

versetzten Hieb ausgeführt worden sein, und zwar im Augenblick, als Denata über dem offenen Brunnen beim Wasserschöpfen gebeugt war, wodurch sie ihr Gleichgewicht verlieren und in den Brunnen hineinfallen mußte. *L. Wachholz.*

Lattes, L.: Le suicide masqué. (Getarnter Selbstmord.) (*Inst. de Méd. Lég., Univ., Pavie.*) (20. congr. internat. de méd. lég. et de méd. soc. de langue franç., Bruxelles, 17.—20. VII. 1935.) Ann. Méd. lég. etc. 15, 875—889 (1935).

Daß ein Mord als Selbstmord frisiert wird, kommt häufiger, das Umgekehrte viel seltener vor; andere Möglichkeiten sind, daß ein Unfall oder aber auch ein natürlicher Tod vorgetäuscht werden soll. Dabei ist natürlich immer von den Maßnahmen des Selbstmörders selber die Rede, nicht davon, daß Angehörige (oder auch Pfleger in Anstalten) einen geschehenen Selbstmord als Unfall, natürlichen Tod usw. erscheinen lassen wollen, wobei das Motiv je nachdem in Besorgnissen wegen des christlichen Begräbnisses, Befürchtungen wegen Schwierigkeiten mit der Versicherung (oder Angst vor Strafe) zu suchen ist. Geht die Vortäuschung vom Selbstmörder selber aus, so handelt es sich meist um die Versicherung. Der wenigen in der Literatur berichteten (meist älteren) Fälle wird gedacht, u. a. auch des hier referierten Falles von Merkel [vgl. diese Z. 20, 332 (Orig.)].

In dem mitgeteilten Falle handelte es sich um einen Fall von Halsschnitt; in den Taschen des noch lebend aufgefundenen Mannes fand sich ein Schuldbekenntnis der „Täter“, und ein mit derselben — verstellten — Handschrift geschriebener Brief mit der geleerten Brieftasche an die Mutter traf am nächsten Morgen bei dieser ein. Auf die Einzelheiten des forensisch-medizinischen Nachweises, daß Selbstmord und nicht Mord vorlag, kann hier natürlich nicht eingegangen werden; bemerkt sei, daß nach Art der Verletzung noch lange Handlungsfähigkeit bestand, der Überfallene sich aber nicht gerührt und auch nicht geschrien hatte, daß zum Knebel das eigene Taschentuch verwandt worden war, zum Schließen des Mundes ein Leinenstreifen, der für seinen Zweck ganz ungeeignet war, daß die Hände des Getöteten keine Abwehrverletzungen, und die Kleider der angeblichen Täter auch nicht die Spur von Blut aufwiesen usw. Hinzu kam, daß auch Grund genug für einen Selbstmord vorlag (Schwierigkeiten mit der graviden Braut), und daß der Getötete sich wohl an den von ihm Beschuldigten (Angehörigen) rächen wollte. Selbstverständlich wurde für die Briefe usw. auch die Graphologie herangezogen. Bemerkenswert noch, daß der erwähnte Umschlag der Sendung an die Mutter des Toten einen ausnahmsweise zu früh umgestellten Poststempel trug, wodurch zunächst längere Zeit die irrige Annahme eines Mordes gestützt wurde.

Donalies (Potsdam).

Ruiz-Funes, Mariano: Selbstmorde und Morde in Spanien. Archivos Med. leg. 6, 5—18 (1936) [Spanisch].

Nachdem Verf. an Hand des Schrifttumes die sich widersprechenden Meinungen bezüglich eines Antagonismus von Selbstmord und Mord, d. h. je mehr Selbstmorde in einem Lande, desto weniger Morde und umgekehrt, geschildert hat, kommt er zur Besprechung der Verhältnisse in Spanien an Hand von 2 Statistiken. Diese umfassen die Jahre 1918—1925 und ergeben, daß der Antagonismus zwischen Selbstmord und Mord tatsächlich besteht, besonders in den dichtbevölkerten Provinzen mit großer Zahl von Selbstmorden. Nur ganz wenige Provinzen bilden eine Ausnahme, so die von Biskaya, welche bei niedrigsten Selbstmordziffern auch die niedrigste Mordziffer aufweist.

