

Einfluß haben. Aus den Untersuchungen der Verff. geht auch noch hervor, daß die anhaltende Starre der Muskeln nach dem Tode durch Erregungen der Stoffwechselzentren in Tuber cinereum und Vierhügelplatte unterhalten wird. Es erfolgt eine Dissoziation der H-Ionen, die eine Acidose der Muskeln bewirkt. Bei Ausschaltung der genannten nervösen Zentren im Diencéphalon tritt keine Muskelstarre am toten Tier auf; bei Reizung derselben Zentren ist eine Verstärkung der Totenstarre festzustellen.

Rieper (Berlin).

Kisaki, K., und C. Fukai: Beiträge zur Forschung über das Substrat der Lungenzeichnung an intakten Leichen. (*I. Med. Klin., Path. Inst., Univ. Kyoto.*) Fol. endocrin. jap. 12, H. 6, dtsch. Zusammenfassung 43—44 (1936) [Japanisch].

Die Verff. haben über das Substrat der Lungenzeichnung an intakten Leichen studiert, um die diesbezüglichen Experimente, die von ihnen und anderen Autoren an ausgeschnittenen Leichenlungen und an Tieren angestellt worden, nachzuprüfen. Dazu fügten sie die klinisch und am Seziertisch gemachten Beobachtungen sowie die Ergebnisse diesbezüglicher Experimente. Das Gesamtergebnis der Verff. war dabei kurz folgendes: Die normale Lungenzeichnung ist hauptsächlich durch das in den Lungengefäßen (besonders in den Lungenarterien) vorhandene Blut bedingt. So führt die Zunahme des Blutes in den Lungengefäßen zur Verstärkung und Vermehrung der Lungenzeichnung, während die Abnahme des Blutes, z. B. durch Ausspülung, die Lungenzeichnung arm und undeutlich werden läßt. Die Gefäßwand selbst spielt bei der Lungenzeichnung keine bedeutende Rolle. Die Bronchien stellen sich an ihren Stämmen als bandartige Schattenaufhellungen dar, während man an der Lungenperipherie den Bronchiolen entsprechende kleine Schattenaufhellungen nicht antrifft. Die Bronchialwände haben an der Lungenzeichnung keinen bedeutenden Anteil. Sie wirken höchstens an Stellen, wo sie größere Strecken lang in der Durchleuchtungsrichtung verlaufen, schattenbildend. Die Wandungen der Bronchiolen bleiben so gut wie unsichtbar, d. h. an der Lungenperipherie wird die Lungenzeichnung fast vollkommen durch das Blut in den peripheren Gefäßen erzeugt. Die Lymphdrüsen sowie die Lymphgefäße führen unter normalen Verhältnissen allein zu keinen sichtbaren Schatten, wohl aber verstärken sie sowie die Bronchien bei Kreuzung mit anderen Gebilden, besonders Gefäßen, den Schatten dieser Gebilde.

Autoreferat.

Schwangerschaft, Abort, Geburt, Kindesmord.

Schöner, Otto: Geschlechtsbestimmungen nach den Geburtstagen der Kinder ohne Geschlechtschromosom. *Zbl. Gynäk.* 1936, 689—702.

Die Arbeit ist eine Ergänzung der früheren Arbeiten des Verf. Er fand bekanntlich eine feststehende Geschlechterreihenfolge von 2 : 1 in jedem Ovar, und zwar liefere das rechte Ovar vorwiegend männliche Eizellen, das linke weibliche. Das Mitwirken eines Geschlechtschromosoms verwirft Verf. Es ovuliert normaliter das rechte und linke Ovar abwechselnd. Verf. hat nun mit vorliegender Arbeit zusammen an 32 Stammräumen mit 6—12 Kindern seine Theorie durch Berechnung der Variationsmöglichkeiten geprüft und die Geschlechterreihenfolgen richtig gelöst. Die Variationen liegen darin, daß ja der Ovulationstermin nicht immer 28-tägig ist. So schwankt der Ovulationsturnus bei seinen Fällen zwischen 25, 92 und 30, 84 Tagen. Bei den vom Verf. als gegeben angenommenen Verhältnissen würde also über das Geschlecht weiterer Kinder der Familie nur die Zahl der Ovulationen zwischen den Befruchtungen entscheiden.

