

die abwegige Triebentwicklung von äußeren Bedingungen fast unabhängig, bei einer größeren Gruppe von Homosexuellen dagegen müssen psychopathische Wesensstörungen, bei anderen gleichgeschlechtlich Eingestellten körperliche Veränderungen, Intoxikationen als wesentliche Faktoren für die Bildung der Triebstörung anerkannt werden. Der Verf. unterscheidet beim homosexuellen Genotypus einen homo- und heterozygoten Zustand. Die Homozygoten sind nach Lemke weit in der Minderzahl. Er hält es für wahrscheinlich, daß sie im klinischen Bild der endogenen Anlage-Homosexualität entsprechen, d. h. jener Form, die unabhängig von äußeren Verhältnissen schon in früher Entwicklungszeit manifest wird und in der abwegigen Triebrichtung fixiert ist. Die Heterozygoten sind zahlenmäßig mehr verbreitet. Die abwegige Triebrichtung ist hier nicht so bestimmt einseitig auf das gleiche Geschlecht gerichtet. Gelegentlich wird von diesen heterozygoten Homosexuellen nebenher ein normaler Geschlechtsverkehr ausgeführt. Viele Homosexuelle haben psychisch und auch körperlich infantile Zeichen. Die hormonale Störung veranlaßt nicht nur eine abwegige sexuelle Entwicklung, sondern führt weiter zu einer mangelhaften Ausreifung der Gesamtpersönlichkeit. Wahrscheinlich beruht die Homosexualität auf einer pluriglandulären Störung. Der Verf. entwickelt die Theorie, daß die Homosexualität auf einer recessiv sich vererbenden Anlage beruht, die in Form einer endokrinen Störung quantitativen Schwankungen unterworfen ist. Sie kann in der Manifestation von äußeren Faktoren sehr abhängig sein. Diese Tatsachen erklären nach der Überzeugung L.s am besten das so vielgestaltige Bild der Homosexualität und auch die unterschiedlichen Befunde an den Homosexuellen selbst. Für die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit ist nicht die Ursache der Triebstörung entscheidend, sondern der Geisteszustand, von dem allein die Anwendung des § 51 RStGB. abhängt.

*Heinr. Többen* (Münster i. W.).

### Schwangerschaft. Fehlgeburt. Geburt. Kindesmord.

**Seitz, L.:** Ist es noch berechtigt, von einem Primat der Eizelle zu sprechen? *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 2, 387—392 (1940).

In dieser Abhandlung ist eine grundsätzliche Frage angeschnitten, wie aus der Überschrift hervorgeht. Der Verf. steht auf dem Standpunkt, daß von einem Primat der Eizelle nicht gesprochen werden kann. Er begründet seine Auffassung damit, daß die Eizelle eine von der Funktion der Somazellen abhängige Zelle ist, deren Existenz und Entwicklung genau so in Frage gestellt wird, wie die des Feten, wenn der für die Ernährung erforderliche somatische Zellapparat nicht funktioniert. Als diesen bezeichnet er für die unbefruchtete Eizelle die Thecagranulosazellen (und in Analogie hierzu in der Schwangerschaft Placenta und Eihäute). Diese akzidentellen, für die Ernährung und den Schutz der Eizellen verantwortlichen Teile des Follikels, insbesondere die Ausbildung des Corpus luteum sind phylogenetisch erst später erworbene Eigenschaften der höheren Säugetiere zur Erhaltung der Fortpflanzung und der Art. Verläßt die Eizelle den durch die Somazelle gesicherten Raum, so ist sie in ihrer Ernährung sowie in ihrer Widerstandskraft gegenüber dem Organismus auf sich selbst gestellt. Bleibt sie unbefruchtet, wo wird sie rasch ein Opfer dieser Selbständigkeit, denn sie geht infolge Nahrungsmangels und ungenügenden Schutzes zugrunde. Erst durch die Befruchtung wird sie zu einer neuen und damit widerstandsfähigen Zelle, welche durch die Glashaut und durch den umgebenden Eiweißmantel auf ihrer Wanderung durch die Tube in den Uterus bis zu ihrer Implantation geschützt ist. Obendrein ist bis dahin ihre Ernährung durch den Dottergehalt gesichert. Die Sprengung der Glashaut bedeutet gleichzeitig den Beginn der Implantation. Alle hormonalen Einflüsse, welche die Eireifung usw. begleiten, gehen nur von dem Ernährungsapparat (Corpus folliculare) aus, nicht aber von der Eizelle, denn diese ist bereits abgestorben, wenn es zur Entwicklung der Granulosazellen in Corpus luteum-Zellen kommt. Als Beweis für die Richtigkeit seiner Anschauung werden die Scheinschwangerschaft des Kaninchens sowie die Versuche von West-

man usw. angeführt. Eizelle und Follikelapparat gehören untrennbar zusammen; sie sind jedoch nicht einander über- oder untergeordnet, sondern zugeordnet. Hieraus ergibt sich der Schluß, daß von einem Primat der Eizelle nicht gesprochen werden kann.

*F. Siegert* (Freiburg i. Br.).

**Cristalli, G.: Ovulazione e mestruazione.** (Ovulation und Menstruation.) *Rass. Ostetr.* 49, 283—288 (1940).

Kurze Mitteilung über die Untersuchungen von M. E. Davis und A. K. Koff (Amer. J. Obstetr., August 1938), denen es zum erstenmal gelungen ist, bei einer weiblichen Person mit Hilfe eines aus dem Serum schwangerer Stuten gewonnenen gonadotropen Hormons eine Ovulation hervorzurufen.

*v. Neureiter* (Hamburg).

