

Moure, Paul: *Quelle conduite faut-il tenir à la suite d'une perforation utérine survenue au cours du curettage?* (Verhalten bei Uterusperforation im Verlauf einer Ausschabung.) Bull. Soc. nat. Chir. Paris **60**, 570—573 (1934).

Perforation durch einen anderen als den Operateur erfordert stets Laparotomie. Bei eigener Perforation trennt Moure: infizierte perforierte Uteri sind durch Kolpotomie sofort zu entfernen, bei nichtinfizierten Uteri und bei zweifelhafter bzw. unvollständiger Perforation empfiehlt sich Kolpotomie zur Besichtigung und Ableitung nach außen. Hierzu Hartmann: Abwartendes Verfahren, wenn keine Infektion besteht und die Kürette sofort zurückgeholt wurde; Proust: Bei jeglicher Perforation muß laparotomiert werden.

Fraenckel (Berlin).

Carlini, Periele: *Sopra un caso di tentato aborto seguito da lesioni gravissime.* (Über einen Fall von versuchter Fruchtabtreibung mit schwersten Verletzungen.) Clin. ostetr. **36**, 245—251 (1934).

Carlini gibt für die Verteidigung ein Gutachten ab gegenüber dem Sachverständigen der Anklage, Prof. M., im Strafverfahren gegen Dr. O. in Genua. Dr. O. war von der Hebamme gerufen worden, die Anklage sagt um einen Abort einzuleiten, die Verteidigung um einen in Gang befindlichen Abort zu behandeln. Er verletzte an 2 kleinen Stellen eine Darmschlinge, die in einem Riß des hinteren Scheidengewölbes lag. Sofort ließ er die Patientin ins Krankenhaus bringen, wo Hysterektomie und Darmnaht ausgeführt wurden. Die Patientin leidet noch an schwerer Fistel. Dr. O. wurde wegen kriminellem Abort angeklagt. Prof. M. erklärte zwar, daß die Unterbrechung der Schwangerschaft nur durch die Uterusamputation verursacht wurde, diese sei aber ein Teil der Operation gewesen, die allein die Patientin vom sicheren Tod an septischer Peritonitis infolge der Darmverletzung retten konnte. Nach C. war aber die Uterusamputation absolut kontraindiziert, weil sie unnötigerweise den Eingriff erschwerte. Technische Gründe konnten die Wegnahme des Fortpflanzungsorgans nicht rechtfertigen, da die Naht der Wunde im Scheidengewölbe auch ohne sie möglich war, da es überdies besser gewesen wäre, zu drainieren statt zu nähen. Das Primäre war die Wunde im hinteren Scheidengewölbe, sie ist an allem übrigen schuld. Es ist absurd zu glauben, ein Gemeindefacharzt mit 10jähriger Praxis könne das hintere Scheidengewölbe durchstoßen in der Meinung, sich im Cervicalkanal zu befinden. Es ist aber sehr wohl möglich, daß eine Gravida, die mit spitzem Instrument einen Abort einleiten will, sich selbst diese Verletzung beibringt. Sie kann tagelang gesund erscheinen, ehe die septische Peritonitis eintritt, die Wunde kann auch spontan heilen. Ja sogar Darmverletzungen machen durchaus nicht immer sofort erkennbare Störungen. Wenn der Arzt bei dem Versuch sich Klarheit zu verschaffen eine Darmschlinge verletzt, die in solchem Riß liegt, trifft ihn keine Schuld. Infolge dieses Gutachtens wurden Arzt und Hebamme von der Anklage des kriminellen Aborts freigesprochen.

Helene Fritz-Hölder (Wiesbaden).

Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

Stokvis, Benno J.: *Die Frage der Homosexualität im holländischen Strafrecht.* Mschr. Kriminalpsychol. **24**, 740—746 (1933).

In Holland sind gleichgeschlechtliche Handlungen, von zwei Großjährigen unter gegenseitiger Einwilligung nicht öffentlich vorgenommen, straffrei. Verf. gibt einen historischen Überblick über die Strafbarkeit der Homosexualität vom 17. Jahrhundert, wo Gelehrte der Todesstrafe für das Verbrechen der Sodomie das Wort sprachen, angefangen bis auf die gegenwärtige Zeit. Die Arbeit hat hauptsächlich strafrechtliches Interesse.

Dittrich (Prag).

Bergstrand, Hilding: *Über einige Formen von Intersexualität beim Menschen, unter besonderer Berücksichtigung neuerer Theorien über die Geschlechtsbestimmung.* Klin. Wschr. **1934 I**, 580—584.

Die moderne Erbforschung erheischt den Begriff „Intersexe“ an Stelle von

„Hermaphroditen“. Wenn der scharfe Gegensatz zwischen Autosomen und X-Chromosomen abgestumpft ist oder bei unrichtiger Chromosomenzusammenstellung kommt es zu Zwischenstufen. Hormonale Vorgänge können ebenfalls embryonal „Intersexe“ schaffen (Goldschmidt, Steinach, Sand, Lipschütz). Burns und Humphreys „experimentelle free-martins“ bilden die Grundlage zum Verständnis menschlicher Intersexe, die in der Tierreihe besonders häufig bei Ziegen und Schweinen genetisch vorkommen. Goldschmidts Umschlagtheorie scheint sich zu bestätigen. Die meisten menschlichen Hermaphroditen sind genetische feminine Intersexe (weibliches Individuum, dessen Ovarien sich in frühem Zeitpunkt in Testes verwandeln). Späte Wendepunkte beim Menschen sind selten. Hormonale Intersexe beim Menschen kommen nach G. nicht vor. Hirsutismus und Virilismus erinnern allerdings an hormonale Intersexe. Die bei Virilismus auftretenden und untersuchten Ovarialtumoren zeigten kein Testikelgewebe, sondern Ovarialgewebe. Nach Steinach-Kuhn zeigte Luteinextrakt virilisierende Wirkung. Die Hypernephromtheorie ist strittig; bei der Pubertas praecox scheint das maligne Hypernephrom virilisierend zu wirken. Acidophile Hypophysenadenome haben dieselbe Wirkung. Basophile Hypophysenadenome erzeugen Hirsutismus mit beibehaltener Ovarialfunktion; bei beiden Tumoren sind die Nebennieren vergrößert.

Leibbrand (Berlin).

Bergstrand, Hilding: Über einige Formen von Intersexualität beim Menschen mit besonderer Berücksichtigung neuer Theorien der Geschlechtsbestimmung. Nord. med. Tidskr. 1934, 230—236 [Schwedisch].

