

Untersuchung das Ergebnis, daß auch Kalksalze sich ablagern, und zwar ist ein Teil des im Infarkt abgelagerten Kalkes an Phosphorsäure gebunden. Ferner wurde auch das Vorhandensein von Calciumoxalat festgestellt; die Gmelinsche Probe auf Bilirubin fiel negativ aus. — Bekannt ist, daß die Harnsäureinfarkte im Polarisationsmikroskop aufleuchten und Interferenzerscheinungen zeigen. — Im übrigen berichtet die Verf. über die Häufigkeit und die Zeit des Auftretens der Harnsäureinfarkte, was uns im allgemeinen bekannt ist. So das seltene Auftreten von Harnsäureinfarkten bei totgeborenen Kindern (wir wissen, daß es hauptsächlich vorkommt, wenn die Mutter in oder vor der Geburt fieberhaft erkrankt war); bei den in den ersten Lebenstagen Verstorbene kommen die Infarkte häufig vor, nach einer Statistik von Salomonsen in 39% der Fälle; Hecker fand bei Neugeborenen zwischen dem 2. und 8. Tage sogar 70% Infarktfälle. Wichtiger für die Häufigkeit des Auftretens von Harnsäureinfarkten wäre die ständige Untersuchung des Harns Lebendgeborener auf die ausgeschwemmten Urate. Der Harnsäureinfarkt soll eine im Leben jedes Neugeborenen auftretende Erscheinung sein (alte und sehr erfahrene Hebammen haben dem Ref. mehrfach mitgeteilt, daß neugeborene Knaben, wenn sie in den ersten Lebenstagen oft ungeheure Mengen von rötlichen Harnsäuremassen im Urin ausscheiden, sehr häufig in der 1. Lebenswoche sterben, doch konnte darüber in der einschlägigen Literatur nichts festgestellt werden). Sicher ist so viel, daß stärkerer Ikterus und massige Harnsäureinfarkte kombiniert aus den klinischen Beobachtungen und aus den Sektionsergebnissen feststellbar sind. Wahrscheinlich ist die Ursache für die Bildung der Infarkte ein Harnsäureüberschuß im Urin der ersten Lebenstage, was auch durch einschlägige chemische Untersuchungen früherer Autoren festgestellt worden ist. Die Frage, wie nun diese außerordentliche Vermehrung der Uratausscheidung zu Beginn des extrauterinen Lebens zustande kommt, ist nicht so leicht zu entscheiden, Verf. meint, daß sie sicherlich wenigstens zum Teil durch ein rasches Zugrundegehen zahlreicher weißer Blutkörperchen hervorgerufen wäre. Vielleicht spielt auch die unbedeutende Nahrungsaufnahme eine Rolle insofern als der kindlichen Niere des Neugeborenen zur Ausscheidung der Stoffwechselendprodukte nur geringe Flüssigkeitsmengen zur Verfügung stehen. Sicher spielen aber auch kolloidchemische Veränderungen bei der Entstehung der Infarktkonglomerate eine wesentliche Rolle. Vielleicht verursachen die zuerst abgeschiedenen Konglomerate eine sekundäre Schädigung der Kanälchenepithelien, als deren Ausdruck die akzessorische Ablagerung der mikrochemisch als Infarktbestandteile ermittelten Kalksalze aufzufassen ist.

H. Merkel (München).

Kobes, Rudolf: *Ulcus ventriculi recens mit Verblutung bei einem Neugeborenen.* (Städt. Entbindungsanst. „Sophienhaus“, Kassel.) Zbl. Gynäk. 55, Festschr. Stoeckel, 995—999 (1931).

Bericht über einen Fall von frischem Magenulcus bei einem Neugeborenen. Das Ulcus saß im Fundusteil des Magens nahe der Vorderwand und führte am 2. Lebenstage durch Verblutung zum Tode. Die Obduktion konnte die Ätiologie des Ulcus nicht klären.

Anselmino (Düsseldorf).^{oo}

Gerichtliche Geburtshilfe.

●**Hüssy, P.:** *Der geburtshilflich-gynäkologische Sachverständige. Unter Mitwirkung v. Hans Vetter.* Bern u. Berlin: Hans Huber 1931. 248 S. geb. RM. 10.—.

Das Bedürfnis vieler Ärzte nach einer übersichtlichen Darstellung der Unterlagen für Gutachten aus Geburtshilfe und Gynäkologie ist sicher groß. Die Entwicklung der Schwangerschaftsdiagnostik, die Probleme der Schwangerschaftsdauer, der Erbanalyse, um nur einiges zu nennen, können vom Praktiker in ihren raschen Fortschritten nicht immer kritisch verfolgt werden. Das vorliegende Buch, das diese und die anderen Spezialkapitel aus der frauenärztlichen Sachverständigentätigkeit mit klarer Darstellung des Wesentlichen aus Literatur und eigener Erfahrung bringt, wird daher freudigen Anklang finden. Es erörtert im gynäkologischen Teil die Beziehungen von Unfällen zum Abort und zu den Lageveränderungen des Uterus. In einem „Anhang“ werden behandelt: die Abortindikationen, Schweigepflicht und Meldepflicht des Geburtshelfers, Fahrlässigkeit der Hebamme, Gemütsverstimnungen der Frau, das Problem der Gefährdung im Zangerschen Sinne (Vaginaluntersuchung durch Hebammen, Zeitungsinsenerate, indikationslose Bestrahlungen, Filme, Verkauf von giftigen Abortmitteln, Ballonspritzen). Beispiele von Gutachten sind eingefügt, die einschlägigen Bestimmungen des RStGB. u. RBGB. und die des Züricherischen Strafgesetzes sind angefügt. Den pathologisch-anatomischen Nachweis des Abortes und den Spermanachweis hat Vetter geschrieben. Das besonders auch durch übersichtliche Darstellung

und kurze Kapitelzusammenfassungen sehr praktisch angelegte Buch verdient weiteste Verbreitung.