Tietze (Kiel).

Albrecht: Sterilität. Periodische Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit. (24. Vers. d. *Dtsch. Ges. f. Gynäkol., München, Sitzg. v. 23.—26. X. 1935.*) *Arch. Gynäk.* 161, 23—51 (1936).

Es handelt sich um das vom Verf. bei der Tagung der Deutschen Gynäkologischen Gesellschaft 1935 in München gehaltene Referat. Die ausgezeichnete Abhandlung ist nach 3 Fragestellungen geordnet: 1. Wie lange währt die Befruchtungsfähigkeit von Samen und Eizelle? 2. Wann findet innerhalb des Cyclus die Ovulation statt und wie lange dauert die Funktion des Corpus luteum? 3. Besteht die Möglichkeit einer sicheren Vorausbestimmung der Dauer des einzelnen Menstruationscyclus? Die Beantwortung

der Frage 1 lautet folgendermaßen: Die Befruchtungsfähigkeit des Spermias ist abhängig von der Temperatur des Milieus, d. h. bei niedriger Temperatur bleibt die Befruchtungsfähigkeit länger bestehen. Die Ursache hierfür ist darin zu sehen, daß in höheren Temperaturen die kinetische Energie in der Samenzelle rascher und früher zur Auslösung gebracht wird und damit auch die Befruchtungsfähigkeit. Je länger also die Auslösung dieser Energie sistiert, um so länger bleibt auch die Befruchtungsfähigkeit bestehen. Die Befruchtungsfähigkeit hört viel früher auf als die Beweglichkeit der Samenzelle. Die erstere erlischt am 3. bis 4. Tage, die letztere aber erst am 12. Tage nach der Aufnahme in den Genitalkanal. Die Befruchtungsfähigkeit des Eies nach dem Follikelsprung dauert 48 Stunden. Somit ergibt sich eine engbegrenzte Befruchtungsfähigkeit für beide Keimzellen. Damit trotz dieser zeitlichen Begrenzung die Fortpflanzung gesichert ist, gibt es 2 Wege: 1. Der Reiz der Kopulation, ausgehend vom nervösen Sexualzentrum des Zwischenhirns, führt zu einer vermehrten Prolanausscheidung und damit zur beschleunigten Follikelreifung und zum Follikelsprung = provozierte Ovulation. 2. Zeitlich fixierte Ovulation im Zusammenhang mit der Auslösung der Brunst. Die Feststellung des Ovulationstermins ist nicht mathematisch errechenbar. Er hat eine Schwankungsbreite von etwa 10 Tagen mit einem Höhepunkt am etwa 15. Tage vor Eintritt der Menstruation. Während der Funktion des Corpus luteum kann kein 2. Ei zur Reife gelangen. Die Funktionsdauer des Corpus luteum umfaßt nach dem Follikelsprung ungefähr 2 Wochen. Hieraus ergibt sich die Schwankungsbreite der Befruchtungsfähigkeit. Das Konzeptionsoptimum liegt in den Tagen der spontanen Ovulation, d. h. vom 12. bis 16. Tag ante menstruationem. Aber auch außerhalb dieser Tage, während der sog. „unfruchtbaren Tage“ im Postmenstruum und Prämenstruum ist eine Befruchtung möglich und nachgewiesen worden. Die Ursache hierfür liegt nach der Ansicht von Knaus in der großen Schwankungsbreite der Menstruation, die sich nie im voraus bestimmen läßt. Daher ist die bisherige Ansicht von einer weitgehenden Konstanz der Menstruationszyklen falsch. Die Schlußfolgerungen sind folgende: Es besteht während des Menstruationszyklus eine biologische Gesetzmäßigkeit im Wechsel der fruchtbaren und unfruchtbaren Tage. Die fruchtbaren Tage liegen in der Zeit vom 12. bis 16. Tag vor der nächsten Menstruation. Eine sichere Berechnung der unfruchtbaren Tage ist jedoch nicht möglich wegen der unberechenbaren Schwankungen und Phasenverschiebungen im Menstruationszyklus, die durch Früh- und Spätovulation bedingt sind. Für die Behandlung der Sterilität ergibt sich hieraus, daß für manche Fälle eine Beratung über die zeitliche Regelung der Kohabitation von Erfolg begleitet sein kann. *F. Siegert* (Freiburg i. Br.).

