traumatischen Blutungen sitzen in der Regel in der Nähe der Basis, die spontanen in den Ventrikeln, seltener in der Hirnsubstanz. Die meisten Kinder sterben nach der Geburt, die überlebenden erkranken vielfach an Epilepsie, Idiotie, Contracturen, Strabismus, Little'scher Krankheit.

Ganter (Wormditt).<sup>oo</sup>

**Marradi Fabroni, Stefano: Considerazioni medico-legali in tema di asfissia dei neonati. Nota di casistica.** (Gerichtlich-medizinische Betrachtungen über die Asphyxie der Neugeborenen. Kasuistische Mitteilung.) (Istit. di Med. Leg., Univ., Bari.) Clin. ostetr. 31, 495—500 (1929).

Illustrierung und Deutung des Falles eines Neugeborenen, das gleich nach Geburt von seiner 13jährigen Mutter in eine Latrine geworfen und nach 10 Stunden lebend und lebenskräftig herausgezogen wurde. Das Neugeborene ist ein Organismus von langsamem Stoffwechsel, braucht für die Anhäufung der Reservestoffe wenig Sauerstoff, dessen Verwertung auch durch die erhöhte Oberflächenspannung seiner Protoplasmae, die wieder eine Folge der starken Hydrophilie seiner Kolloidalmicellen ist, erschwert wird. Das alles erklärt die Möglichkeit einer ähnlichen Verzögerung des Lebens in einem Milieu, wo nicht nur der Sauerstoff allein in erniedrigtem prozentuellem Verhältnisse vorhanden, sondern auch durch andere irrespirable Gase vertreten war.

G. Popoviciu (Cluj).

**Müller-Hess und Wiethold: Abhandlungen aus der Gerichtsmedizin II. Der plötzliche Tod der Neugeborenen und Säuglinge.** Jkurse ärztl. Fortbildg 19, H. 9, 10—16 (1928).

Unter Hinweis auf die Gastroenteritis und Bronchitis als gewöhnliche Todesursache bei Säuglingen berichten Verff. besonders über die Bedeutung der Geburtsverletzungen in Hinblick auf die Kindsmordfrage. Weiter weisen sie auf den Ekzematod der Säuglinge und auf den plötzlichen Tod nach Aspiration von Fremdkörpern in die Luftwege hin. Die oft von der Kindsmutter angeführte Todesursache: zufälliges Ersticken des Kindes durch Kissen ohne äußeres Zutun lehnt Müller-Hess nach von ihm an Säuglingen vorgenommenen Versuchen ab. Auch auf zufällige Vergiftungen älterer Säuglinge durch Stempelfarbe wird hingewiesen. (I. vgl. diese Z. 13, 137.)

Timm (Leipzig).

### Gerichtliche Geburtshilfe.

**Knaus, Hermann: Über den Zeitpunkt der Conceptionsfähigkeit des Weibes im Intermenstruum.** (Univ.-Frauenkln., Graz.) Münch. med. Wschr. 1929 II, 1157—1160.

Die Ovulation bei der normal menstruirenden Frau findet in der Zeit vom 14. bis 16. Tage statt. Somit ist die obere zeitliche Begrenzung der Conceptionsfähigkeit gegeben, da die unbefruchtete Eizelle nach dem Verlassen des Graaf'schen Follikels nur eine Keimfähigkeit von 24 Stunden hat. Unter Berücksichtigung der physiologischen Schwankungen ist nunmehr anzunehmen, daß vom 18. Tage ab eine Conception unmöglich ist. Die untere Grenze der Conceptionsbereitschaft beginnt mit dem Follikelsprung am 14. Tage, davon sind etwa 48 Stunden abzurechnen, das ist die Zeit, während welcher sich nach neuesten Forschungen männliche Keimzellen in den weiblichen Geschlechtsorganen fruchtbar erhalten. Unter abermaliger Berücksichtigung physiologischer Schwankungen kann somit festgestellt werden, daß bei der unregelmäßig menstruirenden Frau auch vom 1. bis 10. Tage keine Conceptionsfähigkeit besteht. Zur weiteren Erhärtung werden Untersuchungen herangezogen, aus denen hervorgeht, daß die Implantation des befruchteten Eies die Voraussetzung dafür ist, daß aus dem C. 1. menstruationis eine C. 1. graviditatis wird, noch ehe der Zeitpunkt