P. Fraenkel (Berlin).

Stepowski, Bronislaw: Die Manoilowsche Reaktion in der Geburtshilfe. Ginek. polska 10, 667—676 u. franz. Zusammenfassung 676—677 (1931) [Polnisch].

1. Die Manoilowsche Reaktion besitzt in der ersten Hälfte der Schwangerschaft keinen größeren Wert, da 1. das Ablesen des Resultates in der Mehrheit der Fälle ungemein schwierig ist; 2. während der ersten 3 Monate der Schwangerschaft ergibt die Manoilowsche Reaktion immer ein negatives Resultat und 3. kann diese Reaktion nicht zu den spezifischen Schwangerschaftsproben gezählt werden, da sie bei Neoplasmen vorwiegend positiv ausfällt. 2. Die Schwangerschaftsfarbreaktion des Serum von Manoilow in den letzten 3 Monaten der Schwangerschaft ergibt bei 98% ein sicheres Resultat (50 Untersuchungen). Dies ist aber nicht von großer Bedeutung, da das Bestehen sicherer Zeichen der Schwangerschaft keine diagnostische Schwierigkeiten aufweist. 3. Das Nabelblutserum ruft keine Entfärbung der alkoholischen Nilblaulösung hervor (50 Untersuchungen), sowie das Fruchtwasser. 4. In den ersten 14 Tagen des Puerperiums fällt die Manoilowsche Reaktion immer positiv aus (30 Untersuchungen), doch ist dies nicht von praktischer Bedeutung wegen der Unspezifität dieser Probe. 5. Uroferin ergibt genau dasselbe Resultat wie Diuretin, dagegen Eufilin und Theophyllin eignen sich nicht für die Manoilowsche Reaktion.

St. v. Sobierański (Warschau).

Meneghini, Tullio, e Camillo Due: Diagnosi di gravidanza e reazione pupillare. (Diagnose der Schwangerschaft und Pupillenreaktion.) (*Reparto Oculist., Osp. Magg., Scuola Ostetr. e Maternità, Novara.*) Riv. ital. Ginec. 13, 113—124 (1931).

Das Verfahren besteht darin, daß mit einer Spritze 5 ccm Blut der zu prüfenden Person entnommen, zentrifugiert wird und von dem Serum einige Tropfen in den Bindehautsack des einen Auges eingeträufelt werden. Gleich nachher werden die etwaigen Änderungen der Pupillenweite beobachtet. Statt mit Serum kann die Probe auch mit Adrenalin (1 : 1000) angestellt werden. Zur Kontrolle diente das andere Auge. Bei 58 nichtschwangeren Personen gab die Adrenalinprobe in 54 Fällen ein negatives Resultat (12 von diesen mit Eigenserum Eingetropfte reagierten 11mal negativ). Von 64 Frauen mit vorgeschrittener Schwangerschaft gaben mit der Adrenalinprobe 56 ein positives Resultat (unter diesen reagierten 22 außerdem mit Eigenserum behandelte Fälle 18mal positiv). Bei 19 Frauen mit beginnender Schwangerschaft war 16mal die Adrenalinprobe positiv (Eigenserum: von 9 Fällen positiv). 16 Frauen reagierten nach beendigter Schwangerschaft mit der Adrenalinprobe durchweg (Eigenserum: 13 Fälle 12mal) negativ. Verf. bezeichnen als positive Reaktion einen kurz nach der Einträufelung auftretenden raschen Wechsel zwischen Miose und Mydriasis, in wenigen Fällen wurde Mydriasis beobachtet. Ihrer Ansicht nach kann bei negativem Ausfall der Probe fast mit voller Bestimmtheit Schwangerschaft ausgeschlossen werden, während eine positive Reaktion mit 90% Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein einer solchen anzeigt. Es genügt die Adrenalinprobe, da die Eigenserumprobe umständlicher ist und keinerlei Vorteile gegenüber der ersteren aufweist. [Bercovitz, vgl. Amer. J. Obstetr. 19, 767 (1930).]

Horniker (Triest).

Schmid, H. H.: Beitrag zur Beurteilung der Schwangerschaftsdauer. (*Staatl. Hebammenlehranst., Reichenberg, Böhmen.*) Mschr. Geburtsh. 89, 377—391 (1931).