Dworzak, Hans: Rachitis und Menarche. (*Frauenklin., Dtsch. Univ. Prag.*) Med. Klin. 1936 I, 17—19.

Verf. geht auf die Faktoren ein, die in hohem Maße das Einsetzen der Menarche beeinflussen. Schon innerhalb begrenzter Gebiete können infolge verschiedener Höhenlagen erhebliche Unterschiede festzustellen sein. Unter den Faktoren, die gleichfalls nicht ohne Auswirkung bleiben, sind Erkrankungen im Kindesalter zu nennen, insbesondere Erkrankungen, nach denen eine Funktionsbeschränkung gewisser Organe oder Organsymptome zurückbleibt. Hierher rechnet neben der Tuberkulose, Infektionskrankheiten, insbesondere kongenitaler Lues, die Rachitis. Es wurden an der Prager Klinik 1200 Fälle von Rachitis zusammengestellt, und bezüglich des Auftretens der 1. Menstruation mit 1200 völlig gesunden Frauen verglichen. Bei diesen letzten trat die Menstruation am häufigsten im 14. Lebensjahr auf, um dann bis zum 17./18. hin ziemlich schnell wieder abzusinken. Bei den rachitischen Frauen dagegen zeigt die Verteilung auf die einzelnen Jahre keinen so plötzlichen Anstieg und Abfall. Die größte Häufigkeit liegt bei 16 Jahren, die Häufigkeitskurve senkt sich dann nur ganz allmählich bis zum 18./19. Jahr hin. Durchweg stand der Grad der rachitischen Veränderungen mit der Menarcheverspätung in Übereinstimmung. Ähnliche Beobachtungen sind auch bei der Kyphoskoliose gemacht worden. Es ist offenbar so, daß bei der Rachitis auch die

Eierstöcke mehr oder weniger ergriffen werden. Es scheint dem Verf. nicht ohne weiteres berechtigt, anzunehmen, daß diese Unterfunktion primär in der Anlage des Eierstocks zu suchen ist. Beide Veränderungen, sowohl am Skeletsystem wie am Ovarium, entstehen gleichzeitig. Es muß offen bleiben, daß auch andere endokrine Drüsen von der Rachitis mitergriffen werden.

Kefbler (Kiel).

Göczy, Lajos: Erfahrungen mit der Visseher-Bowmannschen Schwangerschaftsreaktion. Magy. Nőgyógy. 5, 37—38 (1936) [Ungarisch].

Die Zuverlässigkeit der Reaktion nimmt mit fortschreitender Schwangerschaft zu, doch ist der Erfolg auch am Ende der Schwangerschaft unter 100% (untersuchte Fälle 160). Zur frühzeitigen Erkennung der Schwangerschaft ist die Reaktion ungeeignet, auch später kommt sie nur als Wahrscheinlichkeitszeichen in Betracht. *G. Popoviciu.*

Schultze, Kurt Walther: Milchsekretion bei Abort und Schwangerschaft als Zeichen des Fruchttodes. (Univ.-Frauenklin., Königsberg i. Pr.) Zbl. Gynäk. 1936, 916—919.

