

aufnahme, Zunahme der Schmerzen, besonders während des 2. und 3. Tages (nach Berührung des Lost), subfebrile Temperaturen, Lymphopenie (sonst Blutbild o. B.), Serumeiweißkörper zunächst unauffällig, schweres Krankheitsgefühl. Außer der örtlichen Versorgung 45 mg Decortin in 4 Tagen. BKS 52/65 in den ersten beiden Wochen, auch Zunahme der α_1 - und α_2 -Globuline, dagegen keine besonderen Urin- oder Leberbefunde, 5% Eos. im Blut. In der 2. und 3. Woche quälender Juckreiz im Vordergrund, Selbstentleerung oder Punktion der Blasen, die dabei nicht in sich zusammenfielen (!), Bäderbehandlung tiefer Nekrosen. Nach 9 Wochen abgeheilt unter auffallend zarter, glatter Narbenbildung und Pigmentverschiebungen. Ambulante Weiterbetreuung. Auch jetzt kein pathologischer Leber- oder Nierenbefund nachweisbar, „keine eindeutigen resorptiven Schäden durch Lost“ in diesem Fall, keine Spätschäden (Subfermentie, Subacidität) auf Grund einer etwaigen „toxischen Schädigung des Magenschleimhautepithels“, Erklärung durch „Eiweißzerfall (große Wundflächen) und die Resorption der Zerfallsprodukte“. Es wird an die Notwendigkeit erinnert, auch 12 Jahre nach Kriegsende noch an mögliche Lost-Vergiftungen zu denken, und in diesen Fällen auch die Polizei zu rufen zur Absperrung und Entseuchung des Fundortes. — Lost ist sehr stabil, kann auch nach Jahren ungeschützter Lagerung noch toxisch sein, „Beständigkeit“ und „Seßhaftigkeit“ des Losts (MUNTSCHE). Erwähnung seines chemischen Nachweises und des spezifischen „Lost-Geruchs“.

RASP (Heidelberg)^{oo}

Gerichtliche Geburtshilfe einschließlich Abtreibung

● **Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie.** Hrsg. von O. LUBARSCHE, F. HENKE u. R. RÖSSLE †. Bd. 13: Nervensystem. Hrsg. von W. SCHOLZ. Teil 2: Erkrankungen des zentralen Nervensystems II. Bearb. von R. BIELING, H. BOCHNIK, G. BODECHTEL u. a. Bandteil A u. B. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1958. Bandteil A: XXIX, S. 1—1325 u. 565 Abb. Bandteil B: XVI, S. 1326—2902 u. 634 Abb. 2 Bde geb. zus. DM 872.50.

