

der Eichel und Ödem des Praeputiums. Allmählich entwickelt sich ein kragenförmiges Geschwür am Eichelrand mit wallartiger Granulationsbildung. Trotz mehrfacher ärztlicher Inanspruchnahme wird erst 4 Tage später im Sulc. coron. ein abschnürender Gummiring als Ursache der Erkrankung entdeckt; er war versehentlich von dem Präservativ zurückgeblieben und wurde erst beim Versuch einer Operation in der Tiefe des Geschwürs gefunden. *Franz Rosenthal* (Berlin).

Blutgruppen.

Friedenreich, V., und A. Zacho: Die Differentialdiagnose zwischen den „Unter“-Gruppen A_1 und A_2 . (Beleuchtet durch systematische Untersuchungen von 103 A-Familien.) (*Univ.-Inst. f. Allg. Path., Kopenhagen.*) Z. Rassenphysiol. 4, 164—191 (1931).

Übersicht über die Methodik der Feststellung von A groß und A klein. Die Befunde von Landsteiner und Levine werden anerkannt und 2 Receptoren A_1 und A_2 angenommen. A_1 wird am besten mit solchen anti-A festgestellt, die mit A_2 (A klein) absorbiert wurden. A_2 wird entweder durch irreguläre Isoagglutinine charakterisiert, die gelegentlich beobachtet werden, oder auch durch Verwendung entsprechend absorbiert Rindersera (nach Schiff), die nach Ansicht des Verf. den Receptor O und A_2 definiert. Nur in 7 Fällen wurden Ausnahmen festgestellt, indem 2 Fälle, sowohl mit anti- A_1 , wie anti- A_2 , 5 Fälle, die weder A_1 , noch A_2 enthielten. Die ersten Fälle werden als A_1 aufgefaßt, die den Bestandteil O auch phänotypisch nicht ganz verdrängten, bei doppelt negativen wird nur eine defekte A_2 -Empfindlichkeit angenommen. Die Untersuchung sämtlicher Familien ergab folgende Werte:

Eltern	Anzahl der Familien	Anzahl der Kinder	Anzahl der Kinder der Gruppen					
			A_1	A_2	O	B	A_1B	A_2B
$A_1 \times A_1$	15	41	34	1	6			
$A_1 \times A_2$	9	24	13	4	7			
$A_1 \times O$	40	105	72	6	27			
$A_1 \times B$	7	21	13		6			2
$A_1 \times A_1B$	1	2	1					2
$A_1 \times A_2B$	3	6		2			3	1
$A_2 \times A_2$	1	3		3				
$A_2 \times O$	10	22		18	4			
$A_2 \times B$	6	18		5	3	3		7
$A_2 \times A_1B$	2	10	5			1		4
$A_1B \times O$	3	7	5			2		
$A_1B \times B$	2	10	1			8	1	
$A_2B \times O$	3	11		8		3		
$A_2B \times B$	1	3		1		2		
	103	263						

Die Befunde werden im Sinne von Thomsen interpretiert, daß A groß, A klein und O multiple Alleomorphe sind und daß A_1 über A_2 , A_2 über O dominiert. *Hirszfeld* (Warschau).^{oo}

Schiff, F.: Über eine wenig beachtete Hemmungsercheinung bei der Isohämagglutination. Bemerkung zu der Arbeit von F. J. Holzer in Jg. 1932, S. 243 dieser Wochenschrift. (*Bakteriol. Abt., Städt. Krankenh. im Friedrichshain, Berlin.*) Klin. Wschr. 1932 I, 509—510.