Anstatt der bisher angewandten klinischen Bezeichnungen Hermaphroditismus und Pseudohermaphroditismus wendet man vorteilhafter die moderne Nomenklatur Intersexen an. Die frühere schematische Auffassung der verschiedenen Formen des Hermaphroditismus ist im Lichte der modernen Forschung in verschiedener Hinsicht unrichtig. Goldschmidt konnte zeigen, daß das Individuum im Anfang ein bestimmtes Geschlecht zeigt, das aber zu gewisser Zeit umschlägt. Je früher dieser Umschlag stattfindet, um so mehr intersexuelle Eigenschaften bekommt das Individuum, und wenn der Umschlag früh genug stattfindet, bekommt man eine veritable Geschlechtsumwandlung. Dieser Umschlag beruht auf einer Abnormität der Wirkungskraft der Autozonen oder der X-Chromosomen, oder auch Veränderungen in Chromosomenanzahl. Ein normales weibliches oder männliches Individuum ist eine Mischung weiblicher und männlicher Eigenschaften. Auch postembryonal sind die Individuen beeinflusbar durch Entfernung oder Implantation der Geschlechtsdrüsen. In Fällen von Implantation verändern sich die anwesenden Geschlechtsdrüsen durch hormonale Beeinflussung der implantierten Geschlechtsdrüsen. Solche hormonale Intersexen können auch embryonal entstehen. Unter den Menschen kommen hormonale Intersexen spontan nicht vor, nur die sog. genetischen Intersexen. Einige klinische Bilder unter den Menschen erinnern doch an hormonale Intersexen, wie z. B. Hirsutismus, teils beim Weibe, teils bei jungen Mädchen. Beim geschlechtsreifen Weibe zeigt sich Hirsutismus durch männliche Sekundärbehaarung und Amenorrhöe. Man findet in diesen Fällen häufig Ovarialtumoren (in der Regel benigne), ausnahmsweise Hypernephromen. Vielleicht sondern die tumorartigen Ovarialzellen ein virilisiertes Hormon ab. Beim jungen Mädchen zeigt sich Hirsutismus durch Pubertas praecox und sekundäre männliche Geschlechtsmerkmale. In allen diesen Fällen hat man maligne Hypernephrome gefunden, die auch virilisierend wirken können. Außer Ovarialtumoren und Hypernephromen können auch die acidophilen Hypophysenadenome einen virilisierenden Effekt ausüben (Akromegalie plus Hirsutismus). *Helgi Tómasson* (Reykjavik).^{oo}

Sedlis, E.: Intersexualismus-Probleme im Lichte biologischer und klinischer Forschung. Warszaw. Czas. lek. Nr 18/19, 333—356 (1934) [Polnisch].

Sedlis teilt 2 einschlägige Fälle von Intersexualismus mit, in deren 1. es sich um ein männliches, im 2. um ein weibliches Individuum handelt. Auf Grund ausführlicher Literatur und genauer klinischer Untersuchung der mitgeteilten Fälle gelangt S. zu der durch Goldschmidt und seine Schule vertretenen Ansicht, daß fast alle Hermaphroditismusfälle als Inter-

sexualismus aufgefaßt werden sollen. Das, was Intersex kurz benannt wird, stellt ein männliches oder ein weibliches Individuum vor, welches bis zu einem gewissen Zeitpunkt sich in der Richtung seines gegebenen Geschlechtes, sodann aber in der Richtung des entgegengesetzten Geschlechtes entwickelt. Die eigentlichen Ursachen dieser Fehlentwicklung sind entweder zytotischen oder genetischen Charakters und beruhen auf gegenseitigem Verhältnis der Chromosomen; bzw. der in ihnen enthaltenen Gene. Eine durch Hormone des entgegengesetzten Geschlechtes hervorgerufene Geschlechtsfehlentwicklung kann als Hormonalintersexualismus bezeichnet werden. Nach S. ist für den Arzt der zytotische und der hormonale Intersexualismus von besonderem Interesse.

L. Wachholz (Kraków).

Guggisberg, Hans: Über Bedeutung und Behandlung des zweifelhaften Geschlechts. (*Univ.-Frauenklin., Bern.*) Schweiz. med. Wschr. 1934 I, 181—186.

Verf. berichtet über 2 Fälle von Pseudohermaphroditismus eigener Beobachtung. Im 1. Falle ein in seinem ganzen Verhalten in somatischer und psychischer Beziehung weibliches Wesen mit männlicher Geschlechtsdrüse. Nach allgemein geltender Ansicht wäre die Person als männlich zu bezeichnen. Verf. konnte sich aber nicht dazu entschließen, dies bekanntzugeben. Die Festsetzung des Geschlechtes lasse sich ausschließlich auf Grund der Geschlechtsdrüse nicht mehr halten. In diesem Falle wurde der zwecklose Hoden weggenommen. Die Geschlechtsdrüsen fördern die gleichsinnige Geschlechtsentwicklung und hemmen die gegen- teilige. Der 2. Fall war ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus mit sekundären männlichen Geschlechtscharakteren. Eine Geschlechtsdrüse war nicht nachweisbar. An Stelle der Klitoris ein penisartiges Gebilde von 10 cm Länge und 2 cm Dicke, welches deutliche Erektionen zeigte. Deutliche Glans mit Präputium. Vagina eng, 10 cm lang. Portio angedeutet. Uterus und Adnexe weder per vaginam noch per rectum deutlich nachweisbar. Die Patientin war zu Depressionen veranlagt, hat sich stets als Mädchen gefühlt, hatte ausgesprochen sexuelle Gefühle weiblichen Charakters, wollte über ihren Geschlechtscharakter aufgeklärt sein, da sie den Wunsch hatte, sich zu verheiraten. Gelegentlich einer Appendektomie konstatierte man rudimentären Uterus, Tuben, Ovarien, letztere normal groß, jedoch glatt, ohne deutliche Follikel. Beiderseitig wurde in den Musculus rectus $\frac{1}{4}$ Ovarium implantiert, indem vorher anlässlich einer Laparotomie bei einer anderen Patientin $\frac{1}{2}$ Ovarium entfernt worden war. Entfernung des penisartigen Organs, plastische Erweiterung der Vagina. Hormonale Nachbehandlung mit Hypophysenvorderlappen und besonders Ovarialhormon. Durch die Ovarialtransplantation und Hormontherapie ist ein gewisser Umschwung im allgemeinen Habitus aufgetreten. Die Gesichtszüge nahmen mehr und mehr weiblichen Charakter an, der Haarwuchs im Gesicht schwand.

Dittrich (Prag).

Bogliolo, Luigi: Intorno ad un caso di probabile ermafroditismo vero. Con alcune considerazioni sulla cosiddetta „intersessualità“ nella specie umana. (Über einen Fall von wahrscheinlich wahren Hermaphroditismus. Mit einigen Betrachtungen über die sogenannte „Intersexualität“ beim Menschen.) (*Ist. di Anat. ed Istol. Pat., Univ., Bari.*) Arch. ital. Anat. e Istol. pat. 4, 889—944 (1933).

