

gegen, ethische, religiöse usw., können die Prädisposition unterdrücken oder gar aufheben; so daß das zukünftige Verhalten des Individuums die Resultante der gegenseitigen Wirkung der einzelnen Faktoren darstellt. Von diesen Betrachtungen ausgehend, welche zum Schluß führen, daß alle Homosexuellen „biologisch“ gleich sind, hat Verf. die Homosexualität in folgende Formen eingeteilt: 1. Eine komplette, dauernde, offenbare Homosexualität mit den beiden Untertypen a) der zynischen, b) der schamhaften Homosexuellen. 2. Eine latente Homosexualität mit episodischen Ausbrüchen. 3. Die Homosexualität der Prostituierten. 4. Eine falsche Homosexualität: Sexualneurose mit Homosexualitätskomplex. Verf. erklärt mit knappen Worten die gerichtlich-medizinische und soziale Bedeutung der obigen Formen, mit besonderem Hinweis auf die falschen Homosexualitäten.

Romanese (Turin).

**Kandou, T. A., und N. Speyer: Therapeutische Kastration bei Sexuell-Pervertierten.** (*Psychiatr. Klin., Univ. Leiden.*) Nervenarzt 9, 609—615 (1936).

Kurzer Bericht über 3 Fälle von therapeutischer Kastration bei sexuell Pervertierten, bei denen vorher erfolglos eine Psychotherapie — meistens eine analytische — versucht worden war:

1. Exhibitionist, geboren 1902, von mehr oder weniger femininem Körperbau; intelligente, leicht paranoisch eingestellte Persönlichkeit mit mangelhafter Anpassungsfähigkeit. Seit dem 14. Lebensjahr fühlt er den Drang zu exhibitionistischen Akten, denen er erst mit 27 Jahren nachgegeben haben will. Deswegen kam er zu wiederholten Malen mit der Justiz in Berührung, was schließlich zur Einweisung in die psychiatrische Klinik Leiden führte. Nach Psychotherapie vorübergehende Besserung. Einige Monate später Rückfall. März 1935 freiwillige Kastration, die zunächst eine starke Hebung der Stimmung, später jedoch eine vorübergehende Depression auslöste. Psychotherapeutische Nachbehandlung unter hauptsächlichlicher Verwendung aktivierend ermutigender Suggestionen. Bisher kein Rückfall. Exhibitionistische Phantasien und Träume kommen dann und wann vor. Zu Masturbation besteht kein Bedürfnis mehr. In körperlicher Beziehung macht sich eine vermehrte Fettablagerung an den bevorzugten Körperstellen bemerkbar. — 2. 41-jähriger aktiver Homosexueller, bereits vom 11. Lebensjahre an manifest homosexuell. Er hatte unzählige Verhältnisse, bis er mit dem Strafrichter in Berührung kam und von diesem bedingt verurteilt wurde mit dem Auftrage, sich psychisch behandeln zu lassen. Fast 1-jährige Psychoanalyse war erfolglos, so daß er schließlich November 1935 der Kastration zustimmte. Als Folge der Operation schwand die Potenz, ein Rückfall in seine früheren Handlungen hat nicht mehr stattgefunden. Jedoch erlappte sich Patient sehr oft dabei, daß er bestimmte junge Männer, deren Typus mit seiner früheren Objektwahl zusammenfiel, fixierte und dies selbst erst danach, gleichsam zu seiner Verwunderung, bemerkte. — 3. 29-jähriger aktiver Homosexueller, der von der Justizbehörde der Klinik zur Behandlung überwiesen wurde. Nach erfolgloser psychoanalytischer Kur im März 1934 Kastration, die zu einem völligen Verlust der Potenz und einer bedeutenden Abschwächung der Libido mit Einhaltung der Triebrichtung geführt hat. Nur selten traten in der Folgezeit homosexuelle Träume auf, ein Rückfall soll bis jetzt nicht erfolgt sein.

v. Neureiter (Berlin).

### **Schwangerschaft. Fehlgeburt. Geburt. Kindesmord.**

**Freyschmidt, H. J.: Ergebnisse der Untersuchung und Behandlung der weiblichen Sterilität.** (*Univ.-Frauenklin., Köln.*) Mschr. Geburtsh. 104, 69—81 (1936).

Von 102 Frauen, die wegen Sterilität behandelt wurden, entfallen 65 Fälle auf eine primäre, 37 auf eine sekundäre Sterilität. An alle Frauen wurden Anfragen bezüglich des Behandlungserfolges geschickt. Antworten gingen in nicht ganz 50% ein. Nur in 7 Fällen (8,2%) war eine Schwangerschaft eingetreten, jedoch ließ sich nur 4mal ein kausaler Zusammenhang zwischen der Behandlung und der eingetretenen Gravidität nachweisen. Als Ursachen der Sterilität fand sich Undurchgängigkeit der Tuben in 40%, erschwerte Durchgängigkeit in 19%. In 7% der Fälle bestand ein Retroflexio uteri, in 6% eine Hypoplasie, während in 28% die Ursache der Sterilität unbekannt war. Unter gewissem Vorbehalt ergibt sich durch die Perturbation bei den Fällen von Retroflexio eine Häufigkeit der Schwangerschaft von knapp 30%. Bei 10 Fällen von Hypoplasie trat in einem Fall nach einer Fehling-Kur eine Schwangerschaft ein. Bei 15 Fällen von erschwelter Tubendurchgängigkeit wurde nach Durchblasung in 6,6% eine Schwangerschaft beobachtet.

H. Goecke (Münster i. W.).

**Valle, Giuseppe:** Studi sulla fertilità. Particolari di tecnica per l'esame morfologico dell'eiaculato umano. (Studien über Fertilität.) (*Clin. Ostetr. e Ginecol., Univ., Torino.*) Ginecologia (Torino) **3**, 179—190 (1937).

Es wird die Technik der morphologischen Prüfung des menschlichen Spermas beschrieben und kommentiert, die Verf. im Institut für Sterilitätsbehandlung das der Klinik angegliedert ist, angewendet hat. Es werden die Methoden, die zur Diagnose der männlichen Sterilität dienen, besprochen und jene, die zum Studium der feinen Morphologie des Samens erforderlich sind. Es wird die Ursache, welche die Färbung und die Erkennung der Zellen des Ejaculats erschweren, erörtert. Verf. selbst wendet Vitalfärbung mit sehr gutem Erfolg an.

*Cristofolletti (Gorizia).*

**Amabile, Gennaro:** Diagnosi prenatale del sesso. (Geschlechtsbestimmung vor der Geburt.) (*Clin. Ostetr.-Ginecol., Univ., Roma.*) Clin. ostetr. **39**, 204—209 (1937).

Es wurden an 100 Graviden vom 4. Monat an in verschiedenen Epochen der Schwangerschaft die Probe von Davis zur Geschlechtsbestimmung vor der Geburt (intracutane Injektion eines Präparates von Stierhoden und Hautveränderungen an der Injektionsstelle) mit negativem Erfolge ausgeführt.

