

Dienstantritt um 5 Uhr 20 Minuten plötzlich mit Schmerzen in der Nierengegend, Erbrechen, kaltem Schweiß, konnte bald kaum mehr sprechen. Im Krankenhaus wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf alimentäre Intoxikation gestellt. Es wurden dort Erbrechen, Durchfälle, kalter Schweiß, Untertemperatur, Kollaps beobachtet. Am nächsten Tag um 8 Uhr, also nicht ganz 27 Stunden nach Beginn der ersten Krankheitserscheinungen, trat der Tod ein. Die Obduktion des kräftig gebauten und in etwas reichlichem Ernährungszustand befindlichen Körpers ergab im wesentlichen einen höckerigen Tumor im Bereich des Pankreaskopfes, die einzelnen Knollen waren von Erbsen- bis Haselnußgröße. Die Gallenwege waren durchgängig geblieben. In unmittelbarer Umgebung des Kopfes fanden sich mehrere carcinomatöse Drüsen. Die übrigen Drüsen, Leber und Bauchfell waren völlig frei. Außerdem wurde ein Lungenödem festgestellt. Der Anfangsteil der Aorta besonders zeigte deutliche atheromatöse Veränderungen, nicht aber die Coronararterien. Keine Aorteninsuffizienz bei der Wasseraufgußprobe nachweisbar.

Es werden Vergleiche mit der akuten hämorrhagischen Pankreatitis gezogen, die, an sich selten, auch sehr rasch zum Tode führen kann (Anführung eines Falles aus der französischen Literatur, in dem ein Soldat innerhalb von wenigen Stunden dieser Erkrankung zum Opfer fiel). Zur Erklärung des plötzlichen Todes bei ihrem Befunde greifen die Verff. zurück auf Hypothesen von P. Brocq (Sur les pancréatites aiguës chirurgicales, 1926, chez Masson), die dieser auf Grund klinischer Beobachtungen und experimenteller Ergebnisse aufstellte: Nervenshock, durch Ausbreitung der Veränderungen auf den Plexus coeliacus; toxischer Shock, durch peritoneale Resorption des sero-sanguinolenten Ergusses; anaphylaktischer Shock, Sensibilisierung des Kranken durch kleinere vorhergehende Ergüsse von Pankreassaft außerhalb der normalen Wege. Die Verff. denken am ehesten an den nervös-sympathischen Shock und reihen ihren Fall ein in das große Gebiet der Lehre vom plötzlichen Tod durch neuro-endokrin-humorale Einflüsse, dem Heger-Gilbert, Laignel-Lavastine und Laet ein Kapitel in ihrer Arbeit gewidmet haben. (Vgl. diese Z. 14, 241; 16, 167, 168.)

Walcher (München).

**Aron, Emile, et André Jacob: Mort subite chez des éthyliques avec pancréatite hémorragique.** (Über hämorrhagische Pankreatitis bei plötzlichem Tode von Alkoholikern.) Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III. s. 46, 1321—1324 (1930).

Wenn Alkoholiker plötzlich sterben, muß an Prozesse im Pankreas gedacht werden, auch wenn klinisch jegliche abdominellen Symptome fehlten und das Bild des akuten Herztodes im Vordergrund stand. Ein klinisch und autoptisch beobachteter Fall gab Veranlassung, die Straßburger Sectionsprotokolle der Jahre 1928 und 1929 durchzusehen, wo sich weitere 4 Beobachtungen fanden, deren klinische Daten ebenfalls eingesehen werden konnten. Es fanden sich in allen Fällen Pankreasveränderungen ähnlich der chirurgischen hämorrhagischen Pankreatitis, in einem Falle auch Fettgewebsnekrose. Nur in einem Falle war das Herz klinisch und autoptisch verändert (Myokarditis); sonst waren, abgesehen vom Pankreas, die übrigen Organe intakt.

Eisner (Basel).

### Gerichtliche Geburtshilfe.

**Wittenbeck, Franz: Ovulationstermin und Konzeptionsfähigkeit bei der Frau.** (Univ.-Frauenklin., Halle a. S.) Arch. Gynäk. 142, 446—473 (1930).

Nachprüfungen ergaben, daß die Knaussche Behauptung, es gebe vor dem 11. und nach dem 17. Tage des Cyclus eine physiologische Sterilität, so daß also nur zwischen dem 11. und 17. Tage nach der Menstruation eine Befruchtung zustande käme, durchaus nicht bewiesen ist. Vorläufig ist daran festzuhalten, daß Kohabitationen zu allen Zeiten des Cyclus befruchtend wirken können. G. Strassmann (Breslau).

