

*S. Maria Nuova e Istit. di Med. Leg., Univ., Firenze.*) Riv. Clin. med. **30**, 591 bis 625 (1929).

Ausgehend von mehreren Fällen eigener Beobachtung bringt der Autor eine erschöpfende Darstellung des klinischen Bildes, der anatomischen Befunde und der Ursachen der spontanen Herzerreißung, wobei die einschlägige Literatur ausführlich berücksichtigt wird. Die lehrreiche Darstellung bringt auch für den Kundigen manche interessante Mitteilung, z. B. über spontane Herzerreißung in jungen Jahren (20 bis 30 Jahre), über mehrfache Herzerreißung und über die Todesursache in jenen Fällen, in welchen eine mechanische Wirkung des Blutextravasates im Herzbeutel nicht in Betracht kommt. Der Autor denkt in solchen Fällen an eine Wirkung auf den Vagus. Die gerichtlich-medizinische Seite wird ausführlich berücksichtigt. *Haberda* (Wien).

**Heine, J.: Tödliche Verblutung aus einem Traktionsdivertikel des Oesophagus und beiden perforierten Hauptbronchien.** (*Path. Inst., Univ. u. Paulun-Hosp., Shanghai.*) Dtsch. med. Wschr. **1929 II**, 1135—1136.

Mitteilung eines Sektionsfalles, der wegen starker Blutung aus dem Munde ins Krankenhaus kam, als Lungenblutung zunächst behandelt wurde und starb. Bei der Sektion fand sich in der Oesophaguswand auf der Höhe der Bifurkation ein kleines, mit der Spitze nach oben gerichtetes Traktionsdivertikel, das an der Spitze ulceriert war und mit einer Zerfallshöhle in Verbindung stand. Bei den Hauptbronchien fanden sich im Bereich der dorsalen Krümmung Geschwüre, die die ganze Wand durchsetzten und mit der Zerfallshöhle innerhalb der paketförmig verwachsenen, mäßig anthrakotischen Bifurkationslymphknoten in Verbindung standen. Die Zerfallshöhle ist kirschgroß, enthält ein frisches Blutgerinnsel. Durch das an der Spitze ulcerierte Traktionsdivertikel stand die Zerfallshöhle mit dem Oesophagus und durch die Geschwüre in der Bronchialwand mit dem Bronchialtumor in Verbindung. In der Wand der Zerfallshöhle fand sich im Bifurkationswinkel eine arrodierete Bronchialarterie. Mikroskopisch fanden sich in dem Lymphknotenparenchym fibröse Tuberkel mit Langhansschen Riesenzellen. Sowohl die Entstehung des Traktionsdivertikel als auch der nekrotische Zerfall des Lymphknotengewebes mit den sich daran anschließenden Perforationen ist auf eine Tuberkulose der Lymphknoten zurückzuführen. Die Verjauchung des erkrankten Gewebes ist wahrscheinlich erst im Anschluß an die durchgehenden Geschwürsbildungen, also wohl durch Sekundärfektion zustande gekommen. *Erich Hempel* (Werdau).<sub>o</sub>

#### Gerichtliche Geburtshilfe.

**Jagić, N.: Über Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung bei Lungentuberkulose.** Beitr. gerichtl. Med. **9**, 37—39 (1929).

Verf. geht von der bekannten Tatsache aus, daß tuberkulöse Frauen im Anschluß an eine Gravidität und Geburt meist eine wesentliche Verschlimmerung ihres Lungenleidens erfahren. Bei dem geringsten Zweifel an der Aktivität des Prozesses und vor der Erstattung eines gerichtsarztlichen Gutachtens hält Verf. eine mehrtägige Anstaltsbeobachtung für unbedingt erforderlich. Noch schwieriger ist die Beurteilung der zweifelhaften Fälle. Hier ist neben der Allgemeinuntersuchung eine Röntgenuntersuchung notwendig, um tuberkulöse Herde aufzufinden. Da aber auch alte, latente Herde Schatten auf das Röntgenbild geben, müssen die Zeichen der Aktivität des Prozesses nachgewiesen werden. In den Fällen, wo physikalisch und röntgenologisch nur kleine Herde in den Lungen nachgewiesen werden, aber sichere Zeichen der Aktivität und Progression vorhanden sind, spricht sich Verf. für eine Unterbrechung der Schwangerschaft aus. Läßt der Allgemeinzustand den Verdacht auf eine aktive Tuberkulose zu, und finden sich keine sicheren Zeichen der Aktivität und Progression, so sollen solche Patientinnen schon während der Schwangerschaft in eine Heilstätte aufgenommen werden. Als weitere Indikation für eine Unterbrechung der Schwangerschaft werden Schübe von Rippen- oder Herzbeutelentzündung bei geringem Lungenbefund, Blutsturz, der mit Fieber einhergeht, und Kehlkopftuberkulose angeführt. Zum Schluß erwähnt Verf., daß auch die künstliche Fehlgeburt bei tuberkulösen Frauen nicht ungefährlich ist und daß bei schweren Phthisen eine normale Geburt unter Umständen prognostisch günstiger ist als eine Frühgeburt. Wenn eine Unterbrechung eingeleitet werden muß, so soll sie möglichst in den ersten 4 Monaten erfolgen. *Raestrup.*