*Cristofolletti (Gorizia).*

**Guthmann, H., und Knös:** Gibt es eine jahreszeitliche Beeinflussung der Tragzeit beim Menschen? (*Univ.-Frauenklin., Frankfurt a. M.*) Mschr. Geburtsh. **104**, 307—310 (1937).

Die Frage der jahreszeitlichen Schwankungen der Schwangerschaftsdauer wurde bisher in der Literatur verschieden beantwortet. Die Untersuchungen der Verff. an fast 6000 normalen Schwangerschaften beweisen an Hand zahlreicher Tabellen, daß im Sommer eine geringe Zunahme der Geburten besteht; und zwar verhalten sich Sommer- zu Wintergeburten wie 100 zu 92,4. Dieses Ergebnis kommt dadurch zustande, daß die Zahl der übernormal langen Tragzeiten vermehrt ist. Damit halten die Verff. die Verlängerung der Tragzeit im Sommer, d. h. durch jahreszeitliche Einflüsse für erwiesen.

*Rosenkranz (Köln).*

**Moellendorff, Wilh. von:** Über die Implantation des Eies beim Menschen. Jkurse ärztl. Fortbildg **28**, H. 1, 1—8 (1937).

Die Implantation des Menscheneies kann nur an menschlichem Material studiert werden, weil die Implantationsweise des Eies hier absolut einzig zu sein scheint. Diejenigen bisher bekannt gewordenen jungen Eier, die für die Beurteilung der Einbettungsweise des Eies herangezogen werden können, werden vom Autor einzeln aufgeführt. Aber auch diese Objekte sind nur beschränkt verwertbar, weil sie zum großen Teil nicht in vollständigen Serien vorliegen, bzw. weil es Abortiveier sind. — Die Zeit, die das Menschenei von der Befruchtung bis zur Implantation braucht, kann man mit 10—11 Tagen annehmen (nach Grosser); wie ein solches Entwicklungsstadium aussieht, wissen wir aber noch nicht! Wahrscheinlich ist beim Menschen der Keim in dieser Entwicklungsstufe kompakt und besitzt (wie beim Meerschweinchen) einen Implantationspol und einen Embryonapol. Man kann das daraus schließen, daß alle bekannten Keime gegen die Schleimhautoberfläche hin anders aussehen, als gegen die Basis. Mutmaßlich besitzt der implantationsreife Keim am Embryonapol keinen Trophoblast, die Keimblasenhöhle ist schon beim Beginn der Implantation von „Morulamesoderm“ ausgefüllt. Die aktive Funktion des Trophoblasten läßt sich heute nicht mehr bestreiten; offenbar spielt sich die trophoblastische Tätigkeit in mehreren Etappen ab (mit „Kampfpause“). Besondere Bedeutung gewinnen während der Bildung des primären Eibettes folgende Fragen: 1. Wie verhält sich während dieser Zeit der Embryonalknoten? Der Autor zieht den Schluß, daß sich die basale Lage des Embryos erst sekundär ausbildet, entweder durch Verschiebung an den Ort der besten Nahrungszufuhr oder durch eine exzentrische Aufquellung des Morulamesoderms. Ist diese Vorstellung richtig, so würde sich das Ei wie ein vorsichtiger Mensch verhalten, der den kostbarsten Teil seines Besitzes erst in die neue Umgebung bringt, wenn die Niederlassung gesichert ist. — 2. Die Sicherung des Eibettes. Sie ist in ihrem Mecha-

nismus heute ebenfalls noch umstritten. Sicher ist aber wohl, daß die Uterusschleimhaut selbst zunächst bei dieser Sicherung unbeteiligt ist. Die meisten Bearbeiter nehmen die Theorie von Teacher an, wonach ein besonderer Trophoblastpfropf, das „Operculum“, den Schluß der Eintrittspforte übernimmt (der Autor selbst hält sie nicht für begründet). — 3. Verhalten der Blutgefäße. Seine Beobachtung ist oft herangezogen worden, um die Rolle abzulesen, die die Uterusschleimhaut bei der Einnistung des Eies spielt. Entscheidend muß die Beziehung genannt werden, die das Ei in den verschiedenen Objekten zu den mütterlichen Blutgefäßen besitzt. Leider läßt sich hier bisher keine ausnahmslose Regel erkennen. An eine geregelte Zirkulation mütterlichen Blutes in der Eiumgebung kann man in der frühen Zeit der Entwicklung vorläufig nicht recht glauben. Auffällig ist das Verhalten des mütterlichen Bindegewebes, das bei allen operativ oder bei Sektionen gewonnenen Eiern eine sehr geringe Ausbildung von Deciduazellen aufweist, dagegen bei den sehr jungen Abortiveiern eine sehr starke. Ob es richtig ist, dies mit einer spät im Cyclus erfolgenden Implantation in Zusammenhang zu bringen und darin die Ursache für den Abort zu erblicken, muß offen bleiben. Es ist natürlich auch möglich, daß das mit dem Abort verbundene Geschehen von sich aus zur Ausbildung der Deciduazellen geführt hat. Die Implantation beim Menschen ist interstitiell (erstmalig von Graf Spee 1883 wahrscheinlich gemacht). Die polare Differenzierung darf als spezielle Einrichtung derjenigen Eier aufgefaßt werden, die sich interstitiell entwickeln. Ganz ohne Beispiel steht die Ausfüllung der menschlichen Keimblase mit dem Morulamesoderm (Stieve). In ihr muß ein rein menschliches Entwicklungsmerkmal erblickt werden. Sicherlich ist die Eieinbettung ein höchst komplizierter Vorgang, bei dem die aktiven Kräfte die Hauptrolle spielen.

P. Caffier (Berlin).

**Kiyohara, Kan-Ichi, und Shozō Izawa:** Über die Wirkung des Harns schwangerer Frauen auf die Sauerstoffatmung des Ovariums. (*Physiol. Inst., Univ. Nagasaki.*) J. of Biochem. 24, 337—354 (1936).

Untersuchung des Sauerstoffverbrauches dicker Schnitte vom Meerschweincheneierstock und Vergleichsgewebe nach Behandlung des Tieres mit Schwangerenharn und ohne diese. Verf. finden in Bestätigung früherer Untersuchungen anderer Autoren nach 10 Stunden eine etwa 100proz. Steigerung des Sauerstoffverbrauches in den Eierstöcken, die bis zur 25. Stunde nach der Behandlung anhält. Nieren- und Lebergewebe bleiben unbeeinflusst. Druckrey.

**Thomsen, Katharina:** Über einen Fall von Gravidität bei liegendem Intrauterin-pessar. (*Path. Inst., Univ. Königsberg i. Pr.*) Zbl. Gynäk. 1937, 1171—1176.

