

**Izzo, U.: Aborti strumentali e secondamenti patologici.** (Instrumenteller Abortus und pathologische Nachgeburtsperiode.) (*R. Scuola di Ostetr. e Istit., Maternità, Trieste.*) Clin. ostetr. **35**, 683—688 (1933).

In den Jahren 1925—1932 wurde an der Gebärklinik in Triest unter 7562 Geburten 39mal die Placenta manuell gelöst. 61% entfielen davon auf Frauen, bei denen nach Abortus instrumentell eingegriffen worden war. 2 Todesfälle, einer an akuter Anämie, einer an Sepsis. Von den übrigen Fällen verliefen 21 normal, 11 subfebril und 7 febril. Der Verf. glaubt als Ursache für den abnormalen Nachgeburtsverlauf die vorausgegangenen Ausschabungen ansehen zu müssen, die teils auf traumatischem, teils auf infektiösem Wege das Endometrium schädigen, besonders wenn die Ausschabung nach kriminellem Abortus notwendig war. Verf. ist der Meinung, mit der manuellen Lösung der Placenta nicht länger als 2 Stunden zuzuwarten, da ein längeres Zuwarten einerseits die Infektionsgefahr, andererseits die Schwierigkeiten der Operation selbst erhöht (Kontraktion des inneren Muttermundes). *Santner* (Bruck a. M.).

**Roberto, S.: Emorragie da caustici chimici (compresse di permanganato di potassio) introdotti in vagina a scopo abortivo.** (Hämorrhagien durch zu Abortivzwecken in die Scheide eingeführte Kaliumhypermanganat-tabletten.) (*Istit. Ostetr.-Ginecol., Univ., Roma.*) Clin. ostetr. **36**, 103—111 (1934).

Es werden die Krankengeschichten von 7 Frauen, die sich zwecks Einleitung eines Abortes Kaliumhypermanganat-Tabletten in die Scheide einführten und teilweise unter beträchtlichen Scheidenblutungen erkrankten, wiedergegeben, die Differentialdiagnose und Therapie besprochen. Sämtliche Fälle genasen, eine Unterbrechung der Schwangerschaft erfolgte in keinem Falle. Darauf wird die Wirkung des Mittels, welches oberflächliche Schleimhautschorfe und Blutungen ohne Schmerzen verursacht, besprochen und die günstige Prognose hervorgehoben. *Kornfeld* (Zagreb).

### Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

● **Lange, Johannes: Die Folgen der Entmannung Erwachsener. An Hand der Kriegserfahrungen dargestellt.** (Arbeit u. Gesundheit. Hrsg. v. Martineck. H. 24.) Leipzig: Georg Thieme 1934. 178 S. u. 2 Abb. RM. 5.—.