der Menstruation gekommen ist. Wird als Minimum die Gesamtwanderzeit des Eies 10 Tage angenommen, so muß bei Frauen von normalem 4wöchigen *Cyclus Conception*, Ovulation und Imprägnation am 14. bis 16. Tage zusammenfallen, damit die Implantation des Eies noch rechtzeitig erfolgt und so den Zusammenbruch des gelben Körpers, d. h. den Eintritt der Menstruation verhindert. Die fruchtbare Periode, während welcher Kohabitationen zur Schwangerschaft führen können, beginnt mit dem 11. Tage und endet mit dem 17. Tage; das Optimum liegt vom 14. bis 16. Tage. Bestimmung des Zeitpunktes der Conceptionsfähigkeit bei Frauen, die 3wöchig oder unregelmäßig menstruieren ist weiteren Untersuchungen vorbehalten. *Neufeld (Berlin).*°°

**Douglass, Marion: Early diagnosis of pregnancy.** (Frühes Schwangerschaftszeichen.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., Western Reserve Univ. School of Med. a. Lakeside Hosp., Cleveland.*) *J. amer. med. Assoc.* **93**, 443—445 (1929).

Das von Verf. entdeckte Frühschwangerschaftszeichen, das schon in den ersten 8—10 Tagen nach Eintritt der Gravidität einen positiven Befund geben soll, ist eine Modifikation des Hegarschen Zeichens. Es beruht darauf, daß nur mit der inneren Hand ein Druck auf die vordere Cervixwand ausgeübt wird, wobei die äußere Hand den Fundus umfaßt. Bei leichtem Druck merkt man ein deutliches Einsenken und Nachgeben der vorderen Cervixwand. Wird dieser Druck stärker und länger ausgeübt, so bleibt eine sichtbare Delle in der Cervix bestehen. *Otto Herschan (Breslau).*°

**Fruhinscholz, A., et R. Cadore: Notre conception de la gestation dite „prolongée“ ou „retardée“.** (Die sogenannte verlängerte oder verzögerte Schwangerschaftsdauer beim Menschen.) *Gynéc. et Obstétr.* **20**, 38—45 (1929).

Die vom Jahre 1923—1929 gesammelten 7200 Geburten zeigten 30 mit verlängerter Gestationsperiode. 29 davon kamen im 11. Monat nieder. Verff. halten es für richtig, statt der üblichen Berechnung nach der letzten sichtbaren Menstruation die erste ausbleibende als Bestimmungszeit zu wählen. Es hat sich herausgestellt, daß keine spezielle pathologische Gravidität mit der verlängerten Gestationsperiode verbunden ist. Die Zeitdauer schwankt zwischen einer kürzeren Periode, die bei 295—300 Tagen nach der üblichen Rechnung, und zwischen einer längeren Zeitdauer, die bei 310—338 Tagen nach derselben Berechnung liegt. Die verlängerte Tragzeit hat keine Beziehungen zum Gewicht, das sich bei sämtlichen Kindern in normalen Grenzen bewegte. Auffallend war das Zahlenverhältnis der Geschlechter. Von 28 waren 11 Knaben und 17 Mädchen.

*Odenthal (Bonn).*°

**Heidler, Hans: Haematoma placentae traumaticum subsequente morte intra-uterina foetus.** (*II. Univ.-Frauenklin., Wien.*) *Beitr. gerichtl. Med.* **9**, 126—130 (1929).

Besprechung der verschiedenen Möglichkeiten und Folgen traumatischer Einwirkungen auf die schwangere Gebärmutter. Mitteilung eines eigenen Falles: 20jährige I-Gravida stürzt im 8. Monat der Schwangerschaft angeblich über eine Treppe. Wegen starker Schmerzen Einlieferung in die Klinik. 26 Stunden später Wehenbeginn und Spontangeburt eines unreifen, macerierten Kindes. An der Placenta stellt man ein mächtiges Hämatom fest, das genau beschrieben und im Bilde dargestellt wird. Das Hämatom muß mit dem Trauma in Zusammenhang gebracht werden und hatte auch den intrauterinen Fruchtod zur Folge.