Die Lactation ist ein hormonaler Vorgang, der einerseits von der Hypophyse, andererseits von der Placenta bzw. dem Ovar gesteuert wird. Die Placenta stellt einen hemmenden Faktor für die Milchbildung dar, solange sie mit dem mütterlichen Organismus in fester Verbindung steht. Erst nach der Ausstoßung der Placenta setzt die Milchbildung ein. Verf. führt für diese Auffassung eine Reihe von Mitteilungen aus der Literatur an. Das wirksame Prinzip in der Placenta ist das Chorion, wie aus Beobachtungen an Blasenmolen und Chorionepteliomen hervorgeht. Auch dem Tierzüchter sind diese Zusammenhänge bekannt, da beim tragenden Rind die plötzliche Anschwellung des Euters das Absterben der Frucht anzeigen. Bei schwangeren Frauen findet sich stets nur Colostrum, niemals echte Milch, die erst dann gebildet wird, wenn der Kontakt der Placenta mit der Wand des Uterus gelöst ist. In einer Reihe von Fällen zu ganz verschiedenen Schwangerschaftszeiten, Aborten usw. hat Verf. die Zusammenhänge zwischen dem Befund an der Brust, dem Colostrum und der Milch zu erklären versucht. Keinesfalls spricht ein negativer Brustbefund gegen eine junge Schwangerschaft. Colostrum zeigt ausschließlich an, daß lebende chorale Elemente vorhanden sind, die das Wachstum der Brustdrüsen anregen, gleichzeitig aber die Lactation verhindern. Wenn bei einem Abort Milch in der Brustdrüse erscheint, so spricht das für den Tod der Frucht. Besonders deutlich sind die Ergebnisse bei der verzögerten Frühgeburt, die durchweg Milch in den Brüsten aufweisen. Die Milchsekretion in der Schwangerschaft sowie beim blutenden Abort ist ein Zeichen für den erfolgten Fruchttod.

Kessler (Kiel).

Zappert, J.: Geburtstrauma und Zentralnervensystem. Ärztl. Prax. (Sonderbeil. d. Mitt. Volksgesdh.amt, Wien Nr 1) Nr 1, 1—6 (1936).

Verf. behandelt die Frage, welche uns bekannten Krankheiten des Nervensystems von Kindern jenseits des Neugeborenenalters auf Geburtsschädigungen von Gehirn und Rückenmark zurückgeführt werden können. Zuerst wird die pathologische Anatomie der natalen Schädelverletzungen besprochen. Dabei wird auf die große Bedeutung der subduralen, besonders der infratentoriellen Blutungen mit Kompression der Medulla oblongata und des Kleinhirns, der subpialen bzw. subarachnoidalnen sowie der intracerebralen Blutungen (besonders in der Gegend der Vena magna, der V. terminalis, der V. choroidea und lateralis ventriculi) hingewiesen. Dann werden die Folgezustände dieser intrakraniellen Geburtsverletzungen bei den am Leben bleibenden Kindern besprochen. Es werden die centralen und peripheren Porencephalien, die Cystenbildungen, die herdförmigen oder diffusen sklerotischen Narben und ihre Folgen sowie der Hydrocephalus internus und externus und die histologischen Veränderungen im Striatum kurz erwähnt. Da die pathologische Anatomie uns noch vielfach im Stiche lasse, müßten auch die klinischen Tatsachen zur Beantwortung der Frage nach dem Zusammenhang von Geburtstraumen und Nervenkrankheiten herangezogen werden. In den Anamnesen vieler Nervenkranker finde sich die subjektive Angabe einer „schweren Geburt“. Diese sei jedoch aus naheliegenden Gründen