Die von Holzer (vgl. diese Z. 19, 257) beschriebene Erscheinung des Ausbleibens der Agglutination bei Verwendung von unverdünntem Serum wird durch die Wirkung der Isolyse erklärt. Die von Holzer empfohlene Verwendung von schwachen Testseren ist daher nicht berechtigt, da die Isolyse auch durch Inaktivierung oder längeres Stehenlassen ihre störende Wirkung verlieren und durch schwache Testseren Fehlbestimmungen zumal bei dem schwachen A-Typus vorkommen können. Für die Serumeigenschaftsprüfung wird vom Verf. die alte Landsteiner-Richtersche Deckglasmethode empfohlen, bei der die Anwesenheit von Hämolyseinen nicht störend wirkt. Es werden 2 Tropfen des zu untersuchenden Blutes an einen Objekträger angetrocknet; je 1 Tropfen einer Aufschwemmung von bekannten A- und B-Blutkörperchen wird mit den angetrockneten Tropfen in Berührung gebracht, ein Deckglas darauf gelegt und dann mikroskopisch beobachtet. In der Berührungszone kann nach Eintreten einer Lösung des angetrockneten Tropfens die Agglutination beobachtet werden. *Maysen* (Stuttgart).

Parr, Leland W.: The presence and significance of isohemagglutinins in the body outside the blood stream. (Über die Anwesenheit und Bedeutung der Isohämaggluti-

nine im Körper außerhalb des zirkulierenden Blutes.) (*Dep. of Bacteriol. a. Hyg., Univ., Beirut.*) *J. Labor. a. clin. Med.* **17**, 333—336 (1932).

Verf. untersuchte verschiedene Organflüssigkeiten auf die Anwesenheit der Isoagglutinine. Hydrocele-, Ascites- und entzündliche Gelenkflüssigkeiten enthielten Isoagglutinine. Auf 104 Proben von Liquor cerebrospinalis wurden Isoagglutinine 10mal festgestellt.

Härszfeld (Warschau).^{oo}

Thomsen, Oluf: Untersuchungen über die Erblichkeit der Blutgruppen A₁ und A₂ in einer großen Familie. (*Inst. f. Almindel. Pat., Univ., København.*) *Hosp.tid.* **1932**, 155—159 [Dänisch].

Die Ergebnisse bestätigen durchaus die bereits vorliegenden Erblichkeitsuntersuchungen des Verf., nach welchen A₁ und A₂ als 2 selbständige, mit den übrigen Blutgruppen allomorphe Faktoren aufzufassen sind. *Harald Okkels* (Kopenhagen).^{oo}

Gärtner, St.: Serologische Untersuchungen an Wanderzigeunern. (Agglutination, Wassermannsche Reaktion und Blutgruppenbestimmungen.) (*Hyg. Inst., Univ. Debrecen.*) *Z. Hyg.* **113**, 741—750 (1932).

Die WaR. fanden wir (unter 1046 Fällen) zu 12,8% positiv, eine enorme Zahl, weit über den Landesdurchschnitt (3,66^{oo}/₁₀₀ nach Gortvay). Beim weiblichen Geschlecht ist die Lues häufiger (13,3%) als beim männlichen (12,4%). Auch ganz junge Kinder unter 10 Jahren sind stark durchseucht. — Die Blutgruppenverteilung verhält sich wie folgt: O = 28,5%, A = 26,6%, B = 35,3%, AB = 9,6%. Index = 0,8. Die auffallend große Ähnlichkeit mit den Indern (F. Verzáar und O. Weszeczky) können auch wir bestätigen, obwohl unsere Befunde eine Blutmischung der Zigeuner für wahrscheinlich erscheinen lassen.

Autoreferat.^{oo}

Penrose, L. S.: The blood grouping of Mongolian imbeciles. (Die Blutgruppen der mongoloiden Schwachsinnigen.) (*Roy. Eastern Counties Inst., Colchester.*) *Lancet* **1932 I**, 394—395.

Die Untersuchung der Blutgruppen von 166 mongoloiden Idioten hat den Beweis dafür erbracht, daß diese Gruppe der Schwachsinnigen keine biologischen Beziehungen zur mongolischen Rasse besitzt. Die Verteilung der 4 Gruppen war annähernd die gleiche wie bei den nichtmongoloiden Schwachsinnigen der gleichen Gegend: 41,4 (42,5), 49,4 (47,3), 7, 6 (6,6), 1,9 (3,5). Sie wich sehr stark von derjenigen bei Mongolen (Nordchinesen) ab, welche folgende Werte ergab: 30,7, 25,1, 34,2, 10,0. *Luxenburger*.^{oo}

Akune, Mutsumi: Zur serologischen Anthropologie der Japaner. (*Bakteriol. Abt., Städt. Krankenh. Friedrichshain, Berlin.*) *Z. Morph. u. Anthropol.* **30**, 373—381 (1932).