Verf. gibt zunächst einen interessanten geschichtlichen Überblick über die Kastration. Die Abhandlung fußt auf 310 Fällen. Darunter sind 179, bei denen es durch Verwundung bzw. nach der Verwundung notwendige operative Eingriffe zum Verlust beider Hoden kam. Vollkastriert sind weiter 63 Fälle, bei denen Tuberkulose (einmal Lues) die Entmannung erforderte. In 68 Fällen ist ein Rest von Hodengewebe erhalten geblieben. Ein sehr kleiner Teil der Probanden ist zur Zeit unter 35 Jahre alt, mehr als  $\frac{2}{3}$  haben das 40. Lebensjahr überschritten, etwa  $\frac{1}{5}$  ist über 50 Jahre alt. In fast 10% der Fälle fand die Kastration vor dem 20., in fast 50% vor dem 25. Lebensjahre statt. Vereinzelt sind Verkleinerung des männlichen Gliedes, Vergrößerung der Mamma (Gynäkomastie), in über  $\frac{1}{3}$  der Fälle Haarschwund am Körper und im Gesicht, Blässe, Pigmentarmut der Haut, Greisenhaut festgestellt worden. Weiter wurden Längenzunahme, meist mit Gewichtsverlust, zum Teil mit erheblicher Gewichtszunahme, beobachtet. In 3 Fällen war die elektrische Erregbarkeit wesentlich gesteigert. In 13 Fällen bestanden Vermehrung der Lymphocyten, in 6 Fällen 1% Eosinophile. Die Kastration disponiert nicht zu bestimmten Krankheiten und Infektionen. Von den 179 Vollkastrierten sind 8, von den 63 Tuberkulösen 13, von den 68 mit Hodenresten 4 gestorben. 3 starben an Suicid, 3 an Carcinom. Die Kastration hat häufig eine schlagartig bleibende Besserung der Tuberkulose gezeitigt. Das Erhaltenbleiben von Libido und Potenz ist nicht ganz selten, doch überwiegt mehr oder weniger rasches erhebliches Nachlassen der Potenz, lebhaftes Libido; auch kommt es mitunter zu einer abnormen Gestaltung des Geschlechtsstrieb. Von den 310 Fällen waren vor der Kastration 102 verheiratet, 53 blieben ledig, 155 heirateten nach der Kastration. Vasomotorische und vegetative Erscheinungen (gesteigerte Dermographie, Neigung zum Schwitzen, zu profusen Schweißausbrüchen, zum Erröten und Erblässen, zu Wallungen, Schwindelanfällen, leichten und schweren langdauernden Ohnmachten) wurden von 47 Vollkastrierten, 11 Tuberkulösen, 7 mit Hodenresten angegeben; gelegentlich beherrschen diese Erscheinungen allein das Bild. Epileptische Störungen wurden nach Kastration nicht gefunden, wohl aber hysterische Erscheinungen und vielfach neurasthenische Beschwerden: Unfrische, Ermüdbarkeit, Schläffheit, Gedankenlosigkeit, Mangel an Initiative, Vergeblichkeit, Schlafstörungen, Erregbarkeit, Empfindlichkeit, Reizbarkeit, Mißmut, Unruhe, Kopfdruck, Kopfschmerzen. Stimmungs labilität, besonders nach der depressiven Seite, und Depressionen bestanden bei 64 Vollkastrierten, 15 Tuberkulösen, 10 mit Hodenresten. Bei allen hier aufgeführten Störungen spielen konstitutionelle Gegebenheiten mit. Geistes-

krankheiten stehen nicht mit Kastration in irgendwelcher Beziehung. In einem nicht unerheblichen Prozentsatz der Kastrierten treten nach der Verstümmelung, auch 10—15 Jahre später, schwere Ausfallserscheinungen im Sinne des Klimakterium virile auf. In zahlreichen Fällen „scheint überhaupt nichts von Veränderungen einzutreten“; das erweist die Tatsache, daß nach der Umanerkennung 74 Verstümmelte sich beim Versorgungsamt nicht mehr gemeldet haben (49 Vollkastrierte, 9 Tuberkulöse, 16 mit Hodenresten). Die weitaus größte Mehrzahl der Kastraten arbeitet. — Zusammenfassend führt Verf. aus, „daß für alle die ungünstigen Eigenschaften, die das Schrifftum den Kastraten nachgesagt hat, sich kein hinreichender Anhaltspunkt findet. Wandlungen sind möglich; ich möchte sie sogar für wahrscheinlich halten; unwahrscheinlich ist aber, daß im Durchschnitt sehr wesentliche Persönlichkeitswandlungen Platz greifen, außer vielleicht einem gewissen Mangel an Initiative“. Die Kastration als Erlebnis erscheint oft schmerzvoll und quälend; zunächst scheinen zahlreiche Kastraten überzeugt, so schwer geschädigt zu sein, daß an die Aufnahme der Arbeit gar nicht mehr gedacht werden könne. „In dieser Auffassung werden sie offenbar bestärkt, oder diese werden ihnen erst vermittelt durch ihre Angehörigen und Freunde und — gelegentlich auch die Ärzte.“ So begutachtete ein Arzt „namentlich in Hinsicht auf einen später zu erwartenden Zustand der Verblödung“ eine Rente von mindestens  $66\frac{2}{3}\%$ . Vielfach spielt das Verstümmelungserlebnis noch nach Jahren eine große Rolle; es kommt aber auch hier „nicht so sehr auf die Verstümmelung, als vielmehr auf die Verstümmelten, auf die Persönlichkeiten an, die betroffen worden sind, ganz in der gleichen Weise wie bei allen objektiv schweren Erlebnissen“. „Die Kastraten scheinen fast ausnahmslos der Meinung, daß die Verstümmelungszulage eigens für sie geschaffen sei bzw. sie betonen, daß ihre Verstümmelung doch eine wirkliche sei, viel schlimmer als der Verlust eines Armes oder eines Beines, und daß sie deshalb die doppelte Verstümmelungszulage haben müssen.“ Hodentransplantation hat bei den kriegsbeschädigten Kastrierten nicht irgendwie nennenswerte günstige Ergebnisse gezeitigt, während zahlreiche Kastrierte mit Hormonpräparaten „zum Teil offenbar mit leidlichem subjektiven Erfolg“ behandelt worden sind; dabei dürften sehr große Dosen nötig sein, wenn ein brauchbarer Erfolg erreicht werden soll. Bei den vorliegenden Probanden wurde in etwas über  $\frac{1}{3}$  der Rentensatz auf 30% geschätzt; bei den übrigen Fällen schwankte er zwischen 20 und 100%. In 177 Fällen begründete die Verstümmelung, allein oder mit ihren Folgeerscheinungen, die Versorgungsansprüche. In 55 Fällen gelang es nicht, die Erwerbsminderung von etwaigen anderen Kriegsfolgen genauer zu trennen. In 58 Fällen traten zu der Verstümmelung andere Leiden hinzu: Gliederverlust, Tuberkulose, Augenverlust, Nierenkrankheiten u. a. 4 Fälle sind als Berufsoffiziere bzw. als dauernd lazarettbedürftig hier außer Ansatz geblieben. 20 Tabellen, 2 Abbildungen und eine Reihe von Krankengeschichten sind zur Veranschaulichung gebracht und erleichtern zweifellos, zusammen mit allen Ausführungen des Verf., dem begutachtenden Arzt, die Beurteilung der vorliegenden Fragen, vermitteln ihm die Wege, die zu einer klaren Entscheidung führen.

