

**Bürger-Prinz, H.: Gedanken zum Problem der Homosexualität. II. Mitt. Mschr. Kriminalbiol 30, 430—438 (1939).**

In dieser 2. Mitteilung (vgl. diese Z. 31, 79) betont Verf. zunächst einmal, daß man nicht von Homosexualität sprechen sollte, wenn die Probleme, die die Homosexualität vor allem forensisch aufgibt, erörtert würden, sondern lediglich von gleichgeschlechtlicher Betätigung, da dann vermieden würde, „sofort in das alte Schema: angeboren oder erworben“ hineinzugleiten. Es sei notwendig, sich ein völlig freies Blickfeld zu bewahren und vorgefaßte Meinungen und Urteile außer acht zu lassen. Von der Analyse des Einzelfalles sei nichts Erkenntnisförderndes zu erwarten. Dagegen seien aus neueren Zeiten die Arbeiten von v. Gebtsattel bedeutungsvoll, die auf sexualpathologischem Gebiet zu anthropologischen Gesichtspunkten durchgedrungen seien. Der Blick müsse auf die Gesamtheit der Erscheinungen gerichtet sein. Es wird dann darauf hingewiesen, daß homosexuelle Betätigung grundsätzlich mit Kriminalität auf anderen Gebieten nichts zu tun habe, und daß Verf. Häufigkeitsbeziehungen zu bestimmten Körperbautypen nicht annehmen zu können glaubt. Auch „aus Anomalien des Haaranwuchses oder der Fettverteilung usw. auf innersekretorische Vorbedingungen zu homosexueller Betätigung zu schließen“, scheint ihm nicht richtig. Homosexuelle Beziehungen seien kennzeichnend für die sexuelle Vereinsamung, das Zentrale bleibe der eigene Lustgewinn, also eine erweiterte Selbstbefriedigung. Drei Möglichkeiten der Gruppenbildung durch homosexuelle Betätigung werden erwähnt. Einmal tritt die gleichgeschlechtliche Betätigung sekundär auf bei Menschen von bestimmter Lebenshaltung, die sich zusammen finden. Ein andermal finden gleichgeschlechtlich sich Betätigende sich im Verfolg ihres Anderseins zusammen (Klub). Drittens liegt das Schwergewicht der Gruppenbildung auf anderen Momenten, während die gleichgeschlechtlichen Beziehungen lediglich nebenhergehen. Eine außerordentliche Gefahr läge hinsichtlich der Verführung Jugendlicher für die Aufnahme gleichgeschlechtlicher Beziehungen in jedem Vertrauens- und Bekanntheitsverhältnis. Herauszustellen ist die Ansicht des Verf., daß alles, was bis heute über die Vererbung der Homosexualität gesagt ist, ihm unverbindlich und lediglich statistisch erscheint. Eine besonders erhebliche Bedeutung für gleichgeschlechtliche Betätigung schreibt Verf. dem Alkohol zu, der die notwendige Atmosphäre der Vertrautheit usw. schaffe. Die Vertrautheit des eigenen Geschlechts bei der Aufnahme geschlechtlicher Beziehungen vom Verführer und Jugendlichen lasse die Jugendlichen ihre eigenen Schamhemmungen völlig aufgeben. In seinen weiteren Ausführungen weist Verf. auf den Süchtigkeitscharakter der gleichgeschlechtlichen Betätigung hin, die diese mit allen anderen paraphilen Erlebnisweisen gemein habe. Die Arbeit ist insofern anregend, als sie andere Wege geht als die naturwissenschaftlich-statistische Arbeitsrichtung, die gerade von der modernen Erblichkeitsforschung für die naturwissenschaftliche Erkenntnis der Homosexualität entschiedene Fortschritte erwartet. Ref. ist allerdings der Ansicht, daß uns die naturwissenschaftliche Forschung weiterbringen wird als ein mehr psychologisch-spekulativ ausgerichtetes Erkenntnisstreben.