**Eichler, Wolfdietrich: Zur Frage des normalen, optimalen Ovulationstermins. Bemerkungen eines Naturwissenschaftlers.** *Zbl. Gynäk.* 1939, 2543—2544.

Als Entgegnung auf die Arbeit von Greil (vgl. diese Z. 33, 192) stellt Verf. fest, daß die von Greil vertretene Auffassung, die Brunst der Placentaler entspreche der menschlichen Menstruation, nach den neueren Erkenntnissen der Sexualbiologie falsch ist. Dies wird auch durch den sexuellen Rhythmus der höheren Affen bewiesen. Greils Ausführungen über den Paarungstrieb und seine natürliche Äußerung im Zusammenhang mit der Menstruation lassen sich bei Ablehnung der Annahme, daß Brunst und Menstruation sich entsprächen, leicht erklären. Außerdem dürfen weitgehend gesicherten Experimenten sowie umfangreichen Untersuchungen an Patienten nicht einfach ohne jeden Grund die Beweiskraft abgesprochen werden. Die Bedeutung des Experimentes ist zur Erschließung der in der Natur herrschenden Gesetzmäßigkeit von entscheidender Wichtigkeit. Auf keinen Fall darf eine für richtig gehaltene Theorie zur Richtschnur für die Deutung der Ergebnisse von Experimenten werden.

*Kiessig*.

**Cardin, A.: La contrattilità dell'ovaio ed il meccanismo di deiscenza del follicolo (con nuovi contributi).** (Über die Kontraktionsfähigkeit des Eierstockes und über den Mechanismus des Follikelsprunges.) *Istit. di Fisiol., Univ., Padova.* *Ann. Ostetr.* 62, 1435—1458 (1940).

Verf. hat schon in einer vorhergegangenen Arbeit mitgeteilt, daß isotonische Lösungen, die Ca-Ionen enthalten, Kontraktionen am Eierstock auslösen. In dieser Arbeit stellt Verf. fest, daß sowohl der Eierstock in toto als auch Eierstockschnitten prompt auf den galvanischen und faradischen Strom mit Kontraktionen reagieren, welche den gleichen Charakter wie die der glatten Muskelfasern aufweisen. Die Stärke und Art der Kontraktionen ist mit dem Tonus, der Ruhe oder Tätigkeit der Drüse eng verbunden. Vagomimetica (Eserin, Acetylcholin) fördern und verstärken die Kontraktionen, Sympathicomimetica wirken reizherabsetzend und hemmen die Kontraktionen. Nicotin wirkt je nach der Konzentration erregend oder hemmend. Ergotin beeinflußt nicht die Kontraktionen des Eierstockes. Hypophysenvorderlappen-Extrakte lösen am Eierstock Muskelkontraktionen aus. Durch Zuführung von geringen Mengen von Follikelsubstanz werden die Kontraktionen geschwächt, durch größere Mengen wird zuerst der Tonus herabgesetzt und die Kontraktionen gehemmt, um dann verstärkt sich wieder zu zeigen. Der Urin von schwangeren Frauen weist keine Wirkung auf. Der endofollikuläre Druck schwankt zwischen 3 und 7 cm H<sub>2</sub>O und kann durch eine Kontraktion, welche mittels Eserin und Acetylcholin hervorgerufen wird, bis zu 15—20 cm gesteigert werden. Der Follikel kann einem inneren Druck von 8 cm Hg widerstehen, also einem Druck, der 5mal höher ist als der, welcher durch Kontraktionen erreicht wird. Das Muskelsystem allein genügt also nicht zur Klärung des Follikelsprunges, wahrscheinlich ist damit auch eine neuro-hormonale Komponente eng verbunden.

*Sepp Pichler* (Wiesbaden).

**Siegmund, H.: Von den Funktionen des Gebärmutterhalskanales bei der Befruchtung.** (II. *Univ.-Frauenklin., Wien.*) *Wien. klin. Wschr.* 1940 II, 810—812.

Das normale Funktionieren des Gebärmutterhalskanals ist für die Befruchtungsfähigkeit der Frau wesentlich. Wichtig ist die Funktion der Muskulatur sowie der

Schleimhaut. Die Drüsen der Schleimhaut des Halskanals bilden eine Schleimart, die die keimfreie Uterushöhle von der keimhaltigen Scheide abzudichten vermag. Dieser Schleim verändert während der Cyclusphasen seine Viskosität. Zur Ovulationszeit wird er auffallend dünnflüssig. Diese Viskositätsänderung dient anscheinend der Erleichterung des Aufwanderns der Spermatozoen zur Ovulationszeit. Histologische und tierexperimentelle Untersuchungen haben gezeigt, daß die Schleimhaut des Gebärmutterhalskanals zwar eine kontinuierliche Sekretion aufweist, daß sich aber die Menge und die Beschaffenheit des Schleimes insofern ändert, als die Schleimbildung zur Ovulationszeit stark vermehrt und die Viskosität stark herabgesetzt ist. Diese Änderung der Schleimproduktion ist am histologischen Bilde der Gebärmutterhals-schleimhaut während der verschiedenen Cyclusphasen ablesbar. Die Schleimbildung ist abhängig von der Höhe des Hormonspiegels des zur Wirkung kommenden Follikel-hormons. Sonderbarerweise soll das Corpus luteum-Hormon auf die Schleimbildung keinen Einfluß haben. Wahrscheinlich können die Spermatozoen den Cervixschleim nur während der Ovulation passieren. Es werden die verschiedenen Theorien der Spermienpassage durch den Gebärmutterhalskanal besprochen. Zum Schluß werden die möglichen pathologischen Veränderungen an der Cervix angeführt, die ihre Funktion stören und damit die Befruchtungsfähigkeit einengen können. *H. Siegmund (Wien).*

**Iversen, Gerd: Können Blutgruppen- und Faktorenbestimmungen bei Zwillingen einen Beitrag zur Klärung der Frage der Nachempfangnis erbringen?** (*Gerichtl. Med. Inst., Univ. München.*) Z. Geburtsh. **120**, 294—315 (1940) u. München: Diss. 1940.