*Klieneberger (Königsberg i. Pr.)*

**Albrecht, Hans: Zur Frage der periodischen Unfruchtbarkeit des Weibes.** Münch. med. Wschr. 1933 II, 1682—1686.

Nach Darlegung des Problems der periodischen Unfruchtbarkeit der Frau und Darstellung der Ansichten von Knaus und von Ogino erkennt Verf. auf Grund von mehrjährigen Versuchsreihen durch zwei Ärzte das Bestehen einer Gesetzmäßigkeit der fruchtbaren und unfruchtbaren Tage bei regelmäßigem Menstruationstyp an. Eigene Untersuchungen des Verf. betreffen Fälle von Erstgeschwängerten, bei denen nach der Verheiratung die Periode entweder überhaupt nicht mehr oder nur mehr einmal aufgetreten war; 30 Fälle dieser Gruppe stehen mit den Forschungen von Knaus und Ogino im Einklang. Dagegen fallen in einer Gruppe von 16 Fällen, in denen nach wohlbegründeten und glaubhaften Angaben der Schwangeren nur bestimmte Kohabitationstermine bei genau aufgezeichnetem Menstruationstyp in Frage kamen, bei 5 die Konzeptionstermine außerhalb der von Knaus als fruchtbar angenommenen Tage. Wichtig erscheint die ärztliche Beratung im positiven Sinne bei Behandlung der Sterilität. Unter 65 Fällen, bei denen Kohabitationen selten oder nur in den ersten Tagen nach der Menstruation stattgefunden haben, konnte 26mal die 2—8 Jahre dauernde Sterilität nach Aufklärung über den günstigsten Konzeptionstermin behoben werden. Für die mathematische Vorausberechnung im negativen Sinne zur Empfängnisverhütung gewährleistet aber trotz aller zahlreichen, dafür sprechenden Fälle die Anwendung der Knaus-Oginoschen Regel keine absolute Sicherheit. Zur Bestimmung und Abgrenzung der möglichen Fehlerquellen (Phasenverschiebung) bedarf es noch umfangreicher Prüfungen an großem Material. Die populäre Propaganda der Empfängnisverhütung nach Knaus-

Ogino wird vom wissenschaftlichen Standpunkt aus als nicht unbedingt sicher und vom bevölkerungspolitischen Standpunkt aus als zum mindesten nicht wünschenswert abgelehnt. (Vgl. diese Z. 18, 42 u. 255 [Knaus]; 20, 45 [Ogino].)