Die Unsicherheit, den Anfangstermin einer Schwangerschaft festzustellen, macht es für gewöhnlich unmöglich, die genaue Schwangerschaftszeit zu bestimmen. Die Angaben über die letzten Menses und den Konzeptionstermin dürfen meist nur mit großer Vorsicht für die Berechnung verwendet werden, und auch die Reifezeichen des Neugeborenen sind oft irreführend, vor allem, wenn die objektiven Maße ohne besonderes Interesse für wissenschaftliche Verwertung oder forensische Beurteilung genommen sind. Am besten verwertbar sind regelmäßige ärztliche Untersuchungen während des ganzen Schwangerschaftsverlaufes. Eine besonders lange Schwanger-

schaftsdauer interessiert aus bestimmten Gründen weniger als eine abnorm kurze Schwangerschaft, bei der es trotzdem zur Entwicklung eines Kindes gekommen ist, das alle Reifezeichen aufweist. Die Meinungen über die Frage, von welchem Tage ab ein reifes Kind zur Welt gebracht werden kann, gehen heute noch weit auseinander. Verf. möchte nun an Hand eines von ihm beobachteten Falles durch indirekte Beweisführung die Möglichkeit einer solchen kurzfristigen Schwangerschaft mit reifem Kind erörtern. Wenn man nämlich Gelegenheit hat, die Dauer einer Schwangerschaft genau festzustellen, und es wird ein abnorm großes Kind, ein Riesenkind, geboren, so kann man unter Zugrundelegung der verschiedenen in der Literatur niedergelegten Zahlen für das Längenwachstum und die Gewichtszunahme des Fetus in den letzten Schwangerschaftswochen errechnen, an welchem Tage der Schwangerschaft der Fetus die normale Geburtslänge und das normale Geburtsgewicht erreicht hatte. Wäre das Kind zufällig an diesem Tage geboren, so hätte es bei entsprechend kürzerer Schwangerschaftsdauer doch alle Reifezeichen besessen.

Bei dem Falle, den Verf. zu beobachten Gelegenheit hatte, handelte es sich um eine 25 jährige Frau, von der 274 Tage nach dem ersten Tage der zuletzt dagewesenen Menstruation ein 59 cm langes, 5500 g schweres weibliches Kind geboren wurde. Kopfmaße: 42, 46, 39 cm. Zeichen dafür, daß es sich um eine konstitutionell abnormes Kind handelte, waren nicht vorhanden. Mit Hilfe der verschiedenen Wachstumstabellen läßt sich errechnen, daß das Kind schon in der Zeit vom 208. bis 211. Schwangerschaftstage (je nach der Rechnungsart) ein Gewicht von 2960—3500 g und eine Länge von 49—49,5 cm gehabt hat, also Maße, die denen eines reifen Kindes noch entsprechen. Allerdings ist die Geburt eines solchen Riesenkindes nach Ablauf einer normalen Schwangerschaftsdauer äußerst selten, und damit ist auch die Wahrscheinlichkeit sehr gering, daß Kinder mit normalen Maßen nach entsprechend verkürzter Schwangerschaftszeit zur Welt kommen; es muß aber die Möglichkeit eines solchen Vorkommnisses zugegeben werden. Nach Ansicht des Ref. wird dieser indirekte Beweis dadurch etwas abgeschwächt werden müssen, weil es nicht unwahrscheinlich ist, daß solche Riesenkinder nicht den für die Norm geltenden Wachstumsgesetzen folgen und daß vielleicht bei genauerer Kenntnis ihrer Entwicklung und ihres Wachstums andere Zahlen in Abzug gebracht werden müssen.

Bode (Greifswald).^{oo}

Stenzel, R.: Kurpfuschertum in der Geburtshilfe. Polska Gaz. lek. 1932, 103—104 [Polnisch].

Eine geprüfte Landhebamme hatte beide Oberextremitäten eines Kindes in der Mitte der Oberarme abgeschnitten, die einer Multipara aus der Schamspalte hervorragten. Das später extrahierte Kind lebte durch 5 Tage. Um es zu töten, hat die beschuldigte Hebamme dem Kinde die Ligatur vom Nabel entfernt.

Wachholz (Kraków).

Gaifami, Paolo: Problemi ostetrici e medico-legali a proposito di una rottura dell'utero misconosciuta in parto a termine operativo per presentazione di spalla. (Geburtshilfliche und gerichtsarztliche Fragen aus Anlaß einer nicht erkannten Uterusruptur bei operativer Entbindung von einer Schulterlage.) (*Clin. Ostetr.-Ginecol., Univ., Bari.*) *Clin. ostetr.* 34, 98—112 (1932).

Verf. beanstandet die ärztliche Begutachtung in einem Falle von fraglichem geburtshilflichen Kunstfehler. 30jährige Mehrgebärende auf einem Dorfe stirbt, nachdem die spät zugezogenen Ärzte die Frau weder in eine Klinik schaffen noch die Geburt operativ unter den häuslichen Verhältnissen hatten beenden können. Die Sektion 13 Tage p. m. ergibt als Todesursache eine Uterusruptur. Die Obduzenten behaupteten, daß die Frau bei rechtzeitigem Eintreffen der Ärzte und Operation gerettet worden wäre. Dabei sind aber die schwierigen ländlichen Verhältnisse zu wenig berücksichtigt worden, unter denen ein Transport nicht mehr möglich gewesen wäre, so daß Verf. die Schlußfolgerungen der Obduzenten ablehnt.

G. Strassmann (Breslau).

Liepmann, W.: Über die medizinisch zulässigen Methoden der Schwangerschaftsunterbrechung mit besonderer Berücksichtigung der forensischen Praxis. (*Dtsch. Inst. f. Frauenkunde u. Frauenklin., „Cecilienhaus“, Berlin.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* 38, 29 bis 35 (1932).