Rodenberg (Berlin-Dahlem).

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

**Mukuda, T., and K. Horie: Menarche and sterility. (Menarche und Sterilität.) (Obstetr. a. Gynecol. Inst., Imp. Univ., Kyoto.) Jap. J. Obstetr. 22, 190—194 (1939).**

Von 375 Patienten mit primärer Sterilität trat die Menarche durchschnittlich mit 14 Jahren und 11,1 Monaten ein, während der normale Menarcheeintritt in Japan mit 14 Jahren und 8 Monaten vonstatten geht. Die Häufigkeit der Sterilität erhöht sich nicht bei den Fällen, in denen die Menarche bis zum 17. Lebensjahr verspätet eintritt. Jedoch bei einer Menarche nach dem 17. Lebensjahr erhöht sich die Sterilitätshäufigkeit wesentlich. Tritt die Menarche unterhalb des physiologischen Zeitraumes von 13—17 Jahren ein, so ist ebenfalls, wenn auch eine geringere prozentuale Sterilität vorhanden.

Effkemann (Düsseldorf).

---

**Riebold, Georg: Die Berechnung der Länge des mensuellen Cyclus.** Zbl. Gynäk. 1939, 1387—1401.

Die Bestimmungen der physiologischen Woche an Hand einer längeren Beobachtungsreihe hat der Berechnung der Länge des mensuellen Cyclus vorauszugehen. Der Cyclus beträgt ein Vielfaches dieser physiologischen Woche. Normalerweise beobachten wir 4wöchige Cyclen von 26—28—30,5—33,2 und 36,5 Tagen, die aber durch eine Phasenverschiebung für kürzere oder längere Zeit gelegentlich nur einmalig, gelegentlich für ganze Jahre durch 3wöchige Cyclen von 19,5—21—23—25—27,3 Tagen unterbrochen werden. Diese Phasenverschiebung, diese Rhythmusstörung, dieser Taktwechsel aus dem  $\frac{4}{4}$ - in den  $\frac{3}{4}$ -Takt erfolgt nicht immer durch unmittelbares Überspringen aus dem  $\frac{4}{4}$ - in den  $\frac{3}{4}$ -Takt, sondern gelegentlich durch ein allmähliches Übergehen, durch allmähliche Verkürzung bzw. Verlängerung der einzelnen Intervalle um halbe Wochen oder um Tage. In diesen Fällen ist die Phasenverschiebung nicht ohne weiteres als solche zu erkennen. Die Ausführungen richten sich gegen Knaus, der nur mehr einen z. B. 23—27 tägigen oder 29—33 tägigen Cyclus anerkennen will, womit nach seiner Meinung das Minimum und Maximum der Jahresschwankung des Cyclus klar zum Ausdruck gebracht werden soll: Die Rieboldsche Theorie zu widerlegen, ist jedoch noch von keiner Seite an der Hand längerer Menstruationszeiten versucht worden. (Knaus, vgl. diese Z. 32, 63.) *W. Rübsamen* (Dresden).,

**Burger, Karl, und Imre Korómpai: Die Bewertung der Berechnung des Geburstermines nach Naegele auf Grund unserer heutigen Kenntnisse.** (II. Frauenklin., Univ. Budapest.) Zbl. Gynäk. 1939, 1290—1298.