Die wissenschaftliche Klärung der Frage zweifelhafter Paternität bzw. Bipaternität bei zweieiigen Zwillingen würde erhebliche praktische Bedeutung haben. Die Bipaternität würde in diesen Fällen eine Nachempfangnis zur Voraussetzung haben, für die zwei Möglichkeiten in Betracht kommen: die Überschwängerung (Superfecundatio) oder die Überfruchtung (Superfetatio). Die letztgenannte ist infolge der vom Corpus luteum des zuerst gesprungenen Follikels ausgehenden Hormonwirkung höchst unwahrscheinlich (s. jedoch den Fall von Förderl, vgl. diese Z. **20**, 46). Ein Hauptargument für das Vorkommen von Überschwängerung wären rassedifferente Zwillinge, die (beim Menschen; Ref.) auch von der Mutter rasseverschieden wären. Für eine Superfecundatio würden 7 Blutgruppen- und 3 Faktoren-Kombinationen beweisend sein, die in den Tabellen 2 und 3 der Arbeit nachgelesen werden müssen. An diesen Verhältnissen werden die 20 seit 1933 im Münchner Institut für gerichtliche Medizin untersuchten Zwillingfälle mit strittiger Vaterschaft und 4 weitere Schriftumsfälle geprüft. 5mal wurde einer der beiden in Betracht kommenden Männer als Erzeuger beider Zwillinge ausgeschlossen, 7mal als Erzeuger eines der Zwillingkinder. Ein Beweis für Überschwängerung (Druckfehler S. 313) ergab sich nicht. Verf. regt daher eine Sammelforschung in allen Entbindungsanstalten an (zweieiigen) Zwillingen an, weswegen diese Anstalten auf die Arbeit besonders verwiesen seien. Selbst wenn sich dann durch die erbbiologische Blutuntersuchung der Fall ergeben sollte, daß jeder Zwilling nur von dem einen zweier angeschuldigter Männer erzeugt sein kann, müßte die Annahme einer Nachempfangnis durch die erbbiologische Abstammungsprüfung erhärtet werden (Ref.). Bezüglich der Verhältnisse im Tierreich verweist Ref. auf die Darstellung bei Schmaltz (Das Geschlechtsleben der Haus-säugetiere. Verlag R. Schoetz, Berlin 1912) und den Aufsatz: Superfecundation in Domestic Animals [Vet. Med. **34**, No. 5, 299 (1939)], wonach Stuten, die selten Zwillinge werfen, ein Maultier und ein Pferd als Resultat zweier aufeinanderfolgender Kopulationen mit Hengst und Esel geboren haben. Immer möglich ist die Superfecundatio bei Schaf und Ziege, am häufigsten bei Hunden wegen ihrer verlängerten Brunstperiode.

*Kresiment (Berlin).*

**Riebold, Georg: Das Gesetz der Schwangerschaftsdauer.** Zbl. Gynäk. **1940**, 1687 bis 1691.

In der rein polemisierenden und theoretischen Abhandlung gegen die Arbeit von

Hosemann über die Schwangerschaftsdauer versucht der Verf. seine Berechnung über die Dauer der Schwangerschaft und über den voraussichtlichen Entbindungstermin als richtig und allein maßgebend darzustellen. Sein Gesetz der Schwangerschaftsdauer faßt er folgendermaßen zusammen: Die Schwangerschaft endet bei einem rhythmischen Verlauf der Menstruation je nach der Länge der vorliegenden physiologischen Woche und je nach dem vorliegenden Rhythmus mit dem 8., 9., 10., 11., 12., 13. oder 14. Cyclus. Da die Konzeption aber erst bei der letzten Menstruation folgenden Ovulation erfolgt, muß man, um die wirkliche Dauer der Schwangerschaft zu berechnen, bei 4 wöchigen Cyclen 2 physiologische Wochen, bei 3 wöchigen Cyclen 1 physiologische Woche von der Zeit zwischen dem 1. Tag der letzten Regel bis zum Tage der Entbindung abrechnen. In allen den Fällen, in denen aus längeren Menstruationsreihen ein rhythmischer Verlauf der Menstruation ohne Phasenverschiebungen zu erkennen ist, läßt sich der Geburtstermin mit einiger Sicherheit vorausbestimmen. In nichtrhythmischen Reihen mit Phasenverschiebungen ist eine Berechnung der Schwangerschaftsdauer des Geburtstermines nur gelegentlich und immer nur mit einiger Wahrscheinlichkeit möglich.