*v. Weinzierl (Prag).*°

**Csiskay, János: Zwei Fälle von eingebildeter Schwangerschaft.** *Orv. Hetil.* **1929 II**, 908—909 [Ungarisch].

Mitteilung von 2 Fällen eingebildeter Schwangerschaft. Im ersten hatte die Patientin, die auch die wahrscheinlichen Zeichen einer Gravidität aufwies, nach 5monatiger Amenorrhöe sogar die Fruchtbewegungen gespürt und nur das negative Röntgenbild und die Auskratzung der Gebärmutter konnte sie vom Gegenteil überzeugen. Im 2. Falle hatte Patientin über 9 Monate durch sich über die Schwangerschaft hinweggetäuscht. In beiden Fällen war die Sehnsucht nach dem Kinde das auslösende Moment dieses Zustandes. *Szilbiger (Rybárpole).*°

**Ballin, Ludwig: Zur Frage Schwangerschaft und Geschlechtsverkehr.** *Münch. med. Wschr.* **1929 II**, 1293—1294.

Zur Beantwortung der Frage des Geschlechtsverkehrs in den einzelnen Abschnitten der Schwangerschaft wurden verschiedene größere Statistiken herangezogen. Von 5000 Frauen haben fast alle mehr oder weniger lange in der Schwangerschaft verkehrt.

Bei gesunden Frauen kommt es ganz selten zur Frühgeburt in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, weshalb die allgemeingültigen Abstinenzforderungen aus praktischen und medizinischen Gründen unhaltbar sind. Gesunden Frauen ist der Geschlechtsverkehr in den ersten 5 Schwangerschaftsmonaten zu gestatten; bei Retroflexio uteri, Infantismus und habituellem Abort ist Einschränkung bzw. Abstinenz zu fordern. Vom 6. bis 8. Monat muß wegen der Möglichkeit des Auslösens von Blutung, vorzeitigem Blasensprung und Fiebers während und nach der Geburt zunehmende Mäßigung, vom 8. Monat ab völlige Enthaltksamkeit gewünscht werden. 4—6 Wochen post partum darf der Verkehr wieder aufgenommen werden. *Zietzschmann* (Bremerhaven).

**Bär, A.: Beitrag zur Frage der Coitusinfektion als Ursache des Puerperalfiebers.** (*Frauenklin. u. Entbindungsanst. „Cecilienhaus“, Charlottenburg.*) Münch. med. Wschr. 1929 II, 1292—1293.

Verf. beschreibt 2 Fälle, bei denen Coitus intra partum als alleinige Ursache des Puerperalfiebers mit fast absoluter Sicherheit nachzuweisen war, da bei beiden Fällen jeder vaginale Eingriff oder Operation unterblieben war, in dem einen stimmte die bakterielle Untersuchung des Präputialsekrets des Mannes mit der Flora der Frau überein. Einer dieser Fälle kam am 7. Tage unter den Erscheinungen einer puerperalen Peritonitis ad exitum. Hinweis, daß auch der Mann über die Gefahren des Coitus in der letzten Zeit der Schwangerschaft nachdrücklichst aufgeklärt werden muß.

*Hanak* (Bodenbach).

**Alexander, G.: Ohrenärztliche Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft.** Mitt. Volksgesdh.amt, Wien Nr 12, 368—371 (1929).

Verf. hat den Gefahrenquotienten der Gravidität für die Otosklerose an eigenem Material berechnet. Danach bedeutet jede Schwangerschaft eine Gefahr der Manifestierung des Leidens, die zweite sogar eine doppelt so große als andere Schwangerschaften. Bleibende Verschlechterungen werden mit jeder Schwangerschaft in steigendem Maße hervorgerufen. Vorübergehende Verschlechterungen sind selten, aber immer noch so häufig, daß die Aussichten auf eine quoad Otosklerose schadenlose Gravidität von der zweiten Schwangerschaft ab auf 5% herabsinkt. Am ungünstigsten verhalten sich diejenigen Fälle, die frühzeitig mit Innenohratrophie verbunden sind; „nicht ungünstig“ sind Fälle, die mit erheblichen katarrhalischen, physikalisch beeinflussbaren Mittelohrveränderungen verbunden sind. Von den Geschlechtsphasen ist das Klimakterium ebenso gefährlich wie die Schwangerschaft. Schwangerschaft in jungen Jahren, bei Berufstätigen, in ungünstigen sozialen Verhältnissen, bei frühzeitiger Beteiligung des Innenohres, bei hereditär, konstitutionell oder dispositioneller Gefährdung einer Verschlechterung des Leidens, bei beiderseits manifester Otosklerose, 2. Schwangerschaft bis zum 25. Jahre vor dem 4. Monat sind daher Gegenstand streng zu individualisierender Indikation zur Unterbrechung. Ferner gibt jede Mittelohrknochen-eiterung, vor allem jede tuberkulöse Mittelohreiterung Indikation zur Unterbrechung, sobald sich Verschlechterung im lokalen Befunde oder in Form von Innenohr-, oder endokraniellen Erscheinungen kundgibt.