F. Erbslöh: **Kernikterus.** (Hirnveränderungen beim Morbus haemolyticus neonatorum.) S. 1602—1644.

Außer bei Morbus haemolyticus neonatorum kommen sporadische Kernikterusfälle (seltener) vor bei angeborener Gallengangsatresie, Ernährungsstörungen, Lungenblutungen, Hirnblutungen, Geburtstraumen, mütterlichem Diabetes mellitus, Sepsis, diaplacentaren Virusinfektionen mit Einschlußkörperchen (histologisch Riesenzellgranulomatose), Morbus caeruleus — alle besonders bei Frühgeburten. Er ist nicht an den Schweregrad der allgemeinen Gelbsucht gebunden. Der Farbstoff verhält sich spektrophotometrisch wie Mesobilirubin. Bevorzugt befallen ist die graue Substanz, besonders im Liquor-Randgebiet. Im zentralen Grau ist die Färbung verschieden verteilt und verschieden intensiv, es kommen aber auch corticale Verfärbungen vor. Gebiete um die Rautengrube, Pallidum, Putamen und Hippocampus sind mit Abstand am regelmäßigsten und stärksten befallen. Die weiße Substanz ist um die Herde im Grau auch gelegentlich angefärbt. Dies ist abzugrenzen vom diffusen Hirnikterus, der mit oder ohne Kernikterus auftreten kann, z. B. bei der Bleienccephalopathie des Neugeborenen, und zusätzlichen pathologischen Faktoren seine Entstehung verdankt. Mikroskopisch ist die Gelbverfärbung überraschend gering. Ganglienzellen und Gliazellen sind teilweise granular gelb verfärbt, stellenweise sind Gallepigmente kristallinisch in Form von Nadeln und Tafeln abgelagert. Ganglienzellen sind regressiv verändert bis zu Parenchymnekrosen. Die Glia reagiert regressiv und progressiv, letzteres besonders um Parenchymzerfall. Fast stets ist Hirnödem mit seinen Folgen auf Glia und Markscheiden zu finden. In der Pathogenese hat die Hypoxydose-Theorie die größten Chancen, verbunden mit der hohen Permeabilität der Grenzmembranen des Neugeborenen. Sauerstoffmangel infolge der Anämie, Wirkstoff- und Nahrungsmangel wirken wahrscheinlich in verschiedenem Ausmaße zusammen. Für Ferment- oder Vitaminmangel ließen sich keine Anhaltspunkte finden. Der Einfluß glykopriver Zustände ist möglich. Daß Verstopfungen durch Agglutinationsthromben oder Bilirubin- oder Hämatoidinausfällungen eine Rolle spielen, wurde behauptet; die Verteilung der Schäden ist aber nicht so wie bei gefäßabhängigen Erweichungen. Reflektorische Ischämien könnten in Einzelfällen eine Rolle spielen. Den Einfluß von Antikörper-Antigen-Reaktionen, anaphylaktischen Reaktionen, H-Substanzen zu erweisen, ist methodisch nicht möglich. Gewebständige anaphylaktische Reaktionen im Gehirn könnten vorkommen.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

Berthold Mikat: Die Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Nr 13, 193—199 (1958).

Th. Koller und P. Müller: Perinatale Kindersterblichkeit 1947 bis 1956. [Univ.-Frauenklin., Basel.] Zbl. Gynäk. 79, 2016—2020 (1957).

Die Verf. berichten über die perinatale Sterblichkeit von 30250 Neugeborenen, die an der Baseler Frauenklinik in den Jahren 1947—1956 geboren wurden. Die Sterblichkeit der Neugeborenen sank in der Berichtszeit von 4,23% (1947) auf 2,58% (1956). Sie betrug im Durchschnitt 3,35%. Die Abnahme der Sterblichkeit für die einzelnen Geburtsabschnitte „ante partum“, „sub partu“ und „post partum“ bis zum 10. Tage war durchaus nicht gleichmäßig. Am stärksten gesenkt werden konnte die Sterblichkeit in der Gruppe „sub partu“. Um jahreszeitliche Schwankungen auszuschließen, wird eine Einteilung der Neugeborenen in zwei 5-Jahresgruppen vorgenommen. In allen Untergruppen schneidet die zweite 5-Jahresgruppe besser ab, d. h. die Sterblichkeit in den Jahren 1952—1956 war deutlich niedriger als in der ersten 5-Jahresgruppe, besonders bei den Frühgeburten, deren Gesamtsterblichkeit 1947/1951 35% und 1952/1956 29% war. Ferner wird unterschieden zwischen: 1. lebensunfähige Mißbildungen, 2. Frühgeburten bis zu einem Geburtsgewicht von 1500 g, 3. Neugeborene über 2500 g. — Bei der Betrachtung der Ergebnisse in der Gruppe Mißbildungen wird angenommen, daß eine wesentliche therapeutische Einflußnahme dieser Gruppe nicht möglich sein wird. Es handelte sich um 115 Fälle (0,38%). Die Frühgeburtenrate betrug im Durchschnitt 6,7% aller Neugeborenen. Die Frühgeburtensterblichkeit bei der Gruppe der Kinder mit einem Geburtsgewicht über 1700 g war durchaus günstig. Sie betrug in den beiden 5-Jahresabschnitten 17% bzw. nur 11%; unter 1700 g Geburtsgewicht dagegen in den entsprechenden Gruppen 79% bzw. 78%. — Für den Geburtshelfer am interessantesten wäre die Gruppe der Neugeborenen über 2500 g Gewicht, d. h. der reifen, Kinder, weil an ihnen die Frage, ob eine fehlerhafte Geburtsleitung Schuld am perinatalen Tod hätte, am ehesten geprüft werden könnte. — In weiteren Diagrammen ist dann dieses Problem dargestellt und das Resultat ist folgendes: Bei einer Gesamtzahl von 252 Verstorbenen in dieser Gruppe wird ein Viertel der Todesfälle als begrenzt vermeidbar oder gar durch fehlerhafte Geburtsleitung verschuldet bezeichnet. Im ganzen sind es 68 Fälle. Neben der Verhinderung der Frühgeburt durch intensive Schwangeren-Vor- und -Fürsorge könne die perinatale Kindersterblichkeit der ausgetragenen Neugeborenen wesentlich gesenkt werden durch eine unerbittliche Selbstkritik der Geburtshelfer und Überprüfung eines jeden Todesfalles mit der Fragestellung, was in der Geburtsleitung hätte besser gemacht werden können. — Die Sterblichkeit der reifen Kinder über 2500 g Geburtsgewicht abzüglich der lebensunfähigen Mißbildungen war in der ersten 5-Jahresgruppe nur $12,29/1000$, in der zweiten $6,09/1000$. Bei Zurechnung der Mißbildungen $14,99/1000$ bzw. $7,59/1000$. Für die ganzen 10 Jahre betrug die Sterblichkeit der Kinder über 2500 g $8,99/1000$.
MANNHERZ (Duisburg)^{oo}