**Münzesheimer, Josef: Tödlicher Ausgang profuser Pubertätsblutungen bei fehlender Corpus-luteum-Bildung.** (Frauenklin., Städt. Krankenanst., Essen.) Zbl. Gynäk. 1930, 2953—2958.

Verf. veröffentlicht einen Fall von typischer Pubertätsblutung mit tödlichem Ausgang. Ein 17jähriges Mädchen, das seit dem 14. Lebensjahre unregelmäßig stark menstruiert ist, wird wegen lebensbedrohlicher Menstruationsblutung in die Klinik eingeliefert. Hier wird

die Patientin mit Insulininjektionen behandelt. Aus vitaler Indikation wird sogar ein Curettement vorgenommen, wonach die Blutung stand. Nach kurzer Zeit kann das junge Mädchen als gebessert entlassen werden. Danach zunächst 4 Monate lang gar keine Blutung. Dann wieder Einsetzen von verstärkter und erheblich verlängerten Perioden, so daß Patientin schließlich in desolatem Zustande in die Klinik gebracht werden mußte. Sie starb bald unter den Erscheinungen einer hochgradigen sekundären Anämie. Bei der Obduktion fällt vor allem das fast völlige Fehlen von Follikeln sowie von Corpora candidantia in beiden Ovarien auf. Es handelt sich also um eine Funktionsanomalie der Ovarien: das Fehlen der Corpora lutea, deren Aufgabe es nach Adler ist, die menstruelle Blutung zum Abschluß zu bringen, hat hauptsächlich die immer wiederkehrenden verstärkten Menstruationsblutungen verursacht.

H. Lewin (Berlin).<sup>oo</sup>

**Henkel, M., W. Liepmann und C. Menge: Stellungnahme zur Indikation der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung.** Münch. med. Wschr. 1930 II, 1327—1330.

Auch der gewissenhafteste Arzt, zu dem Ergebnis gelangt, daß die Unterbrechung einer Schwangerschaft nötig ist, muß gelegentlich hinterher feststellen, daß seine Indikationsstellung falsch war. Das wiegt um so schwerer, als die Unterbrechungen keineswegs so harmlose Eingriffe sind, wie sie mit Vorliebe hingestellt werden. Hinzu kommt, daß die Interruptio nur zu leicht kritische Beurteilung von seiten anderer Ärzte findet und „Neid und Mißgunst nur zu oft bereit sind, Fallstricke zu legen“. Jeder, der nur einmal beruflich gezwungen ist, zur Frage der Unterbrechung einer Schwangerschaft Stellung zu nehmen, setzt sich dieser Möglichkeit aus. Bei der bestehenden Gesetzgebung unter Berücksichtigung der geschilderten Umstände täte man fast am besten, jede Schwangerschaftsunterbrechung abzulehnen. Und doch könne man dies eben mit seinem Gewissen nicht vereinbaren, wie manche Fälle lehren, für die Verf. Beispiele anführt. Henkel führt zur Begründung dieser Ansicht an, daß er Tuberkulosen beobachtet habe, die im Verlauf einer Schwangerschaft nicht nur keine Verschlimmerung, sondern geradezu eine Besserung erfahren hätten, daß ihm andererseits aber Fälle bekannt wären, in denen in der Schwangerschaft „eine geschlossene Tuberkulose mit keinerlei gravierenden klinischen Erscheinungen eine ganz akute, letal endigende Verschlimmerung erfahren hat“. Zweifellos ist ja überhaupt der Einfluß der Schwangerschaft auf den mütterlichen Organismus wesentlich von konstitutionellen Faktoren abhängig, eine Abhängigkeit, die sich leider im Einzelfall nie richtig werten und erfassen läßt. Das macht gerade auch die Entscheidung in der Indikationsstellung der Unterbrechung einer Schwangerschaft so schwierig. Es ist erstaunlich, wie schnell gerichtliche Gutachter, unter Nichtachtung des oben Angeführten, bereit sind, ein abfälliges Urteil auch über den gewissenhaften Arzt zu fällen. Kompliziert wird vollends dieses Problem noch durch die soziale oder wirtschaftliche Indikation. Legal hat diese Indikation keine Gültigkeit. Und doch ist in einer Aussprache der Berliner Ärztekammer ein Antrag angenommen worden, „daß bei Stellung der gesundheitlichen Indikation die sozialen Verhältnisse mitbestimmend berücksichtigt werden“. Wenn das zwar auch noch keine Legalisierung der sozialen Indikation bedeutet, so kommt dieser Beschluß dem doch recht nahe und macht vor allem leider die schon bestehende, unklare gesetzliche Fassung nicht klarer. Unter dieser Unklarheit haben die ernstesten und verantwortungsbewußtesten Ärzte am meisten zu leiden. Ähnlich verworren liegen die Dinge hinsichtlich der zahllosen Fälle von drohendem Abort, bei denen ein Abtreibungsversuch voranging. Auch hier weiß man nicht immer, ob das im Interesse des Kindes zunächst durchgeführte konservative Verhalten stets im Interesse der Mutter gelegen ist. Zweifellos wäre es vom ärztlichen Standpunkt aus vielfach wünschenswert, Näheres über den Abtreibungsversuch von der Patientin zu erfahren. Das scheidert gewöhnlich, weil sich diese Frauen dadurch strafbar zu machen glauben. Die Einstellung der Juristen zu dieser Frage ist bedauerlich. Sicher würden wir die Zahl der Abtreibungen wesentlich reduzieren können, „wenn die Frau, bei der die Fruchtabtreibung gemacht worden ist, straffrei bliebe, wenn sie den Namen desjenigen, der den Eingriff vorgenommen hat, angibt“. — Schließlich muß auch noch an den drohenden Abortus gedacht werden. Auch hier kann es ein Fehler sein, ihn aufzuhalten, statt den Uterus