**Schmidt: Schwangerschaftsunterbrechung wegen Suicidgefahr.** (*Nordwestdtsh. Ges. f. Gynäkol., Hamburg, Sitzg. v. 13. IV. 1929.*) Zbl. Gynäk. 1929, 2242—2243.

Es werden 2 Fälle berichtet, die von der Beobachtungsstation der Krankenanstalt und der Frauenklinik stammen. Im 1. Fall handelt es sich um ein 23jähriges, im 2. Monat schwangeres Mädchen, das einen Selbstmordversuch mit Leuchtgas gemacht hat, 4 Wochen auf geschlossener Abteilung behandelt worden ist und 4 Wochen nach der Behandlung teils aus Selbstmordabsichten, teils als Abtreibungsversuch große Mengen Chinin genommen hat. Während der klinischen Behandlung hat sie nochmals einen Selbstmordversuch mit unbekanntem Mittel unternommen. Die anfänglichen Depressionszustände sind nach 3monatlicher Behandlung auf geschlossener Abteilung geschwunden. Patientin ist als gesund entlassen worden. — Der 2. Fall betrifft eine 36jährige Bankbeamtenfrau, die zwei Geburten und eine Fehlgeburt durchgemacht hat. Nach der letzten Entbindung ist ein schwerer Depressionszustand aufgetreten, der zum Ertränken des zuletzt geborenen Kindes und zu einem ernsthaften Selbstmordversuch geführt hat. Als Patientin wiederum schwanger geworden ist, ist von psychiatrischer Seite die Unterbrechung der Schwangerschaft (2. bis 3. Monat) gefordert worden mit der Indikation, daß auch jetzt die gleichen Zustände auftreten könnten wie bei der vorhergehenden Geburt und somit eine Gefahr für das Leben der Frau und des neugeborenen Kindes bestünde. Da auch anamnestisch erbliche Belastung nachweisbar gewesen ist, ist die Unterbrechung der Schwangerschaft durch Laparotomie mit anschließender Sterilisation ausgeführt worden.

Verf. ist der gleichen Meinung wie Niedermeyer, daß bei schwerer Depression mit Selbstmordgefahr der Unterbrechung der Schwangerschaft eine stationäre Beobachtung und Behandlung auf geschlossener Abteilung vorangehen muß. *Raestrup.*

**Krieger, Eva: Abortus artificialis wegen komplizierter Myopie.** (*Univ.-Frauenklinik., Königsberg i. Pr.*) Zbl. Gynäk. 1929, 2150—2153.

Kasuistischer Beitrag zweier Fälle von Abortus artificialis, die im 2. Schwangerschaftsmonat wegen hochgradiger Myopie (—14 bis —23 Dioptrien) beider Augen mit fortschreitenden Netz- und Aderhautveränderungen und wegen dringender Gefahr der Erblindung oder ihr gleichkommender Schwachsichtigkeit vorgenommen wurden. *E. Terruhn (Herford).*