Hinweis auf die Gefährlichkeit der Intrauterin-pessare. Auch das Gräfenbergsche zum Zwecke der Konzeptionsverhinderung verwendete Intrauterin-pessar (Ring) sei zweifellos nicht ungefährlich trotz der gegenteiligen Behauptungen des „Erfinders“, der sich auf R. Meyer beruft, welcher letzterer nie Zeichen von Entzündung mikroskopisch gefunden habe. Auch tödliche Fälle sind berichtet, sowie ein starkes Ansteigen von Extrauterin-Graviditäten bei liegendem Ring. Haire (London) sah unter 400 Fällen 5% normale Schwangerschaften, Leunbach 6% im Laufe eines Jahres (Arch. Gynäk. 144). Oft kommt es im 2. bis 3. Monat zum Abort. Sowohl dabei wie bei ausgetragener Schwangerschaft, die einschl. der Geburt und Nachgeburt in einigen Fällen normal verlief, fand sich in den Eihäuten das Pessar, die Silberspirale. Verf. bringt folgenden Fall:

38jährige Bauernfrau, die 6 lebende Kinder in 10jähriger Ehe geboren hatte (letzte Geburt 8 Monate vor Aufsuchen des Arztes als lebensfähige Frühgeburt), wurde wegen Totalprolaps, der beim Pressen oft eintrat, sowie wegen Incontinentia urinae beim Lachen und wegen Verstärkung und Verlängerung der Periode sowie Schmerzen im Leib während der Menstruation und bei schwerem Heben vaginal total exstirpiert. Nach 13 Tagen Entlassung nach Heilung. Befund am Operationsobjekt: Dicht oberhalb des inneren Muttermundes, in die hintere Uterusmuskulatur eingegraben, ein spiralgiges Intrauterin-pessar. Bei der Untersuchung nach Härtung zeigt sich, daß der Silberspiralring gesprengt war, er bildet etwa einen Halbkreis, das obere Ende der 3 mm dicken Spirale liegt in der rechten Tubenecke  $1\frac{1}{2}$  bis 2 cm tief in der Wandung, am unteren Ende 0,5 cm tief. Die Gesamtlänge der Spirale beträgt 9 cm. Die Schleimhaut des Gebärmutterkörpers zeigt stark verdickte, gewulstete und mit

Blutungen durchsetzte Schleimhaut. Histologisch zeigt sich die Schleimhaut teils höher, teils niedriger als dem vorgefundenen Stadium der proliferativen Phase entsprach. Der Epithelbelag vielfach defekt. Das Stroma ist aufgelockert, zum Teil stark mit Rundzellen angefüllt, besonders in der Basalschicht und in der Nähe der Einbohrungsstellen. Die Enden der Spirale sind fest in das Endo- und Myometrium eingeeilt und von einem auffällig dünnen narbigen Granulationsgewebe umgeben, das die Umrisse der Spirale in gehärtetem Zustand deutlich wiedergibt. (3 Bilder.) In der Submucosa fanden sich streifige Infiltrationen von Rundzellen und außerdem wenige Leukocyten, viele Lymphocyten und Plasmazellen (Oxydase-reaktion). Es wird angenommen, daß der Ring durch die Geburtsarbeit gesprengt wurde, sich aber dann erst in die Muskulatur eingrub, als die weiter fortgeschrittene Involution des Uterus ein Aufsteigen der Lochialkeime verhinderte.

Zum Schluß weist Verf. auf einen Antrag der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in München 1935 auf Vorschlag von Ohnesorge an die Regierung hin: Es solle das Einlegen aller Pessare verboten werden. Von einem Erfolg dieses zweifellos durchaus berechtigten Antrages ist nichts verlautbart. — Das Pessar war im vorliegenden Fall nach einer normalen Regel von einem Landarzt zur Verhütung weiterer Konzeption eingelegt worden. Sie wollte es angeblich entfernt haben durch den Arzt, als die nächste Regel ausblieb und sie sich trotz des Ringes wieder schwanger fühlte; der Ring war nicht zu erreichen, der Arzt vermutete, daß er schon herausgefallen wäre. (Leunbach, vgl. diese Z. 15, 107.)

Walcher (Würzburg).

**Kernbach, M., und A. Rîşcuţia: Die Tubarschwangerschaft und ihre gerichtlich-medizinischen Beziehungen.** Arch. Inst. Med. leg. Univ. Cluj 92—105 u. dtsch. Zusammenfassung 106—107 (1936) [Rumänisch].

Die Extrauterinschwangerschaft interessiert 3 Kapitel der gerichtlichen Medizin: 1. Plötzlicher Tod infolge großer Blutungen durch Platzen einer Extrauterinschwangerschaft. Diese Fälle sind gerichtlich-medizinisch leicht feststellbar und die Autopsie ergibt die richtige Diagnose. 2. Trauma und Extrauterinschwangerschaft bildet ein heikles Kapitel. Alle Autoren sind der Meinung, daß Komplikationen der Extrauterinschwangerschaft nur dann einem Trauma zugeschrieben werden können, wenn die Symptome gleich nach dem Stattfinden des Traumas auftreten. Aber auch in diesem Falle bildet die Extrauterinschwangerschaft einen „vorherigen Zustand“, der das Trauma und den Verursacher desselben von der Verantwortlichkeit befreit. 3. Die ärztliche Verantwortlichkeit und Extrauterinschwangerschaft bildet das schwerste Kapitel der gerichtlichen Medizin. Der Arzt kann in 3 Fällen verantwortlich gemacht werden: a) Nichtdiagnostizieren der Extrauterinschwangerschaft und Folgen derselben. Da die Diagnose der Extrauterinschwangerschaft in manchen Fällen sehr schwer ist, hat man allgemein beschlossen, den Arzt bei Nichtdiagnostizieren der Extrauterinschwangerschaft nicht verantwortlich zu machen, besonders in jenen Fällen nicht, wo die Symptome nicht klassisch sind. b) Nichtdiagnostizieren der Extrauterinschwangerschaft und Durchführung eines Curettements. In diesen Fällen muß man in Betracht ziehen: Schwierigkeiten bei Stellung der Diagnose, die Behandlung, die durchgeführt werden sollte, der kausale Zusammenhang zwischen der Operation und Infektion der Organe, ferner Tod der Frau, besonders in jenen Fällen, wo die Frau pathologische Vergangenheit der Genitalorgane aufweist. Es gibt genaue anatomisch-pathologische und bakteriologische Kriterien, um diese Possibilitäten festzustellen, wodurch ein gerichtlicher Kunstfehler vermieden werden kann. c) Salpingektomie bei Extrauterinschwangerschaft und postoperativer Infektion. Es müssen endogene Infektionen in Betracht gezogen werden und verschiedene Kriterien zur Differenzierung von exogenen Infektionen. In diesen Fällen wird auch der gute Ruf des Chirurgen in Betracht gezogen. Alle diese Möglichkeiten werden mit drei persönlichen Beobachtungen erklärt und die Verff. geben eine Tabelle der neuesten in der Literatur beschriebenen Fälle an. Das französische, deutsche und österreichische Gesetzbuch bestraft die Auskratzung einer nichtgraviden Gebärmutter nicht. Das neue rumänische Strafgesetzbuch bestraft auch den Versuch eines Abortes auch bei nichtgravidem Gebärmutter, falls es ohne Einwilligung der Frau durchgeführt wird. Kernbach.