K. W. Schultze: Zur Bedeutung der Abortiveier und über ihre zellkernmorphologische Geschlechtsbestimmung. [Städt. Frauenklin., Bremerhaven-Lehe.] Dtsch. med. Wschr. 1958, 1818—1820, 1823.

G.-A. von Harnack und H. Oster: Quantitative Reifebestimmung von Frühgeborenen. [Univ.-Kinderklin., Hamburg-Eppendorf.] Mschr. Kinderheilk. 106, 324—328 (1958).

Es wird eine Methode angegeben, die es dem Arzt ermöglicht, auf einfache Weise den Entwicklungszustand eines untermaßigen Neugeborenen zu kennzeichnen. Sie besteht darin, daß mit Hilfe eines angegebenen Diagrammes der unterschiedliche Reifegrad von Frühgeborenen graphisch dargestellt werden kann. Ein Komplex von vier anatomisch repräsentativen Reifemerkmale nämlich Pupillarmembran, Ohrmuschelknorpel, Hautbefund und Fingernägel sowie das Körpergewicht und die Länge werden in Beziehung zur Tragzeit des Kindes gesetzt. Die Anwendung des Reifediagrammes wird an verschiedenen Beispielen erläutert. Zur Ausschöpfung der Bestimmung der Reife wird eine Röntgenaufnahme des Unterschenkels als zweckmäßig empfohlen, zumal die Strahlenbelastung bei geeigneter Technik minimal sei. Zuletzt folgen Angaben über die Reifung und Knochenkernausbildung von Calcaneus, Talus sowie distaler Femur- und proximaler Tibiaepiphyse.
G. WEYRICH (Freiburg i. Br.)

Jürgen Lemke: Bemerkungen zur Technik der Geschlechtsbestimmung aus Schleimhautabstrichen von Neugeborenen. [Univ.-Frauenklin., Kiel.] Klin. Wschr. 1958, 779.