Sehr genaue Beschreibung eines Falles, bei dem Verf. einen H. verus annimmt. 19jähriger Mann mit hochgradiger Gynäkomastie, sehr spärlichem Bartwuchs und Anomalien der Geschlechtsorgane (sehr kleiner Penis, normal große Glans, Hypospadie, sehr kleines, durch eine Furche am Damm zweigeteiltes Serotum, in dem links ein normaler Hoden zu tasten ist, während der rechte Hoden im Leistenkanal liegt); Prostata mit normalem linken, unterentwickeltem rechten Lappen tastbar, Samenblasen nicht tastbar, keine Resistenz, die einem Uterus entsprechen würde, zu tasten). Bis zu seinem 6. Lebensjahr war der Knabe für ein Mädchen gehalten worden, erst in diesem Alter wurde auf Grund der Entwicklung des Genitales seine Geschlechtszugehörigkeit neu bestimmt. Verf. schließt auf das gleichzeitige Vorhandensein von funktionierenden Eierstöcken außer den Hoden (deren Funktion durch das Vorkommen von Erektionen und Ejaculationen bei dem Patienten bewiesen ist) aus folgenden Beobachtungen an seinem Patienten und weist auf ähnliche in der Literatur mitgeteilte Fälle hin: Periodische (alle 4 Wochen auftretende) Veränderungen der Stimmungslage, bestehend in leichter, anscheinend unbegründeter Reizbarkeit; monatliche Epistaxis (bei anderen Patienten periodische Hämaturie); monatliche Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Brüste; sonst nicht begründetes monatliches Erbrechen. — Ausführliche Besprechung der modernen einschlägigen Literatur. Den Ausdruck Intersexualität möchte Verf. durch die Bezeichnung „pathologische Bisexualität“ ersetzen; er versteht darunter Individuen, die während der Embryonalentwicklung unter dem Einfluß der beiden Sexualitäten stehen. Mißbildungen der Geschlechtsorgane können die Folge pathologischer Bisexualität, aber auch die Folge einer Entwicklungshemmung sein, die nichts mit der Einwirkung des anderen Geschlechtes zu tun hat.

Wermer (Wien).

Thurston, Eric W.: Über einen eigenartigen Fall von „Intersex“ beim Menschen. (*Path.-Anat. Inst., Univ. Wien.*) Virchows Arch. 292, 220—232 (1934).

Bei dem zur Zeit des Todes 22jähriger Menschen war zunächst bei der Geburt die Ge-

schlechtsdiagnose eines Mädchens gestellt worden, später wurde derselbe als Knabe erkannt, aber eine bestimmte Diagnose konnte nicht gestellt werden. Schließlich starb der junge Mann an einer Nephritis und Urämie. Bei der Sektion (Pseudohermaphroditismus masc. internus) ergab sich eine Zwitterbildung insofern, als die Keimdrüse mikroskopisch morphologische Besonderheiten aufwies, so daß sie teils an Hoden, teils an Ovarium erinnert. Unter Zugrundelegung der Lehre Goldschmidts von der Intersexualität wird der Fall zu deuten versucht.

H. Merkel (München).

Ellis, R. W. B.: Pseudohermaphroditism and suprarenal hyperplasia. (Pseudohermaphroditismus und Hyperplasie der Nebennieren.) (*Clin. sect., London, 8. XII. 1933.*) Proc. roy. Soc. Med. 27, 401—403 (1934).

Bei einem Kind, das mit 8 Monaten an Inanition infolge dauernden Erbrechens gestorben war, stellten sich folgende Befunde heraus: Starke Hyperplasie beider Nebennieren; ein dem Alter entsprechender Uterus mit normalen Adnexen, auch mikroskopisch normalen Ovarien, und einer blind endenden Vagina; ein männliches äußeres Genitale, das schon bei der Geburt vorhanden gewesen war: Penis (mit Hypospadie, Urethralöffnung an der Basis der Glans) und Scrotalsack, aber Fehlen von Testikeln und Prostata. — In Anbetracht der Keimdrüsen mußte das Individuum als weiblich angesprochen werden; die Maskulinisierung wird vom Verf. als eine Folge der Hyperfunktion der Nebennieren angesehen, die bereits intrauterin wirksam war.

Enke (Marburg a. d. L.).^{oo}

Pratt, F. W. M.: A pseudohermaphrodit with suprarenal cortical hyperplasia. (Hermaphrodit mit cordikaler Nebennieren-Hyperplasie.) (*Clin. sect., London, 8. XII. 1933.*) Proc. roy. Soc. Med. 27, 395 (1934).

Beschreibung eines 10jährigen pseudohermaphroditischen Mädchens mit stark entwickelten Scham-, etwas Schnurrbart- und Kinnhaaren. Vagina fehlte, große Clitoris, kleiner Uterus, rechtes Ovar größer als normal. Die linke Nebenniere erschien (laut Laparotomiebefund) vergrößert.

H. Pfister (Bad Sulza).^o

Kolodny, Anatole: Suprarenal virilism in a woman. (Tumor of an extrarenal suprarenal rest.) (Vermännlichung von der Nebenniere her. [Nebennierengeschwulst außerhalb der Niere.]) J. amer. med. Assoc. 102, 925—926 (1934).

Eine 37jährige Frau, Mutter eines erwachsenen Sohnes, vermännlichte sich, seit sie im Oberbauch eine Geschwulst fühlte. Männliche Körperbehaarung, Bartwuchs, Vergrößerung des Kitzlers auf mehr als das Doppelte, Rauwerden der Stimme. Die Haut wurde rot und grob. Fettansatz. Schon 2 Monate vor dem Wahrnehmen der Geschwulst hatte sie die Regel verloren. Durch Leibschnitt wurde ein 1250 g schweres Hypernephrom entfernt, das in der Mittelebene zwischen den Blättern des Mesocolons lag und so weit in den Magen eingewachsen war, daß ein Billroth I notwendig wurde. Die männlichen Merkmale verschwanden danach, nach 10monatigem Ausbleiben kam die Regel wieder, auch die geschwundene Geschlechtslust. 6 Monate nach dem Eingriff ging die Frau an Lungenmetastasen zugrunde, ohne daß sich die Geschlechtsmerkmale neuerlich änderten. Auch die Regel blieb. Verf. führt die Geschwulst auf die von Schmorl in der Gegend des Plexus solaris gefundenen versprengten Nebennierenkeime zurück, von welchen eine Geschwulstbildung bisher nicht beschrieben ist. Meixner.

Derichsweiler, Hermann: Geschlechtsumkehr durch das Arrhenoblastom. (*Staatl. Frauenklin., Dresden.*) Zbl. Gynäk. 1934, 866—870.

Zusammenfassend sagt Verf.: Der ursächliche Zusammenhang zwischen Arrhenoblastom und Geschlechtsumkehr muß bejaht werden. Die Geschlechtsumkehr bezieht sich nur auf die sekundären Geschlechtsmerkmale. Es handelt sich also nicht um eine genetische Intersexualität. Die Wirkung der Geschwulst ist eine hormonale, eine chemische. Wie diese im einzelnen verläuft, wissen wir noch nicht. Dittrich.