Bei 5000 Geburten von Kindern, die mindestens 47 cm lang und 2600 g schwer waren, wurde der Geburtstermin nach der Naegeleschen Regel berechnet und in Beziehung gesetzt zum Menstruationscyclus. Bei 28 tägigem Cyclus trat die Geburt in 53,4% der Fälle früher als der Naegelesche Termin ein. Bei 28 tägigem Cyclus beträgt die durchschnittliche Schwankungsbreite der ausgetragenen Schwangerschaft 21,7 Tage. Bei kürzerem Cyclus kommen 31 tägige oder längere Verspätungen gar nicht vor, bei 28 tägigem Cyclus in 0,9%, bei längerem Cyclus in 4,6%. Die Zahl der mehr als 31 Tage vor dem erwarteten Termin erfolgten Geburten erreichte bei kürzerem Cyclus 8,7%, im Gegensatz zu den bei 28 tägigem Cyclus gefundenen 6,1% und bei den längeren Cyclen beobachteten 0,44%. Die Schwangerschaftsdauer der Frauen mit kürzerem Cyclus ist somit kürzer, der Frauen mit längerem Cyclus länger. Die Frauen mit kürzerem Cyclus gebären in kürzerer Zeit besser entwickelte Kinder als die Frauen mit längerem Cyclus. In Anbetracht dessen, daß die Schwangerschaft in der Mehrzahl der Fälle, von der letzten Menstruation gerechnet, 267,6 Tage dauert, könnte bei den Frauen mit kürzerem als 23 tägigem Cyclus der Zeitpunkt der Geburt stets nach der Naegeleschen Regel so errechnet werden, daß man vom 1. Tage der letzten Menstruation nur 3 Monate zurückrechnet. Man könnte sogar, wie der Verf. vorschlägt, eher noch 6 Tage außerdem abziehen. Wenn bei solcher Zeitbestimmung z. B. bei 21 tägigem Cyclus und der hierbei die Regel bildenden kurzen Tragzeit der 290. Tag überschritten wird, dann ist eine Übertragung sehr wahrscheinlich. Umgekehrt wird es sich empfehlen, bei 34 tägigem oder längerem Cyclus in Anbetracht der hierbei verlängerten Tragzeit zu den zurückgerechneten 3 Monaten etwa 14 Tage hinzuzuzählen. Die Frage der Übertragung ist bei dieser Gruppe zurückhaltender zu beurteilen, da in der Mehrzahl der Fälle die Normaldauer der Schwangerschaft 292 Tage (in 60,9% der Fälle) beträgt. Wenn sich dies Verhalten bei weiteren Nachprüfungen bestätigen sollte, müßte es in fachärztlichen Gutachten berücksichtigt werden. Der Praktiker kann die Berechnung nach der Naegeleschen Regel unter Berücksichtigung des Cyclus beibehalten.

*H. Fuchs* (Posen).,

**Ehrhardt, Karl: Atmet das Kind im Mutterleib?** (Eine röntgenologische Studie.) (Univ.-Frauenklin., Frankfurt a. M.) Münch. med. Wschr. 1939 I, 915—918.

Zum Problem der intrauterinen Atembewegungen der Frucht bringt Ehrhardt

einen neuen, sehr interessanten Beitrag. Bei seinen Studien über die intrauterine Trinkfunktion des Fetus, die einwandfrei bewiesen ist, beobachtete Ehrhardt häufig eine ausgesprochene Thorotrastverschattung der fetalen Lungen. Offenbar hat also eine Aspiration des künstlich mit Thorotrast gemischten Fruchtwassers stattgefunden. In Anbetracht der damit verbundenen starken Verdünnung des Kontrastmittels mußte ähnlich wie im Magen-Darmkanal ein aktiver Entmischungsprozeß zwischen Fruchtwasser und Thorotrast sich abgespielt haben, der zu einer Konzentration des Kontrastmittels führte. Dabei ist eine gewisse Zeitdauer zwischen Thoriuminjektion und Schwangerschaftsunterbrechung (24—48—72 Stunden) erforderlich. Auch dafür konnten vom Verf. teils tierexperimentelle, teils klinische Beweise (gelegentlich von medizinischen und eugenischen Schwangerschaftsunterbrechungen) erbracht werden. Zum Schluß weist Verf. auf die Priorität der Erkenntnis von Ahlfeld hin, der die intrauterine Atmung der Frucht schon vor 50 Jahren gegenüber einer geschlossenen Ablehnungsfront vertrat, und sagt sehr richtig, „daß der klinische Blick und die gute Beobachtungsgabe eines genial veranlagten Arztes biologische Zusammenhänge und Erkenntnisse zu sehen und zu ahnen vermögen, deren Erfassung durch die sog. „exakten Untersuchungsmethoden“ erst nach Jahrzehnten oder gar nach Jahrhunderten möglich ist.“ *H. Fuchs.* <sup>oo</sup>