Die Verteilung der 3 Blutgruppengene in Japan wird auf Grund der in der Literatur vorhandenen Daten kartographisch und mit dem Dreikoordinatensystem von Streng dargestellt. Charakteristisch für die Japaner, im Gegensatz zu allen Nachbarn, ist die Kombination von relativ viel A und relativ wenig B. Es besteht eine Analogie zu westeuropäischen Gebieten England). *F. Schiff* (Berlin).^{oo}

Jung: Forensisch-geburtschilfliche Betrachtungen über einen Fall angeblicher Kindesunterschlebung. (*Gynäkol. Ges. d. Dtsch. Schweiz, Aarau, Sitzg. v. 7. XI. 1931.*) *Schweiz. med. Wschr.* **1932 I**, 334.

Eine Patientin, der früher beide Tuben und ein Ovar operativ entfernt worden waren, wollte ein Vierteljahr vor der Begutachtung ein lebensfähiges Kind geboren haben. Die Blutgruppenbestimmung ergab bei beiden Eltern O + O, für das mutmaßliche Kind die Gruppe A, womit der einwandfreie Beweis erbracht war, daß das Kind unmöglich von den inkriminierten Eltern stammen konnte. *Eisner* (Basel).

Remund, M. H.: Die gerichtlich-medizinischen Bemühungen zur Feststellung der Vaterschaft unter besonderer Berücksichtigung der Blutgruppenbestimmung. (*Gerichtl. Med. Inst., Univ. Zürich.*) *Schweiz. med. Wschr.* **1932 I**, 81—85.

Übersichtsreferat.

Schoenberg (Basel).

Sievers, Olaf: Die Rolle der Blutgruppen beim Nachweis der Vaterschaft. *Finska Läk.sällsk. Hdl.* **73**, 660—673 (1931) [Schwedisch].

Verf. ist der Meinung, daß die Vererbung der Blutgruppen nach der Theorie von Bernstein erfolgt. Eine gute Stütze hierzu geben die in Finnland gemachten Familienuntersuchungen, welche von Streng, Ryti (27 Familien — 70 Kinder), Sievers (286 — 816) und

Vuori (348 — 1080) ausgeführt worden sind. Diese letzterwähnten Untersuchungen, die unabhängig voneinander gemacht worden sind, sprechen alle für die Richtigkeit der Theorie von Bernstein. Ylppö (Helsinki)°°

Versicherungsrechtliche Medizin.

Bergel: Über die Notwendigkeit von Leichenöffnungen bei Dienstbeschädigten. Z. Med.beamte 45, 165—173 (1932).

Verf. berichtet über eine ganze Reihe von einschlägigen Fällen, bei denen die Todesursache unklar war. Dadurch, daß eine Leichenöffnung nicht vorgenommen wurde, und der Fall mangelhaft geklärt war, ergab sich mehrfach eine Belastung des Reiches, die sicher in dem einen oder anderen Falle zu Unrecht erfolgte. Weitere Obduktionsfälle, die Verf. anführt, zeigen, daß allein durch die Leichenöffnung eine restlose Aufklärung des Falles möglich war. In der Praxis wird der Verfügung des RAM. vom 21. VI. 1921 betr. Leichenöffnungen durch Sachverständige nicht genügend Beachtung geschenkt. Die Forderung nach Obduktionen läßt sich bei den in Betracht kommenden Verbänden mit genügender Energie durchsetzen. Bei der zunehmenden Konzentration der Versorgungsämter ist es vor allem Aufgabe der praktischen Ärzte, bei zweifelhaften Fällen die restlose Klärung der Todesursache durch die Obduktion herbeizuführen. Auch Exhumierungen sollen immer durchgeführt werden, da sie häufig noch lange Zeit nach dem Tode die Klärung des Falles möglich machen. *Weimann.*

Silberborth: Die Bewertung ärztlicher und nicht ärztlicher Auskünfte in der Gutachtertätigkeit. Z. Med.beamte 45, 108—111 (1932).