Langeron, L., et A. Danès: Le virilisme pileire, ses causes. (Der virile Behaarungstyp und seine Ursachen.) (*Clin. Méd., Univ., Lille.*) Gynéc. 33, 15—24 (1934).

Bericht über einen selbstbeobachteten Fall: Bei einer 31jährigen, bis dahin normalen Frau traten im Laufe eines halben Jahres folgende Erscheinungen auf: übermäßige Behaarung, viriles Aussehen, nahezu vollständige Amenorrhöe, Charakterveränderungen, Abmagerung und Schwäche, Steigerung des Grundumsatzes; dabei Urin und Blutdruck normal, klinisch weder ein Ovarial- noch ein Nebennierentumor nachweisbar. In Anbetracht des Krankheitsverlaufes konnte ein maligner Tumor ausgeschlossen werden. — Anschließend kritischer Überblick über die einschlägige Literatur: die häufigsten Ursachen derartiger Krankheitsbilder waren Nebennierentumoren; meist handelte es sich um maligne Tumoren, einige Male um Adenome, seltener um einfache Hyperplasie. Auf welche Weise die Neubildung der Nebenniere den Sexualcharakter beeinflusst, ist noch ungeklärt. Die Annahme eines entsprechend wirkenden Nebennierenrindenhormons hat sich im Tierversuch noch nicht bestätigen lassen. — Da vollständige Heilungen nach operativer Entfernung des Tumors vorgekommen sind und

es sich in den meisten Fällen um maligne Tumoren handelt, halten die Verf. den Versuch einer Operation für angezeigt, trotz der möglicherweise hohen Mortalität. *Enke* (Marburg a. d. L.).

Finkler, Rita S.: A case of pseudohermaphroditism. (Pseudohermaphroditismus.) (*Dep. of Gynecol., Beth Israel Hosp., Newark.*) *J. amer. med. Assoc.* **102**, 924—925 (1934).

Ein seit seinem 14. Lebensjahr von der Verf. beobachtetes Mädchen hatte eine männliche Stimme, männlichen Brustkorb ohne Spur von Brüsten, männliche Behaarung, beginnenden Bartwuchs, keine Monatsregel. Die äußeren Geschlechtsteile zeigten die bei Zwittern gewöhnliche Gestaltung. Die Harnröhre mündete in den Anfangsteil der engen Scheide. Vom Mastdarm war eine kleine Gebärmutter zu tasten. Im Blut war einmal nach Frank-Goldberger eine Spur von Folliculin nachzuweisen, der Grundumsatz war ganz leicht herabgesetzt. Da ein Probeleibschnitt (anscheinend im 16. Lebensjahr ausgeführt) durchaus weibliche innere Geschlechtsteile ergab und von Hoden keine Spur gefunden wurde — es fand sich auch keine Vergrößerung der Nebennieren, noch auch eine Geschwulst derselben —, wurde das Glied abgetragen. Bestrahlung des Beckens und des Hirnanhanges wurde aufgegeben, dagegen wurde Hormonbehandlung und Diathermie des Beckens fortgesetzt. Im 19. Lebensjahr stellte sich die Regel und damit auch eine Änderung im körperlichen und seelischen Verhalten des Zwitter ein, die sich schon vorher angekündigt hatte. Der Bartwuchs ging zurück, die Körperformen rundeten sich, es entwickelten sich Brüste. (Bei Zwittern stellt sich die Reifung oft verspätet ein, der Erfolg der Hormonbehandlung ist dadurch fraglich. Ref.) Die eingeführten Hormone gingen sehr rasch in den Harn über, im Blut war immer nur eine Spur davon nachzuweisen.

Meixner (Innsbruck).

Monsch, Gaudenz: Über einen Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus. (*Méd. Dep., Hôp., La Chaux-de-Fonds.*) *Schweiz. med. Wschr.* **1934 I**, 509 bis 512.

Abnormer Zwilling, dessen Schwester normal ist. Glandulärer Teil ausgeprägt weiblich, tubulärer Teil männlich. Gut entwickeltes Ovar vorhanden, Tube normal; auf der entgegengesetzten Seite fehlt Keimdrüse. Uterus und Vagina normal; letztere mündet als enger Kanal in Harnröhre männlichen Typs mit Penisbildung. Der Fall wird mit der Sellheimschen Theorie in Zusammenhang gebracht; genauer Sektionsbericht ist angegeben. *Leibbrand.*

Horst, Ingeborg: Prostatahypertrophie und Intersexualität? (*Path. Inst., Univ. Greifswald.*) *Frankf. Z. Path.* **46**, 202—209 (1933).

An eierstocktragenden Zwittern im Vergleich mit männlichen und weiblichen Feten wies J. Horst nach, daß nicht immer, wie Moszkowicz dartat, die Hauptmasse der Prostatastrüben beim weiblichen Zwitter kranial vom Colliculus seminalis liegt. Die Prostata besteht also nicht aus einem rein männlichen, caudalen und einem mehr weiblichen, kranialen Anteil. Auch die Hypothese ist hinfällig, es entstehe die Hypertrophie des kranialen Anteils durch Abnahme der Hodenfunktion und dadurch fortfallende Hemmung der Entwicklung des weiblichen Anteils. Bei der Prostatahypertrophie ist die Hodenfunktion wohl erhalten [vgl. Rausch, *Frankf. Z. Path.* **38** (1929)].

Georg B. Gruber (Göttingen).^{oo}

Ramond, Louis: Eunuchisme. (Eunuchoidismus.) (*Hôp. Laënnec, Paris.*) *Presse méd.* **1934 I**, 609—610.

Verf. beschreibt einen 34-jährigen Mann, den man für 18—20-jährig halten würde. Er ist 173 cm hoch, wovon 103 cm auf den Abstand vom Rollhocker zum Knöchel kommen. Sein Brustumfang in Warzenhöhe ist 64 cm, der Abstand der beiden Rollhocker 41 cm. Er ist vollkommen bartlos, mit sehr spärlichen Augenbrauen, Rumpf und Gliedmaßen sind fast unbehaart. In den Achseln finden sich nur einige wenige Haare. Das Glied wie von einem 10-jährigen Knaben, die Hoden haselnußgroß. Niemals Steifung, niemals Geschlechtsbedürfnis. Gemüt kindlich, sein Sinn hauptsächlich auf Essen und Trinken gestellt. Verf. bezeichnet ihn als Eunuchoiden, obwohl auch andere Blutdrüsen mitsprechen mögen. Die Schilddrüse ist nicht zu tasten. Auf einen Einfluß des Hirnanhanges deuten vielleicht die Größe des Kinns und der Hände hin.

Meixner (Innsbruck).

Rovnov, A.: Zur Frage der Gynäkomastie. *Sovet. Klin.* **19**, 402—413 (1933) [Russisch].