**Maklin, Madge Thurlow:** *Erythroblastosis foetalis as a cause of fetal mortality.* (Fetale Erythroblastosis als Ursache fetaler Mortalität.) (*Med. School, Univ. of Western Ontario, London.*) *Amer. J. Obstetr.* 38, 14—27 (1939).

Es werden zwei und möglicherweise ein dritter Fall von Erythroblastosis foetalis beschrieben. Es waren äußerlich normale, ausgetragene oder fast ausgetragene Säuglinge. In zwei dieser drei Fälle wurde durch die Sektion einwandfrei Erythroblastosis foetalis festgestellt, obgleich der Geburtshelfer die Säuglinge als normal bezeichnete. Es wird angenommen, daß dies die Ursache für viele Totgeburten sein kann, die deshalb nicht erkannt wird, da sie keine äußeren Erscheinungen, wie Hydrops oder Gelbsucht, verursacht. Verf. ist der Ansicht, daß der Tod des Kindes auf die mangelnde Erkenntnis seitens des Geburtshelfers zurückzuführen ist. Falls der Geburtshelfer weiß, daß die Mutter bereits Kindern mit Erythroblastosis das Leben schenkte, könnten manche dieser Kinder durch rechtzeitige Einleitung von Wehen, gefolgt durch Bluttransfusion, gerettet werden. Verf. fordert, alle Totgeburten sowie Frühgeburten und äußerlich normale, ausgetragene Kinder, die kurz nach der Geburt sterben, einer genauen pathologischen Untersuchung zu unterwerfen. *Halbertsma* (Haarlem). <sup>oo</sup>

**Gänssler, Eduard:** *Kritische Betrachtungen der Sektionsbefunde bei Abtreibungen nach dem Leichenmaterial des Ger.-Med. Instituts München von 1927—1937.* München: Diss. 1939. 59 S.

72 der gerichtlichen Sektionen in Abtreibungsfällen mit polizeilichen Ermittlungen, die 1927—1937 im Institut für gerichtliche Medizin in München ausgeführt wurden, führten zu gerichtlichen Verfahren, die in 49 Fällen eingestellt wurden. In 23 Fällen wurde das Verfahren eröffnet, und in 20 Fällen erfolgte Verurteilung. Verf. berichtet nach dem Ergebnis der Leichenöffnungen über die bekannten Reaktionen des Organismus auf die verschiedenartigen Eingriffe, die vorgenommen wurden, um die Abtreibung zu erzielen. Es wird weiter versucht, Möglichkeiten zu finden, um nicht kriminell verursachte Fehlgeburten mit Todesfolge aus den Ergebnissen der Leichenöffnungen als solche zu erkennen. *Schackwitz* (Berlin). <sup>oo</sup>

**Rüther, H.:** *Pathogene Keime und Kriminalität beim septischen Abort?* (*Univ.-Frauenklin., Leipzig.*) *Zbl. Gynäk.* 1939, 1857—1863.