*Klestadt* (Breslau).

**Del Carpio, Ideale: Di alcune reazioni immunitarie riscontrate nel siero di sangue di donna durante e dopo la calata latte.** (Über einige Immunitätsreaktionen im Blutserum der Frau während und nach der Lactation.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Catania.*) Rass. Studi sess. 9, 20—31 (1929).

Boldrini hatte seinerzeit angegeben, im Serum von Frauen, die vor kurzem geboren hätten, agglutinierende und präzipitierende Substanzen gegen Frauenmilch gefunden zu haben. Diese Substanzen sollten sich bis zu einem Jahre nach der Geburt im Serum finden. Nachprüfungen des Verf. ergaben, daß die Reaktion für gerichtliche Zwecke unbrauchbar ist, denn einerseits konnten diese Substanzen mit der von Boldrini beschriebenen Technik nicht immer im Serum von Frauen, die vor kurzem geboren hatten, nachgewiesen werden und andererseits fanden sich sogar positive Reaktionen mit männlichem Serum. Die Hypothese, daß durch Resorption von Milch im

Blut der Wöchnerin nachweisbare Antikörper gegenüber Frauenmilch auftraten, hat also der kritischen Nachprüfung nicht standgehalten. *Gg. Strassmann* (Breslau).

**Criminal abortion and the sale of abortifacient drugs.** (Krimineller Abort und der Handel mit Abortiven. [Eine Debatte.]) *Brit. med. J.* Nr 3552, 202—204 (1929).

McCann spricht über die Zunahme der kriminellen Aborte, er meint, 28% aller Aborte wären kriminelle, allerdings verschieden in verschiedenen Städten. Eine große Auswahl an „Instrumenten“ wird angewendet. Frauen, die behaupten, sie hätten sich allein abgetrieben, schonen meist nur den Schuldigen. Der Shock ist nicht zu verhindern und nicht vorauszusagen. Viele Frauen verschlimmern die Gefahr durch die Weigerung, Bettruhe zu halten, um den Verdacht eines kriminellen Abortes nicht aufkommen zu lassen. Die medikamentösen Abortiva sind seiner Meinung nach Chinin, evtl. plus Ricinus, Sabina, Phosphor (in Wien), Diachylon und Bleipflaster (letzteres mit verheerenden Folgen!). Zur Verhinderung des Handels mit „blutungsregelnden“ Mitteln bedarf es keiner neuen Gesetze, sondern nur des scharfen Durchgreifens von Staatsanwalt und Polizei. Lyster ist der gleichen Meinung. Ein Abort kostet nicht nur der Frucht das Leben, sondern der Mutter die Gesundheit, wenn auch die Asepsis manchem Unheil vorbeugt. Ein gesunder gravider Uterus abortiert nicht leicht, der Organismus muß erst schwer geschädigt werden. Sir Spillsbury schätzt die kriminellen Aborte eher höher als 25%. Eins der besten (?) „Abortiva“, Pituitrin, eignet sich glücklicherweise nicht für den Laien. Er meint, daß die Neuzeit weniger gefährliche Abortiva anwende, als die frühere, er habe seit 1918 keinen Todesfall mehr erlebt, gefährlich seien die instrumentellen Abtreiber. Beckwith Withehouse sagt, glücklicherweise seien eine große Zahl der angepriesenen „Abortiva“ Schwindel. Der Wunsch nach Abtreibung würde heute öfter von Ehefrauen ausgesprochen, die er mangels objektiver Indikationen ablehnte. Bei zweien von vier waren andere Kollegen anderer Meinung. Die eine büßte den Eingriff mit einer Beckenvenenthrombose, eine andere richtete sich durch Injektion von heißem Wasser in den Uterus (im Bad!) furchtbar zu. Eine Frau hat sich 35mal eine dicke Stricknadel in den Uterus eingeführt! Als eine bisher wenig beachtete Folge brüsker Schwangerschaftsbeendigung führt er das Entstehen von Corpus-luteum-Cysten an. Roome (Staatsanwalt) erzählte von der Anpreisung eines Abortivums mit der Aufschrift: „Darf unter keinen Umständen von schwangeren Frauen genommen werden.“ Er meint, nur durch Umstimmung des Publikums, insbesondere in der Toleranz der unehelichen Mutter gegenüber, wäre Besserung zu erhoffen. R. Lynch analysierte eine Reihe von Schwindelmitteln, die ganz harmlos waren, obwohl einer einzigen Patientin 800 RM. für ein solches abgeknöpft worden waren. Musson führt einige in England gebräuchliche Volksmedizin an. Lord Riddell wünscht mehr Anstand von seiten der Zeitungen bei Aufnahme von Abtreiberannoncen. Norman Haire bekennt sich als Malthusianer, nur theoretisch, lehnt aber wegen der Gesetzwidrigkeit Eingriffe ab. Er hält solche Eingriffe jedoch nicht für unmoralisch! Louise McHroy beklagt die Konflikte, in die Ärzte durch das Berufsgeheimnis kommen können. *Binz* (München).<sup>oo</sup>