Gynäkomastie wurde von 1928—1931 in der Chirurgischen Klinik des 2. Moskauer Medizinischen Instituts 13mal behandelt. Meistens erkrankten junge Leute. Die Vergrößerung der Drüse verläuft langsam, ohne entzündliche Reaktionen. Mit dem Wachsen der Drüse treten gewöhnlich in der Drüsengegend unangenehme Empfindungen auf, besonders bei Körperarbeit. Die Drüse schwankt von Walnußgröße bis zu einer gut entwickelten Drüse eines 16-jährigen Mädchens. Warzen und Areola sind reichlich pigmentiert, Palpation ergibt gelappten Bau; mit

dem unterliegenden Gewebe ist sie nicht verwachsen. Druck entleert mitunter einen Tropfen trüber, milchähnlicher Flüssigkeit. Bartwuchs fehlt; weiter beobachtet man unvollständig ausgebildete Geschlechtsorgane, weibliches Becken usw. Während nach Literaturangaben Gynäkomastie meistens zweiseitig ist, hatte Verf. unter 13 Fällen 3 zweiseitige und 10 einseitige. Ätiologie und Pathogenese sind unklar. Von 13 Fällen des Verf. fand letzterer in 1 Fall eine Verkleinerung eines Hodens, im 2. eine Verkleinerung beider Hoden und im 3. Sarkom der Hoden. In den anderen Fällen waren von seiten der Geschlechtsorgane keine makroskopischen Veränderungen zu konstatieren, festgestellt wurden aber: Herabsetzung oder Fehlen der Libido, späte Entwicklung des Bartwuchs, Weiblichkeit im allgemeinen Bau usw. Mikroskopische Untersuchungen, welche in 2 Fällen von Gynäkomastie in Moskau durchgeführt wurden (nicht in denen, die vom Verf. beschrieben werden), wiesen auf eine Atrophie der Samenkanälchen mit bedeutender Wucherung der Leydig'schen Zellen. Bei der Untersuchung des Operationsmaterials (Drüsenstückchen) fand Verf., daß das Drüsenstroma vorwiegend aus faserigem Bindegewebe mit eingeschlossenen Zellelementen bestand; zwischen dem Bindegewebe Drüsengruppen. In einigen Drüsenhöhlen homogener Inhalt mit einzelnen Kernelementen (Colostrumkörperchen). Nicht immer ist die operative Entfernung angezeigt. Bei jungen Leuten findet zuweilen Rückentwicklung statt. Bei erwachsenen Männern, welche durch den Zustand in der Arbeit behindert, seelisch beeinflußt werden, ist die Operation nötig.
S. Matwejeff (Odessa).

Schultze, Kurt Walther: Über Kastrationsfettsucht. (*Frauenklin., Med. Akad., Düsseldorf.*) Arch. Gynäk. 155, 157—167 (1933).

Ausgehend von der Frage, ob Anhaltspunkte dafür bestehen, daß nach Ausfall der Keimdrüsen eine Änderung des Fettstoffwechsels eintritt und ob die nach Ausfall der Keimdrüsen auftretende Gewichtszunahme einer echten Fettsucht entspricht, kam der Verf. durch seine Tierversuche zum Ergebnis: Die Kastration bei Ratten und Meerschweinchen führten in 35—40% zu einer abnormen Gewichtszunahme, die einer Verfettung gleichzusetzen ist. Diese besteht darin, daß das Depotfett zunimmt, das Leberfett hingegen abnimmt, eine Fettverschiebung im Sinne der Adipositas. Der Verf. spricht die Vermutung aus, daß durch den Ausfall der Ovarien nur die Disposition zur Fettsucht geschaffen wird; der auslösende Faktor für die Kastrationsfettsucht ist im Hypophysenvorderlappen zu suchen.
M. de Crinis (Graz).

Šarapov, V., und I. Vainberg: Zur Frage der Pathogenese der Macrogenitosomia praecox. Sovet. Nevropat. 2, Nr 10, 31—36 (1933) [Russisch].

Bei einem 6jährigen Knaben stellten sich etwa 2 Wochen nach einem anscheinend nicht wesentlichen Kopftrauma, dem wohl auch nur eine auslösende Rolle beizumessen ist, Kopfschmerzen, Übelkeit, zeitweise Erbrechen, Abnahme der Sehfähigkeit ein. Bei der etwa 2 Monate später erfolgten Aufnahme in die Klinik zeigte sich bei dem sehr schwächlichen, rhachitischen und anämischen Knaben eine vom Nacken bis zum unteren Scapularande gehende starke symmetrische Behaarung, die schon vor dem Trauma begonnen hatte. Hier bildete sich völliger Verlust der Sehfähigkeit aus bei erhaltener Lichtreaktion der Pupillen, schwere allgemeine Hirnsymptome und nach einem operativen Eingriff in der hinteren Scheitelgegend Rigidität der unteren Extremitäten. Der Tod erfolgte 4½ Monate nach Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen. Bei der Obduktion fand sich vor allem ein kleinzelliges Sarkom der Glandula pinealis, welches weiterhin einen Druck ausübte. Zeichen einer vorzeitigen Entwicklung einer Makrogenitosomie fanden sich bei dem Kranken nicht; jedoch wurde die bei ihm sich entwickelnde Behaarung als ein abortives Symptom derselben aufgefaßt.

Verff. gelangten unter Berücksichtigung ihres Falles und der bisherigen Literatur zu der Überzeugung, daß eine vorzeitige Makrogenitosomie nicht eintritt bei einer schnell fortschreitenden Störung der Glandula pinealis, daß sie eine Folge einer Funktionsstörung des ganzen Organismus ist, insbesondere des sympathischen Nervensystems und der endokrinen Drüsen, in erster Linie der Glandula pinealis, und daß für die Entwicklung der Makrogenitosomie eine langdauernde Wirkung des veränderten Sekrets derselben auf den Organismus erforderlich ist.
Adam (Berlin-Buch).

Feitosa, Miguel: Un cas d'absence complète de l'utérus. (Ein Fall von völligem Fehlen des Uterus.) (*Hôp. Santa-Casa, Rio de Janeiro.*) Gynéc. 33, 218—220 (1934).

Beschreibung eines Falles von völligem Fehlen des Uterus. Die Ovarien sind vorhanden, das rechte cystisch, das linke normal. Beide Tuben waren miteinander verbunden. Die Patientin hatte seit ihrem 13. Lebensjahr jeden Monat eine 3- bis

4tägige Lungenblutung und häufig starke Leibscherzen im Unterleib. Die äußeren Genitalien waren normal. Sonstige Fehlbildungen fanden sich nicht. *Derichsweiler*.

Fagioli, Mario: Contributo allo studio delle malconformazioni dell'apparato genitale femminile. (Beitrag zum Studium der Mißbildungen der weiblichen Geschlechtswerkzeuge.) (*Regia Scuola di Ostetr. e Maternità, Novara.*) Boll. Poliambul. Ronzoni 7, 457—494 (1933).