zu entleeren. Da zudem das gesamte Abortproblem für die Volksgesundheit von größter Bedeutung ist, entspricht es nicht nur dem Interesse des ärztlichen Standes, sondern auch den gesundheitlichen Interessen des gesamten Volkes, diejenigen Frauen, bei denen es sich um evtl. Unterbrechung der Schwangerschaft aus ärztlicher Indikation handelt oder bei denen ein evtl. Abtreibungsversuch in Frage kommt, den „Kliniken“ (soll wohl heißen „den staatlichen bzw. kommunalen großen Frauenkliniken“, d. Ref.) zu überweisen. Damit wird nicht nur der Volksgesundheit gedient, sondern auch dem gewissenhaften Arzt völliger Schutz gewährt. Obligate Indikationen zur Unterbrechung gibt es nun einmal nicht. Auch der Zeitpunkt der im konkreten Einzelfall indizierten Unterbrechung ist ebensowenig gleichgültig wie die Art der Technik. Und es ist zuzugeben, „daß bei der üblichen Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung nur derjenige eine klare Vorstellung über die Auswirkung des die Indikation abgegebenen Krankheitsprozesses hat, der über eine ganz spezielle Fachkenntnis verfügt.“ — Licpmann: Nach einer Entscheidung des Reichsgerichts wird die Unterbrechung als berechtigt nur anerkannt, wenn eine Lebensgefahr besteht, die auf andere Weise nicht zu beseitigen ist. Diese schwerwiegende Entscheidung kann nicht von einem einzelnen gefallt werden. Unter den im Rahmen des Reichsgerichtsentscheids geduldeten Indikationen handelt es sich im wesentlichen um 2 Gruppen, die Tuberkulose und den Herzfehler. Bei schwersten Erkrankungen den Abortus abzulehnen, würde zu einer schweren Gewissensbelastung des Arztes führen können, wenn der Ausgang ein unglücklicher ist. Statt des § 218 StrGB. könnte dann der § 222 StrGB. gegen den Arzt Anwendung finden. — Menge: Verf. hat in seiner Heidelberger Klinik seit 20 Jahren keine vorzeitige Schwangerschaftsunterbrechung mehr nötig gehabt und verweist auf seine dies begründenden Diskuss.-Bemerkungen im Zbl. Gynäk. 44, 151 (1920). Die eugenische Indikation ist mangels einer gesicherten Grundlage, die soziale Indikation als den Arzt überhaupt nicht angehend abzulehnen. Unter den medizinischen Indikationen sind auch Tuberkulose und Hyperemesis als solche nicht mehr anzuerkennen. *Gragert (Greifswald).°°*

**Moritz: Stellungnahme zur Indikation der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung bei Herzleiden.** Münch. med. Wschr. 1930 II, 1550—1551.