**Mayer, A.: Zur Ehrenrettung der Hegarschen Schwangerschaftszeichen.** (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) Zbl. Gynäk. 1937, 786—789.

Verf. setzt sich für die Bedeutung und Brauchbarkeit des genannten Schwangerschaftszeichens ein, dessen diagnostische Wertigkeit von russischen Autoren angezweifelt worden ist. Er weist darauf hin, daß die Kompressibilität des unteren Körperabschnittes nach den Angaben Hegars ausschlaggebend ist für die Diagnose einer Gravidität, und daß ferner ausreichende Untersuchungsbedingungen in Gestalt einer evtl. notwendigen Narkose sowie ein nichterkrankter Uterus vorliegen müssen. Da die chronische Metritis bei Mehrgebärenden häufiger anzutreffen sein wird als bei Erstschwangeren, wird das Hegarsche Schwangerschaftszeichen gerade bei der Erstgraviden seine Brauchbarkeit erweisen. Es beruht auf der biologischen Reaktion des graviden Uterus, welche Sellheim als aktive „Weiterstellung“ bezeichnet hat. Die Gefahr eines Abortes durch Auslösung dieses Schwangerschaftszeichens lehnt der Verf. mit Nachdruck ab. Es müßten sonst viel häufiger aus anderen von außen einwirkenden Ursachen Aborte beobachtet werden, als bei der fachgemäßen Ausführung dieser diagnostischen Untersuchung, mit der das Schwangerschaftszeichen ausgelöst wird.

F. Siegert (Freiburg i. Br.).

**Wagner, Reinhold: Die chemische Schwangerschaftsdiagnose nach Visscher und Bowman.** (*Univ.-Frauenklin., Hamburg-Eppendorf.*) Zbl. Gynäk. 1937, 262—265.

Auf Grund von 500 Versuchen, mit Hilfe der chemischen Schwangerschaftsdiagnose nach Visscher und Bowman das Vorhandensein oder Nichtbestehen einer Schwangerschaft zu bestimmen, kommt Verf. zu nachstehenden Schlußfolgerungen: Der Ausfall der chemischen Schwangerschaftsreaktion nach Visscher und Bowman ist stark von der Höhe des spezifischen Gewichtes des untersuchten Harnes abhängig. Harn mit einem spez. Gew. unter 1016 haben im allgemeinen negativ reagiert. Eiweißhaltige Harn mit einem spez. Gew. von 1012 herab positive Reaktionen ergeben. Unter einem spez. Gew. von 1012 hat Verf. nur negative, über 1022 nur positive Reaktionen erhalten, gleichgültig, ob Schwangerschaft vorgelegen hat oder nicht. Auch bei 2 männlichen Harn mit einem spez. Gew. von 1030 hat Verf. eine positive Reaktion bekommen; ein Wiederholungsversuch bei niedrig gestelltem Urin (1004) ist negativ ausgefallen. Zwischen den spez. Gew. von 1012 und 1022 fallen die Reaktionen verschieden aus. Aber auch hier zeigt sich deutlich, daß mit steigendem spez. Gew. die positiven Reaktionen zunehmen, mit fallendem dagegen die negativen. Nimmt man, wie Verf. es getan hat, zur Untersuchung den konzentrierten Morgenharn, so bekommt man nicht selten positive Reaktionen auch bei Nichtschwangeren, nimmt man Harn nach reichlicher Flüssigkeitsaufnahme (Tee oder Kaffee), so tritt das Umgekehrte ein. Aber selbst, wenn man den Harn vor der Untersuchung auf ein bestimmtes spez. Gew. zwischen 1014 und 1022 bringt, läßt sich der Einfluß des spez. Gew. auf den Ausfall der Reaktion nicht in hinreichender Weise ausschließen. Verf. kommt daher zu dem Schluß, daß die chemische Schwangerschaftsreaktion nach Visscher und Bowman keinen brauchbaren Ersatz für die Reaktion nach Aschheim-Zondek darstellt.

Rossenbeck (Gießen).

**Ošťadal, Bohuslav: Chemische Schwangerschaftsreaktion nach Visscher-Bowman.** (*Gynäkol. Abt., Univ.-Poliklin., Prag.*) Zbl. Gynäk. 1937, 266—268.

Von einzelnen Nachprüfern der Visscher-Bowmanschen Schwangerschaftsreaktion (Menken, Dolff und Wiesener) wurde angenommen, daß es sich bei dieser Reaktion um den chemischen Nachweis des im Harn der Schwangeren in vermehrter Menge vorhandenen Hypophysenvorderlappenhormons handele. Da die richtigen positiven Resultate 93% betrugen, so müßte die Reaktion durch ihre hohen Richtigkeitsprozente der Aschheim-Zondekschen Reaktion gleichwertig und durch die Einfachheit ihrer Durchführung sogar noch überlegen sein. Verf. konnte nun den Nachweis bringen, daß der positive Ausfall der Visscher-Bowmanschen Schwangerschaftsreaktion im Harn nicht auf der Anwesenheit von Hypophysenvorderlappen-

oder anderweitiger Hormone beruht, sondern wahrscheinlich bedingt ist durch die Anwesenheit von Kohlehydraten, insbesondere Lactose, die ja bei fortgeschrittener Schwangerschaft fast stets in wechsellnd großer Menge im Harn sich finden. Nach den Untersuchungen des Verf. beweist das positive Ergebnis einer Visscher-Bowmanschen Schwangerschaftsreaktion im Harn mit 88% Wahrscheinlichkeit das Vorliegen einer Schwangerschaft. Negative oder unbestimmte Resultate bleiben für die Diagnostik wertlos. Mit dieser Begrenzung und mit dem Bewußtsein, daß es sich um keine spezifische hormonale Methode handelt, ist die genannte Reaktion nach Ansicht des Verf. praktisch verwendbar. *Rossenbeck* (Gießen).

**Giudici, Emilio:** *Sulla diagnosi e sulla patogenesi della retroversione uterina traumatica.* (Diagnose und Pathogenese der traumatischen Gebärmutter-Retroversio.) (*Reparto Maternità, Osp. di Circolo, Varese.*) *Monit. ostetr.-ginec.* 8, 475—486 (1936).

Bei einer 30jährigen Bauersfrau, die seit 8 Jahren ohne Nachkommenschaft verheiratet ist, stellte sich durch Fallen nach vorn unter starken Blutungen aus den Genitalen und Schmerzen im Unterleib und in der Kreuzgegend eine Gebärmutter-Retroversio ein, die nach Bettruhe und Ergotineinspritzungen in 4 Tagen behoben wurde. Der hypoplastische Uterus kehrte spontan in seine physiologische Lage zurück. Daß es sich um eine nicht vorherbestehende, sondern durch den Fall hervorgerufene Retroversio gehandelt hat, erhellt neben der plötzlichen und nicht auf andere Weise erklärbaren Blutung und besonders aus dem von Raaflaub angegebenen Zeichen (Schmerzhaftigkeit der Leistengegend, hervorgerufen durch die Spannung der Ligamenta rotunda an ihrem Ansatzpunkt). Die Friedmannsche Reaktion war negativ, so daß ein Abort fast mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. In diesem Fall kann als prädisponierende Ursache der Beruf und die Hypoplasie der Gebärmutter angenommen werden.