Bei einer 25jährigen Frau war der vaginale Blindsack 4 cm lang; ganz blind war die Vagina nicht, denn die Frau menstruierte aus einer kleinen Öffnung; diese war jedoch für eine Sonde nicht zugänglich, und es konnte auch von der Vagina aus kein Lipiodol in einen Uterus eingebracht werden. Die Diagnose heißt „Angeborene Atresie der Vagina. Fehlen des Uterus?“ Es wird angenommen, in dem Blindsack sei funktionierendes endometrioides Gewebe eingeschlossen, weil man eine Art Schleimhaut sah (vermutlich Granulationen. Ref.). Man fand bei digitaler Untersuchung einen taubenei-großen rundlichen Körper etwas links über der Vagina, ein Ovar? — Bei 18jährigem, nie menstruiertem Mädchen fehlte völlig die Vagina und rechts das Uterushorn, Tube, Ovar. Links ein rudimentäres Horn, teils utretisch, Ovar in bindegewebiger Degeneration, arm an Follikeln, ein akzessorisches Ovar, rudimentäre Tube. — Es wird versucht, die Mißbildungen mit gestörter Entwicklung in den betreffenden Abschnitten in Zusammenhang zu bringen. — Die Möglichkeit chirurgischer Eingriffe wird erwo-gen.

R. Meyer (Berlin).

Dijk, Th. A. B. van: Ausgetragene Schwangerschaft bei einer Frau mit Sinus urogenitalis persistens. Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1934, 1540—1546 u. dtsch. Zusammenfassung 1546 [Holländisch].

Bei einer 34jähr. Frau, I-Para, fand die Hebamme bei der Voruntersuchung im 8. Monat, daß die Scheide fehlte. Doch hatte die Frau seit dem 17. Jahre regelmäßig menstruiert und war gleich nach der Heirat schwanger geworden. Verf. stellte die Diagnose auf einen Sinus urogenitalis persistens und entschloß sich zum konservativen Kaiserschnitt. 6 Wochen später ein ausgetragenes, lebendes Kind. Gebärmutter und Adnexa normal. Vom 3. Tag an Lochiaausfluß. In der 3. Woche einige Tage Lochia-stauung mit Fieber, dann glatte Heilung. Ähnliche Fälle mit ausgetragener Schwanger-schaft sind nur beschrieben von Braun (1875) und Boerma (1912). Boerma machte einen vertikalen Schnitt zwischen Rectum und Sinus, drang bis in die Eihäute vor, dilatierte und extrahierte mit der Zange ein lebendes Kind. In einem 3. Fall von von Meer gab es eine Fehlgeburt im 4. bis 5. Monat. *de Snoo* (Utrecht).

King, Alice: Sexual precocity in a girl aged 3 years. (Sexuelle Frühreife bei einem 3jährigen Mädchen.) (*Sect. f. the study of dis. in childr., London, 24. XI. 1933.*) Proc. roy. Soc. Med. 27, 414—415 (1934).

Körperlich übernormal entwickeltes 3jähriges Mädchen, auch geistig weiter fortgeschrit-ten als dem Alter entsprach, mit reichlichen, seit Anfang des 2. Lebensjahres hervorgetretenen Schamhaaren, entwickelten Mammae, zeigte sonst nichts Auffallendes. Die Schädeldurch-leuchtung ergab nichts Krankhaftes. *H. Pfister* (Bad Sulza).

Froelich: Menstruation précoce et grossesse prématurée. (Frühzeitige Menstruation und Schwangerschaft.) Bull. Soc. Obstétr. Paris 23, 268—269 (1934).

Erwähnung einer beobachteten Scheidenblutung bei einem 6 Tage alten Kinde und einer Schwangerschaft bei einem 11 Jahre und bei einem 10 Jahre alten Mädchen. *v. Neureiter*

Sebastiani, Francesco: Sulle cause della sterilità. Disaffinità costituzionale tra i genitori. (Ursachen der Sterilität. Konstitutionelles Mißverhältnis der Eltern.) (*Osp., Arezzo.*) Scritti biol. 8, 211—214 (1933).

Beobachtung an Kühen, die von bestimmten (zeugungsfähigen) Stieren lange Zeit ohne erkennbaren Grund nicht befruchtet wurden, mit anderen Stieren dagegen alsbald fast alle konzipierten. Verf. vermutet biochemische Verschiedenheiten. Keine Einzelheiten. 20 nur zur Zeugung bestimmte, von jeder Arbeit befreite Kühe wurden ohne örtliche Erkrankung allmählich fast sämtlich steril; nachdem sie planmäßiger Arbeit unterworfen worden waren, fiel die Sterilität von 60 auf 2%. *P. Fraenckel* (Berlin).

Remmelts, R.: Die periodische Unfruchtbarkeit der Frau. *Geneesk. Tijdschr. Nederl.-Indië* 74, 412—415 (1934) [Holländisch].

Durch eine Umfrage bei Ärzten in Holland und in Nederl.-Indien hat der Autor die Knaus-Ogino-Methode und ihre vermeintlichen Mißerfolge nachprüfen können; diese sind offenbar Ausnahmen. *Hammer* (Amsterdam).

Ostrčil, A.: Gibt es eine physiologische intermenstruelle Unfruchtbarkeit? (*II. podn.-gynaekol. klin., univ., Praha.*) *Čas. lék. česk.* 1934, 113—117 u. 145—149 [Tschechisch].

Die kritische kompilatorische Abhandlung des Themas gliedert sich in 3 Abschnitte: Ovulationstermin, Lebensdauer der Eizelle, Lebensdauer der Spermien. Hinsichtlich des ersteren neigt der Autor dazu, die Lehre Ogino's von der konstanten Lebensdauer des Corpus luteum menstruationis anzuerkennen, mißt ihr aber angesichts der Obata-schen Angaben, daß der Cyclus bei 56% der Frauen um mehr als 11 Tage schwankt, nur geringen Wert bei. Die kurze Befruchtungsfähigkeit des menschlichen Eies erscheint ihm mangels anderer als Analogieschlüsse vom Säugetier und auf Grund des Dyroff-schen Befundes eines schätzungsweise 10 Monate alten Eies in der Tube nach Sectio caesarea und Uterusexstirpation weder bewiesen noch widerlegt. Die Befruchtungsfähigkeit der menschlichen Spermien setzt der Autor auf Grund der Befunde Nürn-bergers und mangels der Schlüssigkeit der am Kaninchen erhobenen Befunde Ham-monds und Asdells sowie der von Knaus für den Menschen auf wenigstens 3—4 Tage an. Dafür scheinen ihm, wie Nürnberger, insbesondere die sog. prämenstruellen Kon-zeptionen in Fällen, in denen die Schwangerschaftsdauer nicht zur Annahme einer prämenstruellen Imprägnation zwingt, zu sprechen. Der Autor polemisiert gegen die Anhänger der Ogino-Knausschen Lehre, daß sie die Anerkennung ihrer anamnesti-schen Angaben verlangten, daß sie solche bei anderen Autoren, sofern sie gegen ihre Lehre ins Treffen geführt werden, aber einfach damit abtun, daß die Richtigkeit der Menstruationsangaben bezweifelt wird, so auch in 3 eigenen Fällen Rečkas (werden nicht genau mitgeteilt). Der Verf. tritt für die Möglichkeit einer violenten Ovulation beim Menschen ein und faßt sein Urteil über die Verwendbarkeit der physiologischen intermenstruellen Unfruchtbarkeit zur Schwangerschaftsverhütung schließlich in dem Rat zusammen: größte Vorsicht in den 14 Tagen vor der Menstruation und noch größere 14 Tage nach ihr. *Friedl* (Prag).