Wegen der häufig störenden Bakterienflora der Mundhöhle bei Säuglingen wird bei Mädchen der Vaginalabstrich vorgeschlagen, der auch meist einen höheren Anteil chromatinpositiver

Kerne liefert. Als Färbung wird Kresylechtviolett und Karbolfuchsin (dieses mit Grünfilter) als optimal empfohlen. 200 Zellen sind auszuzählen, bei über 10% Chromatinindex genügt Abrundung der Prozentzahlen auf 10. SCHLEYER (Bonn)

Hans Kändler: Reifezeichen bei Früh- und Neugeborenen. [Univ.-Kinderklin., Leipzig.] Mschr. Kinderheilk. 106, 328—333 (1958).

Während der ersten Lebenswoche wurden 100 Frühgeborene und zum Vergleich dazu 100 Reifgeborene auf die Zeichen der Reife untersucht. Es werden die einzelnen Reifezeichen genauer beschrieben und kritisch gewürdigt. Der Autor läßt vollausgebildete Nägel, die die Kuppe der Finger überragen, nicht als Zeichen der Reife gelten. Zu den Zeichen der Unreife zählt er: unausgebildete Brustdrüsen, die Membrana iridopupillaris in der Art einer diffusen Augentrübung, die schon am ersten Lebenstag zu beobachten ist, geschlossene Lidspalten, ein löffelförmig nach oben außen gebogener Schwertfortsatz, eine klaffende Vulva, eine breite Rectusdiastase, vermehrte Lanugobehaarung und Finger-Zehennägel, die die Kuppe noch nicht erreichen. Zwei Abbildungen und 3 Tabellen erläutern die Untersuchungsergebnisse.

G. WEYRICH (Freiburg i. Br.)

Henryk Danielewicz: Cytologische Beurteilung der Reife des Fetus und Proben zur Feststellung des Geburtstermins auf Grund cytologischer Untersuchungen. [Oddzial Polozn.-Ginek. Centr. Szpitala MON, Piaseczno.] Wiad. lek. 11, 659—666 (1958) [Polnisch].

Infolge der ungewöhnlichen Reaktionsfähigkeit der Scheidenschleimhaut auf hormonale Schwankungen, besteht grundsätzlich die Möglichkeit, den nahen Entbindungstermin durch Untersuchung von Scheidenabstrichen zu erkennen. Nach LEMBERG und STAMM kann man in 80% der Fälle am Ende der Tragzeit eine schlechtere Zellfärbbarkeit, eine Verminderung oder einen völligen Schwund der Navicularzellen sowie eine Zunahme der Leukocyten feststellen, wodurch der Abstrich einen „schmutzigen“ Eindruck macht, was bei noch nicht ausgetragener Schwangerschaft vermißt wird. BARNES und ZUSPON überprüften die Methode an 150 Fällen, fanden nur 75% positive Ergebnisse und lehnten sie daher als zu ungenau ab. Eine Nachuntersuchung des Autors an 98 Schwangeren, die wegen tatsächlicher oder vermeintlicher Übertragung bzw. wegen unzeitiger Wehen zur Beobachtung kamen, und an 130 Kontrollpersonen ergab, daß die Befunde von LEMBERG und STAMM in 81% jener Fälle zutreffen, die 2—10 Tage später niederkommen. Eine Vermehrung der Leukocyten wurde allerdings vermißt. Die praktische Brauchbarkeit wird jedoch dadurch erheblich eingeengt, daß die Methode in 45% aller Fälle, vorwiegend wegen eines Trichomonadenbefalles, nicht angewandt werden konnte. BOLTZ (Wien)

Ugo Basso: Le modificazioni del mesenchima e dell'epitelio nell'evoluzione fetale del polmone umano. (Die Veränderungen des Mesenchyms und des Epithels bei der Fetalentwicklung der menschlichen Lunge.) [Ist. di Med. leg. e Assicuraz., Univ., Bologna.] Med. leg. (Genova) 5, 467—477 (1957).