Verf. geißelt die Gefälligkeitsaussagen von Zeugen und leider auch Ärzten; insbesondere ist die leichtfertige Abgabe von Attesten an Rentenbewerber mit oft absurden Urteilen zu tadeln (z. B. Tod an akuter Lungenentzündung in letzter Zeit wird vom Arzt darauf zurückgeführt, daß der Kranke wahrscheinlich durch Kriegsstrapazen eine Herzschwäche bekommen habe). Die Ausführungen der Verf. enthalten gewiß nichts, was nicht jeder Gutachter oft bestätigen muß, also nicht unbekannt ist; trotzdem sind die Ausführungen wegen ihrer Wichtigkeit zu referieren; Ärzteorganisationen und Ärztekammern sollten diesen Dingen mehr Aufmerksamkeit zuwenden. *F. Stern.*

Genée, R. W.: Ärztliche Bescheinigungen und Zeugenaussagen als „Brückensymptome“ zur DB-Frage. (*Versorgungszürl. Untersuchungsstelle, Berlin.*) Ärztl. Sachverst.ztg 37, 321—324 (1931).

Kritische Bemerkungen über ärztliche Atteste und Zeugenaussagen, deren häufige Unbestimmtheit für jeden Gutachter peinlich ist. Auf die vielen Fehlerquellen bei Zeugenaussagen wird hingewiesen. Diese Fehlerquellen müssen dem Prüfenden bekannt sein, ehe er die Zeugenaussagen als Brückensymptome verwertet. Nur so können gegebenenfalls Widersprüche zwischen ärztlicher Erfahrung und Rechtsentscheidung vermieden werden. *F. Stern (Kassel).*

● **Kaufmann, Constantin: Handbuch der Unfallmedizin. Mit Berücksichtigung der deutschen, österreichischen und schweizerischen öffentlichen und der privaten Unfallversicherung. Für den akademischen und praktischen Gebrauch bearbeitet. 5., nach der gegenwärtigen Versicherungs- und Gerichtspraxis umgearb. Aufl. Bd. 1. Allgemeiner Teil. Unfallverletzungen.** Stuttgart: Ferdinand Enke 1932. XXVIII, 862 S. RM. 52.—.

Das allgemein bekannte und geschätzte Handbuch der Unfallmedizin von Kaufmann liegt in der 5., nach der gegenwärtigen Versicherungs- und Gerichtspraxis umgearbeiteten Auflage vor und zwar zunächst der 1. Band, der den allgemeinen Teil und die Unfallverletzungen enthält. Der 1. Abschnitt umfaßt die aus den Versicherungsgesetzen sich ergebenden ärztlichen Aufgaben, Begriffsbestimmung des Betriebsunfalles, Abgrenzung von Unfall und nichtversicherter Krankheit, das Heilverfahren in der Unfallversicherung, die Leistungen für den erwerblichen Schaden, das betrügerische Verhalten der Versicherten, die Untersuchung der Unfallfolgen und die Begutachtung der Unfallfolgen. Im 2. Abschnitt wird die klinische Verletzungschirurgie abgehandelt, soweit sie durch die Unfallmedizin erweitert und ergänzt wird. Die Wundinfektionen, die Kopf-, Rücken- und Extremitätenverletzungen habe manche Änderungen erfahren, auch Hinweise auf die häufigen Verkehrsunfälle (Zweirad, Motorrad, Automobil) wurden notwendig, da diese in der Haftpflichtversicherung und in der privaten Unfallversicherung eine immer wichtigere Rolle spielen. Zum Schluß wird noch