B. Belonoschkin (Posen).

**The duration of pregnancy.** (Die Dauer der Schwangerschaft.) Med.-leg. a. criminol. Rev. 8, 53—54 (1940).

Kurze Besprechung einer Arbeit von Hauptstein und Stockert in dem Amer. J. Hyg. 29 (B), 97, 107 (1939) über die Dauer der Schwangerschaft und ihre Beeinflussung durch äußere Faktoren. Es wurden nur Fälle mit normalem Menstruationscyclus, genauem Wissen (? Ref.) des ersten Tages der letzten Regel, Freisein von chronischen Krankheiten und mit spontanem Wehenbeginn verwertet. Die Analyse der Einteilung in 3 Gruppen — Fälle aus der Vorkriegszeit (1905—1913), der Kriegs- und Inflationszeit (1915—1923) und der Nachkriegsperiode (1929—1937) — ergab, daß die Schwangerschaftsdauer praktisch in allen 3 Perioden dieselbe war und 281 bis 282 Tage betrug. Diese Ergebnisse wurden im BMJ. vom 11. November S. 960 erörtert und auf Fehlermöglichkeiten hingewiesen. Es folgt die Wiedergabe zweier Fälle: Geburt 315 Tage nach dem letzten Verkehr, an welchem Tage der Ehemann getötet wurde. Das Gericht entschied zugunsten der Schadensersatzansprüche des Kindes auf dessen Ehelichkeit bei einer Schwangerschaftsdauer von 320 Tagen vom 1. Tag der letzten Menstruation an (BMJ. vom 3. Juni S. 1155). In der Sache Clark gegen Clark (1939, 2 All E. R. 59) wollte ein Ehemann nicht der Vater eines 174 Tage nach dem frühest möglichen Verkehr geborenen Kindes sein. Das ärztliche Zeugnis entschied zugunsten der Mutter, weil diese kurz vor Wehenbeginn einen schweren Fall durchgemacht hatte und das Kind bei der Geburt außerordentlich klein war. Somit wird eine Schwangerschaftsdauer bis zu 108 Tagen unterhalb des normalen Durchschnitts und bis zu etwa 39 Tagen darüber für möglich gehalten. (Hauptstein u. Stockert, vgl. a. diese Z. 32, 141.)

Kresiment (Berlin).

**Knöss, Susanne: Mit welcher Sicherheit läßt sich aus der Größe des Kindes der Tragzeit bestimmen?** (Univ.-Frauenklinik., Frankfurt a. M.) Frankfurt a. M.: Diss. 1940. 23 S.

Verf. schlägt vor, an Stelle der „unklaren Formulierung“ des „offenbar unmöglich“ eine zahlenmäßige Angabe der Wahrscheinlichkeit treten zu lassen. Dem gegenüber hält es Ref. in Übereinstimmung mit der in medizinischen Kreisen viel zu wenig bekannten, richtungweisenden Arbeit von Kallfelz [Anormale Schwangerschaftsdauer als Beweismittel für die „offenbare Unmöglichkeit“ (§§ 1591, 1717 BGB) Jurist. Wschr. 66, H. 10, 590 (1937)], auf welche die Verf. besonders hingewiesen sei, für die Aufgabe des Arztes, an Hand seiner eigenen und der Erfahrungen seiner Wissenschaft dem Rechtswahrer den Grad der Wahrscheinlichkeit oder Unwahrscheinlichkeit einer Tatfrage darzulegen; der Richter hat dann zu entscheiden, ob die fragliche Behauptung (oder gedachte Tatsache) „den Umständen nach offenbar unmöglich“ ist, da letzterer Begriff ein juristischer ist, über den sich der Arzt keine Gedanken zu machen braucht

(vgl. das Kapitel: Gutachter und Richter bei Kallfelz). An Hand eines Materials von 10000 Fällen untersucht die Verf. weiterhin, inwieweit die Zangemeisterschen Werte (Tragzeit und Kindsgröße) mit der aus der letzten Menstruation errechneten Tragzeit übereinstimmen. Für jeden der 10000 Fälle wird Größe, Gewicht und Geschlecht des Kindes mit der aus der letzten Menstruation berechneten bzw. tatsächlichen Tragzeit sowie dem Alter der Mutter und der Zahl der vorausgegangenen Geburten in Zusammenhang gebracht. Aus den tabellarisch zusammengestellten Gesamtwerten ergeben sich Zahlenreihen, die für jede Kindeslänge die Wahrscheinlichkeit einer bestimmten Tragzeit erkennen lassen. Durch Zusammenfassen mehrerer Werte einer Reihe lasse sich der Spielraum auf 20 bzw. 30 Tage erhöhen. Dadurch würden größere Zeitspannen umfaßt und hiermit steige die Sicherheit der Entscheidung. Praktische Beispiele. Als Nebenbefund wird festgestellt, daß Knaben im Durchschnitt länger getragen werden als Mädchen. Schrifttumsverzeichnis und Literaturhinweise werden vermißt.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

**Tscherne, E., und E. Engelhart: Neue Gesichtspunkte in der Frage der übertragenen Schwangerschaft.** (*Univ.-Frauenklin., Graz.*) Münch. med. Wschr. 1940 II, 996—999.

Verff. verstehen unter Übertragung ein Überschreiten des Geburtstermines bei Berücksichtigung von Cyclusabweichungen um 10 Tage. Die Diagnose erfolgt vorwiegend auf Grund anamnestischer Angaben. Nicht unbedingt verläßlich sind die Feststellung des Bauchumfanges und der Kindergröße in der Geburtshilfe oder die Maße des geborenen Kindes für forensische Zwecke. Kommen beim Neugeborenen der mediale Humeruskern, der Coracoidkern und die Handwurzelkerne vor, so ist dieses als Zeichen einer Übertragung zu werten. Es hat sich aber gezeigt, daß auch dem Auftreten der Knochenkerne keine sichere Bedeutung für die Diagnose der Übertragung zukommt. Gut verwertbar ist die Größe bestimmter Kerne. Kommt der proximale Tibiakern in seiner Größe dem distalen Femurkern nahe oder gleich, so besteht mit großer Wahrscheinlichkeit eine Übertragung. Ein proximaler Tibiakern von mindestens 7 mm Durchmesser wurde nur bei übertragenen Kindern gefunden. Für die Geburtshilfe ist wichtig, daß der proximale Tibiakern durch die Bauchdecken hindurch röntgenologisch feststellbar ist. Es wird auf die Geburtsleitung bei Übertragungen eingegangen. Als Ursache der Übertragung wird ein Mißverhältnis zwischen placentarem Follikelhormon und Corpus luteum-Hormon angesehen. Durch ein Überwiegen des letzteren kommen wehenfördernde Stoffe nicht zur Geltung. In einem Falle eigener Beobachtung wurden unternormale Follikelhormonwerte gefunden. *B. Kuhlmann.*

**Schlechter: Feststellung der Vaterschaft bei Schwängerung am Ende einer Monatsblutung und bei Annahme einer 320tägigen Schwangerschaft.** Öff. Gesdh.dienst 6, A 399—A 400 (1940).