nicht gleichbedeutend mit Verletzung des Kindes unter der Geburt. Die Kennzeichen der Frühform intrakranieller Geburtsverletzungen seien: Asphyxie, Herzschwäche, Bewußtseinsstörungen, Cyanose, Konvulsionen, Lähmungen, tetanusartige Starre, motorische Reizerscheinungen und abnorme Reflexe. Schon heute könne auf Grund der Forschungen verschiedener Autoren, welche die Schicksale geburtsgeschädigter Kinder weiter verfolgt hätten, eine Beziehung zu Geburtstraumen bei einer ganzen Reihe von Krankheiten des Centralnervensystems in Erwägung gezogen werden. Hier wären die cerebrale Kinderlähmung, namentlich ihre para- und diplegischen Formen, die Idiotie, die Epilepsie, die Pseudomikrocephalie, die bilaterale Athetose-Chorea und andere extrapyramidale Erkrankungen sowie die Querschnittsläsionen des Rückenmarkes zu nennen. Bei weiteren Krankheiten könne man einen Zusammenhang mit einem Geburtstrauma noch nicht mit Sicherheit behaupten. Die Frage der Häufigkeit des Geburtstraumas als Ursache der oben angeführten Krankheiten sei noch nicht beantwortet, denn für die meisten der erwähnten Leiden stelle „die natale Schädigung nur einen unter mehreren möglichen ätiologischen Faktoren“ dar.

Rud. Koch (Münster i. W.).

Moragues Bernat, Jaime: Schädeleindrücke beim Neugeborenen. Rev. méd. lat.-amer. 21, 923—944 u. franz. Zusammenfassung 942 (1936) [Spanisch].

Die Häufigkeit der Schädeleindrücke beim Neugeborenen ist heute geringer als in anderen Zeiten infolge der besseren technischen Methoden bei der Behandlung der Gebärenden. Die Abnahme der Häufigkeit steht in direktem Verhältnisse zur Abnahme der Zahl der verlängerten Geburten und den gewaltsamen Eingriffe in der Geburtshilfe. Jeder nicht weiter behandelte Schädeleindruck, auch wenn er symptomlos ist, bedeutet einen unbekannten Faktor, welcher die nächste Zukunft und die psychische Entwicklung des Kindes belastet. Heute soll man eingreifen bei jedem Schädeleindruck, sowohl bei dem einfachen wie bei dem komplizierten, denn der erstere wird aus dem Eingriff immer Nutzen ziehen und der zweite sich durch denselben nicht verschlimmern. Die intrakraniell auf suturalem Wege durchgeführte Wiederausgleichung des Schädeleindrückes ist gegenwärtig derjenige Eingriff, der die besten Aussichten hinsichtlich der praktischen Durchführbarkeit und der ausreichenden Wirkung vereinigt. Die blutige Wiedereinrichtung mit Knochenablösung soll vorbehalten werden für komplizierte Fälle, welche diese Indikation erforderlich machen. C. Neuhaus (Oldenburg).

Leff, Morris: Fetal heart dilatation; pulmonary congestion and pulmonary edema neonatorum; „congenital pneumonia“; asphyxia. (Fetale Herzerweiterung; Blutstauung in den Lungen und Lungenödem der Neugeborenen; „angeborene Lungenentzündung“; Erstickung.) Amer. J. Obstetr. 32, 286—294 (1936).