Hynie, Josef: Objektive Meßmethode der männlichen Potenz. (*Dermatovenerol. klin., univ., Praha.*) *Čas. lék. česk.* 1934, 34—39, 70—73, 96—98, 127—131, 153 bis 155 u. 185—188 u. franz. Zusammenfassung 186—187 [Tschechisch].

Die vom Verf. ausgearbeitete Methode zur Messung der männlichen Potenz besteht darin, daß ein Band an der Glans penis, ein zweites an der Vorderfläche des Scrotums an der Stelle der ausgesprochensten Bewegung befestigt und mit Hilfe beweglicher Rollen die registrierenden Hebel in waagrechte Lage gebracht und einer Trommel genähert werden. Zwischen den beiden registrierenden Federn wird die Feder des Zeitsignals angebracht. Erst wird das Kymographion und die Registriervorrichtung in Tätigkeit gesetzt, nach Ruhigstellung des Patienten wird die Verbindung mit dem Kymographion hergestellt.

Die normale Kurve hat ein ganz charakteristisches Aussehen. In der Ableitung vom Penis kommt ein plötzlicher Aufstieg der Kurve und ihr allmählicher Abstieg zur Grundlinie zustande. Die Normalkurve der Tunica dartos weist nur kleine Erhebungen auf. Für beide ist die regelmäßige Periodik der Kurve charakteristisch. Abweichungen von der Norm finden ihren Ausdruck im Fehlen der Kurve, in der Erhöhung der Grundlinie, in der Erhöhung der Kurve und im veränderten Rhythmus. Wellenlose Kurven zeigen an, daß z. Z. der Untersuchung die Sexualorgane nicht in Bereitschaft stehen. Die Erhöhung der Grundlinie bedeutet eine Tonuserhöhung und findet sich, wie an einzelnen Beispielen gezeigt wird, bei Ejaculatio praecox und gehäuften Pollutionen. Die Erhöhung der Wellen wird zurückgeführt auf die Bremsung einer starken sexuellen Aktivität durch exogene Einflüsse. Der gesteigerte Rhythmus wird als Ausdruck eines gesteigerten Stoffwechsels, der unregelmäßige als Zeichen eines labilen

Nervensystems angesehen. An einer Reihe von Beispielen werden diese Deutungen dargelegt. Äußere und innere Faktoren können die Potenz und somit auch die Kurven verändern, so die Anhäufung von Sekreten, sexuelle Erschöpfung, Depressionen, Erregungszustände, unangenehme Gefühle, Medikamente. Die Untersuchungen über den Einfluß der letzteren auf die Kurve sind noch nicht abgeschlossen. Die graphische Darstellung bietet zusammen mit der klinischen Untersuchung vielleicht die Möglichkeit, von der rein symptomatologischen Betrachtungsweise, die nach Ansicht des Verf. bisher vorherrschte, zu einer nosologischen Einteilung der Potenzstörungen zu gelangen.

R. Klein (Prag).

Andueza, Juan: Macht Unfruchtbarkeit die Ehe ungültig? (*Escuela de Derecho, Valparaíso.*) Rev. Criminologia etc. 20, 616—620 (1933) [Spanisch].

Der Spruch des obersten Gerichtshofes in Chile erklärte die Ehe einer Frau für nichtig, da sie bei Eingehung der Ehe infolge einer inneren Krankheit an einer dauernden und unheilbaren Empfängnisunfähigkeit, also Sterilität, gelitten hatte. Dieses Urteil hält Verf. für verfehlt. Die Sterilität kann keinen Grund für die Nichtigkeitserklärung einer Ehe abgeben, da sie zwar die *Facultas generandi*, nicht aber die *Facultas coeundi* aufhebt. Jene ist oft nur vorübergehend aufgehoben.

Ganter (Wormditt i. Ostpr.).

Brault, P.: À propos de la vitalité des spermatozoïdes. (Lebensdauer der Samen-fäden.) Bull. Soc. Obstétr. Paris 23, 35—36 (1934).

Bekanntlich wird angenommen, daß die Spermatozoen noch ziemlich lange in den weiblichen Geschlechtsorganen lebensfähig bleiben und noch nach einer Anzahl von Tagen ein Ei befruchten können. Diese klassische Meinung wird neuerdings durch die Mitteilung eines Spaniers Macias de Torres in Frage gestellt, der behauptet, daß solche lange Überlebenszeit der Spermatozoen noch von niemandem beobachtet sei, und annimmt, daß die Lebensfähigkeit der Spermien höchstens 3 Tage dauert. Verf. erinnert sich einer Beobachtung, die er im Jahre 1912 zu machen Gelegenheit hatte. Ihm wird als Internisten, dessen Vorliebe für mikroskopische Arbeiten bekannt war, von chirurgischer Seite eine Spermatocele gebracht, die er steril entleerte und im Reagensglas bei 37° aufbewahrte. Noch 12 Tage waren sie lebhaft beweglich, erst danach ließ ihre Beweglichkeit nach. Nach dem 15. Tag hat er sie nicht mehr kontrolliert. Sie befanden sich allerdings in einer physiologischen Flüssigkeit, in der Cystenflüssigkeit. Er meint aber, daß das Epithel des Uterus und der Tuben ihrer Vitalität mindestens ebenso zuträglich war als die Glaswand des Reagensglases. Er meint, wenn man solche Behauptungen aufstellt, wie Macias de Torres, dann könne man auch verlangen, daß sie in exakter Weise experimentell bewiesen würden. Verf. glaubt, daß es nicht nur für Eheleute, sondern auch für die Wissenschaft von Interesse ist, daß ein langes Überleben der Spermien in den weiblichen Geschlechtsteilen, wenn auch selten, so doch möglich ist. Manche abnorm lange Schwangerschaften ließen sich so durch einen langen Zwischenraum zwischen Beischlaf und Befruchtung erklären. (Macias de Torres, vgl. diese Z. 23, 42.)

Ziemke (Kiel).

Takagi, Shigeru, und Yoshio Ito: Über die spontane foudroyante Penis-Gangrän. (*Urol. Klin., Univ. Fukuoka.*) Hifu-to-Hitsunyo 2, H. 2, 135—149 u. dtsch. Zusammenfassung 5—7 (1934) [Japanisch].