**Dornedden: Die Fehlgeburten in den Universitäts- und Landesfrauenkliniken.** Reichsgesdh.bl. 1929 II, 677—683.

Nach einer Statistik der Stadt Magdeburg ist in den Jahren 1924—1927 die Zahl der in Anstalten behandelten primären oder sekundären Fehlgeburten von 29% auf 40% gestiegen. Der Anteil an unehelichen Fehlgeburten hat in den Jahren 1912—1927 auf über das Doppelte zugenommen. Der Verf. legt die Erhöhung der Sterbeziffer im Deutschen Reich von 1906—1927 den Abtreibungen zur Last. Er glaubt jedoch, daß die Zunahme der Abtreibungsschäden noch größer ist als die Sterblichkeitszunahme, da die Sterblichkeit nach normaler Geburt durch die allgemeine Verbesserung der Entbindungspraxis sicherlich zurückgegangen ist. Infolge der großen Schwierigkeiten, die großenteils strafbaren und deshalb verheimlichten Fehlgeburten ausreichend zu eruieren, mußte Verf. sich mit den Angaben der Deutschen Universitäts- und Landesfrauenkliniken begnügen. Daraus ist zu erkennen, daß bei etwa  $\frac{1}{10}$  der Frauen die Fehlgeburt nach dem 4. Schwangerschaftsmonat, bei  $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}$  im 4. und bei den übrigen im 3. oder 2. Monat erfolgte. Was das Stadium der Fehlgeburten anbetrifft, die in klinische Behandlung aufgenommen wurden, handelte es sich im Jahre 1927 bei der Kölner Klinik in 18% der Fälle um beendete, in 68,2% um unvollständige und in 13,8% um drohende Fehlgeburten. Aus der Fehlgeburtenstatistik ist ersichtlich, daß auf je 100 Fehlgeburten 8,1 Anstaltsaborte, 2,0 ärztlich eingeleitete Fehlgeburten, 63,5 vermutliche Spontan- und 26,4% vermutliche kriminelle Fehlgeburten zu verzeichnen sind. Der Gesamtdurchschnitt aus allen Kliniken ergab von den spontanen und kriminellen Fehlgeburten zusammen 70,7% vermutliche Spontanaborte und 29,3% vermutliche kriminelle Aborte. Einzelne Kliniken (Hamburg, Karlsruhe, Berlin) geben jedoch bedeutend höhere Zahlen (97,2%, 92,0%, 91,2%) als vermutliche kriminelle Aborte an. Da die Ursache für die spontan ausgestoßene Frucht meist nicht ausreichend eruiert werden kann, kommt Verf. für die vorhandene Statistik zu dem Schluß, daß etwa 90% der Summe der spontanen und kriminellen Fehlgeburten als vermutlich kriminelle Fehlgeburten anzusehen sind. Eine Zusammenstel-

lung der verschiedenen Altersstufen ergibt, daß 8% der durch spontanen oder kriminellen Abort Entbundenen unter 20 Jahre alt waren und nahezu  $\frac{3}{5}$  sich im Alter von 20—30 Jahren befanden. Die spontanen und kriminellen Fehlgeburten beanspruchen durchschnittlich eine bedeutend kürzere Behandlungszeit als die in einer Anstalt oder ärztlich eingeleiteten Fehlgeburten, da es sich bei letzteren meist um schwerkranke Frauen handelt. Von den Gefahren der Aborte erwähnt Verf., daß gerade bei den vermutlich kriminellen Fehlgeburten etwa 55% mit Fieber oder Komplikationen einhergehen. Als häufigste Krankheit nach Fehlgeburten, abgesehen von Blutungen, wird in erster Linie die Entzündung der Gebärmutter Schleimhaut und die der Anhangsgebilde und in zweiter Linie die Entzündung der breiten Mutterbänder und Bauchfellentzündung angegeben. Die Folgen der Aborte für die Fähigkeit der Frauen, neue Schwangerschaften zu empfangen und regelrecht auszutragen, konnten nicht erfaßt werden. Aus der Statistik ist jedoch zu ersehen, daß in den Jahren 1922—1927 die Zahl der Nachkrankheiten abgenommen hat. Als Ursache dafür ist wohl einerseits die vorsichtiger Durchföhrung der Abtreibung und andererseits das sofortige Aufsuchen einer Klinik nach Ausführung der zur Abtreibung nötigen Manipulationen anzusehen. Die Entlassungsbefunde geben 91,3% der ärztlich eingeleiteten und Anstaltsfehlgeburten sowie 89,1% der spontanen oder kriminellen Fehlgeburten im Sinne der Klinik als geheilt an. Rund 1,1% der Anstaltsfehlgeburten verliefen tödlich, während 1,9% der durch spontanen oder kriminellen Abort Entbundenen ad exitum kamen. Aus den beigefügten Statistiken geht hervor, daß eine Abnahme der ungünstig verlaufenen, klinisch beobachteten Fehlgeburten zu verzeichnen ist. Ob die Gesamtzahl der Fehlgeburten überhaupt abgenommen hat und der Geburtenrückgang mehr auf die in den letzten Jahren sich stark ausbreitenden empfängnisverhütenden Mittel zurückzuführen ist, will Verf. nicht mit Sicherheit entscheiden.