Auf Grund exakter bakteriologischer Untersuchungen wird der Versuch gemacht, die Frage des Zusammenhangs des Keimgehaltes der Scheide mit einer wahrscheinlichen Kriminalität zu klären. Es läßt sich mit Sicherheit sagen, daß der größte Teil der kriminellen fieberhaft verlaufenden Aborte ektogen infiziert ist. Stellt man die Keimverhältnisse von Abort und Wochenbett einander gegenüber, so ergibt sich eine Gleichheit, obwohl die Mortalität beim Abort 10fach höher ist als nach rechtzeitiger

Entbindung. Für die Beurteilung des kriminellen Abortes kann der unmittelbare Zusammenhang zwischen Erstauftritt von Temperatur mit dem Eingriff angesehen werden. Als wesentlicher Faktor wird ebenfalls der Zusammenhang zwischen Blutungsanamnese und Fieber bezeichnet. Reinkulturen pathogener Keime bei kurzer Blutungsanamnese bestätigen den Verdacht eines Abtreibungsversuches. Überwiegen dieser Keime und sofortiger Temperaturanstieg nach kurzer Blutung machen eine ektogene Infektion wahrscheinlich. Die bakteriologischen Studien ergaben, daß der Fränkelsche Gasbacillus, die Streptokokken- und Staphylokokkengruppen und Colibakterien heute eine wesentliche Rolle spielen und die Häufigkeit der Fränkelschen Gasbrand- und anaeroben Streptokokkeninfektion abgenommen hat. Einen Rückschluß vom Keimgehalt der Scheide beim fiebigen Abort auf dessen kriminelle Entstehung zu ziehen, ist nur indirekt und ohne Beweiskraft möglich. *Giesen (Berlin).*

**Wolf, Willi: Die Körperlänge als Reifezeichen der Zwillinge.** (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 1, 570—573 (1939).

Wolf hat 160 verwertbare Zwillingssgeburten darauf untersucht, ob, wie in einem Vaterschaftsprozeß behauptet wurde, die Länge der ausgetragenen Zwillingskinder immer kleiner sei als die von Einlingen. Er kommt zu dem Schluß, daß zur Beurteilung der Reife am besten die Länge des schwereren Kindes herangezogen werde, da die kleineren Kinder gewöhnlich sehr große Schwankungen im Gewicht aufweisen. Die Durchschnittslänge des größeren Zwillingskindes nach 261—280 tägiger Tragdauer schwankt zwischen 46 und 52 cm; sie beträgt im Durchschnitt 49 cm. Es besteht also kein wesentlicher Unterschied gegenüber Einlingen. Aus den bisher vorliegenden, nicht sehr großen Zahlen hat sich nebenbei die merkwürdige Tatsache ergeben, daß Zwillingskinder bis zum 8. Monat größer sind als entsprechende Einlinge.

*T. Antoine (Wien).*

**Rusch, Hanspeter: Schädeltrauma und praktische Geburtshilfe.** (*Univ.-Frauenklin., Gießen.*) *Arch. Gynäk.* 169, 220—247 (1939).

Ausgehend von der Frage, ob die Häufigkeit des kindlichen cerebralen Geburtstraumas eine Revision altbewährter geburtshilflicher Grundsätze erfordert, untersucht Verf., wie häufig an dem Material der Gießener Frauenklinik tatsächlich Schädeltraumen als Todesursache bei Neugeborenen vorkommen. Die Bedeutung, die von Kinderärzten und Pathologen dem Schädeltrauma als Todesursache zugemessen wird, wird als übertrieben abgelehnt. Jedenfalls gibt es pathologisch-anatomisch nachweisbare Hirnschäden, ohne daß die Kinder daran sterben bzw. tote Kinder mit Hirnläsionen, die an anderen Ursachen gestorben sind. Das gilt vor allem für Frühgeburten. Von den durch Sektion kontrollierten gestorbenen Frühgeburten bis 2500 g der Gießener Klinik wiesen nur 6,3% eine größere Hirnblutung auf. Bei der allgemeinen schlechten Prognose der Frühgeburten rechtfertigen die wenigen überhaupt überlebenden Frühgeburten nicht eine eingreifende Neuorientierung der Geburtsleitung, die sich nur in einer stärkeren Belastung der Mütter auswirken würde. — Die Beurteilung der Häufigkeit des Schädeltraumas beim reifen ausgetragenen Kind ist ebenfalls vielfach erschwert. Die Angaben über Spätschädigungen nach Schwergesetzgebungen schwanken in weiten Grenzen. Die klinische Symptomatologie des Schädeltraumas ist unsicher. Verf. fand unter 4630 ausgetragenen lebenden Kindern nur 11, d. h. in 0,23% Zeichen eines Schädeltraumas. Für gewöhnlich ist das Schädeltrauma Folge einer schweren Gewalteinwirkung, kann aber — wie 2 zitierte Fälle beweisen — auch nach Kaiserschnitt und Spontangeburt auftreten und tödlich enden. Von 341 toten ausgetragenen Kindern waren 65 vor Beginn der Geburt abgestorben, bei weiteren 196 ließ sich klinisch und durch die Sektion mit Sicherheit ein Schädeltrauma als Todesursache ausschließen, nur in 82 Fällen konnte ein solches als Todesursache angesehen werden. Diese machen nur 24% aller Todesfälle reifer Neugeborener aus und entsprechen nur 0,83% der Gesamtgeburtenzahl. Bei Zugrundelegung genauerer Unterlagen aus den letzten Jahren erniedrigen sich die Zahlen auf 13% bzw. 0,41% von 4630 Geburten und erhöhen sich