Eine Schwangerschaft ist zu unterbrechen, wenn unzweideutige Anzeichen einer ungenügenden Funktion des Kreislaufes, insonderheit einer Herzinsuffizienz, vorhanden sind oder das Eintreten einer solchen bei fortbestehender Gravidität mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann. *Edens (Ebenhausen b. München).°*

**Fleischmann, Carl: Ist die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei angeborenem, erblichem Star oder bei Gehirntumor berechtigt?** (*Gynäkol. Abt., Spit., Israelit. Kultusgem., Wien.*) Zbl. Gynäk. 1930, 1870—1873.

1. 22-jährige Patientin im 5. Schwangerschaftsmonat. Als Kind Rachitis. Im 5. Lebensjahre beiderseits an Katarakt (Schichtstar? Ref.) operiert. Pendelnystagmus und Amblyopie. Die Sehschärfe beträgt korrigiert rechts  $\frac{2}{24}$ , links  $\frac{1}{36}$ . Ihr Mann hat ein stark herabgesetztes Sehvermögen, wahrscheinlich infolge einer Retinitis pigmentosa sine pigmento. Von 34 Mitgliedern der Familie hatten 15 grauen Star in vier Generationen. Patientin gebar ein gesundes Mädchen, wurde aber auf ihren dringenden Wunsch 5 Monate nach der Entbindung durch eine Colpocoeliotomia ant. sterilisiert. — 2. 25-jährige Frau. Erstes Kind gesund. Gravidität im 4. Monat. Seit  $\frac{3}{4}$  Jahren Hirndrucksymptome, Diplopie und Unsicherheit beim Gehen. Wassermann negativ. Neurologische Diagnose: Beginnender Tumor cerebri links. Augenbefund: Beiderseits Stauungspapille. Röntgenbefund: Hochgradige Erweiterung der Sella turcica. Lehnt Unterbrechung der Schwangerschaft ab. Nach Trepanation des Schädels vergeblicher Versuch einer Ventrikelpunktion. Therapeutische Röntgenbestrahlung. Nach  $2\frac{1}{2}$  Wochen Strabismus divergens rechts. Stauungspapillen mit Übergang in Atrophie. 14 Tage später eine Totgeburt. Etwa 2 Monate danach Exitus. Fleischmann erwähnt die verschiedenen Auffassungen der Kliniker (Winter, Nowak, Krückmann, Stoeckel) über die Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung bei Hirntumor und betont die schwierige Lage, in der sich der Arzt bei Beurteilung solcher Fälle befindet. Fl. schlägt vor, eine aus Juristen und Medizinern zusammengesetzte Instanz zu schaffen, die entscheidend beraten soll. *Bücklers (Tübingen).°*

● **Peller, Sigismund: Fehlgeburt und Bevölkerungsfrage. Eine medizinisch-statistische und sozial-biologische Studie. (Hippokrates-Bücher f. Ärzte. Hrsg. v. Paul Federn, Heinrich Meng u. Georg Honigmann. Bd. 5.) Stuttgart u. Leipzig: Hippokrates-Verl. G. m. b. H. 1930. 295 S. RM. 14.—.**