**Pfalz, G. J.: Antikonzeptionelle Silkwormschlingen als Ursache schwerster Metritis. Kritische Betrachtungen über Wert und Wirkung intrauteriner Schwangerschaftsschutzmittel.** (*Univ.-Frauenklin., Breslau.*) *Münch. med. Wschr.* 1929 II, 1248—1250.

Bei einer 39jährigen Frau wird wegen profuser Men- und Metrorrhagien die vaginale Totalexstirpation des Uterus vorgenommen, zumal der klinische Zustand der Patientin geradezu als lebensbedrohlich geschildert wird. Im Cavum uteri findet sich eine zu einem Braun-Pust-Pessar gehörende Silkwormschlinge. Die Glaskappe war anscheinend beim Wechsel durch unberufene Hand abgerissen worden. Der Verf. warnt auf Grund dieses Falles vor Intra-uterinpressaren und weist auch auf die Unzulänglichkeiten des Silkwormschlingensessars hin. *Tietze* (Kiel).

**Tcherlok, R.: Les corps étrangers dans les organes uro-génitaux de la femme.** (Fremdkörper in den Urogenitalorganen der Frau.) (*Clin. Obstétr. et Gynécol., Inst. Méd., Kiev.*) *Gynéc. et Obstétr.* 19, 465—476 (1929).

Literaturzusammenstellung von — größtenteils seit 1910 — in der weiblichen Blase, dem Uterus und nach Perforation aus diesen in der Bauchhöhle oder dem Beckenbindegewebe gefundenen Fremdkörpern, die größtenteils zu masturbatorischen Zwecken zum Teil auch zwecks illegaler Abtreibung eingeführt waren. Als bemerkenswerte Komplikation eines Fremdkörpers in der Blase wird einmal Anurie infolge Ureterkompression durch einen aus der Vagina in die Blase perforierten Schirmgriff erwähnt. Fremdkörper im Uterus werden oft lange ertragen, wenn sie auch, wie besonders die gern eingelegten Seidenfäden, mehr oder weniger starke metritische und dysmenorrhöische Beschwerden machen. Die Diagnose ist nicht immer leicht und erfordert manchmal digitale Untersuchung des Uterusinnern. Schwere Komplikationen pflegen

perforierte Fremdkörper zu machen. Sie kapseln sich in der Bauchhöhle zwar ein, wandern aber gern und sind durchaus nicht immer in der Nähe der Einbruchsstelle zu finden. Aus dem Uterus perforieren am häufigsten Bougies und Katheter, offenbar da sie sich in die sich kontrahierende Uteruswand allmählich einbohren und dabei von außen nachgedrückt werden.

Es wird dann ein eigener Fall beschrieben, in dem ein zu Abortzwecken eingelegter Katheter aus dem Uterus in die Blase gewandert war, dort ein Jahr lang gelegen hatte, ohne wesentliche andere Beschwerden zu machen, als daß die monatliche Blutung ausschließlich durch die Blase erfolgte. Es hatte sich um den Katheter ein Concrement gebildet. Die Entfernung von Stein und Katheter gelang mittels Lithotripsie, wonach wieder normale Verhältnisse ohne Anzeichen einer persistierenden Fistel eintraten.