Die Schwangerschaftsunterbrechung durch den Arzt ist eine schwierige Operation, die nach Meinung von Liepmann wegen der damit verbundenen Gefahr nur in einer Klinik durchgeführt werden sollte. Die Gefahren steigern sich mit der Dauer der Schwangerschaft. Etwa 90% aller Aborte, die ärztliche Behandlung erfordern, sind krimineller Natur. Auch dem Tüchtigsten können Verletzungen und Infektionen bei

der Aborteinleitung zustoßen. Genaue Untersuchung, insbesondere zur Feststellung einer etwaigen Bauchhöhlenschwangerschaft, Sondierung und schonende Erweiterung des Halskanals sind notwendig. — Eine Schwangerschaftsunterbrechung in der Sprechstunde und im Hause, wie sie vielfach üblich ist, muß als gefährlich vermieden werden. Hier sollte von Gesetzgebung und Ärztekammern eine entsprechende Regelung getroffen werden.

Gg. Strassmann (Breslau).

Naujoks, H.: Wandlungen der medizinischen Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung. (*Univ.-Frauenklin., Marburg a. L.*) Z. Geburtsh. **99**, 452—489 (1931).
Vgl. diese Z. **16**, 216 (Orig.).

Otto, Karl: Erfahrungen über die operationslose Unterbrechung der Schwangerschaft mit Interruptin. (*Frauenklin., Allg. Krankenb., Hamburg-Barmbeck.*) Zbl. Gynäk. **1932**, 112—118.

Die Interruptinmethode wurde vom Verf. in 24 Fällen angewendet, und zwar bei Schwangerschaftsunterbrechungen Meur II—V. In 1 Falle fand eine Ausstoßung des Eies nicht statt, doch wird dieser Versager mit einer narbigen Rigidität des äußeren Muttermundes infolge früherer Operationen erklärt. Von 23 Fällen wurde bei 8 eine vollständige Entleerung des Uterus erreicht. Sonst mußte stets nachkürettiert werden. 14 Frauen, bei denen der Abort länger als 4 Monate zurücklag, konnten nachuntersucht werden, ohne daß ein krankhafter Befund erhoben wurde. Verf. hält die Interruptinmethode für ein schonendes und sicheres Verfahren zur Einleitung des künstlichen Abortes. Wenn er trotzdem zu einer Ablehnung dieser Methode kommt, so deswegen, weil er auf Grund der von ihm nachgewiesenen entzündlichen und ätzenden Wirkungen, die das Interruptin auf die Uterusinnenfläche ausübt, dauernde Schäden für das Gebärorgan befürchtet.

H. Lewin (Berlin).

Engelmann, F.: Über die Gefahren des Interruptins. (*Städt. Frauenklin., Dortmund.*) Zbl. Gynäk. **1932**, 119—122.

Verf. berichtet über einen tödlich verlaufenden Unglücksfall nach Anwendung von Interruptin zur Beschleunigung eines im Gange befindlichen Abortes. Keine Autopsie. Es wird hervorgehoben, daß im Laufe eines Jahres bei etwa 250 Fällen, über die in der Literatur berichtet worden ist, 4 bzw. 5 Todesfälle vorgekommen sind. Bei 3 von diesen fand sich als Todesursache eine Luft- bzw. Fettembolie. Auf Grund dieser Ereignisse wird von der weiteren Anwendung dieser Methode der Schwangerschaftsunterbrechung dringend gewarnt und der Vorschlag gemacht, die Ärzteschaft von offizieller Seite aus auf diese Gefahren hinzuweisen und das Interruptin und die anderen Mittel (Provolcol, Antigravid u. a.) unter Rezeptzwang zu stellen. Am Schluß der Ausführungen wird eine Arbeit in der Med. Welt **1931**, Nr. 47: „Gefährliche Abtreibungsmittel“ von v. Manteufel zitiert, aus der hervorgeht, daß sich die Todesfälle im Anschluß an die Injektion von Interruptin und ähnlicher Pasten in geradezu unheimlicher Weise gehäuft haben. Es wird ferner berichtet, daß in der Versammlung der Forensisch-Medizinischen Vereinigung in Berlin vom 6. XI. 1931 von mehreren Gerichtsärzten zusammen etwa 1 Dutzend Todesfälle mitgeteilt wurde, die durch Mittel wie Provolcol, Antigravid u. a., sei es durch Luft- oder Fettembolie, verursacht waren. Verf. erinnert daran, daß bereits vor 30 Jahren nach dem Vorschlage von Oehlschläger, der Einspritzung von Jod in Form von Jodtinktur empfahl, die intrauterine Injektion als Mittel der Wahl zur Unterbrechung der Frühschwangerschaft angewandt worden ist. Reuter berichtete über einen Todesfall nach Injektion von einigen Kubikzentimetern Jodtinktur in den Uterus zum Zwecke der Schwangerschaftsunterbrechung. Den Hinweis auf diese historische Reminiszenz hielt Verf. für angebracht, da auf Grund der mitgeteilten Tatsachen hervorgeht, daß die alte Oehlschlägersche Methode der Schwangerschaftsunterbrechung in ihrer Wirkung und ihren Folgen weitgehende Übereinstimmung mit dem Interruptinverfahren zeigt.