An Hand mikroskopischer Präparation und anschließender Wägung und zum Teil auch mikroskopischer Messung der verschiedenen Bestandteile des Lungengewebes wurden die Verschiebungen ihrer relativen Anteile vom 3.—9. Wachstumsmonat untersucht. Die Hohlraumauskleidung erfährt bis zur Reife eine Umfangsvermehrung um 500%, das Mesenchymgewicht eine Verminderung um rund zwei Drittel. Das Gewicht des Hohlraumanteils nimmt um etwa das 13fache zu, und zwar relativ am stärksten vom 5. bis zum 8. Monat. Das Epithelgewicht verdoppelt sich bis zum 5. Monat, sinkt danach stark, und zwar auf Grund einer jetzt schon beginnenden (!) allgemeinen Abplattung der Alveolenwandzellen. Das Zahlenmaterial für jeden Entwicklungsmonat wird angegeben. SCHLEYER (Bonn)

Pierlodovico Ricci: Le fasi di maturazione cortico-glomerulare del rene nella vita fetale. (Die Phasen der Nierenrindenreifung im Fetalleben.) [Ist. di Med. leg. e Assicuraz., Univ., Bologna.] Med. leg. (Genova) 5, 547—566 (1957).

Die morphologischen Veränderungen wurden an menschlichen Früchten des 3.—9. Monats untersucht und werden im einzelnen beschrieben und abgebildet. Unter anderem wurde die Zunahme der Glomeruli im Lobulus zahlenmäßig bestimmt. Der Glomerulus als solcher verkleinert sich bis zum 5. Monat. Der Pyramidenbau ist ab dem 5. Monat ausgebildet. Tubuli contorti sind schon vom 3. Monat an vorhanden, ebenso Erythrocyten im Glomerulus. Tubuli

im Cortex corticis treten im 8. Monat auf. Die Rückbildung des embryonalen Bindegewebes geht vom 5.—6. Monat an unregelmäßig vor sich. Somit könne das mikroskopische Bild der Niere zur gerichtlich-medizinischen Altersbestimmung von Feten herangezogen werden.

SCHLEYER (Bonn)

Chikashi Dohma: Studies on the meconium corpuscles. (Studien über die Kindspechkörperchen.) [Dept. of Leg. Med., Fac. of Med., Osaka Univ., Osaka.] Jap. J. legal Med. 12, Suppl., 101—105 mit engl. Zus.fass. (1958) [Japanisch].

Ergebnisse elektronen- und lichtmikroskopischer Untersuchungen: positive Reaktion mit SCHIFFS Reagens, unabhängig von Vorbehandlung mit Diastase; Vorhandensein der Körperchen schon im 2. Fetalmonat; sie verschmelzen miteinander und lösen sich dann unter der Einwirkung von Darmfermenten auf, zum Teil können sie sich auch zu Gebilden mit einer netzförmigen Faserstruktur umwandeln.

SCHLEYER (Bonn)

Raul Beghè: L'incidenza del fattore ipossia sulla mortalità neonatale. Rilievi clinici e statistici. (Das Vorkommen des Hypoxiefaktors bei der Neugeborenensterblichkeit.) [Ist. Riuniti di Assist. e Benefic. d. Prov., Roma.] Recenti Progr. Med. 22, 437—451 (1957).

Zunächst werden die italienischen Geburten- und die Sterblichkeitszahlen des 1. Lebensstages, der 1. Woche, des 1. Monats und des 1. Jahres absolut und auf 10000 für 1939—1954 wiedergegeben. Die perinatale Mortalität war erwartungsgemäß im ersten 24 Std.-Intervall am höchsten. Hauptursache waren Un- und Frühreife. Sodann werden für 1940—1954, jeweils für die ersten 6 Tage, die Todesursachen nach der Statistik zusammengestellt, für die Zeit nach 1951 nach der internationalen Bezeichnungsweise. Die frühpostnatale Sterblichkeit wird, außer für die Ursachengruppen Mißbildungen und angeborene Lebensschwäche, mit einem „Shock-Zustand im weitesten Sinne“ nach BLALOCK in Beziehung gebracht. Geburtstrauma, Frühreife, Asphyxie durch mechanische Ursachen und „Geburtsfolgen“ seien nur als verschiedene Bedingungen desselben pathogenetischen Faktors, nämlich des Shocks und der nachfolgenden Hypoxämie anzusehen. Deren Behandlung müsse daher ganz vordringlich sein.