Verf., der Jurist, ergreift hier gewissermaßen „die Flucht in die medizinische Öffentlichkeit“, um die mit dem Urteil 1. Instanz in einer Unterhaltsklage verbundenen Feststellungen zum Gegenstand der Erörterung in Facharztkreisen zu machen, denn augenscheinlich hat er selbst erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der Entscheidung. Es handelt sich um folgendes: Die Klägerin war ein jetzt 11jähriges Mädchen. Sie begehrte die Feststellung, daß der von ihrer Mutter angegebene außereheliche Erzeuger ihr blutmäßiger Vater sei. Die Klägerin ist am 20. V. 1929 von ihrer damals 23jährigen Mutter geboren worden. Die gesetzliche Empfängniszeit lag zwischen dem 22. VII. und dem 20. IX. 1928. Die Kindsmutter gab an, sie habe vor ihrer Entbindung nur ein einziges Mal Geschlechtsverkehr gehabt, und zwar am 5. VII. 1928. Es sei dies überhaupt ihr erster Geschlechtsverkehr gewesen. Der Beklagte habe sie überumpelt, sie habe sich vor Schreck nicht wehren können. Am Tage des Geschlechtsverkehrs habe sie noch ihre Regel gehabt, und zwar den letzten Tag einer 4wöchigen Periode. 4 Wochen später habe sie wieder „die Regel gehabt“. Damals sei der Ausfluß jedoch geringer und weißlicher gewesen. Zu diesen Behauptungen hatte das Gericht

die Gutachten von drei Gynäkologen eingeholt. Keiner von ihnen konnte die absolute Unmöglichkeit einer so langen Tragzeit behaupten, wenn auch die Wahrscheinlichkeit der Vaterschaft des Beklagten, wie der eine von ihnen errechnete, nur mit 0,5% anzunehmen sei. Ebenso wenig wollte keiner behaupten, daß eine Empfängnis am letzten Tage einer Monatsblutung gänzlich ausgeschlossen sei. Als dann noch ein 4. Gutachten auf Grund einer erbbiologisch-anthropologischen Untersuchung zu dem Ergebnis gekommen war, daß der Beklagte mit Wahrscheinlichkeit als Vater der Klägerin anzusehen sei, prüfte das Gericht die Glaubwürdigkeit der Kindesmutter als Zeugin nach, bejahte sie, stellte fest, daß die Möglichkeit eines anderweitigen Geschlechtsverkehrs der Zeugin zu verneinen sei und vereidigte sie auf ihre Angaben. Infolgedessen erkannte auch das Gericht nach dem Antrag der Klage. — Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Frage nach der Möglichkeit einer überlangen Tragzeit, die erfahrungsgemäß nur in auch sonst suspekten Fällen auftaucht, hat der unterzeichnete Referent Akteneinsicht verlangt und daraus entnommen, daß ein Irrtum der Kindesmutter über das Datum des behaupteten Geschlechtsverkehrs nicht nur möglich, sondern nach schwerwiegenden Indizien durchaus wahrscheinlich ist. Bei der Erforschung des Datums hatte der Beklagte sich wohlweislich gehütet, den Angaben der Kindesmutter zu widersprechen, weil er jeder Inanspruchnahme zur Unterhaltsleistung entging, wenn das Empfängnisdatum vor dem 302. Tage vor der Geburt lag. Er hatte also nicht das geringste persönliche Interesse daran, dem Gericht bei der Wahrheitsfindung behilflich zu sein, ob 320 Tage Tragzeit möglich sei! — Da der Prozeß in die Berufungsinstanz gegangen ist, darf erwartet werden, daß sich dieser mysteriöse Fall sowohl hinsichtlich der überlangen Tragzeit als auch der Empfängnis am Ende einer Monatsblutung in der natürlichsten Weise dahin auflöst, daß die Kindesmutter sich um genau 1 Monatsblutung, also um 28 Tage, geirrt hat. Ref. wird über den endgültigen Ausgang berichten.

Schütt (Berlin).

**Montuoro, F.:** *A proposito della gravidanza di una bambina di cinque anni e nove mesi.* (Ein Fall von Schwangerschaft bei einem fünf Jahre und neun Monate alten Mädchen.) Riv. Ostetr. 21, 239—242 (1939).

Verf. reproduziert das Lichtbild eines 5 Jahre und 9 Monate alten hochschwangeren Mädchens, das veröffentlicht wurde (vgl. Presse méd. 1939, 875), und zitiert ähnliche Fälle aus dem Schrifttum. Reuben und Manning (vgl. Ann. of Pediatr. 1939) sammelten 398 Fälle von Pubertas praecox, darunter 327 Mädchen, wovon 168 frühzeitig menstruiert (1—6 Jahren) und 83 geschwängert wurden. Keine Originalangaben.

. Vilma Janisch-Rašković (Tuzla).

**Morbe, Edgar:** *Ein Fall von monamniotischer Zwillingsschwangerschaft.* (Univ.-Frauenklim., Frankfurt a. M.) Frankfurt a. M.: Diss. 1939. 11 S.

