

längsgestellte Schlitzwunde vorfand. Bei der Leichenöffnung erwies sich die vom Chirurgen angelegte Darznaht als völlig dicht. Etwa 12 cm über dem After wurde ein fünfmarkstückgroßes, flaches, das Darmrohr verengendes Krebsgeschwür vorgefunden. Die Zerreißung des Darmes war auf keinen Fall durch das nur 7 cm lange Darmrohr gesetzt worden, da dieses nicht einmal die Stelle des Krebsgeschwürs, geschweige denn die 3 cm höher liegende Perforationsstelle erreicht haben konnte. Auch durch die 10 cm der eingebrachten Flüssigkeit konnte die Zerreißung nicht verursacht sein, zumal der Mann nach dem Einlauf noch einige Stunden im Wald bei Holzarbeiten tätig war. Offenbar ist durch die Gewalt der eigenen Bauchmuskeln und den in großen Massen über der Krebsstenose gestauten Kot der Darm zerrissen und durch anschließende Bauchfellentzündung der Tod herbeigeführt worden. Ein Verschulden des Heilkundigen war nicht nachzuweisen. — Bei 35 weiteren im Schrifttum mitgeteilten Fällen von spontaner Dickdarmruptur konnte nur 7 mal einen sterosierendes Carcinom mit der Ruptur in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden. Die Ruptur saß auffallenderweise nie im Gebiet der carcinomatösen Wandveränderung, sondern stets einige Zentimeter oberhalb. Nur in 3 Fällen wurde mit Erfolg operiert. Als mitwirkende Ursache zur Entstehung von Spontanrupturen werden Wirkung der Bauchpresse bzw. erhöhter intraperitonealer Druck, Überdehnung, verstärkte Muskeltätigkeit oberhalb der Strikturen, Peristaltikvermehrung, Schädigung und Herabsetzung der Widerstandskraft und Brüchigkeit der Darmwand durch ständige Überbeanspruchung angeführt. Unmittelbare Ursachen der Rupturen sind Defäkation, plötzliche Drucksteigerung bei schwerem Heben, Sturz usw. Meist muß jedoch zur plötzlichen starken Erhöhung des intraabdominellen Druckes eine abnorme Brüchigkeit der Darmwand hinzukommen, um eine spontane Dickdarmruptur auszulösen. Trotzdem kann auch der gesunde Dickdarm bersten. Holzer (München).

Stürup, Georg K.: Der physiologische Mechanismus beim Tod durch psychischen Shock. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Reichshosp., Kopenhagen.*) *Klin. Wschr.* 1942 I, 245 bis 247.

Verf. berichtet über eine affektlabile, empfindliche, paranoische Kranke, welche nach einem starken psychischen Shock pulslos wird und nach etwa 16 Stunden stirbt. Die Sektion ergab: Starkes Lungenödem, Blutungen in der Lunge sowie kleine zerstreute Bronchopneumonien, Fragmentationen des Myokards, Gehirnödem, aber keine Stase in den Hirngefäßen. Verf. knüpft an diesen Fall eine Erörterung der Frage, in wieweit Gemütsbewegungen auf die Körperfunktionen einwirken und eventuell einen tödlichen Ausgang bedingen können und weist auf seine Untersuchungen bezüglich des Einflusses von Schmerz auf den Kontraktionszustand peripherer Gefäße hin. Die Vorstellung liegt nahe anzunehmen, daß auch in dem vorliegenden Falle durch einen Schreck bei bestehender vegetativ-nervöser Überempfindlichkeit abnorme Gefäßreaktionen (Konstriktionen) zustande gekommen sind, welche dazu beigetragen haben können, daß der tödliche Ausgang erfolgte. Der Sektionsbefund stützt diese Auffassung nur wenig. Verf. sagt auch selbst, daß die wirkliche Todesursache wohl in dem Herzleiden der Kranken zu suchen sei. Bei Amentia puerperalis mit febrilen Episoden und bedrohlichen Erscheinungen von seiten des Gefäßsystemes sah Verf. günstige Wirkungen von Insulininjektionen. Rosenfeld (Berlin).^{oo}

Strittige geschlechtliche Verhältnisse. Sexualpathologie. Sexualdelikte.