SCHLEYER (Bonn)

K. Kloos, G. Malorny und H. Wulf: Experimentelle pulmonale hyaline Membranen. [Path. Inst., Univ., Kiel. (41. Tagg, Bad Nauheim, 7.—11. IV. 1957.)] Verh. dtsch. Ges. Path. 1958, 180—184.

Über die häufig bei asphyktischen Neugeborenen gefundenen pulmonalen hyalinen Membranen (PHM), die als Todesursache angesehen werden, herrscht noch Unklarheit. Verff. wollen auf experimentellem Wege an Meerschweinchen und Ratten weitere Einblicke in die zugrunde liegenden Krankheitsvorgänge gewinnen. Untersucht wurde der Einfluß des Sauerstoffmangels, des Sauerstoffüberschusses, der exogenen Kohlendensäureüberladung und der experimentellen Säuerung durch Ammonium- und Natriumchlorid. — Es hatte sich ergeben, daß PHM keine Folge einer Gewebeschädigung durch O₂-Mangel bzw. O₂-Überangebot ist. Auch eine stark protrahierte Acidose ist PHM zu erzeugen nicht imstande. Eine ursächliche Bedeutung kommt lediglich der Hyperkapnie zu. Sie ist für die Pathogenese der hyalinen Membranen in der Lunge verantwortlich zu machen. — In der Aussprache weist LIEBEGOTT auf seine Versuchsergebnisse hin — er sieht diese Veränderungen als Ausdruck einer Schädigung und Aufquellung der Alveolar-membran durch O₂ an.

H. ELKES (München)^{oo}

Gerd K. Döring: Über die Geburt eines am Leben gebliebenen Kindes von 37 cm Länge und 950 Gramm Gewicht 179 Tage post cohabitationem. [I. Univ.-Frauenklin., München.] Dtsch. med. Wschr. 1958, 1316—1317.

Verf. berichtet über zwei eigene Beobachtungen: 1. Geburt eines hochgradig unreifen Kindes (37 cm, 950 g) nach einer Tragzeit von 179 Tagen post cohabitationem. Das Kind wurde im Incubator aufgezogen und nach 18 Wochen mit 3400 g in gutem Zustand entlassen. 2. Geburt eines Kindes von 34 cm Länge und 880 g Gewicht nach 164 Tagen nach der Ovulation (Bestimmung des Ovulationstermines mit Hilfe der Basaltemperatur). Dies Kind starb nach 12 Std. Verf. hält wegen dieser beiden Beobachtungen die umstrittene Möglichkeit einer Unterschreitung der „gesetzlichen Empfängniszeit“ (181—302 Tage ante partum) für bewiesen.

KLOSE (Heidelberg)

Per Arén: On legal abortion in Sweden. Tentative evaluation of justification of frequency during last decade. (Über den legalen Abort in Schweden.) [Dept. of Obstetr. and Gynecol., Malmö.] *Acta obstet. gynec. scand.* **37**, Suppl. 1, 1—75 (1958).