Raestrup (Leipzig).

**Krsek, Heřman: Abtreibung der eigenen Frucht. Ausgedehnte Perforation des Uterus.** Bratislav. lék. Listy 9, 1113—1116 (1929) [Tschechisch].

Demonstration des verhältnismäßig seltenen Falles einer ausgedehnten Uterusperforation infolge Abtreibung der eigenen Frucht einer 42jährigen Witwe mit einem zugespitzten hölzernen Kochlöffel. Dieser Gegenstand zerquetschte und perforierte nicht nur die rechte Uteruskante in einer Ausdehnung von 2 cm, sondern drang auch ins rechte Parametrium ein, wo er die Entstehung einer Höhle verursachte. Das Ei, das dem 3. bis 4. Schwangerschaftsmonat entsprach, wurde unversehrt durch die Perforationswunde in die präformierte Höhle des rechten Parametriums ausgestoßen, obwohl der äußere Muttermund für einen Daumen bequem durchgängig war, und dort wurde es auch bei der Sektion gefunden.

Autoreferat.

**Bovin, E.: Abtreibungsversuch mit halbester Harnröhrensonde.** (Schwed. Ärzteges., geburtsh.-gynäk. Sekt., Stockholm, Sitzg. v. 20. I. 1928.) Hygiea (Stockh.) 91, 448—449 (1929) [Schwedisch].

Ein Abtreibungsversuch mit halbester männlichen Katheter Nr. 18 endete mit Eindringen des Instruments in die Blase, die mit Entzündung reagierte. Die Entfernung des Katheters gelang unter Leitung eines Cystoskops nach Dehnung der Urethra (Hegarscher Stift Nr. 9) mit einer alten schmalen und langen Polypenzange nach Matthieu-Stille (Drainageföhrungs-zange). Ein Abort trat nicht ein.

H. Scholz (Königsberg i. Pr.).

**Naujoks, H.: Fertilität und Nachkommenschaft früherer Röntgenassistentinnen. (Ein Beitrag zur Frage der sogenannten „Keim-schädigung“.)** (Univ.-Frauenklin., Marburg [Lahn].) Strahlenther. 32, 613—639 (1929).

Bei einer früheren Röntgenassistentin endigt die erste Schwangerschaft mit Abort, die 2. geht mit Blutungen einher, und es wird ein schwermißbildetes, lebensunfähiges Kind (riesiger Bauchbruch) geboren. Bei einer anderen früheren Röntgenassistentin föhrt die Schwangerschaft ohne äußere Ursache zu einer Frühgeburt, das Kind hat Klumpfüße, einen Hydrocephalus, ist imbezill und stirbt; 2 nachfolgende Kinder sind gesund.

Verf. bringt aus den Ergebnissen einer Rundfrage bei früher röntgenologisch tätig gewesenen Damen ein Material von 91 Frauen und 125 Kindern zusammen. Von 56 direkt befragten Röntgenassistentinnen haben 13 keine Kinder, bei 6 Fällen davon kommen die Röntgenstrahlen als Ursache der Sterilität in Frage. 8 von 43 Frauen haben vor der ersten ausgetragenen Schwangerschaft 1 oder 2 Aborte durchgemacht. Bei den 45 Frauen, die überhaupt schwanger geworden sind, finden sich 86 ausgetragene

Kinder und 19 Aborte. Von den gesamten 91 Fällen sind 22 kinderlos; bei 12 käme eine ursächliche Beteiligung der Röntgenstrahlen in Frage. 9 der 125 Kinder zeigen mehr oder weniger schwere Hemmungen und Störungen der Entwicklung oder merkwürdige Erkrankungen des Nervensystems; bei 5 = 4% handelt es sich um Entwicklungsstörungen.

Dehler (Nürnberg).<sup>oo</sup>

**Leonard, Clifford S., and Robert B. Love: Studies in the pharmacology of bismuth salts. VI. The permeability of the placenta to bismuth.** (Untersuchungen über die Pharmakologie einiger Wismutsalze. VI. Die Durchlässigkeit der Placenta für Wismut.) (*Dep. of pharmacol. a. toxicol., Yale univ., New Haven.*) *J. of Pharmacol.* **34**, 347 bis 354 (1928).