*Brückmann* (Florenz).

**Dreyfus, Jules R.:** *Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate mit Uterus-perforation und Gasbrandsepsis. Zugleich Fettembolie nach intravenöser Einverleibung von Campheröl.* (*Chir. Abt., Hôp., La Chaux-de-Fonds.*) *Wien. med. Wschr.* 1937 I, 541—542.

Einleitend weist Verf. auf die Zunahme der kriminellen Fruchtabtreibungen durch die Arbeitslosigkeit und Armut im Gebiet der schweizerischen Uhrenindustrie hin, berichtet sodann über einen Fall, mit dem im Titel der Arbeit angegebenen Tatbestand.

18jähriges Mädchen, seit dem 12. Jahr unregelmäßige Periode, zuletzt am 7. IV. 1934. Wegen Annahme, schwanger zu sein, Selbsteinspritzungen von Seifenwasser in die Gebärmutter am 5. VII. Am 6. VII. angeblich Fruchtabgang, danach etwas geronnenes Blut. An den folgenden Tagen leichte Blutung; um ganz sicher zu gehen, 2. Einspritzung von Seifenwasser am 12. VII. Danach stärkere Blutung (schwärzliches Blut), Schmerzen im Unterleib, am 16. VII. Arztbesuch, Fieber und Schüttelfrost. Einweisung ins Krankenhaus wegen beginnender Sepsis. Dortiger Befund: Schmerzhaftigkeit des Unterleibes auf Druck in der Mitte und zu beiden Seiten, schwarzer Ausfluß, vergrößerter Uterus, Schüttelfröste, 40,7° Temperatur, Cyanose, schwarzbrauner spärlicher Urin, am 22. VII. 5 ccm 10proz. Campheröl zu der intravenösen Dauer-Tropfinfusion durch die Schwester wegen rascher Verschlechterung des Pulses. Durch den Arzt dann Cardiaca, eine halbe Stunde nach der Camphergabe wurde Patientin citronengelb, dann trat Schwellung des rechten Oberschenkels und der linken Hand auf. Tod am 22. VII. abends. Autopsie (wann? Ref.): Fibrinbelag der untersten Darmschlingen, Ikterus der Herzmuskulatur, zahlreiche kleine Gasbläschen in Herzmuskel, Leber, Milz. Perforation an der Hinterwand des Uterus nahe dem Fundus mit Nekrose und eitriger Phlegmone der Umgebung. Histologischer Befund am Uterus entsprechend, reichlich Fett in Arteriolen und Capillaren der Lungen, außerdem pneumonische Herde. Im Uterus weder Decidua noch Chorionzotten nachweisbar. Kein Corpus luteum graviditatis. Nachweis des Fränkelschen Gasbaciillus.

Berücksichtigung der einschlägigen Literatur, sonst nichts Neues. Die Fettembolie wird auf die Campherinjektion zurückgeführt und nicht als kadaveröse angesehen. Bedauerlich ist das Fehlen der Zeitangabe bezüglich der Sektion. *Walcher.*

**Mélinos, I. C.:** *L'examen histologique de l'utérus après avortement.* (Die histologische Untersuchung der Gebärmutter nach einem Abort.) (*21. congr. internat. de*

*méd. lég. et de méd. soc. de langue franç., Paris, 24.—27. V. 1937.) Ann. Méd. lég. etc. 17, 603—680 (1937).*

Der Verf. gibt an Hand von 13 Mikrophotographien eine gute zusammenfassende Darstellung der Histologie des Uterus zur Zeit der Menstruation, der Schwangerschaft und nach einem Abort. Bei der histologischen Untersuchung nach einem Abort wird besonders bei Fehlen von ganzen Zotten in der Decidua basalis auf die fetalen, unter Umständen noch monatelang vorhandenen, chorialen Zellen, die sog. „Wanderzellen“, welche früher von der Zottenoberfläche in der Placentargegend in die Schleimhaut einwanderten, hingewiesen (nach Robert Meyer, Berlin, wandern sie bekanntlich nicht, sondern dringen nur durch dauerndes Zellwachstum vor!). Diese rundlichen, oft aber auch eckigen, spindeligen oder ovalen, manchmal mehrkernigen Zellen sind für eine vorausgegangene Gravidität charakteristisch und sind von den Decidualzellen durch ihre dunklen, chromatinreichen Kerne deutlich zu unterscheiden. Am längsten erhielten sich derartige große Zellen in der Wand hyaliner Gefäße (Schickele), besonders der kleinen Arterien. Eduard Kaufmann nennt sie „Zeugen einer vorausgegangenen Gravidität“. Am reichlichsten ist diese chorale Zellinvasion im 3. bis 6. Monat. — Auf den großen Wert von Auskratzen als Beweismittel nach Aborten und ihre eingehende histologische Untersuchung sowie auf histologische Untersuchung des Uterus nach Obduktionen von Abtreibungsfällen wird besonders hingewiesen. Zum Schluß wird an Hand des neueren Schrifttums das ganze Abtreibungsproblem kurz abgehandelt. Leider stören einige häßliche Druckfehler bei den Literaturangaben und der unscharfe Druck der Photographien, den man bei ausländischen Arbeiten bedauerlicherweise so häufig findet.

*Rudolf Koch (Münster i. W.).*

**Kernbach, M., und V. Hurghişiu: Septischer Spontanabortus und seine gerichtlich-medizinische Bedeutung.** Arch. Inst. Med. leg. Univ. Cluj 81—90 u. dtsch. Zusammenfassung 91 (1936) [Rumänisch].

In der gerichtlich-medizinischen Praxis begegnen wir fast ausschließlich dem septischen Abortus. Ein infizierter Uterus oder eine Infektion uterinen Ursprungs beweist fast immer eine kriminelle Handlung, eine äußere Intervention. Vom klinischen Standpunkt aus werden die septischen Spontanaborte endogenen und exogenen Ursprungs wohl differenzierbar sein. Die Fälle erscheinen selten, und wir haben Gelegenheit, eine Reihe von septischen Spontanaborten mitzuteilen, die durch ihren anatomisch-pathologischen Aspekt in gleicher Weise die gerichtliche Medizin und die Geburtshilfe interessieren. Wir unterscheiden folgende Formen: 1. Septische Spontanaborte anoxiellen Ursprungs. Eitrige Erkrankungen der Eileiter und der Eierstöcke können nicht nur zu lokalisierten oder generalisierten Infektionen, sondern auch zur Unterbrechung der Schwangerschaft führen. Von dieser Form haben wir folgende 2 Fälle beobachtet: a) Pyoovar, Peritonitis und Spontanabortus und b) Pyoovar, Pyosalpinx, krimineller Abortus und generalisierte Peritonitis. In diesem letzteren Falle, obwohl der Abortus nicht spontan entstand, stand der Tod dennoch mit einer vor der Unterbrechung der Schwangerschaft bestandenen Erkrankung im Zusammenhang. 2. Septischer Spontanabortus infolge einer Sepsis. Dieser Abortus ist genügend bekannt. Die Mehrzahl der Infektionskrankheiten können auf dem Blutwege eine Unterbrechung der Schwangerschaft bedingen, mit oder ohne Infektion der Uterushöhle. Wir begegneten einem Spontanabortus nach Typhus und einem nach einer Pneumonie. Ein letzter, besonderer Fall ist ein septischer Spontanabortus, der als Ausgangspunkt eine an der Hand lokalisierte Phlegmone hatte.