Poradovský, Karol: Ein Hermaphrodit mit im Bruchsack befindlichen heterosexuellen Organen. *Bratislav. lek. Listy* 21, 495—496, 508 u. dtsch. Zusammenfassung 76 (1941) [Slowakisch].

Verf. beschreibt einen Fall von Hermaphroditismus, wo im Bruchsack eines angeborenen Hodensackbruches beiderlei Geschlechtsorgane gefunden wurden. Verf. kann sich auf Grund dieses Befundes jedoch nicht für die Geschlechtsdifferenzierung aussprechen. Es waren links die Organe des Wolfschen und des Müllerschen Ganges ausgebildet. Der linksseitige Ductus deferens war vorhanden, rechts wurde derselbe nicht gefunden. Uterus und beide Tuben waren entwickelt. Verf. hält den Fall für Hermaphroditismus verus alternans oder Pseudohermaphroditismus masculinus internus. W. Janisch-Raschkowitsch (Tuzla, Kroatien)._o

Costantini et Toreilles: À propos d'un cas de bisexualité glandulaire chez un garçon. Le pseudo-hermaphroditisme humain. (Ein Fall von Hermaphroditismus glandularis bei einem Burschen. Der Pseudohermaphroditismus beim Menschen.) Presse méd. 1942 I, 148—150.

1. Fall eines Drüsenzitters. Ein 25jähriger kleiner, zart gebauter, bartloser Araber hatte 3 Jahre vor der Aufnahme zum erstenmal heftige Schmerzen im Unterbauch bekommen, die 24 Stunden anhielten und dann regelmäßig mit Zwischenzeiten von 1, manchmal 2 Monaten wiederkehrten. Im Hodensack nur links ein kleinerer Hoden. Glied in schlaffem Zustand 7 cm lang, ohne Regelwidrigkeit. Brüste wie bei einem 18jährigen Mädchen, hohe Stimme. Der junge Mann hatte einmal mit einer Frau verkehrt, dabei einen Tripper erworben. — Die Eröffnung der Bauchhöhle deckte ein rechtes Gebärmutterhorn von der Größe einer Nuß auf, das durch einen langen dünnen Stiel mit der Gegend der Vorsteherdrüse verbunden war. Eileiter und Eierstock von regelrechter Gestalt und Größe, am leicht gefurchten Eierstock die Narbe eines frisch geplatzten Follikels. Rundes Mutterband. Im Douglas leicht blutig gefärbte Flüssigkeit, die leider verloren ging. Verf. hielt sie für den Rest von Regelblut, dem nur der Weg in die Bauchhöhle offenstand. — Histologisch fanden sich im Eierstock ein reifer Follikel, Primordialfollikel und zahlreiche Corpora albicantia. Die Gebärmutter Schleimhaut entsprach dem Intervall. Der Stiel der Gebärmutter hatte eine dicke Muskelhaut, aber an dem untersuchten Stück keine Lichtung. — Nach dem Eingriff blieben die Bauchschmerzen aus. Die Brüste wurden rasch welk, blieben dann ohne weitere Veränderung. Aus einer Brust wurde ein Fibrom entfernt. Ein Punktat des Hodens enthielt zahlreiche Samenfäden. Behandlung mit Sexualhormon. Die Stimme wurde tiefer, im Gesicht sproßte Flaum. — Bei einer nachher wegen Harnstörungen vorgenommenen Füllung der Harnleiter drang das Lipiodol von der Gegend der Vorsteherdrüse in einen 4—5 cm langen Gang ein. — Nebenbei werden noch 2 Fälle mitgeteilt. — 2. 1914 hatte einer der Verff. bei einer verheirateten Frau in einem Leistenbruchsack einen prächigen Hoden mit Nebenhoden und Samenleiter gefunden, den er in die Bauchhöhle zurückschob, ohne die Trägerin von der Entdeckung zu verständigen. Die seit mehreren Jahren verheiratete Frau hatte eine blinde Scheide und hatte niemals die Regeln gehabt. Die Ehe litt auch weiter nicht. — 3. Bei einer von ihrem Mann wegen Kinderlosigkeit geschiedenen Frau von weiblichem Aussehen fehlte die Scheide überhaupt, der Kitzler war etwas größer, die Harnröhrenmündung klappte. In den großen Schamlippen fanden sich kleine Körper, die histologisch als Hoden erkannt wurden. — Verff. wünschen, daß man bei Kindern zweifelhafter Geschlechtszugehörigkeit das Geschlecht der Drüsen möglichst frühzeitig feststelle und in geeigneten Fällen durch Entfernung geschlechtsfremder Teile die Entwicklung in der entsprechenden Richtung fördere und durch Hormonbehandlung unterstütze. In manchen Fällen werde man freilich eine Entscheidung bis zum erwachsenen Zustand aufschieben und dann auch Umwelteinflüssen und den Wünschen des Mißbildeten Rechnung tragen müssen. — Weiter schlagen die Verff. vor, beim Menschen immer nur von Pseudohermaphroditismus zu sprechen. (Ref. hält dies nicht für glücklich. Gerade dadurch würde beim Laien, vielleicht auch beim Arzt, die Vorstellung genährt, daß es auch noch wirkliche Zwitter gebe. Ref. ist vielmehr der Meinung, daß man das Bestimmungswort „Pseudo“ aufgeben soll, und ist dafür schon vor 3 Jahrzehnten eingetreten.)