Untersuchungen an Kaninchen und Katzen mittels Kalium-Wismuttartrat in ölicher Suspension und Kalium-Natrium-Wismuttartrat in wässriger Lösung. Intramuskuläre Injektion. Nach Injektion eines Drittels der tödlichen Dosis des betreffenden Mittels ergab die Analyse des gesamten Körpers des ausgetragenen Fetus keine einwandfreie Wismutreaktion, so auch nicht die Placenta. Nach Injektion einer Dosis 50% oberhalb der tödlichen wurde in der Placenta das Wismut nachweisbar, im Körper des Fetus aber nicht. Erst nach Einspritzung der tödlichen Dosis war in den gesammelten Nieren des gesamten Wurfs eine zuverlässige Bireaktion zu erreichen. Verf. glaubt hieraus schließen zu dürfen, daß die Placenta für Wismut nur sehr wenig durchlässig ist. [*V. J. of Pharmacol.* **34**, 333 (1928).] *Svend Lomholt* (Kopenhagen).<sub>o</sub>

**Rummel, Hans: Zur Kenntnis der mütterlichen traumatischen Entbindungs- lähmung.** (*Univ.-Frauenklinik., Würzburg.*) *Mschr. Geburtsh.* **82**, 31—40 (1929).

Die meist im Gebiete des N. ischiadicus sich abspielende Neuritis puerperalis traumatica ist selten. Verf. berichtet über 2 Fälle von mütterlicher, traumatischer Entbindungs lähmung im Ischiadicusgebiet nach Zangengeburt bei verengtem Becken. Bevorzugt von der Lähmung ist der N. peroneus, mitbeteiligt ist aber häufig der N. tibialis. Die Lähmung ist als Drucklähmung aufzufassen, bedingt durch ungewöhnlich langen oder abnorm starken Druck des kindlichen Kopfes auf Nervengeflechte des mütterlichen Beckens, wie er besonders beim Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken zustande kommen kann. Bei erneuter Schwangerschaft und Geburt einer Genesenen droht erneute Erkrankung, die prognostisch besonders ungünstig ist.

*Kurt Mendel* (Berlin).<sub>o</sub>

**Zangemeister, W.: „Reif“ und „ausgetragen“.** *Münch. med. Wschr.* **1929 II**, 1123—1124.

Die Begriffe „reif“ und „ausgetragen“ werden eingehend erörtert, da sie sehr häufig bei Richtern, Hebammen und sogar bei Ärzten verwechselt werden. Unter „einem reifen“ Neugeborenen versteht man ein Kind, welches bei der Geburt denjenigen Entwicklungsgrad aufweist, welcher sich bei der großen Mehrzahl der Neugeborenen vorfindet. Dieser entspricht einer Körperlänge von 48—53 cm und einem Gewicht von 2750—3750 g. Unreif ist ein Neugeborenes, wenn es diese Merkmale der Reife noch nicht hat, überreif ein solches, welches sie deutlich überschritten hat, wobei stets das Längenmaß als wichtigster Anhaltspunkt zu gelten hat. Von den Begriffen der „Reife“, „Unreife“, „Überreife“ völlig zu trennen sind die Begriffe „ausgetragen“, „frühgeboren“, „spätgeboren“ („übertragen“). Diese beziehen sich lediglich auf die abgelaufene Schwangerschaftsdauer, also auf einen Zeitraum. Wir nennen ein Neugeborenes dann „ausgetragen“, wenn es die normale Zeit zu seiner Entwicklung im Mutterleib benötigt hat, „frühgeboren“ ist es dann, wenn diese Zeitspanne abnorm kurz, „spätgeboren“, wenn sie abnorm lang war. „Unreife“ ist durchaus nicht immer gleichbedeutend mit einer Frühgeburt; denn in etwa der Hälfte der unreifen Früchte sind dieselben trotzdem ausgetragen oder sogar übertragen. Ebenso liegen die Verhältnisse bei reifen Kindern, von welchen nur zwei Drittel aus-

getragen, der Rest frühgeboren oder übertragen ist. Und von den überreifen Neugeborenen ist die große Mehrzahl ausgetragen, nur ein Zehntel übertragen.

*Handorn* (Kaiserslautern).<sup>o</sup>

**Simonin, C., et Paul Provent: L'asphyxie intra-utérine du fœtus pendant le travail. Ses conséquences médico-légales et juridiques.** (Die intrauterine Asphyxie des Kindes während der Wehen. Ihre gerichtsärztlichen und juristischen Folgen.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 10. VI. 1929.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **9**, 525—532 (1929).