Verf. kann mit diesem Buche für sich in Anspruch nehmen, daß er eine umfassende Behandlung des Problems der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung bringt und dieses Problem vom Standpunkt des praktischen Arztes, der Gynäkologen, der sozialen Rassehygieniker, der Theoretiker der Bevölkerungslehre und Nationalökonomien, der Medizinalstatistiker und Sozialpolitiker ebenso auch vom Standpunkt der Juristen, der Theologen der verschiedenen Richtungen und Konfessionen zusammenfassend bearbeitet hat. So ist ein sehr großer Wissensstoff zusammengetragen worden. In Ergänzung einer früheren Bearbeitung dieses Problems von mir einmal erwähne ich, daß aus Rußland vom Verf. in diesem Buche berichtet wird, daß seit Dezember 1928 ein Erlaß gilt, wonach bei Erstgeschwängerten und solchen, die vor weniger als 9 Monaten abortiert haben, die Erlaubnis der Schwangerschaftsunterbrechung nicht mehr erteilt wird. Diese Einschränkung erfolgte teilweise wegen zu starker Frequenzzunahme der Fehlgeburten, teilweise wegen der Auffassung der Ärzte, daß die Einleitung der Fehlgeburt bei Erstgeschwängerten häufiger zu Komplikationen führt als die Frucht-abtreibung bei bereits schwanger gewesenen Frauen. In der Wertung des umfangreichen Materials gelangt Verf. zu dem Resultat, daß die öffentliche Meinung auch in absehbarer Zeit ihren ablehnenden Standpunkt gegen die Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung beibehalten und daß ein Umschwung darin nicht so bald eintreten werde. Allerdings werde die Umgehung der gesetzlichen Bestimmungen bezüglich der Unterbrechung der Schwangerschaft ohne ärztliche Indikation die Regel bleiben, und es würden weiterhin Opfer an Menschenleben und Gesundheit in Kauf genommen werden müssen. Es wäre Aufgabe der Sozialhygieniker und Ärzte überhaupt, diese Opfer durch geeignete Aufklärung über Gefahren und deren Vermeidung zu verringern. Es müsse die sozialpolitische Schutzgesetzgebung auf Frauen, die Fehlgeburten haben, wesentlich ausgedehnt werden, es müsse insbesondere für Krankenhausbehandlung der Abortierenden in ganz anderem Umfange, als das jetzt der Fall sei, gesorgt werden, und schließlich wären Spezialfürsorgerinnen mit der Belehrung der Abortierenden und deren Partner über die Prävention, über den Umständen entsprechende Auswahl und Anwendung der Mittel zu betrauen, es wären Präventionsambulatorien zu errichten oder zu vermehren.

Aus dieser kurzen Inhaltsangabe ergibt sich, daß in diesem Buche eine Materialsammlung vorliegt, die für jeden, der mit der Frage der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung irgendwie in Berührung kommt, wesentlich ist, auch wenn die Auffassung des Verf. und die Schlußfolgerungen aus dem Material an und für sich nicht geteilt werden.

*Nippe* (Königsberg i. Pr.).

**Probstner, Arthur v.: Fünf Fälle von Uterusrupturen zufolge unrichtiger Dosierung von Hypophysenpräparaten. (Frauenklin., Univ. Debrecen.) Med. Klin. 1930 II, 1785 bis 1787.**

Aus den angeführten Fällen, welche durch Anwendung von Hypophysenhinterlappenextrakt eine Uterusruptur erlitten, geht hervor, daß es sich ausschließlich um alte Mehrgebärende handelte, also Fälle, bei denen der Uterus an sich schon durch häufige vorangegangene Geburten in seiner Struktur und Widerstandsfähigkeit geschwächt ist. Ferner geht aus den Fällen hervor, daß es sich stets um Lage- bzw. Beckenanomalien handelte, wodurch an sich schon die Geburt verzögert und die Gefahr einer Ruptur größer war. 3. scheint es sich stets um übertragene Kinder gehandelt zu haben, denn nur ein Kind hatte das normale Geburtsmaß von 50 cm. Alle anderen wiesen Maße von 54—57 cm auf. Von den beschriebenen Fällen konnte nur einer durch die Operation (supravaginale Uterusamputation) gerettet werden. 3 Fälle verstarben auf dem Operationstisch infolge starken Blutverlustes, der letzte Fall 3 Tage nach der Operation infolge Sepsis. Alle Fälle wurden erst mehrere Stunden nach eingetretener Ruptur (es handelte sich stets um Rupturen des unteren Uterinsegmentes) in die Klinik eingewiesen. Aus der Vorgeschichte ging bei jedem einzelnen Fall hervor, daß der Hypophysenhinterlappenextrakt nicht nur im ungeeigneten Augenblick injiziert, sondern auch in viel zu hohen und viel zu häufigen Dosen, dazu oft noch intravenös angewendet worden war. In sämtlichen Fällen handelte es sich um ein enges Becken, und zwar 3mal bei Kopflage, 2mal bei Querlage. Es war daher selbstverständlich, daß der infolge Nichteintretens des Kopfes in das Becken stark