Meixner (Innsbruck).

Oltman, Jane E., and Samuel Friedman: Acute heterosexual inadequacy. 2. In the female. (Akute heterosexuelle Unzulänglichkeit. 2. Beim Weibe.) Psychiatr. Quart. 14, 194—204 (1940).

An der Hand von 5 Krankheitsgeschichten analysierten Verff. Typen von weiblichen Wesen, welche, trotz Zuneigung zu einem Manne, eine unüberwindliche Angst vor dem Sexualverkehr bekommen, mit Bildern der schwersten Angsthysterie reagieren, nach Verlobung die Heirat immer wieder hinausschieben, ja psychotische Zustände bekommen. Verff. erörtern die Unterschiede gegenüber der psychischen Impotenz bei männlichen Individuen. Freudsche

Mechanismen (Inzestkomplex u. dgl.) werden verantwortlich gemacht. [1. vgl. Psychiatr. Quart. 12, 669 (1938).] A. Pilcz (Wien).

Besold, F.: Beiträge zum Problem der Frigidität. Zbl. Psychother. 12, 249—256 (1940).

Verf. erörtert zunächst die anatomischen, physiologischen und psychologischen Grundlagen des Orgasmus der Frau, um dann die Ursachen der Frigidität zu besprechen. In seiner Kassenpraxis stellte er fest, daß jede dritte Frau, die aus anderen gynäkologischen oder geburtshilflichen Gründen seine Sprechstunde aufsuchte, frigide war. Einen inneren Zusammenhang zwischen schweren organischen Veränderungen (Adnexitumor, Myom, Carcinom), seniler Zurückbildung des Uterus, infantiler Verkümmernng des Uterus, Dysmenorrhöe, auffallender Enge der Scheide einerseits und der Frigidität andererseits fand Verf. nicht. Nur eine Aplasia uteri muß nach seiner Überzeugung stets mit Frigidität verbunden sein, weil der Uterus das Orgasmusorgan der Frau ist. (Eine Ansicht des Verf., die nicht allgemein anerkannt ist. Ref.) Orgasmus, Menstruations- und Geburtswehen unterscheiden sich nach ihm nur quantitativ, nicht qualitativ. Das Extrem der Frigidität ist der Vaginismus. Nur diese ist der Impotentia coeundi des Mannes gleichzusetzen, während die Frigidität durchaus nicht immer eine Neurose ist und keineswegs immer der Behandlung bedarf. Wiethold (Frankfurt a. M.).

● **Turtola, Viljo: Über die Tubenendometriosis. Mit besonderer Rücksicht auf ihre Beziehung zu anderen intraabdominalen Endometriosisformen sowie zu der Sterilität.** (Univ.-Frauenklin., Helsinki.) (Acta obstetr. scand. [Stockh.] Bd. 22, Suppl.-Nr. 1.) Helsinki: 1942. 88 S. u. 43 Abb.