Die Erstickung als Todesursache der Frucht und des Neugeborenen ist gewöhnlich die Folge einer anderen Schädigung. Als unmittelbare Todesursache kommt sie selten vor. Der intrauterine Fruchttod tritt nicht durch Erstickung, sondern durch Sauerstoffarmut (Anoxämie) ein. Atelektasie als unmittelbare Todesursache ist selten, meist ist sie Folge oder verbunden mit anderen Schädigungen. Die häufigste Todesursache ist Störung im fetalen Blutkreislauf. Bei der Wehentätigkeit wird der Mutterkuchen ausgepreßt und der kindliche Blutkreislauf überfüllt. Als Zeichen dieser Schädigung findet man Verlangsamung der Herztätigkeit, Abgang von Kindspech, Blutungen in den Eingeweiden, Herzstillstand, Fruchttod. Durch die Blutüberfüllung kommt es zur Herzerweiterung, Blutstauung in den Lungen und Lungenödem. Dadurch wird eine erhöhte Schleimabsonderung hervorgerufen, die nur gelegentlich auf Aspiration zurückzuführen ist. Die Luftröhre und ihre Äste sind bei Früchten nicht leer, sondern mit Fruchtwasser gefüllt, das sich mit dem Schleime mischt. In Fällen von Kaiserschnitt wird die Blutüberfüllung des fetalen Kreislaufes durch die Verabreichung von Pituitrin u. dgl. herbeigeführt. Aber auch starker Blutverlust beim Einschneiden des Mutterkuchens kann durch Blutdrucksenkung zu mangelhafter Reizung des Atemzentrums und dadurch zum Tode führen. Daher soll die Nabelschnur vor Herausnahme des Kindes

abgebunden werden und das Kind soll an den Füßen gehalten und mit dem Kopfe nach abwärts hängen gelassen werden, damit einerseits die Flüssigkeit aus den Luftwegen abfließen kann und andererseits eine Blutüberfüllung des Gehirnes zur Auslösung rechtzeitiger Atemtätigkeit bewirkt wird. Verzögerte Atmung bei der Geburt ruft Sauerstoffarmut hervor, welche zu Gehirnschädigungen führen kann. Dies soll eine Erklärung dafür sein, daß von geistig hochstehenden Eltern geistig zurückgebliebene Kinder abstammen (?!). Daher keine Verzögerung der Geburt zum Schutze des Dammes, da dadurch das Kind in Gefahr kommt.

Breitenecker (Wien).

● **Veiga de Carvalho, Hilário:** *Mitteilung zum Studium der Diagnose des extrauterinen Lebens. (Epimikroskopische Probe der Lunge.)* (*Dep. de Med. Leg., Inst. Oscar Freire, Univ. São Paulo.*) São Paulo: Typogr. Rossolillo 1935. 44 S., 20 Abb. u. dtsc. Zusammenfassung [Portugiesisch].

Aus seinen in der vorliegenden Arbeit ausführlich mitgeteilten Untersuchungen zieht der Verf. folgende Schlüsse: Die epimikroskopische Untersuchungsmethode hat praktischen Wert bei der Lungenprobe. Die epimikroskopische und histologische Lungenprobe ist leicht auszuführen und gibt sichere Resultate. Die epimikroskopische Untersuchung verhindert nicht, daß von demselben Material auch histologische Schnitte angefertigt werden können. Die besten Ergebnisse erzielt der Verf. bei der Färbung mit Hämatoxylin-Wasserblau-Pikrinsäure. Die zur Anwendung gelangte Färbung macht weitere, später durchgeführte Färbungen nicht unmöglich. Die Verwertbarkeit der Ergebnisse hängt in hohem Grade von der Geschicklichkeit ab, mit der der Untersucher die Apparatur und die Färbemethoden beherrscht. Die ideale Methode zur Darstellung des Untersuchungsergebnisses ist die Epimikrostereophotographie, weil sie leicht auszuführen ist und großen Demonstrationswert hat. Die epimikroskopische pneumoarchitektonische Lungenprobe gibt bei leichter praktischer Durchführbarkeit genaue Ergebnisse. Zu beachten ist, daß man in zweifelhaften Fällen die histologische Prüfung zu Hilfe nehmen muß. Auch bei dieser Methode werden spätere Untersuchungen an demselben Material nicht unmöglich gemacht. Sie gestattet die Untersuchung gekochter, verätzter und verkohlter Lungen. Die Ausführungen werden durch 20 Figuren erläutert.