überdehnte untere Uterusabschnitt durch die Hypophyseninjektion zur Ruptur gebracht werden mußte. Die Zeichen der eingetretenen Ruptur wichen nicht von den hierfür allgemein bekannten Symptomen ab. Charakteristisch ist auch, daß erst nach Entfernung des Kindes aus dem Uterus, was bei den Kopflagen durch Perforation erfolgte, die tödliche Blutung eintrat, während vorher das Kind den Riß tamponierte. Ob das von Temesvary angegebene Thymophysin eine Kombination von Thymus- und Hinterlappenextrakt, die Gefahr der Uterusruptur herabsetzt und auch weniger schädlich für das Kind ist, muß erst die Erfahrung lehren. Durch Zufügung des Thymus-extraktes soll jedenfalls eine zu unvermittelte Wirkung des Hinterlappenextraktes, welche zu krampfhaften Wehen und somit zur Gefährdung von Mutter und Kind führt, vermieden werden. Die Kontraindikationen ergeben sich demnach aus dem Gesagten ohne weiteres; hinzu kommen noch Herz- und Nierenkrankheiten sowie die Eklampsie. Wichtig ist schließlich noch, daß der Arzt bei Verabfolgung von Hypophysenpräparaten solange bei der Gebärenden bleibt, bis die Gefahr einer unerwarteten Wirkung dieses Präparates beseitigt erscheint. Experimente mit diesem Präparat gehören nicht in die Praxis, sondern nur in die Klinik. *F. Siegert.*

**Dossena, Gaetano: Morte del feto nell'utero.** (Intrauteriner Fruchttod.) *Arte ostetr.* 44, 129—139 (1930).

Der Symptomenkomplex bei Retention der abgestorbenen Frucht variiert je nach dem Stande der Schwangerschaft. In den ersten Monaten findet man Abgeschlagenheit, kleine Temperaturerhöhungen, Aufhören von Erbrechen und Nausea, Sekretion von Colostrum oder Milch. Der Nachweis von Pepton, Aceton und Urobilin im Harn genügt nicht, entscheidend ist die mangelnde Vergrößerung oder Rückbildung des Uterus, die nur durch längere Beobachtung festzustellen ist. Ein Eingriff ist erst nach mindestens 1 monatiger Beobachtung statthaft. In der 2. Hälfte der Schwangerschaft sind Schwinden der Herztöne und der Kindesbewegungen sichere Zeichen des intrauterinen Fruchttodes, und die Diagnose ist unschwer zu stellen. In den ersten 3 Monaten wird die Frucht oft völlig resorbiert. Nach dem 3. Monat kommt es entweder zur Maceration des Fetus oder zur Mumifizierung; letzteres nur dann, wenn die Frucht mehrere Monate im Uterus zurückgehalten wird, wie bei Zwillingsschwangerschaften. Nach stattgehabtem Blasensprung kann es durch Einwanderung von Keimen, namentlich von Anaerobiern, zur Infektion und Tympania uteri kommen, die meist tödlich verläuft. Nach Sicherstellung der Diagnose soll 2—3 Wochen zugewartet werden, bevor man sich zu einem Eingriff entschließt, nur in infizierten Fällen soll die Ausräumung möglichst rasch erfolgen. *Bianca Steinhardt (Wien).*

**Franken, Hermann: Über den Wert der Frankenschen „Luftprobe“ zur Prüfung der Placenta auf ihre Vollständigkeit. Erwiderung auf die gleichnamige Arbeit von Prof. Dr. Karl Hellmuth (Münch. med. Wschr. Nr. 22).** (*Univ.-Frauenklin., Freiburg i. Br.*) *Münch. med. Wschr.* 1930 II, 1369—1370.

Verf. wendet sich gegen die Behauptung Hellmuths (vgl. diese Z. 16, 230), daß der Probe kein Sicherheitswert bei der Entscheidung der Frage nach der Vollständigkeit der Placenta zukommt. Er betont, daß Hellmuth die von ihm schon seinerzeit angegebene Kontrolle übersehen habe, die darin besteht, daß bei mehrfachem Einstechen am Rand der verdächtigen Stelle sofort Luft austreten muß. Bei offensichtlich defekter und vielfach zeretzter Nachgeburt ist es verständlich, daß die Luft durch vorzeitiges Entweichen die verdächtige Stelle überhaupt nicht erreicht. *Zacherl (Graz).*

#### Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

**Levi, Michele: Un caso di ermafroditismo vero nella specie umana.** (Ein Fall von Hermaphroditismus verus beim Menschen.) (*Istit. di Anat. Pat., Univ., Firenze.*) *Endocrinologia* 5, 449—472 (1930).

Es handelt sich um eine 26jährige Frau, die an Tuberkulose gestorben war. Zu ihren