Klaas Dierks (Jena).

Brack, E.: Mitteilung über zwei Todesfälle bei Anwendung von Interruptin. (*Hafenkrankenb., Hamburg.*) Zbl. Gynäk. 1932, 122—124.

Bei Anwendung des Interruptins, das entsprechend der Vorschrift bis zum 3. Spritzenstrich mit dem Originalinstrumentarium bei einer 34jährigen Ehefrau (III-Para) im 3. Schwangerschaftsmonat wegen Abortus imminens mit leichten Blutungen langsam injiziert wurde, kam es kurz darauf unter geringer Dyspnoë zum Exitus. Die Sektion ergab eine akut tödliche Salbenembolie in die Lungen. Die Uteruswand zeigte feine und feinste Spaltinfiltration mit Interruptin. Nur die allerobersten, dem Cavum zugewandten Uteruswandschichten wiesen geringfügige Nekrose auf als Zeichen schnellster Ätzwirkung. Ein ähnlicher Uterus- und Lungenbefund mit den gleichen histologischen Erscheinungen fand sich in einem 2. Falle bei Interruptinanwendung, die ebenfalls durch einen praktischen Arzt in der Sprechstunde bei einer 33jährigen Frau im 3. Schwangerschaftsmonat durchgeführt wurde. Unmittelbar im Anschluß an die Injektion tödlicher Erstickungsanfall.

Diese in der Hamburgischen gynäkologischen Gesellschaft vorgetragenen Befunde stießen auf absolute Einigkeit in der völligen Ablehnung des Interruptinverfahrens.

Klaus Dierks (Jena).^{oo}

Solieri, Sante: Relazione peritale in tema di procurato aborto. (Berichterstattung zum Thema des kriminellen Abortus.) (*Osp. „G. B. Morgagni“, Forli.*) Clin. ostetr. 34, 39—44 (1932).

Die Mitteilung erscheint unter der Rubrik Gerichtliche Medizin. Besprochen wird ein Fall, der vor dem Tribunal von Forli zur Verhandlung kam. Es war ein krimineller Eingriff gemacht worden, da angenommen worden war, daß eine intrauterine Schwangerschaft im 3. Monat vorläge, in Wirklichkeit aber handelte es sich um eine ektopische Schwangerschaft mit starker intraabdomineller Blutung, so daß die Voraussetzungen für eine Aborteileitung nicht gegeben waren. Aus diesem Grunde mußte man die Anklage fallen lassen.

W. Rübsamen (Dresden).^{oo}

Meixner, Karl: Öffentlich geduldete Verleitung und Beihilfe zur Abtreibung und einige besondere Fälle. Wien. klin. Wschr. 1932 I, 129—132.

Verf. weist an seinen Erfahrungen in Tirol (Innsbruck und Umgebung) nach, daß bei Abtreibungen vorwiegend Spritzen mit langem dünnem Ansatzrohr verwendet werden und daß diese Spritzen in allen Drogenhandlungen usw. öffentlich ausgestellt und verkauft werden. Er regt an, diesen Unfug angesichts der vielen tödlich endenden Abtreibungen durch Polizeiverordnungen abzustellen. Andererseits rügt er, daß in vielen Fällen, die tödlich ausgehen, von seiten der Ärzte nichts unternommen wurde, um die schuldigen Abtreiber dem Richter zuzuführen.

Dietrich (Celle).^o

Zacher, Wilhelm: Die Salicylsäure als Abortivum. Erlangen: Diss. 1931. 21 S.

Beobachtungen an schwangeren Frauen und Tierversuchen ergaben, trotzdem im allgemeinen der Salicylsäure abortive Wirkung zugeschrieben wird, keinen Beweis für die Annahme, daß Salicyl als Abortivum angesprochen werden muß.

G. Straßmann (Breslau).

Frommolt, G.: Methämoglobinurie bei kriminellem Abort. (*Ges. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Berlin, Sitzg. v. 23. X. 1931.*) Z. Geburtsh. 101, 454—456 (1932).

Bericht über einen Todesfall nach kriminellem Abort, bei dem Methämoglobinurie und Anurie klinisch im Vordergrund standen. Eine Scheideneinspritzung war zugegeben worden. Trotz diuretischer Mittel und Nierenkapselspaltung Exitus. Sektion ergab Pneumonie, septische Milz, hämorrhagische Nierenentzündung, Vereiterung des Uterus, Abscesse am Oberschenkel. Untersuchungen auf Gasbranderreger verliefen negativ. Verf. glaubt, die Erkrankung auf Chinineinspritzungen zurückführen zu sollen. (Nicht eher auf die schwere Infektion? Ref.)

G. Strassmann (Breslau).

Grzywo-Dąbrowski, W.: Fruchtabtreibung und Kindesmord im polnischen Strafgesetzentwurf. Lek. pol. Nr 1, 6—9 (1932) [Polnisch].