C. Neuhaus (Oldenburg).

Koch, Rud.: *Ein Fall von angeblich verkannter Schwangerschaft und Kindsmord.* (*Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Münster i. W.*) Arch. Kriminol. **99**, 64 bis 69 (1936).

Verf. berichtet über einen Fall von verkannter Schwangerschaft und Kindsmord, der durch die besonderen Umstände mitteilenswert erscheint. So war u. a. dem zu einer Nachgeburtsblutung gerufenen Arzte zuerst das durch Strangulation getötete Kind verheimlicht worden. Im Gegensatz zu der Angabe der Kindesmutter, die behauptete, zwischen den Betten stehend „das Kind an den Füßen herausgerissen zu haben“, ergab die gerichtliche Leichenöffnung, daß der Schädel bei der Geburt der vorangehende Teil gewesen war. Fast unglaublich mutete die Behauptung der Kindesmutter, bis zum Tage der Geburt nichts von einer Schwangerschaft gewußt zu haben, an, die aber nicht widerlegt werden konnte, da nachweislich noch einige Tage vor der Geburt zwei Heilpraktikerinnen und ein approbiert Arzt die Schwangerschaft verkannt und auf Gelenkrheumatismus, Herzfehler und Schwellungen der Beine behandelt hatten! Für mögliche Verkennung sprach weiterhin die Geisteshaltung der Kindsmörderin (Psychopathin), und daß der Erzeuger des Kindes von der Schwangerschaft nicht das geringste wußte. Die Verhaltungsweise der Mutter und einer klugen Freundin sowie die Tatsache, daß bei dem drohenden Verblutungstode zuerst ein Geistlicher und dann auf dessen Drängen erst ein Arzt zugezogen wurde, beleuchten die primitive Denkungsart, die für das Verbrechen des Kindsmords so charakteristisch zu sein scheint. — Literatur ähnlicher Fälle.

Autoreferat.

Gummersbach, H.: *Das gerichtsmedizinische Gutachten und die Strafverfolgung bei der Kindstötung.* Ärztl. Sachverst.ztg **42**, 87—92 (1936).

Referent weist unter Anführung von mehreren Fällen auf die vor der nationalsozialistischen Revolution, zum Teil auch noch nachher zu beobachtende Milde bei den Strafverfahren gegen Frauenspersonen, die des Kindsmordes beschuldigt sind, hin. Besonders weist er auf die Unberechenbarkeit der Stellungnahme der Schwur-

gerichte hin. Die einschlägige medizinische und juristische Literatur wird in großen Zügen angeführt.

Walcher (Halle a. d. S.).

Streitige geschlechtliche Verhältnisse, Perversionen.

Moessner, Alfred: Ein Fall von sexuellem Pseudoinfantilismus. Wien. med. Wschr. 1936 I, 634—635.

Das männliche Geschlecht weist ein so sinnfälliges Kriterium wie die Menstruation nicht auf. Ein ziemlich sicheres Merkmal für das Erwachen der Pubertät ist die Spermatozoenbereitung. Ihre Ermittlung ist aber im allgemeinen unmöglich. Auch die Zeugungsfähigkeit ist kein untrügliches Zeichen der Mannbarkeit. Als psychische Pubertät fassen wir gewöhnlich das sexuelle Wissen auf. Dieses geht aber sehr häufig der eigentlichen Pubertät voran. Die psychische Pubertät greift vielmehr tiefer und wirkt wesentlich auf Intelligenz und Gefühl des geschlechtlich reifenden Individuums ein, während das Wissen vom Geschlechtlichen meist von Faktoren abhängt, die außerhalb des Individuums liegen. — Verf. beobachtete einen Mann mit guter Allgemeinbildung ohne neurologisch-psychiatrischen Befund, der, von Hause aus streng erzogen, durch Mangel an Anschluß, Abgeschlossenheit und die Eigenart der Erziehung in eine Art geistiger Isolierung auf geschlechtlichem Gebiet geraten war und im Alter von 30 Jahren in sexuellen Dingen kaum mehr wußte als ein 13jähriges Durchschnittskind. Dieser Zustand wird als sexueller Pseudoinfantilismus bezeichnet.