*Kernbach.*

**Tanberg, Andreas: Ist der habituelle Abort eine Ernährungskrankheit?** Nord. med. Tidskr. 1936, 1785—1787 [Norwegisch].

Es ist in den norwegischen Felsentälern eine alte Erfahrung, daß die Fruchtbarkeit der Haustiere gegen den Frühling hin abnimmt, um wieder erhöht zu werden, wenn die Tiere auf die Weide getrieben werden. Von der Voraussetzung ausgehend, daß sich also in den grünen Blättern ein Stoff findet, welcher von Belang für die Fruchtbarkeit

ist, hat Verf. bei 6 Patientinnen, welche im voraus mindestens 2 Fehlgeburten gehabt haben, mit Erfolg eine Diät mit reichlicher Zufuhr von grünen Blättern (Salat, Spinat, Grünkohl) und Frucht sowie  $\frac{3}{4}$  l Milch angewandt. Im ersten Fall (1928/1929) trat jedoch zuerst noch eine Fehlgeburt ein, vielleicht weil die Schwangerschaft zu früh nach Beginn dieser Diät eintrat. In den letzten 5 Fällen ist außer der Diät noch Weizenkeimöl gegeben worden. Bei Sterilität hat Verf. keine Wirkung von Weizenkeimöl wahrgenommen (2—3 Fälle). Alle 6 erwähnten Frauen gehörten Gesellschaftskreisen an, wo man nicht an eine Mangelkrankheit denken würde, und dies scheint nur noch rätselhafter, wenn man die außerordentliche Fruchtbarkeit in Betracht zieht, die man innerhalb der am schlechtesten gestellten Gesellschaftsschichten wahrgenommen zu haben glaubt („Proletarierfruchtbarkeit“). Axel Olsen (Aarhus).

**Margraf, C.: Änderungen in der Anzeigestellung zur Unterbrechung der Schwangerschaft.** Ber. physik.-med. Ges. Würzburg, N. F. 60, 26—27 (1937).

Bei Durchsicht des Krankengutes aus den Jahren 1923—1934 der Würzburger Universitäts-Frauenklinik hat sich herausgestellt, daß Schwangerschaftsunterbrechungen aus medizinischer Indikation von 1930—1934 wesentlich weniger ausgeführt worden sind als in den Jahren 1923—1930. Diese Einschränkung erklärt Margraf aus der Erkenntnis, daß der belastende Einfluß der Schwangerschaft auf bestehende Krankheitsprozesse früher wesentlich überschätzt wurde. Bei der Lungentuberkulose bilden die alten inaktiven Formen keine Indikation mehr zur Unterbrechung, bei den Herzkrankungen ist der Funktionszustand, nicht der anatomische Befund maßgebend. Die Schwangerschaftsunterbrechung bei der Pyelitis gravidarum ist eine Seltenheit geworden. Insbesondere aber ist es gelungen, bei der Hyperemesis gravidarum selbst in toxischen Fällen mit Ikterus jede Unterbrechung zu vermeiden. Hansen (Rostock).

**Brunner, C.: Die Schwangerschaftsunterbrechung nach psychiatrischer Indikation.** (Geburtsh.-Gynäkol. Abt., Kantonsspital, Winterthur.) Helvet. med. Acta 4, 131—148 (1937).

Verf. betont als Nichtpsychiater die Berechtigung der psychiatrischen Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung. Er hat zwischen 1928 und 1934 im Kantons-spital Winterthur 73 Unterbrechungen aus psychiatrischen Gründen vorgenommen, nachdem vorher die Zürcher psychiatrische Poliklinik ihr Urteil über die Fälle abgegeben hatte. Es finden sich darunter 46 Psychopathien, 12 Schizophrenien, 1 Epilepsie, 6 Debile und 8 noch unter 15 Jahre alte Schwangere. Von den 73 Fällen hat es sich nur 10mal um ledige Patientinnen gehandelt. Trotzdem Verf. die erbprognostischen Ziffern ausführlich zitiert und selbst betont, daß diese Zahlen aufhorchen lassen, will er eine eugenische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung doch nicht anerkennen. Die eugenischen Faktoren sollen, gleich wie die sozialen, keine ausschlaggebende Rolle spielen. In 58 Fällen wurde die Schwangere gleichzeitig sterilisiert. Verf. verlangt, daß alle zur Unterbrechung kommenden Fälle vorher fachärztlich begutachtet werden sollten. Brugger (Basel).

**Talamo, Pasquale: Ginecologia sociale. Aborto eriminoso. Aumento del numero degli aborti spontanei. Natimortalità.** (Soziale Gynäkologie. Krimineller Abort. Zunahme der Zahl von natürlichen Aborten.) Riv. Ostetr. 19, 14—20 (1937).

Nicht neuartige, aber mit Verstand und Klugheit dargestellte Betrachtungen.

Romanese (Turin).

**Perrando, Gian Giacomo: Contrasti fra ostetricia e sentimento religioso. Nota deontologica.** (Widersprüche zwischen Geburtshilfe und religiösem Gefühl.) Zaccchia 1, 1—8 (1937).

Die kirchliche Embryologie und die katholische Medizin sind nicht ohne Widerstände gegenüber einigen aktuellen klinischen und deontologischen Erfordernissen. Unter anderem behandelt der Autor z. B. den therapeutischen Abort. Wie bekannt ist, läßt die katholische Kirche, auch durch ausdrückliche Bestätigung auf jüngsten Kongressen, in keinem Fall den Abort zur Rettung der Mutter zu, auch nicht, wenn es sich



um indirekten Abort handelt, oder sei es Abort, der auf Operationen indirekter Verordnungen folgt. Die Kirche betrachtet die Frucht der Empfängnis, in welchem Stadium der Entwicklung sie auch sei, als ein mit Seele begabtes Wesen. Diesem das Leben zu nehmen ist nicht erlaubt, auch nicht wenn der Zweck gut ist. Der therapeutische Abort ist deshalb ein wirklicher Mord. Nun, wie sehr auch die wissenschaftlichen und klinischen Überzeugungen in beständigem Wechsel auch durch gefühlsmäßige und bevölkerungspolitische Einflüsse sind, ist es Tatsache, daß die geburtshilfliche Wissenschaft heute übereinstimmend nicht wenige Verordnungen zum therapeutischen Abort zur Rettung der Mutter zuläßt. Der streng gläubige katholische Arzt könnte Eingriffe dieser Art nicht zulassen. Der Autor erörtert in dieser Hinsicht das Problem der Verantwortlichkeit des katholischen Arztes, der den Eingriff verweigert, und schließt in dem Sinne, daß dieser Arzt, wenn auch gezwungen durch das eigene religiöse Gewissen, sich vom Abort fernzuhalten, dennoch nicht umhin kann, den Familien den gegenwärtigen Stand der allgemeinen klinischen Erfordernisse vorzustellen, besonders gegenüber den nicht katholischen oder nicht streng gläubigen, so daß diese anderweitig handeln können nach ihren eigenen freien Überzeugungen. *Autoreferat.*

**Uyama, Yasuo:** Verlust des Sehvermögens im Anschluß an die Geburt. Chuo-Ganka-Iho 29, 37—40 u. dtsch. Zusammenfassung 37 (1937) [Japanisch].