Mitteilung eines Falles von monamniotischer Zwillingsschwangerschaft bei einer 38jährigen gesunden Frau, die zweimal spontan geboren hatte. Die mit der Placenta ausgestoßenen männlichen, stark macerierten Zwillinge waren 33 und 29 cm lang. Die Nabelschnüre beider Feten inserierten dicht nebeneinander. Auch bei genauer Untersuchung waren keine eventuellen Reste einer amniotischen Zwischenwand zwischen den Nabelschnüren aufzufinden. Die Nabelschnüre waren in einer 16fachen Torsion, die gleich oberhalb der Insertionsstellen begann, eng umeinander geschlungen. Es bestand der Eindruck, als sei die dünnere Nabelschnur des kleineren Fetus um die andere dickere geschnürt. Offenbar hatte das Fehlen der trennenden, amniotischen Zwischenwand zu dieser Verdrehung geführt. Mit Verschlingungen sei bei 54% der Fälle zu rechnen. Sie bedingen die hohe Mortalität der Monamnioten während des intrauterinen Lebens und unter der Geburt. Das Zahlenverhältnis der biamniotischen eineiigen Zwillinge zu den monamniotischen betrage 59:3.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

**Fletcher, Paul F.:** *A study of the possible significance of the vaginal smear as an additional factor in the diagnosis of incomplete abortion.* (Eine Studie über die Möglichkeit, das Vaginalsekret als diagnostisches Hilfsmittel beim Abortus incompletus heran-

zuziehen.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., St. Louis Univ. School of Med., St. Louis.*)  
 Amer. J. Obstetr. 39, 562—572 (1940).

Verf. zitiert zunächst die wichtigsten Arbeiten, die sich mit der Morphologie der Scheidenschleimhaut und den cyclischen Veränderungen des Scheidensekretes befassen. Er unterscheidet nach Adler 3 Schichten der Scheidenschleimhaut. 1. Eine äußere Schicht, bestehend aus mehreren Lagen flacher, verhornter Zellen. 2. Eine mittlere „intraepitheliale“ Schicht, die aus breiteren, helleren Epithelien besteht. Diese zeigen Zeichen der beginnenden Verhornung, wie Abflachung der Zellen und Pyknose der Kerne. 3. Eine tiefe basale Schicht, die sich durch plasmaarme dunkle Zellen von runder bis kubischer Gestalt auszeichnet. Die Basalschicht wird nach Papanicolaou in eine äußere basale Schicht mit kubischen „Pflasterzellen“ und in eine innere basale oder germinative Grundschrift unterteilt. Diese Unterscheidung ist funktionell gesehen wichtig, weil im Scheidensekret von Wöchnerinnen solche „Pflasterepithelien“ reichlich zu finden sind, während sie sonst im Vaginalsekret nicht vorkommen (Papanicolaou, Stieve). Verf. hat nun bei Fällen von Abortus incompletus — die Zahl der Fälle ist nicht angegeben — laufend Scheidenabstriche nach einer vom Verf. modifizierten und genau angegebenen Methode gefärbt und untersucht. Er fand regelmäßig folgenden morphologischen Befund, den er beim inkompleten Abort für charakteristisch und diagnostisch verwertbar hält: 1. wenige Zellen der oberflächlichen und intraepithelialen Zellschicht. Diese Zellen haben einen kleinen dunkelgefärbten pyknotischen Kern und ein homogenes helles Cytoplasma. Gelegentlich sind die Kerne etwas größer, wie man sie in Abstrichen von Wöchnerinnen findet. 2. sind in den Abstrichen so reichlich „Pflasterzellen“ der äußeren Basalschicht vorhanden, daß sie für den Abortus incompletus als charakteristisch gelten können. Die Kerne dieser Zellen sind größer und heller, die Zelle selbst ist kleiner als die unter 1. beschriebenen. 3. treten beim Abortus incompletus regelmäßig Zellen der inneren Basalschicht, die sonst nur ausnahmsweise im Scheidensekret zu finden sind, auf. Sie sind kleiner als die Zellen der äußeren Basalschicht (s. unter 2.), haben ein dichteres Cytoplasma und einen dunkleren Kern, sind diesen aber sonst recht ähnlich. Verf. hält die unter 2 und 3 beschriebenen Zellformen für einen sicheren diagnostischen Hinweis beim inkompleten Abort und erklärt ihr Auftreten durch einen starken bis in die tiefen Schichten der Scheidenschleimhaut reichenden Desquamationsprozeß. Zuletzt bespricht Verf. das Vorkommen der Leukocyten in den Abstrichen und weist darauf hin, daß die Zunahme der polynucleären Leukocyten auf eine Infektion aufmerksam macht, bevor klinische Symptome auftreten. Große mononucleäre Leukocyten mit defekten Kernen sind in den Abstrichen bei Abortus incompletus auffallend häufig. *Hans Roemer* (Gießen).