Die Fruchtabtreibung wird laut § 231 des neuen Projektes eines polnischen Strafgesetzes nicht bestraft, wenn sie von einem Arzt ausgeführt wird und wenn sie unumgänglich war wegen der gefährdeten Gesundheit der Schwangeren, wegen ihrer schweren materiellen Lage, wegen Familien- oder eines wichtigen sozialen Interesses. Diese Bestimmung erachtet Grzywo-Dąbrowski für gerecht und zugleich human, denn er hofft, daß sich angesichts des Wortlautes des § 231 alle Schwangeren, die sich ihrer Frucht werden entledigen wollen, an Ärzte und nicht an Hebammen oder Kurpfuscher

wenden werden. Dadurch werden sich jene Frauen nicht der üblichen Gefahr für Gesundheit und Leben aussetzen. Was den Kindesmord anlangt, so wird er im neuen Projekt in § 223 nachstehend formuliert: „Die Mutter, welche ihr Kind im Verlaufe der Geburtszeit tötet, wird . . . bestraft. D. erachtet diese Stilisierung insofern für gerecht, als sie den Kindesmord auch dann annimmt, wenn das Kind ehelich war. Laut § 197 unterliegt der Schwängerer einer Gefängnisstrafe, wenn er sich entzieht, der Frau hilfreich beizustehen. Die Strafe wird verschärft, wenn die betreffende Frau infolge dieser Vernachlässigung stirbt, moralisch verkommt, Selbstmord oder Kindesmord begeht.“

Wachholz (Kraków).

Kobrak, Richard: Das Kind im Recht. Kinderärztl. Prax. 3, 133—135 (1932).

Eine uneheliche Mutter weigerte sich in der Entbindungsanstalt, ihr schwächliches Neugeborenes zu stillen, obwohl sie stillfähig war. Es erfolgte Anklage aus § 223a StGB. (grausame Körperverletzung) und § 361 Ziff. 10 (Unterhaltspflicht). Die erste Instanz sprach von Verfehlung gegen § 223a frei, da Sachverständige künstliche Ernährung der Muttermilch gleichwertig erachtet hatten, verurteilte aber nach § 361 Ziff. 10. Auf Berufung des Oberstaatsanwalts sprach die nächste Instanz auch von diesem Vergehen frei, weil auch für die Unterhaltsverpflichtung gegenüber dem Säugling die allgemeine Vorschrift des § 1612 BGB. gilt, d. h. daß der Unterhalt grundsätzlich in Form einer Geldrente zu gewähren ist, daß zwar der Unterhaltspflichtige das Recht hat, seine Unterhaltspflicht in anderer Weise, z. B. durch Gewährung in natura, zu erfüllen, daß aber dem Unterhaltsberechtigten, hier also dem Säugling, ein solches Recht nicht zusteht.

Giese (Jena).

Strassmann, Georg: Fragliche Vaterschaft vor Gericht. (*Gerichtsärztl. Inst., Univ. Breslau.*) Z. Sex.wiss. 18, 421—433 (1932).

Nach Anführung der gesetzlichen Bestimmungen, die die fragliche Vaterschaft behandeln, wird Stellung genommen zu dem Begriff „offenbar unmöglich“. Verf. gibt dafür folgende Definition: „Es ist nach bisheriger ärztlicher Kenntnis und Erfahrung eine Zeugung des Kindes aus der in Frage stehenden Beiwohnung oder durch einen bestimmten Mann ausgeschlossen“. Anschließend wird die Schwangerschaftsdauer besprochen und Stellung zu den verschiedenen abweichenden Meinungen genommen, wobei Verf. die Geburt eines Kindes mit den Zeichen der Reife schon 230 Tage nach dem befruchtenden Beischlaf für denkbar hält. Bei unreifen Kindern wird eine Verkürzung der errechneten Schwangerschaftsdauer um 30 Tage für möglich angesehen. In einem weiteren Abschnitt wird die Feststellung der Zeugungsfähigkeit und der Zeugungsunfähigkeit beim Manne behandelt, wobei ein Urteil nur über die Zeugungsfähigkeit zur Zeit der Untersuchung möglich ist. In einem 3. Kapitel wird die Blutgruppenuntersuchung und ihre forensische Anwendung besprochen und auch ihre Verwendbarkeit als Grundlage für Entscheidungen in Meineidsprozessen betont, was durch einen einschlägigen Fall näher erläutert wird. Kurz erwähnt werden noch die Zangenmeisterschen Untersuchungen an Serumgemischen, die daktyloskopischen Verfahren, die Frage der Beweiskraft dominant vererblicher Mißbildungen und Erkrankungen sowie das Bastardierungsproblem bei rasseverschiedenen Eltern.

Schrader (Bonn).

● **Löfqvist, Eero: Klinisch-statistische Untersuchungen über Frühgeburten.** Akademische Abhandlung. (*Univ.-Frauenklin., Lund.*) (*Acta obstetr. scand. [Stockh.] 11, Suppl.-H. 2.*) Helsingfors: Mercators tryckeri aktiebolag 1931. 165 S.

Eingehende Untersuchungen an über 1100 Frühgeburten der Frauenklinik in Lund, deren Gewicht zwischen 600 und 2390 g betrug, ergaben, daß Frühgeburten bei Erstgebärenden häufiger vorkommen als bei Mehrgebärenden. Beckenendlagen waren verhältnismäßig häufig. Mortalität und Morbidität sind begrifflicher Weise bei Frühgeburten häufiger als bei ausgetragenen Kindern. Von den Totgeborenen bzw. bald nach der Geburt gestorbenen Frühgeburten wurden nur eine geringe Anzahl seziert. Meist war die Todesursache unklar oder wurde in Lebensschwäche gesehen. Daneben spielten Mißbildungen, Aspiration, Bronchitis, Lues, Geburtsverletzungen eine Rolle.