Nach einem historischen Überblick über die Endometriosis (abgekürzt E.) führt Verf. aus, daß in 92,8% in Verbindung mit E. externa intraperitonealis E. im intramuralen Teil der Tube vorkomme. Da die E. ext. intraperit. häufig sei, käme Tubenendometriosis (abgekürzt Te.) bedeutend öfter vor, als allgemein angenommen werde. — Die Te. entstehe so, daß Uterusschleimhaut kontinuierlich hinter dem Tubenepithel zwischen diesem und den Tubenmuskeln in die Tuben hineinwachse. Die Te. folge den cyclischen Veränderungen der Gebärmutter-schleimhaut. Bei Te. seien Tubenpolypen häufig. Sie seien oft bilateral und polypöse Fortsetzungen der Te. Die Te. trete wenigstens in mehr als der Hälfte der Fälle gleichzeitig mit E. uteri interna und fast immer gleichzeitig mit E. externa intraperit. auf. Ebenso seien E. externa intraperit. und uteri interna in mehr als der Hälfte der Fälle gleichzeitig anzutreffen. Die E. uteri interna entstehe durch dieselben Ursachen und die gleiche Weise wie die Te. Intraperitoneale E. bilde sich in allen Fällen aus, in denen eine Te. die Lumina beider Tuben ganz verstopfe, derart daß sich E.-Stücke von der Te. ablösten, sofern die E. externa intraperit. nicht schon vor der Okklusion der Tuben zustande gekommen sei. Wenn die Te. die Lumina der Tuben nur teilweise verstopfe oder wenn sie ganz fehle, könnten die E.-Implantate auch aus der Uterushöhle kommen, und zwar handele es sich dabei um lebensfähige Uterusschleimhautstücke. Auch in diesen Fällen könnten sich E.-Stücke auch von der Te. ablösen und E. in der Bauchhöhle machen. Die E. könne sich auch auf dem Blutwege ausbreiten. So sei die Bildung der Lungen- und anderen Fernendometriosen zu erklären. Als Ursache der bei E. vorkommenden Sterilität sei zum mindesten in den Fällen, in denen die E. beide Tuben verstopfe, eine Te. zu betrachten. Seien bei einer Te. beide Lumina oder das eine Lumen der Tuben noch offen, so sei es möglich, daß die Konzeption auch in diesen Fällen durch die Te. erschwert werde, aber auch andere Faktoren im Zusammenhang mit der intraperitonealen E. könnten die Ursache der Sterilität sein, denn sonst ließen sich die guten Resultate, die bezüglich der Sterilität in Fällen von E. externa intraperit. durch konservative Operation erreicht worden seien, nicht erklären. Eine derartige operative Therapie wäre dann ganz unnütz. 43 Mikrophotogramme und Schrifttum. Rudolf Koch (Münster i. W.).

Casagrandi, Oddo: La spermatofilia essenziale studiata nelle sue fisionomie patologica e sociale. (Studi di Eugenia.) (Essentielle Spermathanatophilie.) (Istit. d'Ig., Univ., Padova.) Rass. Ostetr. 50, 131—164 (1941).

In einer groß angelegten, theoretisch gut untermauerten Abhandlung bespricht der Verf. die relativ seltenen Erscheinungsbilder der ungeklärten männlichen Sterilität, bei welchen er eine essentielle Herabsetzung der Bewegungsfähigkeit der Spermatozoen fand. Diese essentielle Verminderung der Beweglichkeit der Spermatozoen, die er als von Geburt an bestehend betrachtet, wird als Spermathanatophilie bezeichnet. Die männlichen Individuen, die diese Erscheinung aufweisen, zeigen gar keine pathologischen Veränderungen an ihrem Genitale, ihr Sexualleben ist nicht gestört, und auch

sonstige organische Erkrankungen lassen sich mit Sicherheit ausschließen. Bei der Feststellung der Spermathanatophilie müssen sowohl die krankhaften als auch die äußeren Einflüsse mit Sicherheit ausgeschlossen sein. Zu den schädlichen Einwirkungen, die die Spermatozoen ungünstig beeinflussen, rechnet er auch z. B. Sulfonamidpräparate, was allerdings nach den neuesten Forschungen, auch des Ref., nicht zutrifft. Diese essentielle Abnahme der Bewegungsfähigkeit der Spermatozoen wird von ihm als Ursache der Sterilität angegeben. Als Unterlage für seine Betrachtungen dienen sowohl seine früheren eigenen Untersuchungen als auch die Literaturangaben vorwiegend italienischer Autoren.

Belonoschkin (Posen).

Dickmeiss, Poul, und Christian Hamburger: Sexuelle Impotenz beim Manne. Ugeskr. Laeg. 1942, 373—378 u. engl. Zusammenfassung 378 [Dänisch].