Verf. berichtet über eine 27jährige Frau im 7. Schwangerschaftsmonat, die auf Grund einer Schwangerschaftsnier allgemeine Ödeme zeigte. Die Schwangerschaft wurde unterbrochen. Einige Stunden nach der operativen Entbindung plötzliche hochgradige Sehstörungen auf beiden Augen. Nach einem Monat konnte beiderseits Sehnervenatrophie festgestellt werden. Verf. sah Patientin 11 Monate nach der Schwangerschaftsunterbrechung zum ersten Male wieder und erhob folgenden Befund: Die Papillen weiß, Netzhautarterien fadendünn. Das Bild des Fundus war dem bei Embolie der Zentralarterien sehr ähnlich. Verf. hält es für wahrscheinlich, daß die Erblindung eine Folge des künstlichen Abortes sein könne.

*Bodeewes (Münster i. W.).*

**Nürnberg, L.:** Über depressive Zustände im Wochenbett und ihre Behandlung. (Univ.-Frauenklin., Halle a. d. S.) Schweiz. med. Wschr. 1936 II, 1170—1171.

Es ist für den praktischen Arzt und Geburtshelfer wichtig zu wissen, daß im Wochenbette gelegentlich depressive Störungen vorkommen, die sich durch Hypophysenvorderlappenextrakt beseitigen lassen. Diese leichten bis mittelschweren Depressionszustände werden meist nur bei genauer psychischer Prüfung erkannt. Ihre Prognose ist wohl auch ohne Behandlung eine gute. Sie können aber für die Kranken und ihre Angehörigen doch recht störend und beunruhigend sein, so daß die Möglichkeit, sie abzukürzen, doch eine gewisse praktische Bedeutung haben dürfte. Weitere Untersuchungen müssen lehren, ob auch die schweren depressiven Wochenbettpsychosen auf Hypophysenvorderlappenextrakt reagieren oder auf andere innersekretorische Drüsen evtl. ansprechen.

*Hüssy (Aarau).*

**Neresheimer:** Sturzgeburt und forensische Möglichkeiten. Münch. med. Wschr. 1937 I, 143.

Neresheimer schildert einen Fall von scheinbar verkannter Schwangerschaft mit nachfolgender Sturzgeburt in ein modernes Wasserklosett bei einem kleinen, mäßig begabten, 15jährigen Mädchen. Das Neugeborene konnte auf das Schreien des Mädchens von der hinzueilenden Mutter gerettet werden. Verf. weist auf die schwierige forensische Beurteilung hin, wenn das Kind nicht in ein modernes Wasserklosett, sondern in ein primitives Landklosett, das ohne zwischengeschalteten Siphon sofort in die Versitzgrube mündet, geboren worden wäre. Wahrscheinlich wäre dann die Kindesmutter und vielleicht sogar noch deren Mutter wegen Kindesmord angeklagt worden, denn kein Mensch würde den geschilderten Geburtsverlauf später nach Ausräumung der Grube geglaubt haben.

*Rudolf Koch (Münster i. W.).*

**Küstner, Heinz:** Interkraniale Verletzungen der Kinder in der Geburt. (Krankenheilanst. Bethanien, Leipzig.) Med. Klin. 1937 I, 221—223.

Von 7319 Neugeborenen waren totgeboren bzw. in der 1. Lebenswoche gestorben 6,17% (von den Spontangeburt 3,8%). Ein Schädeltrauma infolge des Mißverhält-

nisses zwischen dem Kopfe des Kindes und dem mütterlichen Becken konnte nachgewiesen werden bei 14 Kindern. In 6 weiteren Fällen handelte es sich um Lageanomalien (meist Beckenendlagen). Gerade bei Beckenendlage macht die Anpassung des Kopfes an den Geburtskanal Schwierigkeiten, so daß die Hinterhauptschuppe und die unteren Teile der Scheitelbeine auf den unteren Teil des Gehirns und die Gefäße gepreßt werden, wobei es leicht zu Schädigungen dieser Teile kommt. Unter den frühverstorbenen Neugeborenen finden sich besonders zahlreiche Frühgeburten. 1356 Kinder aus der oben genannten Zahl wurden durch geburtshilfliche Operation zur Welt gebracht. Von ihnen starben 16% (von den Frühgeborenen 71,8%). Besonders Erstgeborene älterer Frauen und mit der Zange entbundene Kinder finden sich häufiger unter den Todesfällen, welche auf Gehirnschädigung zurückzuführen sind. Im ganzen ist die Zahl solcher Todesfälle aber doch nicht erheblich. Beaufsichtigung der Schwangeren, sorgfältige Leitung der Geburt, und zwar vom Beginn an dürften die Zahl noch weiter absinken lassen. Solche hirngeschädigte Kinder durch therapeutische Maßnahmen am Leben zu erhalten, wird meist nicht möglich auch nicht so sehr zu erstreben sein, da diese Kinder in der Entwicklung später doch erhebliche Störungen aufweisen (Lähmungen, Wachstumsstörungen, geistige Defekte). *Jendralski (Gleiwitz).*

**Bernheim-Karrer, J.: Über Icterus gravis neonatorum.** (*Kanton. Säuglingsheim, Zürich.*) Schweiz. med. Wschr. 1937 I, 265—266.