G. Strassmann (Breslau).

Granzow, Joachim: Der diagnostische Wert des Röntgenbildes zur Erkennung des intrauterinen Fruchttodes. (*Staatl. Frauenklin., Danzig-Langfuhr.*) Zbl. Gynäk. 1932, 75—85.

Als sichere Anzeichen des intrauterinen Fruchttodes bleiben nach den gesammelten Erfahrungen nur zwei und ein wahrscheinliches Anzeichen im Röntgenbild übrig: 1. Die dachziegelartige Übereinanderschichtung der platten Schädelknochen; 2. die sackartige Deformation der Schädelkapsel; 3. der normwidrige, scharf lokalisierte Knick der Wirbelsäule.

H. Nahmmacher (Reichenhall).^{oo}

Schmerling, S.: Ein neues Verfahren zur Bestimmung der Frucht reife. (*Distriktsversicherungskasse u. Lehrstuhl f. Soz. Hyg., Milit.-Med. Akad., Leningrad.*) Arch. soz. Hyg. 6, 25—30 (1931).

Die Reife einer Frucht ist keine streng definierte, einheitlich abgegrenzte, konstante Größe. Sie stellt vielmehr einen ganzen Komplex aus groben Merkmalen vor, die sowohl an sich, als auch nach der Zeit ihres Auftretens sich voneinander unterscheiden. Aus diesen Gründen kann die Reife einer Frucht in biologischem Sinne erst nach sorgfältiger Beobachtung im Laufe der ersten Wochen nach der Geburt bejaht oder verneint werden. Die Frage nach der Reife eines Neugeborenen ist jedoch von vielen Standpunkten aus von Interesse: 1. Aus statistischen Gründen zum Zwecke einer richtigen statischen Abschätzung des Austragens unter verschiedenen Frauengruppen; 2. um den Zusammenhang zwischen Frühgeburt und Berufsarbeit zu erforschen, oder 3. um die Wechselwirkungen zwischen Frühgeburtenzahl, Alter der Mutter, ihren sozialen und beruflichen Verhältnissen zu ergründen; 4. auch aus praktischen Gründen der ärztlichen Versicherungsbegutachtung. Da jedoch die Gradbestimmung qualitativer Zeichen äußerst subjektiven Charakter trägt, so wäre es zweckmäßig, zur Bestimmung der Reife nur vereinbarte quantitative Merkmale heranzuziehen. Diese Merkmale sind: 1. die Länge der Frucht, 2. ihr Gewicht, 3. die Dauer des embryonalen Lebens. Auch andere Merkmale können herangezogen werden. So Messungen des Kopf- und Brustumfanges, allerdings sorgfältig und exakt von geschulten Personen vorgenommen. Verf. schlägt vor, die Ergebnisse der gewonnenen Zahlen auf einer im voraus hergestellten Netzskala einzutragen. Auf diese Weise erhält man das „Profil“ des betreffenden Neugeborenen. Diese mathematische Bestimmung des Profils und die Berechnung der Reifekoeffizienten hat den praktischen Vorzug, daß sie präzisere und objektivere Anhaltspunkte gibt. Sie verlangt jedoch eine gewisse Fertigkeit, die allerdings, einmal gewonnen, keine Schwierigkeiten mehr zu machen pflügt. Alice Goldmann-Vollnhals.^{oo}

Tomii, T.: Ein Fall von wahren Knoten der Nabelschnur. (*Frauenklin., Med. Univ. Nagasaki.*) Nagasaki Igakkai Zassi 11, 1252—1254 (1931) [Japanisch].

Das Vorliegen eines wahren Nabelschnurknotens bei der Geburt anzunehmen ist selten der Fall. Beim wahren Knoten der Nabelschnur ist das Kind gewöhnlich tot ausgetragen, doch wenn der Knoten glücklicherweise so locker ist, daß die Zirkulation der Nabelschnurgefäße nicht behindert ist, kann man das Kind lebend erhalten. Ich habe folgenden Fall mit wahren Nabelschnurknoten gesehen.

Eine Frau, 23 Jahre alt, Multipara. Sie hat das Kind mit wahren Nabelschnurknoten geboren, das Kind wurde lebensfrisch ausgetragen, Gewicht 3015 g, 47,5 cm lang, die Länge der Nabelschnur ist 62 cm. Bei diesem Fall ist die Ursache des wahren Knotens nicht aufzuklären, nur die Länge der Nabelschnur war etwas größer als beim gewöhnlichen Kind.

Autoreferat.

Pantschenko, N. A.: Intrauterin entstandene Drucknekrosen an beiden Unterarmen des Neugeborenen. (*Geburtsh. Abt., Klin. Oktoberkrankenh., Kiev.*) Zbl. Gynäk. 1931, 3462—3463.