Legale Schwangerschaftsunterbrechungen können in Schweden wegen folgender Gründe vorgenommen werden: Medizinische und sozialmedizinische, humanitäre und eugenische Indikation. Es wurde untersucht, welche Folgen die Eingriffe gehabt haben. Hierfür lag folgendes Material zugrunde: 1. Krankengeschichten von 248 Frauen, die nach der Schwangerschaftsunterbrechung erneut gravid geworden sind. 40% wurde innerhalb der ersten 3 Jahre hiernach wieder schwanger, der Rest später. 17% dieser erneuten Schwangerschaften endete mit legalem Abort. 21% mit spontanem Abort oder Abtreibung. 1% extrauterine Graviditäten. 2. Gespräche mit 100 Frauen, bei denen legale Schwangerschaftsunterbrechung vorgenommen worden war. 34 hatten Schuldgefühle, die jedoch mit erneuter Gravidität verschwanden. 84% beteuerten, daß sie ihre Kinder geboren hätten, wenn der Antrag um Schwangerschaftsunterbrechung nicht bewilligt worden wäre. Keine hatte einen Schaden bei der nächstfolgenden Gravidität davongetragen. 3. Unterhaltungen mit 197 Frauen, denen legaler Abort bewilligt worden, jedoch nicht ausgeführt worden war. Von diesen hatten 33 eine Fehlgeburt während der Schwangerschaft durchgemacht. Zwei starben später. Zwölf gaben die Kinder in Pflege, 143 behielten sie. Allen diesen Frauen war die Schwangerschaftsunterbrechung aus psychischen oder sozialpsychiatrischen Gründen bewilligt worden. Keine ernsthaften Komplikationen während der Gravidität oder Entbindung. — Nach Ansicht des Verf. müsse man etwas zurückhaltender bei der Bewilligung von Schwangerschaftsunterbrechungen sein. G. E. VOIGT (Lund)

S. Kruschwitz: Zur Klinik des Seifenabortes. [Univ.-Frauenklin., Greifswald.] *Dtsch. Gesundh.-Wes.* **1958**, 492—495.

An Hand eines klinischen Beobachtungsfalles wird die Wirkung der Seife auf die Gefäßwände besonders hervorgehoben. Es kommt zu degenerativen Veränderungen im Endothel, Nekrosen der Intima und Media. Bei der Patientin entwickelte sich eine Gefäßthrombosierung der Metatarsal-Arterien II—IV am linken Fuß. Es kam zu einer Gangrän der dritten Zehe, die schließlich abgesetzt werden mußte. Nach 9 Wochen konnte die Patientin aus der Behandlung entlassen werden. SCHWERD (Erlangen)

Lise Fortier: Gas gangrene of the uterus. (Gasbrand der Gebärmutter.) *Canad. med. Ass. J.* **78**, 779—781 (1958).

Tod einer Schwangeren 39 Std nach einer Abtreibungshandlung und 15 Std nach Auftreten der ersten Krankheitszeichen unter Benommenheit, Ikterus, genitaler Blutung und Gasabtreibung des Uterus im Kreislaufversagen. Sektion: Gasfäulnis aller Organe und Chromoproteinurie. Nachweis des *Clostridium perfringens* im Uterus (Blutkultur negativ). — Kurze Allgemeinbesprechung der Infektion. SCHLEYER (Bonn)

Streitige geschlechtliche Verhältnisse

P. H. Muller: Problèmes de médecine légale sexuelle. (Sexual-Probleme in der gerichtlichen Medizin.) [Inst. de Méd. Lég., Lille.] *Ann. Méd. lég.* **37**, 343—361 (1957).

Es gibt beim Menschen zwischen dem männlichsten Mann und der männlichsten Frau alle Zwischenstufen. Wir sind männlich oder weiblich; der Unterschied mag jedoch oft nur minimal sein. Krankheiten, hervorgerufen durch Veränderung der Keimdrüsen, können die sexuelle Harmonie stören. Sie können zu Homosexualität und anderen sexuellen Abarten führen, zu denen unter anderem auch der Hermaphroditismus gehört. Die Geschlechtsbestimmung an einzelnen Leichteilen ist sehr schwierig. Sie läßt sich auf Grund bestimmter, histologisch feststellbarer Besonderheiten in seltenen Fällen durchführen. TRUBB-BECKER (Düsseldorf)

Erwin F. Wiele: Kasuistischer Beitrag zur Bedeutung von Sexualthemen in der Tagespresse für das Kindes- und Jugendalter. [Nervenabt., Poliklin., Bezirkskrankenb., Görlitz.] *Z. ärztl. Fortbild.* **52**, 591 (1958).