**Winter, Reinhold: Ein Scheinfall von kriminellm Abort.** Kriminalistik 14, 78—80 (1940).

Der vorliegende Fall scheint dem Autor um deswillen bemerkenswert, weil hier zunächst bei einer 38jährigen Frau, die schon 3 Kinder hatte und nach kurzer häuslicher Behandlung schwer krank in ein Krankenhaus eingeliefert dort unter schwerer Sepsis stirbt, bei der Leichenschau aus den Brüsten Milch entleert werden konnte. Es war somit, meint Verf., der Verdacht einer Schwangerschaft und eines kriminellen Abortes gegeben. Bei der gerichtlichen Sektion der Leiche fand sich zudem eine Vergrößerung der Gebärmutter, die wohl hauptsächlich durch zwei kirschkernegroße bzw. kirschgroße Myomknoten bedingt war. Im Innern der Gebärmutter fand sich dunkelrotes schmieriges Blut und im einen Eierstock ein offenbar noch ziemlich frischer Menstruationskörper. Verdächtig erschien im äußeren Drittel der Cervix eine flächenhafte dunkelrote Stelle, die als mechanische Verletzung angesprochen werden konnte. Eine richtige Todesursache und Grundkrankheit hat die Sektion nicht ergeben (eine bakteriologische Untersuchung ist offenbar unterblieben, trotzdem die Milz als septisch beschrieben wird; tonsillogene Sepsis? Ref.). Die mikroskopische Untersuchung ergab keine Schwangerschaftsveränderungen in der Gebärmutter Schleimhaut und auch keinen Beweis dafür, daß die auffallende Stelle im Cervixkanal etwa von einer mechanischen Verletzung herrühren könnte. Es wird in der vorliegenden Mitteilung auf 2 Punkte besonders hingewiesen: nämlich, daß — was uns allen ja bekannt ist und was durch eine zitierte pathologisch-anatomische Arbeit auch wieder unterstrichen wird [Virchows Arch. 259 (1926)] — Milchsekretion bei einer Frau, die schon öfter geboren hat, keinesfalls beweisend ist für eine wieder bestehende

Schwangerschaft, und zweitens wird gezeigt, wie wichtig in solchen zweifelhaften Fällen die mikroskopische Untersuchung der Genitalorgane ist. *Merkel* (München).

**Muller, Paul:** *Un nouveau cas de mort subite au cours d'une tentative d'avortement par injection intra-utérine sous pression.* (Ein neuer Fall plötzlichen Todes bei versuchter Abtreibung durch intrauterine Einspritzung unter Druck.) *Ann. Méd. lég.* etc. **19**, 643—648 (1939).

Ein 27-jähriges Mädchen stürzte nach einer intrauterinen Einspritzung zusammen und starb schnell. Sie hatte ein dünnes Gummirohr an einem birnförmigen Gummiballon angebracht und eine Seifenlösung eingespritzt. Die Frucht war schon weitgehend von der Gebärmutterwand gelöst. Hinsichtlich der weiteren Befunde wird auf eine gleichartige Veröffentlichung des Verf. in derselben Zeitschrift (Märzheft 1939) verwiesen (vgl. diese Z. **32**, 206). *Gerstel* (Gelsenkirchen).

**Holm, Erik:** *Bandls Ring — Amylnitrit.* (*Nyborg Sygeh., Nyborg.*) *Ugeskr. Laeg.* **1939**, 599—600 [Dänisch].

Unter Hinweis auf einen Fall, in dem Amylnitrit bei Bandl-Ring keine Wirkung hatte und die Geburt wie gewöhnlich langdauernd und beschwerlich verlief, führt Verf. eine Krankengeschichte an, die einen Erfolg der Amylnitritbehandlung zeigt. Der Fall ähnelt ganz den beiden von Croft beschriebenen (*Lancet* **1934 II**, 928). Es wurde ein maceriertes Kind von 51 cm Länge und 2750 g Gewicht geboren. Der Verlauf nach der Geburt war unkompliziert und normal. *K. Rintelen* (Berlin).

**Grier, Robert M., and Herbert O. Lussy:** *Premature infant mortality. A statistical study of factors influencing mortality in 453 infants weighing less than 2,500 grams.* (Frühgeburtensterblichkeit. Eine statistische Betrachtung über die die Mortalität beeinflussenden Faktoren bei 453 Kindern von weniger als 2500 g.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol. a. Pediatr., Northwestern Univ. Med. School a. Evanston Hosp., Evanston.*) *Amer. J. Obstetr.* **39**, 669—678 (1940).

Im Evanston-Hospital betrug die Anzahl der Frühgeburten in einem Zeitraum von 10 Jahren nur 5%; die Todesfälle bei dieser kleinen Zahl (113) machten aber 65% der gesamten Neugeborenen-Sterblichkeit (174) aus. Von den im Zeitraum 1929 bis 1938 einschließlich geborenen 8456 Kindern wogen 453 (= 5%) 2500 g oder weniger. Die Ursachen für die hohen Sterblichkeitszahlen dieser Kinder werden von den Verff. analysiert und an einer Reihe von statistischen Tabellen und Kurven erläutert. Es ergeben sich etwa folgende Schlüsse: Die Sterblichkeit für Kinder mit einem Gewicht unter 2500 g wächst, je geringer das Gewicht ist. Die Mortalitätsziffer wächst, je früher die Frühgeburt vor dem normalen Geburtstermin erfolgt. Diese Mortalitätskurven für Gewicht und intrauterines Alter der Frühgeburt gehen nahezu parallel. Von allen Kennzeichen der Frühreife ist das Gewicht das zuverlässigste. Für Primipare und Multipare war die Kindersterblichkeit im wesentlichen dieselbe. Die Anzahl der weiblichen frühreifen Kinder überstieg die der männlichen erheblich, im Gegensatz zu dem Verhältnis bei ausgetragenen Kindern. Doch starben etwa 50% mehr männliche als weibliche Frühgeburten. Die Geburtsdauer hat augenscheinlich keinen nennenswerten Einfluß auf die Kindersterblichkeit, ebenso wenig die Art der Entbindung und die Verwendung von Sedativa und schmerzstillenden Mitteln dabei. In 37% bestand mütterliche Morbidität und diese hatte entschiedenen Einfluß auf die Kindersterblichkeit; am meisten traf dies für Wehenanomalien und Hydramnion zu, am wenigsten für Schwangerschaftstoxikosen. Die ersten 12 Lebensstunden sind die kritischste Zeit bei diesen Frühgeburten und müssen vom Standpunkt der Kinderfürsorge aus am sorgfältigsten beobachtet werden. — In nur 32% konnte bei den gestorbenen Kindern eine anatomische Ursache gefunden werden. Angeborene Lebensschwäche und Atelektase sind keine anatomischen Todesursachen. *Strakosch* (Wiesbaden).