Bei der Diskussion über die Ursachen des Icterus gravis neonatorum (I. g. n.) stehen sich 2 Auffassungen gegenüber: Keimanomalie oder Schwangerschaftsnoxe. Zur Abklärung dieser Frage können die beiden folgenden Fälle beitragen: bei einer Frau trat in der letzten Schwangerschaftszeit ein schwerer Ikterus mit hämorrhagischer Diathese und Nephropathie auf, verbunden mit einer starken Erythroblastose, die noch einige Tage nach der Geburt fortbestand. Das Kind zeigte eine noch hochgradigere Erythroblastose. Das Placentargewicht war auffallend groß. „Der I. g. n. ist das Spiegelbild des Schwangerschaftsikerus und demnach ebenfalls als Folge einer Schwangerschaftstoxikose aufzufassen. Das Gift ist myelo- und hepatotrop.“ — Im 2. Fall trat auch kurz vor der Geburt bei der Mutter ein toxischer Ikterus auf, verbunden mit einer beträchtlichen Ausschwemmung von unreifen weißen Zellen (Myeloblasten und Myelocyten) ins Blut. Das Kind hatte nur einen geringen Ikterus ohne Erythro- und Leukoblastose. Auch hier handelt es sich um einen Schwangerenikterus mit Betriebsstörung im Knochenmark. Beim Schwangerenikterus wie beim I. g. n. kann aber die Erythroblastose fehlen, dennoch gehören sie prinzipiell zusammen. Daß die Leber bei diesen Erkrankungen eine bedeutende Rolle spielt, geht daraus hervor, daß das Auftreten eines familiären I. g. n. durch Leberprophylaxe während der Schwangerschaft häufig vermieden werden kann. Auch der gewöhnliche Icterus neonatorum tritt bei Leberprophylaxe der Mutter seltener und schwächer auf. *Rehsteiner.*

**Péhu, M., R. Noël et H. Pigeaud: Le globule rouge du nouveau-né.** (Das rote Blutkörperchen des Neugeborenen.) (*Inst. d'Histol. et Clin. Obstétr., Univ., Lyon.*) Sang 11, 1—10 (1937).

Übersichtliche Darstellung des Verhaltens der Erythrocyten gesunder, ausgetragener Neugeborener in den ersten Lebenstagen. Unter Berücksichtigung der vielfachen Angaben der Literatur und eigener Befunde stellen Verff. folgende Leitsätze auf, die übrigens der üblichen Lehrmeinung völlig entsprechen: Der Neugeborene zeigt in den ersten Lebenstagen eine echte Polyglobulie. Die unmittelbar nach der Geburt sehr reichlich vorhandenen, unreifen Erythrocytenformen (vor allem polychromatophile und orthochromatische Erythroblasten) nehmen von Stunde zu Stunde deutlich ab. Hämoglobinwerte liegen stets über 100%, der Färbeindex über 1. Ferner besteht im Blute starke Anisocytose mit Makrocytose. Der Unterschied zwischen durchschnittlich kleinstem und größtem Erythrocytendurchmesser betrug nach Untersuchungen der Verff. an 10 gesunden Neugeborenen 6,43 Mikren. *E. Lorenz.*

**Muller, M., et Marchand-Alphant: Aspect histologique anormal de poumons de fœtus mort in utéro.** (Mikroskopischer anormaler Befund der Lungen toter Feten im

Uterus.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 12. IV. 1937.*) Ann. Méd. lég. etc. **17**, 528—536 (1937).

Verff. berichten von 2 Beobachtungen, in denen die Lungen Entfaltung zeigten. Sie fügen histologische Bilder bei, die diese Entfaltung zeigen. Sie sind der Ansicht, daß durch solche Entfaltung die Annahme der Atmung und des Gelebthabens in Frage gestellt sei. Verff. kennen die deutsche Literatur in dieser Richtung anscheinend nicht. Fraenckel und Weimann haben auf diese Tatsache hingewiesen und von dem Ref. sind eine Reihe von Untersuchungen ausgeführt, die zu dieser Frage Stellung nehmen. Es erübrigt sich deshalb, näher auf die Beobachtungen einzugehen. *Förster.*

**Naturwissenschaftliche Kriminalistik. Spurennachweis. Alters- und Identitätsbestimmungen.**

**Schlegel: Mord oder Selbstmord.** Arch. Kriminol. **100**, 18—26 (1937).

Beschreibung eines Falles von Selbsterhängen mit Fesselung der Hände unter Umständen, die an Mord denken ließen. Die Aufklärung brachte der Fund eines von der Schuhsohle des Toten stammenden Abdruckes an der Heubodenwand.

*v. Neureiter (Berlin).*

**Collins, J. V.: Der Mord in Baddegama.** (*Chem. Staatslaborat., Colombo.*) Arch. Kriminol. **100**, 40—45 (1937).

Es handelt sich um eine kasuistische Mitteilung über einen Mord durch Herzstich, bei dem der Täter durch Anzeigeerstattung den Verdacht auf eine andere Person abzuwälzen versuchte. Durch sorgfältige kriminalistische Untersuchungen am Tatort wurde aber der wahre Sachverhalt bald klargestellt und der wirkliche Täter überführt.

*Schrader (Halle a. d. S.).*

**Spiegel, Hans Wilhelm: Der Fall Näf. Mord und Versicherungsbetrug, Selbstmord oder Unfall?** Arch. Kriminol. **100**, 98—122 (1937).

Ausführliche Mitteilungen sämtlicher Indizien, die die Züricher Geschworenen im November 1934 veranlaßt haben, den Angeklagten Näf wegen Mordes, Betrugsversuches und Übertretung des Betäubungsmittelgesetzes zu lebenslänglichem Zuchthaus zu verurteilen.

*v. Neureiter (Berlin).*

**Hesselink, W. F.: Der Brand des Weinhausturms und des Museums zu Zutphen. Die Aufklärung einer Brandstiftung.** Arch. Kriminol. **100**, 68—77 (1937).

Verf. gelang es, die Brandstiftung auf Grund folgender Erwägungen zu beweisen: An einem Treppenabsatz des Nebenhauses wurde eine lokalisierte Brandstelle gefunden. Nun brennt aber Holz erst dann spontan, wenn es vorher großer Hitze ausgesetzt ist. Feuerwehrleute hatten während des Brandes festgestellt, daß am Anstrich der Treppe Blasen nicht zu beobachten waren. Bei großer Hitzeentwicklung sollen aber stets Blasen im Anstrich entstehen. Verf. schließt daraus, daß die Brandstelle am Treppenabsatz nicht infolge allgemeiner Hitzeeinwirkung entstanden sein kann, sondern daß hier mit Hilfe eines Brandmittels (Benzin) von fremder Hand ein Brand angelegt sein muß. Es fiel weiterhin auf, daß dieser Brandherd durch Aufstellung von alten Matratzen gegen Sicht von außen geschützt worden war. Diese Indizien reichten trotz Bedenken von Gegengutachtern zur Verurteilung des Beschuldigten aus.

*B. Mueller (Göttingen).*

**Kraft, B.: Ein Fall von Brandstiftung mit Zeitzündung.** Arch. Kriminol. **100**, 95—97 (1937).

Mitteilung einer Brandstiftung, wo eine Zeitzündung (brennende Kerze auf Brett montiert auf einem Strohhaufen) in einer durch die Löscharbeiten geretteten Scheune aufgefunden wurde, während das Wohnhaus niederbrannte. Es muß demnach bei Bränden nicht nur im Brandschutt nach Beweisstücken für eine Brandstiftung gesucht werden, sondern auch in unversehrten Gebäudeteilen oder anliegenden Gebäuden. Durch kriminalistische Untersuchungen an dem Kerzenmaterial der Zeitzündung sowie Kerzenspuren in der Werkstatt des verdächtigen Besitzers gelang die Über-