27jährige Primipara. Normale Geburt. Keine pathologischen Veränderungen an den Eihüllen. Normal entwickeltes Kind. 2 cm große Wunde am rechten Handrücken, etwas kleinerer Defekt in der Gegend des Radiokarpalgelenkes. Ränder etwas ödematös, Basis trüb, trocken, ohne Granulationen. Symmetrisch, links, etwas kleinere analoge Defekte. Überhäutung nach 10 Tagen. Keine abnorme Haltung der Frucht, kein Oligamnion, kein Trauma

während der Gravidität, keine Lues. Durch intrauterines Saugen des Kindes oder durch abnorme Erbanlage, eventuell Trophoneurose, entstanden? *K. Steiner (Wien).*°

Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

Hynie, Josef: Einige Erfahrungen über die Vitalität der Spermatozoen. *Ceska Dermat.* 12, 349—353 (1932) [Tschechisch].

Für die Aufbewahrung der Spermaflüssigkeit, besonders beim Transport zur Untersuchung, folgt aus den Versuchen die Regel: Das Gefäß soll rein und trocken sein. Jeder Rest von Säuren und Wasser kann eine Schädigung der Spermatozoen herbeiführen. Der Luftzutritt soll beschränkt sein und das Sperma bei mäßiger Temperatur (etwa 15°) aufbewahrt werden. Dann kann die Untersuchung noch nach 6—10 Stunden genug zuverlässig sein. *Autoreferat.*°

Segall, Martin: Über die Zulässigkeit der Sterilisation nach geltendem und künftigen Recht. *Klin. Wschr.* 1931 II, 2269—2272.

Sowohl die notwendige Einschränkung der Ausgaben für die soziale Fürsorge als auch die Forderungen der Volksgesundheit und der öffentlichen Sicherheit lassen es als geboten erscheinen, daß hinsichtlich der Rechtsgrundlagen für die Ausführung der Sterilisierung aus nichtmedizinischer Indikation eine Klärung geschaffen wird. Zweifellos wird auch in Deutschland der Eingriff aus sozialen und eugenischen Gründen immer häufiger ausgeführt, und die Spruchpraxis der Gerichte geht mehr und mehr davon ab, bei diesen Indikationen, sofern die Einwilligung des Operierten vorgelegen hat, den Tatbestand der schweren Körperverletzung als erfüllt anzusehen, obwohl nach geltendem Recht der Arzt nur durch die medizinisch-klinische oder prophylaktische Indikation gedeckt wird. Auch das Reichsgericht hat durch das Urteil vom 3. I. 1928 einen milderen Standpunkt angenommen und nimmt auch bei nichtmedizinischer Indikation die Einwilligung der Operierten als eine die strafbare Handlung ausschließende Tatsache an, sofern die Einwilligung nicht in Tatsachen begründet ist, die gegen die guten Sitten verstoßen. Bei der Unsicherheit der Abgrenzung des Begriffs „gute Sitten“ kann diese Definition aber nicht befriedigen und muß durch eine präzisere ersetzt werden. Der amtliche Entwurf für das neue deutsche Strafgesetzbuch führt ebenfalls zu keiner befriedigenden Klärung, da durch ihn nur für die zu Heilzwecken ausgeführte Operation eine Strafverfolgung ausgeschlossen wird, wobei nach dieser Richtung hin die Befugnisse des Arztes allerdings erheblich erweitert werden. Immerhin glaubt Verf. den Entwurf als Fortschritt begrüßen zu dürfen, in der Hoffnung, daß eine künftige genaue und dem gesunden Volksempfinden entsprechende Umschreibung des Begriffs „gute Sitten“ die Wege auch für die nichtmedizinischen Indikationen ebnet wird.

Erich Hesse (Berlin).°

Dallera, Nicolò: Su alcune ricerche sierologiche col fotometro graduato Zeiss, secondo il metodo di Zangemeister. (Über serologische Untersuchungen mit dem Stufenphotometer von Zeiss nach der Methode von Zangemeister.) (*Istit. Ostetr.-Ginecol., Univ., Pavia.*) *Ann. Ostetr.* 53, 1135—1150 (1931).

Es wurden nach dieser Methode 86 Proben ausgeführt. 32mal war die Reaktion im Sinne Zangemeisters positiv, 20mal negativ und bei 34 Fällen zweifelhaft. Verf. vermag dieser Reaktion nicht jene Bedeutung für die Ausforschung der Paternität anzuerkennen, die ihr von Zangemeister beigemessen wurde. (Vgl. diese Z. 14, 190; 15, 151; 16, 236 [Zangemeister].)

Cristofolotti (Triest).°

Usandizaga, M., und Sánchez Lucas: Männlicher Hermaphroditismus. (*Serv. de Ginecol. y Obstetr. y de Anat. Pat., Casa Salud, Valdecilla, Santander.*) *Rev. españ. Obstetr.* 16, 685—696 (1931) [Spanisch].

Eine 63 Jahre alte Frau von völlig weiblichem Äußeren, die niemals menstruiert hat, gibt an, daß sie stets weibliche Sexualempfindungen gehabt habe. Sie war 20 Jahre verheiratet, nach einigen vergeblichen Versuchen, sexuell zu verkehren, hätte sie in der Folge davon abgesehen, hätte aber bei den Versuchen Orgasmus empfunden. Eingehender Besprechung über ihr Sexualempfinden weicht Patientin aus. Aus dem Befund ist zu erwähnen, daß in den großen Labien gut bewegliche Körper von der Form von Hoden zu fühlen waren, die Klitoris war nicht hypertrophisch, es war eine kleine Vagina vorhanden. Bei der Autopsie