Böhmer (Düsseldorf).

Lindvall, S., und T. Wahlgren: Ein Fall von Hermaphroditismus verus, Gynandromorphismus. (Chair. Klin. u. Path.-Anat. Laborat., St. Göran-Krankenh., Stockholm.) Virchows Arch. 297, 1—15 (1936).

Beschrieben wird ein Fall von echtem Hermaphroditismus (*H. lateralis masculinus dx.*) mit Entwicklung nur weiblicher Genitalien auf der linken und nur männlicher auf der rechten Seite bei einem 19jährigen Individuum. Von den äußeren Genitalien zeigt die Glans den Meatus nur als Grübchen angedeutet, rechts findet sich ein ziemlich kleiner Scrotalsack mit normal geformtem Testikel von $\frac{1}{2}$ normaler Größe. Links findet sich nur eine Hautfalte. Testikel und Inguinalkanal sind nicht palpabel. Vom 15. Lebensjahr an traten regelmäßig Blutungen auf und Wachstum der Brüste, Bartwuchs fehlt. Eine Laparotomie ergibt links normal großen Uterus mit einer Tube und einem Ovarium von normaler Größe und Aussehen. Eine Vagina ist nicht palpabel. Operation: Amputatio uteri + Salpingo-oophorectomia. Die anatomische Untersuchung des Ovariums zeigt 3 erbsengroße Follikel und 2 Corpora lutea. Histologisch ist der Befund örtlich normal, ebenso bei Tube und Uterus. Probeexcision des Hodens ergibt atrophisches Gewebe ohne sichere Spermatogenese. Das Interstitium ist sehr bindegewebig, die Epididymis ist normal, ohne Spermien. Auf Grund des Befundes fassen die Autoren den Fall als einen Gynander auf (*Hermaphroditismus verus lateralis i. S. Klebs*, rechtsmedizinisch als „*Sexus anceps*“). *Heberer* (Tübingen).

Ombrédanne, L.: Une forme particulière de gynandrie. (Eine besondere Form von weiblicher Zwitterbildung.) (*Hôp. des Enfants-Malades, Paris.*) Presse méd. 1936 I, 985—986.

Ein 26jähriges Mädchen, das mit 13 Jahren die Regel bekommen hatte, wandte sich aus Zweifel über ihre Heiratsfähigkeit an den Verf. Der Gesamteindruck war durchaus weiblich. An Stelle der Schamspalte aber fand sich hinter einer $1\frac{1}{2}$ cm langen Clitoris mit winziger Eichel ein dicker Hodensack, der dem eines 8—10jährigen Knaben entsprach. Aus einer Öffnung unter der Wurzel des kleinen Gliedes entleerte sich sowohl der Harn wie das Regelblut. Verf. spaltete den Gang längs der Mittellinie des Hodensackes und stieß 5 cm hinter der Clitoris auf die Harnröhrenmündung und knapp dahinter auf den Eingang einer Scheide, in deren Tiefe der leicht einzuführende Finger einen etwas schmächtigen Gebärmutterhalsteil tastete. Die Schleimhaut des Sin. urogen. wurde mit der Haut vernäht. Als Regelwidrigkeit fiel Verf. bei dem Mädchen noch auf, daß die Oberschenkel oben 3 Fingerbreiten von einander abstanden. — Während nach seiner Erfahrung die Verwachsung oder Verklebung der kleinen Schamlippen sehr häufig vorkommt, seien Bildungen wie hier, obwohl er sie im selben Jahr auch noch bei einem kleinen Mädchen sah, außerordentlich selten. *Meixner* (Innsbruck).