H. H. Schmid (Reichenberg).<sup>o</sup>

**Mezzetti-Monterumici, M.:** *Sulle lesioni genitali femminili da coito.* (Verletzungen der weiblichen Genitalien durch Beischlaf.) Riv. Ostetr. 15, 545—548 (1933).

Zwei Formen von Verletzung der weiblichen Genitalien durch Beischlaf werden beschrieben. Bei der ersten handelte es sich um eine Verletzung der kleinen Schamlippe mit schwerer Blutung, entstanden durch einen im Stehen ausgeübten Beischlaf und durch den übermäßig starken Tonus des trotz vollendeten Beischlafs intakt gebliebenen Hymen. Die zweite Verletzung der hinteren Scheidenwand war bei einem nach Art der Vierfüßler ausgeübten Beischlaf entstanden. Meistens sind derartige Verletzungen nicht durch einen einzelnen Faktor, sondern durch das Zusammenwirken mehrerer Faktoren bedingt, wie ein Mißverhältnis zwischen männlichen und weiblichen Geschlechtsorganen und zwischen Körperlänge der beiden Geschlechtspartner, ein Zustand starker erotischer Erregung, ein übermäßiger Tonus der weiblichen Schamteile. Die Blutung kann auch bei sehr geringfügigen Verletzungen stark sein.

Rontal (München).<sup>o</sup>

**Dörffel, J.:** *Über den Wert serologischer Untersuchungsmethoden bei Gonorrhöe, insbesondere zur Feststellung der Heilung. I. Mitt. Komplementbindungsreaktion mit Auswertung des Antikörpertiters mittels fallenden Serummengen.* (Univ.-Hautklin., Königsberg i. Pr.) Arch. f. Dermat. 169, 421—430 (1933).

Die vorliegenden Untersuchungen haben erneut bestätigt, daß die Komplementbindungsreaktion Monate und Jahre nach der klinischen Heilung noch positiv bleiben kann. Verf. stellte auch durch Vaccination von 21 Hautkranken „Modellversuche“ an. Es wurde Artigon (2mal wöchentlich je 0,3 oder täglich 0,1) teils intravenös, teils intracutan, teils intramuskulär und zum Teil zusätzlich mit Pyrifur gegeben, bis die Reaktion ausgesprochen positiv geworden war. Dieses Positivwerden erfolgte bei den meisten Fällen in der 2. und 3. Woche. Durchschnittlich kam es nach wenigen Wochen wieder zu einem negativen Ausfall der Komplementbindungsreaktion, bei einzelnen Fällen konnte aber noch nach längerer Zeit, bis zu 6 Monaten, eine positive Reaktion festgestellt werden. Es zeigten also auch die Modellversuche, daß längeres Positivbleiben keinesfalls das Vorhandensein von Gonokokken im Körper zu beweisen braucht. Immerhin möchte jedoch Verf. eine positive Komplementbindungsreaktion, die länger als 3 Monate nach Abschluß der Behandlung bleibt, als ein Warnungssignal bewerten. Man habe aber kein Recht, bei noch positiver Reaktion ein Gesundheitsattest grundsätzlich zu verweigern. Zur Beantwortung der Frage, ob auch ein Rückgang in der Stärke der Reaktion im Sinne der Ausheilung bewertet werden könne, stellte Verf. weiterhin die Komplementbindungsreaktion mit Auswertung des Antikörpertiters (mit fallenden Serummengen) an. Auf diese Weise wurde die Antikörpermenge bei 103 Gonorrhöefällen mittels wiederholter Komplementbindungsreaktion kurvenmäßig dargestellt. Es ergab sich das Resultat, daß meist schon mit beginnender Ausheilung und besonders nach erfolgter Heilung ein Abfall der Antikörpermenge eintritt. Ein Wiederanstiegen dagegen oder ein unveränderter Antikörpertiter zeigt ein Fortbestehen des infektiösen Prozesses bzw. eine Komplikation oder ein eintretendes Rezidiv an. Verschleppte, länger bestehende Gonorrhöefälle mit negativer oder nur schwach positiver Komplementbindungsreaktion haben gewöhnlich eine schlechte Heiltendenz (Fehlen der nötigen Abwehrfunktionen) und sind prognostisch ungünstig zu bewerten.