bei Hinzurechnung der lebend Entlassenen auf 0,64%, d. h. auf je 154 Geburten entfällt ein nachweisbares Schädeltrauma. Bei Zangengeburten wurde in 6% ein Schädeltrauma gesetzt, wobei es sich stets um schwere Zangen an zum Teil vorher geschädigten Kindern handelte. „Ein Schädeltrauma nach einer typischen Zange in geübter Hand ist ebenso selten wie nach einer glatten Spontangeburt.“ Unter 46 Wendungsoperationen mit 12 toten Kindern wiesen nur 3, d. h. 6,5%, Hirnblutungen auf. Auch diese niedrigen Prozentzahlen bei operativen Entbindungen geben keinen Grund die für typische und rechtzeitig angesetzte Operationen geltenden Indikationen umzuwerfen. — Zusammenfassend lehnt Verf. die übertriebene Angst vor dem Schädeltrauma ab, er fordert eine strenge Indikationsstellung, die das Wohl der Mutter mindestens genau so in Rechnung zieht wie das Leben des Kindes und sieht bei der zahlenmäßig geringen Häufigkeit des Schädeltraumas als Todesursache beim Neugeborenen keine Veranlassung an den geburtshilflichen Prinzipien etwas zu ändern. *Rosenkranz (Köln).*

**Brander, T.:** Über cerebral defekte Kaiserschnittkinder. (*Univ.-Kinderklin., Helsingfors.*) *Acta paediatr. (Stockh.)* 23, 145—164 (1938).