*Spanjer-Herford* (Braunschweig).<sup>oo</sup>

**Hartmann:** Zum Krankheitsbild der Seifennekrose (Alkalinekröse). (*Nordwestdtsh. Ges. f. Gynäkol., Hamburg, Sitzg. v. 13. IV. 1929.*) Zbl. Gynäk. 1929, 2237 bis 2238.

Es werden 4 Fälle von Seifennekrose des Uterus und der Adnexe als Folge von Abtreibungsversuchen demonstriert, von denen 3 tödlich ausgingen und einer durch abdominale Radikaloperation geheilt wurde. Es zeigten sich als Folge der Injektion ausgedehnte Nekrosen und Thrombosen, die bis weit in das Myometrium hineinreichten. Die letal verlaufenden Fälle boten bei der klinischen Beobachtung septische und peritonitische Krankheitserscheinungen. Im Anschluß an die Demonstration berichtet Hain über einen Fall von Seifeneinspritzung zu Abtreibungszwecken, bei dem sich im Gehirn Blutungen und Blutersetzungsprodukte sowie Leucocyteninfiltrationen in den Gefäßlymphscheiden fanden, die auf die intrauterine Seifeninjektion zurückgeführt wurden. Heynemann (Hamburg) und Rissmann (Hannover) erörtern die Indikationsstellung zur Totaloperation.

*O. Schmidt* (Breslau).

**Rissmann, Paul:** Für die Kommission in Sachen „offenbar unmöglich“. Zbl. Gynäk. 1929, 2045—2046.

Rissmann schlägt vor, die Exceptio plurium zu beseitigen. Statt der Worte „den Umständen nach offenbar unmöglich“ ist der Wortlaut des schweizerischen Gesetzes zu wählen: „Hat der Beklagte nachweisbar in der Zeit vom 300. bis 180. Tage vor der Geburt des Kindes der Mutter beigewohnt, so wird seine Vaterschaft vermutet. Diese Vermutung fällt jedoch weg, sobald Tatsachen nachgewiesen werden, die erhebliche Zweifel über die Vaterschaft des Beklagten rechtfertigen.“ — Zukünftige Publikationen über schnelle intrauterine Fruchtentwicklung müssen genaueste Angaben über die Meßmethode enthalten (geeichte Waage und Zentimetermaß, eigene Messung und Wägung durch den Autor). Mündliche Berichte der Frauen über letzte Periode usw. sind höchst gering einzuschätzen, Periodenkalender ist erforderlich. *Dietrich.*<sup>o</sup>

**Blencke, Bernhard:** Über die sogenannte Entbindungslähmung des Armes. (*Orthop. Heilanst. v. Prof. Dr. A. Blencke, Magdeburg.*) Z. orthop. Chir. 52, 72—81 (1929).

Fall von Erbscher Lähmung bei Mutter und Kind. Bei beiden Lähmung gleich nach der Geburt bemerkt. In der Gleichartigkeit der Symptome bei beiden Patienten läßt die Beobachtung keinen Zweifel an einer vererbten Deformität aufkommen. Es handelt sich um ein Vitium primae formationis infolge eines zentralnervösen Bildungsdefektes. Die Nervenschädigung ist wahrscheinlich schon vor der Geburt eingetreten; als Folge der Nervenschädigung entstanden Veränderungen der Schultergelenkpfanne und des Humeruskopfes, die auf dem Röntgenbilde Defekte zeigten.

*Kurt Mendel* (Berlin).<sup>o</sup>

### Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

**Biancalani, Aldo:** Note di venere forense. (Beobachtungen zur gerichtlichen Aphrodisiologie.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Firenze.*) Gazz. internaz. med.-chir. 7, 543—552 (1929).

Kasuistische Beiträge von 3 Fällen. 1. Angeborener Mangel des Hymens bei einem 14-jährigen Mädchen. Der Hymen war in ein 1—2 mm schmales segelförmiges Bändchen an der rechten Seite des Aditus ad vaginam verwandelt. 2. Rudimentärer bändchenförmiger Hymen bei einem 16-jährigen, anscheinend deflorierten Mädchen. Die Zeichen der Defloration konnten nicht nachgewiesen werden. 3. Zufällige, stark blutende Abschürfung des Hymens