Poehlmann (München).<sup>o</sup>

**Schlirf, K.:** *Über die Bedeutung bakteriologisch-serologischer Untersuchungen für die Erkennung und Bekämpfung des Trippers.* (Landes-Hyg.-Inst. u. Beratungsstelle f. Geschlechtskranke, Oldenburg.) Münch. med. Wschr. 1934 I, 290—292.

Auf Grund der Tatsache, daß die Trippererkrankung noch immer die gleiche Häufigkeit in der Verbreitung aufweist, teilt Verf. seine gewissenhaft durchgeführten, bakteriologisch-serologischen und mikroskopischen Untersuchungen mit. Etwa 8000 Ausstrichpräparate, 1200 Blutproben und zahlreiche Gonokokkenkulturen kommen in

Frage. Eine gewissenhafte Untersuchung ist insbesondere deshalb so notwendig, weil von  $1\frac{1}{2}$  Millionen kinderlosen Ehen in Deutschland die Hälfte durch Tripper bedingt ist.

Er gibt für die Untersuchung eine modifizierte Gram-Färbung an, die in einer Vorfärbung mit Carbolmethylviolett-Methylenblau statt Gentianaviolett und Nachfärbung mit Methylgrünpyronin statt Fuchsin besteht. Er weist darauf hin, daß die Entfärbung der wichtigste Akt bei der Gram-Färbung ist. Für die mikroskopische Diagnose können nur nach Gram gefärbte Präparate, und zwar gut gefärbte, in Frage kommen. Die Präparate sind nicht sofort mit Ölimmersion einzustellen, sondern vorher mit schwacher Vergrößerung zu betrachten. Hierbei ist auf die in Zügen gelagerten Leukocyten das Augenmerk zu richten. Es muß gewissenhaft und lange untersucht werden. Die Durchmusterung einzelner Präparate kann Stunden in Anspruch nehmen und von einem fraglichen Fall muß man gelegentlich zehn und noch mehr Abstriche machen. Es ist selbstverständlich, daß nur die intracelluläre Lage der Gonokokken zur Diagnose herangezogen werden kann. Kulturverfahren und Komplementbindungsreaktion stärken die Diagnosen. Weiter weist er darauf hin, daß nicht ein Präparat genügt. Kontrollpräparate sollen einem anderen Institut zugesandt werden. Die Untersuchungsergebnisse müssen karthotekmäßig geführt werden. Foerster (Münster).

**Stożalowski, K., und J. Dębski: Ein neuer Fall von Hermaphroditismus verus beim Menschen.** (*Chir. Abt., Städt. Krankenh. u. Inst. f. Path. Anat., Univ. Posen.*) Virchows Arch. **290**, 358—372 (1933).

Im Anschluß an die unvollständig aufgezählte Literatur betreffend das Zwittertum wird über einen neuen Fall von Hermaphroditismus verus berichtet bei einem 22jährigen Individuum. Der Kranke wurde wegen eines incarcerierten rechtsseitigen Leistenbruches laparotomiert, und es wurde dabei in der Bauchhöhle hinter dem Schnürring eine hypoplastische Gebärmutter gefunden. Die Gebärmutter wurde am Collum abgetragen und die linksseitige Tube entfernt.