Rieper (Berlin).

Schwangerschaft, Abort, Geburt, Kindesmord.

Seguy, Jean: La stérilité d'origine ovarienne. Causes et diagnostic des troubles de l'ovulation. (Die ovarielle Sterilität. Ursachen und Diagnostik der Ovulationsstörungen.) Bull. méd. 1935, 745—748.

Bei der Sterilität der Frau ist nach dem Ausschluß der anderen Ursachen an das Fehlen oder Störungen der Ovulation zu denken. Es ist erwiesen, daß eine Anovulie nicht nur bei infantilem Genitaltractus, sondern auch bei Frauen mit regelmäßiger Menstruation vorkommt. Durch innere oder äußere Einflüsse kann die Eizelle geschädigt werden. Manchmal erfolgt die Befruchtung der normalen Eizelle nicht, weil sie in einem unphysiologischen Zeitpunkt frei wird oder weil die Verbindung zwischen

Ovarium und Tube gestört ist. Bei der ovariellen Insuffizienz spielen erbliche Faktoren mit. Die Schädigung kann intrauterin erworben sein (Tuberkulose, Syphilis — oft verbunden mit einer pluriglandulären Insuffizienz), sie kann auch später durch Allgemeinfektion oder Entzündungsherde in der Nachbarschaft erfolgen. Auch Lageanomalien sind zu bedenken. Diagnostisch findet man, abgesehen von Menstruationsstörungen, häufig in der prämenstruellen Periode eine ungewöhnliche Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Eierstockes. Besonders hohe Follikulinwerte im Harn deuten auf eine Ovarialsklerose hin. Bei langjähriger Sterilität erscheint eine Probelaaparotomie angezeigt. Quincke (Istanbul).

Hein, Michaela: Über Spätgeburten. (Ein Beitrag zur Frage der Schwangerschaftsdauer.) (*Univ.-Frauenklinik, Göttingen.*) Göttingen: Diss. 1935. 41 S. u. 3 Abb.

Verf. behandelt an Hand von 24 Beobachtungen aus den Jahren 1928—1933 der Göttinger Frauenklinik das Problem des „übertragenen Kindes“. Als „übertragen“ gelte ein Kind mit einer Tragzeit von über 40 Wochen (280 Tage) gegenüber der normalen Zeit von etwa 273 Tagen. Überschreitungen nach oben und unten seien physiologisch, da die Schwangerschaft ebenso wie andere biologische Prozesse „gewissen Schwankungen im Entwicklungsgrade und den dafür benötigten Zeiten unterliege“. Der Ausdruck „übertragen“ sei ein Zeitbegriff und dürfe keineswegs dem Entwicklungsbegriff „überreif“ gleichgesetzt werden. Denn bei dem beobachteten Material konnte Verf. feststellen, daß die körperliche Entwicklung stark schwankte. Verf. glaubt, daß sich bereits in utero eine erbbedingte individuelle Note bemerkbar mache. Nach Besprechung der bekannten Theorien über die Ursache der Übertragung geht Verf. auf die Frage ein, ob man den röntgenologischen Nachweis des Auftretens von Ossifikationszentren der Handwurzelknochen für die Diagnose „übertragen“ heranziehen kann. Auf Grund von Untersuchungen an normal ausgetragenen und übertragenen Kindern kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß sich aus dem Auftreten der Ossifikationszentren Schlüsse nicht ziehen lassen, da das Erscheinen der Zentren abhängig vom individuellen Wachstumstempo der Frucht sei. Zum Schluß wird auf die Bedeutung und die Gefahren der Übertragung für den Geburtsverlauf hingewiesen und therapeutische Ratschläge erteilt. — Literaturangaben.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

Döderlein, A.: Kindsmord. Münch. med. Wschr. 1936 I, 818—820.