Die frühere Auffassung, daß der abdominale Kaiserschnitt beinahe volle Sicherheit gegen intrakranielle Geburtsverletzungen der Frucht gewähre, daß er das beste Prophylaktikum gegen intrakranielle Geburtsverletzungen des Kindes sei, hat sich nicht als richtig erwiesen. Verf. stellt aus der Literatur 72 Fälle von autoptisch gesicherter Diagnose intrakranieller Läsion bei Kaiserschnittkindern zusammen (sichere Fälle von Sectio vaginalis ausgenommen); nicht selten handelte es sich dabei um Tentoriumrisse. Dazu kommt noch eine Reihe Beobachtungen über Symptome von intrakraniellen Geburtsschäden bei Neugeborenen sowie die Feststellung von Intelligenzdefekten, epileptiformen Krämpfen und spastischen Paresen bei Kaiserschnittkindern. Über 3 neue Fälle wird berichtet: Bei Fall 1 bestand ein verengtes Becken und Schräglage; das Kind besuchte die Hilfsschule, war nicht mit Schwachsinn erblich belastet. Bei Fall 2 lag ein verengtes Becken und Querlage vor; Extraktion beim Kaiserschnitt am Fuß; anscheinend erbliche Belastung. Bei Fall 3 wiederum verengtes Becken und Schräglage; Hilfsschulbesuch, Schwester von Fall 2. Diagnostisch am sichersten sind die Fälle intrakranieller Blutung bei Neugeborenen. Schwieriger zu beurteilen sind die Mitteilungen über geistige Minderwertigkeit, epileptiforme Krämpfe, Little'sche Krankheit bei Kaiserschnittkindern. In manchen dieser Fälle wird neben dem exogenen Geburtsschaden auch die Heredität eine Rolle spielen, insofern ein primär minderwertiges Gehirn bei der Geburt leichter verletzt wird als ein Gehirn ohne erbliche Anomalien. In seinem Frühgeborenenmaterial fand Verf. unter den Fällen ohne psychische erbliche Belastung und ohne Geburtskomplikationen 4,3% Schwachsinnige, in Fällen ohne Belastung, aber mit Geburtskomplikationen 13,6%; bei hereditärer Belastung ohne Geburtskomplikationen fand er 24,1% Oligophrene, bei Fällen mit erblicher Belastung und Geburtskomplikationen 35,0%. Zu dieser letzteren Gruppe gehören wohl die Fälle 2 und 3 des Verf. Für den Intelligenzdefekt von Kaiserschnittkindern spielen folgende Faktoren ätiologisch eine Rolle: Zangenversuche vor der Operation, starke und langwierige Wehentätigkeit vor dem Kaiserschnitt, verengtes Becken, Querlage, feste Einkeilung des Kopfes im Beckeneingang. Bemerkenswerterweise kommen aber intrakranielle Läsionen auch vor, wenn der Kaiserschnitt bei stehender Blase oder ohne wahrnehmbare Wehentätigkeit ausgeführt wird. Besonders ungünstig ist die Extraktion am Fuß beim Kaiserschnitt, zumal wenn der Schnitt zu kurz ist und der Kindskopf bei der Extraktion dann komprimiert wird. Auch das Hinaufstreifen des Blutes zum Gehirn bei der Extraktion mit nachfolgendem Kopf erhöht beim Kaiserschnitt die Gefahr einer intrakraniellen Blutung. Eine Quetschung des Kopfes bei verhältnismäßig großen Früchten steigert ebenfalls die Gefahr, ebenso die Notwendigkeit, den Kopf instrumentell mit der Zange oder mit dem Löffel zu lösen. Weiterhin spielen noch allgemeine Faktoren eine Rolle: ein sehr geringes Geburtsgewicht (geringe Widerstandskraft der Blutgefäße gegen Druckdifferenzen), hämor-

rhagische Diathese der Mutter infolge Graviditätstoxikosen (z. B. Nephropathie, Eklampsie); auch die Asphyxie des Kaiserschnittkindes wirkt sich ungünstig aus. Manche Autoren sehen auch in der Narkose ein Gefahrenmoment. Brüskie Wiederbelebungsversuche können selbstverständlich auch Kaiserschnittkindern schaden.

V. Ziehen (München).○

**Naturwissenschaftliche Kriminalistik. Spuren nachweis. Alters- und Identitätsbestimmungen.**

● **Walcher, Kurt: Gerichtlich-medizinische und kriminalistische Blutuntersuchung. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Kriminalisten.** Berlin: Julius Springer 1939. VII, 175 S., 1 Taf. u. 49 Abb. RM. 12.60.