Fall: Aus der Vorgeschichte ist zu entnehmen, daß der Kranke Abiturient eines humanistischen Gymnasiums und zeitweilig Baupraktikant ist. Sonst o. B. Aus seiner Kindheit erinnert er sich zwar, daß er gern mit Mädchen spielte, jedoch zu ihren Spielsachen sowie später zu Frauenhandarbeiten keine Neigung fühlte. Der Kranke ist Raucher, trinkt wenig, spielt Karten und ist Sportsmann (Tormann in einem Fußballklub). Der Leistenbruch bestand seit seiner Kindheit. Mit 16 Jahren bekam der Kranke regelmäßig jede 3 Wochen Blutungen aus der Harnröhre. Diese dauerten anfangs 3 Tage, jedoch bei größerer körperlicher Arbeit hielten sie bis zu 6 Tagen an. Mit 17 Jahren bemerkte er ein Wachstum der Brüste. Bei einer Militärkontrolle wurde er untauglich erklärt. Er war bis zum 18. Lebensjahr Masturbant. Später fühlte er deutlich eine geschlechtliche Neigung zu Frauen, befriedigte sie normal, wobei Erektionen und Ejaculationen zustande kamen. Gleichzeitig bekam er nachts Pollutionen. Die objektive Untersuchung ergab eine Mischform. Die Brüste besitzen ungefähr das Aussehen eines 18jährigen Mädchens, die Brüste sind hart und deutlich fühlbar. Große Beckenmaße. Knabenstimme. Männliche Extremitätenformen. Keine Gesichtsbehaarung, Schambehaarung von weiblichem Typus. Die äußeren Geschlechtsteile nähern sich dem männlichen Typus: Der Penis ist bis zum Sulcus coronarius 2 cm lang und bei der Erektion bis zu 4 cm lang. Der Hodensack ist klein und runzelig, in der Mittellinie ist eine deutliche Raphe scroti vorhanden. Rechter Hoden fehlt vollkommen, linker Hoden ist taubeneigroß. Der linke Hoden soll bei der Menstruation bis in den Leistenkanal hinaufgestiegen sein. Im Punktat der linken Hodenhälfte fanden sich tatsächlich Spermatozoen. Innere Genitalien: Uterus hypoplasticus, Tubeneckenabstand 5,5 cm. An der rechten Tube findet sich ein Ovarium. Die histologische Untersuchung ergab den anatomischen Nachweis eines Uterus, einer linken und rechten Tube, einer rechtsseitigen Keimdrüse sowie eines linksseitigen Hodens.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß hier ein neuer Fall von Hermaphroditismus verus vorliegt, mit rechtsseitiger gemischter Keimdrüse, Ovariotestis und mit linkem Hoden. Dieser letztere befindet sich in der linken Scrotalhälfte, ist geschlechtsreif und funktionstüchtig. Ebenso verhält sich der ovarielle Anteil der rechten Keimdrüse (germinativer Hermaphroditismus lateralis nach Pick). Die Hodengewebsinsel der rechten Keimdrüse sowie das Nebenhodengewebe ist unreif. Es konnten keine reifen Spermatozoen festgestellt werden. Die inneren Geschlechtsgänge sind in diesem Falle weiblich. Der linksseitige Samenleiter sowie die Vorsteherdrüse sind wahrscheinlich vorhanden, jedoch nicht mit Sicherheit festgestellt. Der linke Eileiter ist nach der histologischen Untersuchung als Rudiment zu betrachten. Die äußeren Geschlechtsteile sind männlich. Ähnlich wie andere Autoren, konnte auch in diesem Falle eine

Hypospadie festgestellt werden. Der Körperbau weist eine Mischform auf mit Überwiegen der weiblichen Kennzeichen. Das psychische Verhalten ist jedoch durchaus männlich. Auffallenderweise hörten die Blutbeimengungen im Harn nach der chirurgischen Entfernung des Ovariums vollkommen auf. *Hermann Stefan* (Jena).<sup>o</sup>

**Urechia, C.-I., et E. Teposu: Hermaphrodisme alternant (Hermaphroditismus verus lateralis) avec gynécomastie. Examen microscopique de la glande droite.** (Hermaphroditismus verus lateralis mit Gynäkomastie. Mikroskopische Untersuchung der rechten Keimdrüse. Echter Zwitter mit Reifung männlicher und weiblicher Keimzellen. 1. Mitteilung dieser Art.) *Presse méd.* 1933 II, 2062—2063.