Kasuistik. Bemerkenswert ist weniger das in extenso angeführte ärztliche Gutachten, das nichts Neues bringt, als das ergangene Urteil: Die Angeklagte wurde zu 2 Jahren Gefängnis verurteilt; die Kindesleiche war nicht untersucht, da sie beseitigt war (angeblich verbrannt). Wahrscheinlich war aber höchstens die Nachgeburt verbrannt worden. Der Gutachter hatte mit größter Wahrscheinlichkeit angenommen, daß das Kind bei der Geburt gelebt habe, „weil es sich um eine nach der Berechnung dem Ende zu gehende Schwangerschaft gehandelt haben müsse“. „Wäre das Kind vor der Zeit abgestorben, so wäre es wahrscheinlich nicht gerade an dem genau berechneten Geburtstermin am Ende der Schwangerschaft zur Welt gekommen.“ *Walcher.*

Maurer, Catharina: Über das Vorkommen von Mund- und Rachenverletzungen bei der Kindestötung durch Erwürgen. (*Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Kiel.*) Kiel: Diss. 1936. 31 S.

Verf. erörtert an Hand der Fälle von „Kindestötung in der Geburt“ der Jahre 1908 bis 1936 des Kieler Institutes die Frage, ob durch äußere Einwirkung auf den Hals, wie durch Würgen oder Drosseln, innere Verletzungen des Mundbodens, Rachens oder der tieferen Luft- und Speisewege entstehen können. Es werden neben Fällen aus dem Schrifttum 8 Fälle von Erwürgen, 2 von Erdrosseln, 2 von Fingereinbohren und 2 kombinierte Tötungen beschrieben. — In den 8 Fällen, in welchen einwandfrei Erwürgen als Todesursache festgestellt wurde, wurden außer den für Würgen typischen Erscheinungen niemals Verletzungen des Mundbodens und Rachens gefunden. Auf die ebenfalls negativen Befunde Hofmanns, Antoinets und schließlich Merckels wird hingewiesen. — Verf. ist der Meinung, daß es nach den Erfahrungen an sämtlichen Kieler Fällen der Einführung eines Fremdkörpers bedarf, um so schwere innere Mund- und Rachenverletzungen, wie sie Schönberg beschreibt, hervorzurufen. Das Schrifttum wird hinreichend berücksichtigt, doch fehlen sämtliche Angaben über Jahrgang, Verlag, Erscheinungsort, Seite usw. Die Arbeit Schönbergs wird völlig vermißt.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

Krauland, Walter: Zur Kenntnis des angeborenen vollständigen Kehlkopfverschlusses. (*Path. Inst., Krankenh. Wieden, Wien.*) Virchows Arch. 295, 606—615 (1935).

Bei 2 totengeborenen reifen männlichen Früchten war, neben verschiedenen Mißbildungen an anderen Organen, das Kehlkopflumen völlig verschlossen. Die beiden Kehlköpfe wurden in histologischen Serienschnitten untersucht. Bei dem ersten war der Kehlkopf einschließlich Stimmbänder normal gebildet, unterhalb dieser endete das Lumen in 2 trichterförmigen Grübchen. Der Verschuß war durch eine Bindegewebsplatte und durch Mißbildung des Ringknorpels bedingt, der einen soliden Körper bildete. Die Trachea, die nach oben stumpf endete, war durch eine Fistel mit der Vorderwand des Oesophagus verbunden. Zur Mündung dieser Fistel führte eine Furche an der vorderen Wand des Hypopharynx, die ihren Ausgang von der Incisura interarytenoidea nahm. Im 2. Falle war die Mißbildung ganz ähnlich, nur waren hier auch die beiden Stellknorpel zu einem einzigen Knorpelstück verschmolzen. Mikroskopisch schien auch hier die Form des Kehlkopfeingangs normal, das Lumen war in Höhe der Stimmbänder durch eine Bindegewebsplatte verschlossen. Verf. bringt diese Mißbildung mit dem vorübergehenden Verschuß des Kehlkopfs während seiner Entwicklung durch Epithelverschmelzung in Zusammenhang und setzt den Zeitpunkt der Entwicklung der Mißbildung zwischen die 5. und 7. Embryonalwoche an, das ist der Zeitraum zwischen der genannten Epithelverklebung und der Anlage des knorpeligen Kehlkopferüsters. Zöllner (Jena).°

Bernhart, Fritz: Über Neugeborenenfrühsterblichkeit. (*Univ.-Frauenklin., Wien.*) Zbl. Gynäk. 1935, 2717—2729.