Im Verlauf einer Geburt kann das Kind intrauterin vorzeitige Atembewegungen machen. Die Momente, die das Eindringen von Luft in den Uterus begünstigen, sind lange Geburtsdauer und geburtshilfliche Operationen, z. B. Zangenentbindung, Reposition der Nabelschnur. Die Sektion eines spontan geborenen toten Kindes von 53 cm Länge und 9 Pfund Gewicht zeigte neben Meconium in den Bronchien Luft in den Lungenbläschen. Die Frage, ob die Lungen eines totgeborenen Kindes Luft enthalten können, hat ein gerichtsärztliches Interesse in Hinblick auf die zivilrechtliche, als auch strafrechtliche Seite. Das Zivilrecht der einzelnen Länder unterscheidet zwischen der Lebendgeburt und der Lebensfähigkeit. Neben dem Code civil-Artikel der Bestimmung der Anmeldung besteht ein zweiter, der besagt, daß auch keine Meldung erfolgte, ob das Kind gelebt hat. Diese Frage betrifft die strafrechtliche Seite der eventuellen Verheimlichung der Geburt. Die Richter haben zu entscheiden, ob das Kind vor oder nach der Geburt geatmet hat. Die Entscheidung wird leicht sein wie in dem oben beschriebenen Fall, jedoch große Schwierigkeiten bereiten, wenn große Mengen Luft in den Lungen sich befinden. Die Arbeit ist wegen der Erwähnung zahlreicher Gesetze und einschlägiger Literatur im Original nachzulesen.

*Odenthal* (Bonn).<sup>o</sup>

**Schwartz, Ph.: Geburtshilfe und Hirnschädigung durch die Geburt.** (*Senckenberg. Path. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) *Zbl. Gynäk.* **1928**, 2146—2152.

Gegenüber von Jaschke weist Schwartz noch einmal ausdrücklich darauf hin, daß dessen Zahlen das Verhältnis der Gesamtgeburtenzahlen zu den verlorenen Neugeborenen kennzeichnen, während seine eigenen Zahlen die prozentuelle Beteiligung der geburtstraumatisch geschädigten Kinder unter den Verstorbenen dartun sollen. Selbst wenn nur  $\frac{1}{3}$  der Gestorbenen für ein Geburtstrauma als Todesursache in Frage kommt, so wären z. B. im Jahre 1911 nicht weniger als 63000 Neugeborene im Deutschen Reich dem Geburtstrauma zum Opfer gefallen. Fernerhin darf eine Statistik, die die Frühgeburten nicht beachtet, nie zur Feststellung grundsätzlicher und allgemeiner Eigenschaften der Neugeborenen und Säuglingssterblichkeit benutzt werden und kommt für die Beurteilung der tatsächlichen Bedeutung der geburtstraumatischen Schädigung des Gehirns überhaupt nicht in Betracht.

*Walther Hannes* (Breslau).<sup>oo</sup>

### Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

**Valentin, B.: Die soziale Bedeutung des Pseudohermaphroditismus und ähnlicher Mißbildungen.** (*Krüppelheilanst. Annastift., Hannover-Kleefeld.*) *Dtsch. med. Wschr.* **1929 I**, 873—875.

Es kann vorkommen, daß die Geschlechtsdrüsen so rudimentär entwickelt sind, daß selbst bei mikroskopischer Untersuchung nicht entschieden werden kann, ob es sich um ein männliches oder weibliches Individuum handelt. Vom ärztlichen Standpunkt aus wäre es das Richtige, solche Individuen als Zwitter in die standesamtlichen Listen einzutragen, was in Deutschland nicht angängig ist, da das Bürgerliche Gesetzbuch diesen Begriff nicht kennt. Wichtig ist die häufig vorkommende Kombination von Pseudohermaphroditismus mit andersartigen Mißbildungen.

*Maas* (Berlin).<sup>oo</sup>

**Sokolov, P.: Anatomische Untersuchung eines äußerlichen Hermaphroditen.** *Izv. sev. kavkask. Univ.* **1**, 141—152 (1929) [Russisch].

Untersucht wurde die Leiche eines einige Tage alten Kindes. Der Penis ist klein, hat eine mit deutlichem Sulcus coronarius abgesetzte Glans penis, die Harnröhre mündet an der normalen Stelle. In der Mittellinie unter dem Penis findet sich eine 5 mm tiefe Öffnung. Der