Ein 25-jähriger Bahnbeamter litt seit dem Alter von 17 Jahren allmonatlich durch 3 bis 4 Tage an Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, die mitunter sehr heftig, dann auch oft von Erbrechen und Kopfschmerzen begleitet waren. Wegen dieser Beschwerden wurde in einem Spital der Wurmfortsatz entfernt, was jedoch keine Besserung brachte. Er suchte deshalb die chirurgische Klinik auf, wo das Vorhandensein weiblicher Brüste, die sich im 22. Jahr rasch entwickelt hatten und während der Schmerzanfälle sich vergrößerten, eine vollständige Hypospadie und das Fehlen der rechten Keimdrüse den Verdacht einer Zwitterbildung wachrief. Das Glied war im Vergleich mit dem bei Zwittern gewohnten verhältnismäßig gut entwickelt. In der linken Hodensackhälfte war ein Hoden ohne Besonderheiten zu tasten. Der junge Mann hatte häufig Verkehr, die Samenflüssigkeit enthielt reichlich bewegliche Samenfäden. Es wurde daher ein Leibschnitt ausgeführt, der hinter der Blase, mit ihr verwachsen, einen Fruchthalter von  $3 \times 5$  cm Abmessung aufdeckte. Links ging von ihm nur ein an der hinteren Blasenwand sich ansetzender derber Strang ab, rechts fand sich ein breites Mutterband mit Eileiter und Eierstock. Die weiblichen inneren Geschlechtsteile wurden entfernt. Der Eierstock enthielt Follikel, gelbe und weiße Körper. Schleimhaut im Gebärmutterkörper mit reichlichen Drüsen. Nach dem Eingriff blieben die Beschwerden aus. 1 Monat hernach beobachtete der junge Mann eine Größenzunahme des Hodens und ein Auftreten von Behaarung an Gliedmaßen, Brust und Bauch. Verff. zählen aus dem Schrifttum 21 durch die mikroskopische Untersuchung erwiesene Fälle echten Zwittertums beim Menschen. In keinem dieser Fälle aber waren Keimzellen beiderlei Geschlechtes gereift. *Meixner* (Innsbruck).

**Laffont et Bonafos: Un cas de pseudo-hermaphrodisme masculin de Pozzi (Androgynoïde).** (Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus [Gynandroid] [Pozzi].) *Bull. Soc. Obstétr. Paris* 22, 483—484 (1933).

20-jährige weibliche Person primär amenorrhöisch, hat große Hände und Füße und männliches Becken; kein Bart, weibliche Geschlechtsneigung. Keine Vagina, Klitoris abnorm stark; durch eine breite Furche getrennte Geschlechtswülste mit fühlbaren Hoden und Nebenhoden; vom Rectum aus fühlbare Prostata. Utriculus prostaticus mit 2 Duct. deferentes urethroskopisch festgestellt. Spontane Ejaculationen weißlicher Flüssigkeit. — Das Verlangen der Person nach einer künstlichen Scheide wurde abgelehnt, dagegen die Urethra erweitert.

*R. Meyer* (Berlin).<sup>o</sup>

**McFarland, Joseph: A case of malformation assumed to be true hermaphroditism.** (Ein Fall von Mißbildung, den man als wirklichen Hermaphroditismus annehmen muß.) (*Laborat. of Path., Univ. of Pennsylvania, Philadelphia.*) *Amer. J. Path.* 9, 549—556 (1933).

Es wird ein Präparat beschrieben, das bei einer Leistenbruchoperation gewonnen wurde. Es handelte sich um eine schlanke, sehr wohlgebildete und hübsche, durchaus weibliche Frau, die mit einem Arzt verheiratet ist. Niemals war etwas beobachtet, das für Störungen der inneren Sekretion gesprochen hätte. Ein Frauenarzt hatte gelegentlich geäußert, es wäre wohl ratsam, daß Patientin keine Kinder bekäme, ohne nähere Begründung, aber es war nichts Antikonzeptionelles geschehen. Vor einigen Jahren war ein Karbunkel nahe der Urethra operiert, dabei war nichts Anomales aufgefallen; bei eingehender vaginaler Untersuchung später schien etwas nicht ganz in Ordnung zu sein. Anfang 1931 fiel die Patientin, und bald hernach zeigte sich eine Schwellung in der Leistenbeuge. Man glaubte in der beweglichen, makroskopisch nicht eindeutigen Geschwulst anfangs einen Eierstock vor sich zu haben, gab aber das Präparat einem pathologischen Anatomen, der eindeutig Hodengewebe feststellte. Es handelte sich um wohl ausgebildeten Hoden und Nebenhoden, wie eine ausführliche Beschreibung der mikroskopischen Bilder zeigt. *Röper* (Hamburg).<sup>o</sup>

### Erbbiologie und Eugenik.

Deutsches Reich. Verordnung der Reichsminister des Innern und der Justiz zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vom Dezember 1933. (Reichsgesetzbl. I S. 1021.) Reichsgesdh. bl. 1933, Beih. 5, 79—94.