Die Arbeit beschäftigt sich nur mit Impotentia coeundi, während die Sterilitätsfrage außer Betracht gelassen wird. Nach einer kurzen Besprechung der physiologischen Verhältnisse betreffend Libido, Erektion und Ejakulation wird die Ätiologie der Potenzstörungen behandelt, indem man zwischen zwei Hauptgruppen, der organisch bedingten Impotenz und der funktionellen Impotenz, unterscheidet. Diese beiden Formen sind aber oft kombiniert, und es wird hervorgehoben, daß, obgleich die psychische Impotenz vor allem bei Nervösen und Disponierten anzutreffen ist, die Impotenz gewöhnlich die Entwicklung verschiedener neurotischer und depressiver Symptome veranlaßt. — Bei Behandlung der Impotenz ist es wichtig, genau festzustellen, ob organische Leiden vorhanden sind, die das Entstehen der Impotenz verursachen oder zu diesem beigetragen haben. Hormonanalysen können in gewissen Fällen bei der Diagnose von Wert sein; sie müssen aber mit Vorbehalt beurteilt werden; der Erfolg ist mit den übrigen klinischen Befunden zu vergleichen.

Wenn Zeichen davon vorhanden sind, daß die Impotenz einer herabgesetzten Testisfunktion ganz oder teilweise zur Last fällt, ist es indiziert, eine Hormonbehandlung zu versuchen. Es kann sich um eine Stimulationsbehandlung mit Chorion-Gonadotropin handeln, wenn das Testisgewebe nicht zu viel beschädigt ist, oder um eine Substitutionsbehandlung mit Testosteronpräparat. Wenn man seine Wahl nicht vorher treffen kann, kann man erst versuchen, ob eine ungefähr 6 Wochen lang dauernde Gonadotropinbehandlung einige Wirkung hat, und wenn dies nicht der Fall ist, kann man zur Testosteronbehandlung übergehen. Diese letzt-erwähnte Behandlung soll in Fällen, wo die Potenzstörungen bei 40—50 jährigen Männern mit „klimakteriellen“ Wegfallsymptomen verbunden sind, von guter Wirkung sein. Übrigens muß man bei der Behandlung vor allem etwaige organische Leiden zu heilen versuchen, so wie man auch einen geschwächten Allgemeinzustand zu unterstützen versucht. Bei den psychischen Impotenzen ist Psychotherapie zu verwenden, während von Hormonbehandlung in diesen Fällen gewöhnlich abzuraten ist. Bei psychischer Impotenz in der Ehe muß man mit der Frau reden und versuchen, sie zu beraten, da eine richtige Haltung ihrerseits von ebenso großer Bedeutung wie die Behandlung des Arztes ist.

W. Munck (Kopenhagen).

Schwangerschaft. Fehlgeburt. Geburt. Kindesmord.

Knaus, Hermann: Zu den Arbeiten von F. Besold über „Ovulation und Orgasmus“, Zbl. Gynäk. 1941, Nr. 48, und Caffier, „Kritisches zur Frage der Sterilitätsbehandlung“, Zbl. Gynäk. 1942, Nr. 1. (Dtsch. Univ.-Frauenklin., Prag.) Zbl. Gynäk. 1942, 737—742.

Polemischer Artikel von Hermann Knaus (vgl. diese Z. 36, 338), der seine Ansicht von der zeitlich beschränkten Konzeptionsfähigkeit des Weibes während eines monatlichen Cyclus temperamentvoll verteidigt und gegen die insbesondere von Caffier vertretene Theorie der Möglichkeit einer durch den Geschlechtsakt provozierten Ovulation neben der spontanen Ovulation beim Menschen vorgeht. (Besold, vgl. diese Z. 36, 339.)

R. Koch (Münster i. W.).

Caffier, P.: Zur Frage der violenten Ovulation beim Menschen. Zugleich eine Antwort auf die Ausführungen von Knaus zu meiner Arbeit im Zbl. Gynäk. 1942, Heft 1. (Univ.-Frauenklin., Berlin.) Zbl. Gynäk. 1942, 742—753.

Caffier sagt in der Erwiderung zu den Ausführungen von Knaus, daß er an die Beeinflussung der Ovulation durch den Geschlechtsverkehr glaube und begründet seine Ansicht an Hand von Beispielen und an Hand des Schrifttums eingehend. Sehr mit