**Pfaundler, M.:** *Studien über Frühtod, Geschlechtsverhältnis und Selektion. II. Mitt. Zum perinatalen Sterben. A. Die Totgeburten.* (*Univ.-Kinderklin., München.*) *Z. Kinderheilk.* **60**, 467—494 (1939).

Der Verf. unterscheidet in seiner tiefgründigen Studie zwei Hauptgruppen von

Totgeburtsursachen, und zwar: 1. eine metabasische Ursachengruppe, worunter er die während und durch die Geburt erfolgten Todesfälle, also die Geburtstode rechnet, wobei rein mechanische oder andere unfallartig wirkende Schäden, die eng mit dem Übergang („Metabasis“) vom intrauterinen ins extrauterine Leben zusammenhängen, die Hauptrolle spielen; 2. unterscheidet er die ametabasische Gruppe. Darunter versteht der Verf. diejenigen Schäden, die mit dem erwähnten Übergang vom intrauterinen ins extrauterine Leben nichts zu tun haben. In dieser Gruppe ist das Primäre der Tod oder der drohende Untergang der Frucht, dem die Ausstoßung folgt. Man könnte diese Fälle auch als „Totgeburt im engeren Sinne“ bezeichnen. Der Verf. bemüht sich nun, einen Einblick in die ziffernmäßige Verteilung der beiden Arten von Todesfällen zu gewinnen, wobei freilich die durch die frühen Totgeburten sich ergebenden Fehlerquellen nicht gänzlich ausgemerzt werden können; die ametabasischen Todesfälle verteilen sich ziemlich gleichmäßig auf die letzten 3 Schwangerschaftsmonate. Beide Todesarten erweisen sich als androtopisch oder knabenwendig. Der Grad der Androtropie ist in der metabasischen Gruppe erheblich höher als in der ametabasischen. Die Annahme daß dafür lediglich die etwas größeren Körpermaße der Knaben maßgeblich seien, ist irrig. Nach der Meinung des Verf. kommt hierin vielmehr eine allgemeinere Gesetzmäßigkeit zum Ausdruck, die sich auch außerhalb der Geburtsperiode dadurch bekundet, daß die Gesamtsterblichkeit im Laufe der Entwicklung und die Knabenübersterblichkeit zumeist gleichzeitig an- und absteigen. Über die mutmaßlichen Gründe muß das Original eingesehen werden. Der Verf. verfißt die These einer primären durchschnittlichen Resistenzschwäche des männlichen Geschlechts. Nebenbei sei bemerkt, daß nach einer umfangreichen amerikanischen Statistik die infolge von Mißbildung eintretenden Totgeburten nicht knabenwendig, sondern im Gegenteil stark mädchenwendig sind. *v. Jaschke.*°°

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

**Dürsch, Walter: Der Mordfall Zellner. Tötung durch Schuß aus der Hosentasche.** (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) Arch. Kriminol. 107, 53—67 (1940).

Zum Kapitel „Versuchter Versicherungsbetrug“ wird ein Mord der Ehefrau durch Schuß beschrieben. Nach dem Tode seiner Ehefrau durch Kopfsteckschuß hatte der Ehemann angegeben, daß es sich um einen Unfalltod handele. Beim Herausnehmen eines Schlüsselbundes aus der Tasche seiner in der Hand gehaltenen Hose sei die in derselben Tasche befindliche Dienstpistole losgegangen, und der Schuß habe die zufällig neben ihm gebückt stehende Frau in den Kopf getroffen. Bei der polizeilichen Nachprüfung wurden die abgeschossene Pistole in der Hosentasche und die Durchschußöffnung gefunden und hierauf von weiteren erkennungsdienstlichen Maßnahmen abgesehen, weil die Familienverhältnisse des Ehemannes in allerbesten Ordnung seien und eine Vorsätzlichkeit vollständig ausscheide. Die zunächst beschlagnahmte Leiche wurde hierauf von der Staatsanwaltschaft zur Beerdigung freigegeben. Der Ehemann forderte nunmehr von einer Versicherungsgesellschaft für den Unfalltod 5000.— RM. Die Versicherung verlangte eine Leichenöffnung, die der Ehemann zunächst verweigerte, dann aber gestattete, weil ihm sonst die Versicherungssumme nicht ausgezahlt werden sollte. Durch die Leichenöffnung wurde lediglich bestätigt, daß ein Kopfsteckschuß ohne absolute Nahschußzeichen vorhanden war. Erst als in Erfahrung gebracht wurde, daß der Ehemann ein guter Schütze und gefährlicher Wilderer war, im Ruf eines gewerblichen Abtreibers stand, wegen eines Raubüberfalles auf seine Mutter verdächtigt war und als Schürzenjäger es keineswegs mit der ehelichen Treue genau nahm, ja, sogar 2 Tage nach dem Tode seiner Frau im ehelichen Bett mit einem jungen Mädchen übernachtet hatte, schöpfte man Verdacht und machte neue Vernehmungen über die Vorgänge beim Fall des Schusses. Der Sachverständige, welcher die Leiche untersucht hatte, konnte nach Kenntnisnahme der Darstellung des Ehemannes über die Tatvor-