Eine Übersicht über die Neugeborenenfrühsterblichkeit wird vom Verf. für die Zeit von 10 Jahren (1925—1934) in der Wiener Frauenklinik zusammengestellt. Von 22825 Kindern, über 1500 g schwer, wurden tot oder lebend geboren, aber innerhalb der ersten 10 Lebenstage vom Tode ereilt, 1006 Neugeborene = 4,35%. Diese statistische Angabe ist vollständig ungereinigt. Tot geboren wurden 516 = 2,24%. 170 Früchte waren davon maceriert = 0,7%. Darunter fanden sich nur in 44 Fällen Lues bei Mutter und Kind. Bei Hinzurechnung von 8 anderen Luesfällen ist mit einem Prozentsatz von 0,23 an Lues gestorbenen Kindern zu rechnen. Damit ist festgestellt, daß die Lues gegenüber früher gewaltig zurückgegangen ist. 490 Kinder wurden lebend geboren, starben aber innerhalb der ersten 10 Lebenstage, das gibt eine Prozentzahl von 2,11. — Bei den lebendgeborenen und innerhalb der ersten 10 Tage gestorbenen Kindern sinkt die Frequenz gleich nach der Geburt beträchtlich ab. Es gibt viel mehr Kinder, die dem Geburtstrauma erliegen, als Neugeborene, die geschädigt die Geburt durchhalten und erst später an anderen Ursachen sterben. Je länger ein Kind lebt, um so weniger wird seine Todesursache geburtstraumatisch zu erklären sein. Daß hierbei die Zahl der unreifen Früchte bedeutend überwiegt, ist verständlich. Es starben bis zu einem Gewicht von 2800 g 588 Kinder, und oberhalb dieser Gewichtsgrenze nur 418 Kinder. Verf. betont die Möglichkeit einer erfolgreichen Bekämpfung der Frühsterblichkeit durch die Verminderung an Frühgeburten, deren Ursachen zum Teil ätiologisch behoben werden können, z. B. bei den chronischen Allgemeinerkrankungen und der konstitutionellen Insuffizienz der Mütter. Bezüglich der Sexualproportion kamen bei den lebendgeborenen, aber frühgestorbenen Kindern auf 100 tote Mädchen 135 Knaben. — Einen großen Anteil an den geburtstraumatischen Todesursachen haben die pathologischen Kindslagen. Dabei stehen an erster Stelle die Beckenend- und Querlagen. Es ist wichtig, daß das Verhältnis der Operationen am Beckenende zur Verlustziffer viel ungünstiger ist als die Zangenoperationen. Für alle Zangenoperationen wird ein postpartaler Kinderverlust von 10% berechnet, für die Operation am Beckenende ein Kinderverlust von 16%. Auch die Entbindungsmethode des Kaiserschnitts ist nicht frei von einer postpartalen Kindsmortalität. Werden dabei die Kinder, die dem Kaiserschnitt nicht direkt zur Last fallen, in Abzug gebracht, dann starben von 358 durch Kaiserschnitt entbundenen Kindern 5 Kinder an den Folgen einer Asphyxie. Im ganzen wurden jedoch 25 Kinder verloren, was einen Prozentsatz von 1,3 ausmacht. — Erstaunlich groß ist der Anteil der später gestorbenen Kinder von Mehrgebärenden, wobei die unreifen Geburten mit 67,8% in erheblichem Maße beteiligt sind. Auch die Mehrlingsschwangerschaft hat auf die Sterblichkeit der Neugeborenen einen Einfluß. Auffallend dabei ist, daß viel öfter die Zweitgeborenen starben. — Die Anschauung

über die Todesursachen neugeborener Kinder haben sich im Laufe der Zeit geändert. Während man früher in der Asphyxie die wahre Todesursache sah, wird diese heute als sekundär hingestellt und die primäre Atemstörung dabei betont. Außerdem gibt es eine große Zahl von sekundär lebensschwachen Neugeborenen, die, obwohl reif und normal entwickelt, durch die Geburt so geschädigt wurden, daß sie den Aufgaben des extrauterinen Lebens nicht gewachsen sind. Im Gegensatz dazu versteht Verf. unter primär lebensschwachen Kindern die Frühgeburten. — Zum Schluß wird eine Übersicht über die Todesursachen der 516 totgeborenen und 490 lebendgeborenen, aber später gestorbenen Kinder gegeben. Es sollen nur einige wichtige Zahlen hier wiedergegeben werden:

- | | |
|--|-----------------|
| 1. Todesursachen der Totgeborenen: | |
| 73 Asphyxie | 20 Mißbildungen |
| 98 Hirnblutungen | 6 Trauma |
| 2. Todesursachen der in den ersten 10 Tagen Gestorbenen: | |
| 198 Hirnblutungen | 52 Mißbildungen |
| 69 Asphyxien | |
| 22 verschiedene Todesursachen | |
| 68 Pneumonien | |
| 41 Debilitas vitae | |

Bei den restlichen Kindern sind die Todesursachen nicht aufgeklärt worden.

G. Schäfer (Berlin).

Streitige geschlechtliche Verhältnisse, Perversionen.

Ribeiro, Leonidio: Das gerichtlich-medizinische Problem des Homosexualismus. (*Inst. de Identificaç., Univ., Rio de Janeiro.*) Arch. Med. leg. 5, 145—160 u. franz. Zusammenfassung 160 (1936) [Portugiesisch].

Verf. untersuchte 184 Fälle, die bei Ausübung der männlichen Prostitution von der Polizei erfaßt wurden. 113 dieser Personen waren Angehörige der weißen Rasse, 62 Mestizen, 9 Neger. 73 der Personen waren jünger als 20 Jahre, 91 waren zwischen 23 und 30 Jahren, 18 zwischen 31 und 40 Jahren und 2 über 40 Jahre. In 33 Fällen fand sich ein femininer Typ in der Verteilung der Schamhaare, bei 46 ein intermediärer und bei 81 ein maskuliner Typ. Bei 61 der untersuchten Personen fehlte die Brustbehaarung völlig. In 3 Fällen stellte Verf. eine ausgesprochene doppelseitige Gynäkomastie fest, in 16 Fällen in angedeuteter Form. Das häufigst anzutreffende Symptom war arterielle Hypotension in 99 der Fälle. Die Befunde sprechen nach Verf. für die Ansicht Maraños, daß sexuelle Perversität oft organische Ursachen aufweist.

C. Neuhaus (Oldenburg).

Hackfield, A. W.: The ameliorative effects of therapeutic castration in habitual sex offenders. (Der begünstigende Erfolg der therapeutischen Kastration auf gewohnheitsmäßige Sexualverbrecher.) (*Psychiatr. Univ.-Klin., Burghölzli-Zürich.*) J. nerv. Dis. 82, 15—29 u. 169—181 (1935).

Verf. berichtet über die therapeutischen Ergebnisse der Kastration an 40 Sexualverbrechern, die in der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli-Zürich beobachtet wurden. Bei 22 von 25 nicht psychopathischen, sexuell Abnormen, bei denen alle anderen Behandlungsversuche fehlgeschlagen hatten, stellte sich gleich im Anschluß an die Operation ein Erfolg ein; in 3 Fällen verzögerte sich die Besserung des Sexuallebens etwas. Irgendeine körperliche oder geistige Beeinträchtigung als Folge der Operation trat bei keinem Fall auf. Bei 9 weiblichen und männlichen Sexualverbrechern, die außerdem noch an irgendeiner Geisteskrankheit litten (Epilepsie, Hebephrenie usw.), war durch Kastration weder eine Beseitigung der abnormen Sexualeinstellung noch eine Besserung der geistigen Erkrankung zu erzielen. Ebenso wurde durch Kastration kein therapeutischer Erfolg erzielt bei 6 homosexuellen Frauen bzw. bei Frauen, die an emotionellen Erregungszuständen während der Menstruation litten. Einige der Fälle sind bereits durch Frank [Mschr. Psychiatr. 57 u. 58 (1925)] veröffentlicht worden. (Vgl. diese Z. 7, 380.)

Gottschick (Hamburg).