Die Schrift gibt eine zusammenfassende Darstellung über die gerichtlich-medizinische und kriminalistische Blutuntersuchung unter besonderer Berücksichtigung der praktischen Bedürfnisse. Sie lehnt sich in der Anlage ihres Hauptteils dem früher von Leers herausgegebenen Buch „Über den forensischen Blutnachweis“ an. Dabei werden nur wirklich gute und vielfach erprobte Methoden berücksichtigt. Inhaltlich gliedert sie sich in 3 Hauptteile: I. Von den Blutspuren, II. Die Technik der Blutgruppenbestimmung, III. Blutalkoholbestimmung. Der I. Teil zerfällt außerdem in folgende Abschnitte: Blutspuren am Fundort, Formen der Blutspuren, Nachweis von Blut (Vorproben, Beweisproben), Nachweis der Blutart, Untersuchungen, die vorwiegend am Leichenblut durchzuführen sind, Altersbestimmung von Blutspuren, Mengenbestimmung des ergossenen Blutes, Nachweis von Menstrualblut. Einige praktische Fälle beschließen diesen Teil. Wichtig bei dem II. und III. Teil ist u. a. auch die wörtliche Wiedergabe der behördlichen Richtlinien bei der Blutgruppenuntersuchung und der behördlichen Bestimmungen über die Feststellung des Alkoholgehalts im Blute. Ein ausgewähltes, reiches Schrifttumsverzeichnis bildet den Abschluß des Buches. Da das Buch von Leers vergriffen ist, vor allem aber die wichtigen Neuerungen in ihm fehlen, wird jeder Praktiker diese empfehlenswerte Darstellung aus berufener Feder begrüßen.

Matzdorff (Berlin).

**Boldrini, Boldrino: Un nuovo metodo universale per la dimostrazione degli spermatozoi nelle macchie.** (Eine neue Universalmethode zum Nachweis von Samenfäden in Flecken.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Modena.*) *Boll. Soc. med.-chir. Modena* 38, 197—203 (1938).

Um im Gewebe gut gefärbte Samenfäden zu bekommen, wird folgende Methode empfohlen: Man stellt sich zunächst ein durchsichtiges Häutchen von gelatiniertem Celluloid her und läßt dieses für mindestens  $\frac{1}{2}$  Stunde in warmem Wasser liegen. Dann schneidet man sich von dem zu untersuchenden Stoff ein quadratisches Stückchen von  $\frac{1}{2}$  cm Seitenlänge heraus und bringt es für  $\frac{1}{2}$  Stunde in die Lösung A (Aqua dest. 100 ccm, 40 proz. Formalin 1 ccm, 5 proz. Kupfer-Acetatlösung 2 ccm, rauchende Salpetersäure 0,5 ccm). Sodann wird das Stoffstück, ohne gewaschen zu werden, für mindestens 6 Stunden in die Lösung B (Aqua dest. 100 ccm, Carbol-Fuchsinlösung 15 ccm, Eisessig 10 Tropfen) übertragen. Nach Waschen in dest. Wasser kommt es wieder für  $\frac{1}{2}$  Stunde in die Lösung A. Sodann Waschen und, wenn man auch eine Färbung der Schwänze will, für 10 min Eintauchen in eine  $\frac{1}{2}$  proz. Methylenblaulösung. Neuerliche Waschung in Wasser und 80 proz. Alkohol. Dann wird das Präparat wieder ins Wasser gebracht und zwischen zwei der früher erwähnten Häutchen so gelagert, daß die gelatinierten Oberflächen des Häutchens unmittelbar auf das Präparat zu liegen kommen. Hierauf wird das Ganze zwischen zwei glatte Kartonblätter gelegt und für ungefähr  $\frac{1}{2}$  Stunde energisch gepreßt. Im Anschluß daran für  $\frac{1}{2}$  Stunde Bad in 10 proz. Formalin, ferner in Wasser und 80 proz. Alkohol, bis das Präparat keine Farbe mehr läßt. Entwässern in 95 proz. Alkohol und absolutem Alkohol, Übertragen in Xylol und Einbetten in Balsam. Bei diesem Vorgehen nehmen die Köpfe der Samenfäden eine rotviolette Farbe an. Die Schwänze erscheinen blau.

v. Neureiter.