Die Verff. berichten über einen Fall von spontaner foudroyanter Penisgangrän, der nach Abstoßung der Peniswurzel zur Heilung gelangte. Die Behandlung bestand in Bluttransfusion, Röntgenbestrahlungen und Umschlägen mit Kameleon-Lösung. Genaue Mitteilung über den Nachweis und die Züchtung des *Bac. scroto-gangraeni* ist angefügt. Kolb.

Becele, L. F.: The legal aspects of venereal disease. (Die rechtliche Seite der Geschlechtskrankheiten.) Med.-leg. a. criminol. Rev. 2, 105—128 (1934).

In seinem Vortrag erörtert der Autor, ein Anwalt, zunächst die Schwierigkeiten, die sich aus dem Mangel von Strafbestimmungen für den Verkehr geschlechtskranker Personen mit Gesunden in England ergeben. Eine 34 Jahre alte Haushälterin eines Witwers, die dessen 12jährigen Sohn 3mal zum Geschlechtsverkehr zwang, ihn mit Gonorrhöe infizierte und ihn bedrohte, wenn er etwas sagen würde, wurde zu 20 Monaten Gefängnis verurteilt, wobei es aber ganz belanglos war, daß die Frau den Jungen mit

Tripper angesteckt hatte. Betreffs der ärztlichen Schweigepflicht bei drohender Infektionsgefahr hält der Votr. in solchen Fällen eine Benachrichtigung des zuständigen Medizinalbeamten auf jeden Fall für geboten. In vorsichtiger Form sollte auch der Arbeitsgeber — etwa bei Dienstboten oder in Gastwirtschaften — benachrichtigt werden. Eine derartige Information wird geradezu zur Pflicht, wenn der betreffende Kranke sich der ärztlichen Behandlung entzieht oder gar, trotz des ärztlichen Verbotes, mit gesunden Partnern Geschlechtsverkehr ausübt und sie ansteckt. Vor Gericht dürfe der Arzt keinesfalls schweigen. Wenn erst einmal die Vernehmung des Arztes angeordnet worden sei, dann habe er wie jeder andere Bürger auch die Pflicht, die notwendigen Bekundungen zu machen.

In der Aussprache wird auf die angeschnittenen Fragen eingegangen, auf die große forensische Bedeutung der extragenitalen Infektionen hingewiesen und im allgemeinen der Standpunkt des Votr. gebilligt.

K. Landé (Berlin).

Schwisow, W.: Lues congenita und Gebiß. (*Zahnärztl. Ambulat., Staatskrankenanst., Hamburg-Friedrichsberg.*) Dermat. Wschr. 1934 I, 101—109.

Verf. betont die Wichtigkeit der Erkennung der kongenitalen Lues und sieht in den Hutchinson-Zähnen ein wichtiges Merkmal. Allerdings sind Hutchinsons Beschreibungen etwas in Vergessenheit geraten oder von Fournier u. a. zu ihrer Zeit angesehenen Forschern so erweitert worden, indem sie alle möglichen Veränderungen, die am Gebiß immerhin sehr variabel sind, für kongenital-luisch hielten, daß der wahre Wert des Hutchinson-Zahnes illusorisch wurde. Was Fournier u. a. für kongenital-luisch hielten, waren die heute unter dem Namen Schmelzhyoplasien zusammengefaßten Defekte, die für eine überstandene Rachitis charakteristisch sind, die aber nichts mit Hutchinsons Beschreibungen zu tun hatten. Von deutschen Ärzten, die sich an dem Streit für und wider die Hutchinson-Zähne beteiligten, seien die Kinderärzte Henoch, Baginsky, Finkelstein, Heubner genannt. Sie lehnen den diagnostischen Wert der Hutchinson-Zähne ab. In den letzten Jahren traten Pflüger und Nonne, die sich eingehend mit diesem Thema beschäftigten, voll für den diagnostischen Wert der Hutchinson-Zähne ein. Pflüger konnte den diagnostischen Wert der syphilitischen Zahnveränderungen auch noch auf den ersten bleibenden Molaren (den 6. Jahrmolaren) erweitern. Die halbmondförmige Einkerbung ist nur dann echt, wenn sie von Schmelz überzogen ist. Und übrigens ist das beweisende Symptom in erster Linie immer die Unterentwicklung des Zahnes im Sinne einer Schraubenzieher- oder Tonnenform. Am häufigsten sind die mittleren oberen Schneidezähne betroffen und zwar oft symmetrisch beide. Das Milchgebiß ist niemals Träger von Hutchinson-Zähnen.

Wilhelm Kiendl (Augsburg).

Gantes, R.: Über die Diagnose der Lues beim Neugeborenen. Bol. an. Clin. obstétr. Univ. Chile 18/19, 166—185 u. dtsch. Zusammenfassung 186 (1933) [Spanisch].

In der Aufzählung der bekannten Symptome wird eine häufigere Anwendung der Röntgenphotographie zur Feststellung der Osteochondritis verlangt. Es werden 12 Fälle aus eigener Beobachtung angeführt.

Rieper (Berlin).

Meyer-Buley, Hans: Beitrag zur Frage des Versagens der Serodiagnostik bei frischer Syphilis. (*Univ.-Klin. f. Hautkrankh., Bonn.*) Dermat. Z. 69, 33—36 (1934).

Bei einem Primäraffekt mit positivem Spirochätenbefund in den Leistenrösen waren 3 und 6 Wochen nach seinem Auftreten (Patient hatte sich nach der Untersuchung der Behandlung entzogen) WaR., M.K.R. und K.R. negativ, ebenso die Liquorreaktionen. Nach der 1. Injektion: WaR. negativ, M.K.R. schwach positiv, K.R. schwach—mittelstark positiv; nach der 2. alle Reaktionen positiv, nach der 3. alles schwach positiv, nach der 4. Injektion waren alle Reaktionen negativ und blieben es. Verf. glaubt in solchen Fällen einen Beweis für die Änderung des Charakters der Lues sehen zu dürfen.

R. Müller (Wien).

Nicoletti, V.: Sulla nuova tecnica della sierodiagnosi della sifilide secondo Sciarra. Nota critica. (Zur neuen Technik der Serodiagnose der Syphilis nach Sciarra. Eine kritische Bemerkung.) (*Istit. di Clin. Dermosifilopat., Univ., Pisa.*) Diagnostica e Tecnica Labor. 5, 1—7 (1934).

Die einzelnen Phasen der neuen Technik werden kritisch beleuchtet und verschiedene

Mängel und Ungenauigkeiten festgestellt. Die klinische Brauchbarkeit wurde an 126 Seren unter Kontrolle der WaR., MBR. II, MKR. II untersucht. Die neue Technik ist zu wenig empfindlich. Unter 27 Seren von Lues I, II florid und II latent war nicht ein einziges stark positiv. Dagegen waren unter den 63 Kontrollfällen nur 35 einwandfrei negativ, 18 zweifelhaft und 10 schwach positiv. Die WaR. war in allen diesen 63 Fällen glatt negativ, mit der MBR. II waren 2 und bei der MKR. II nur 1 Fall zweifelhaft. Mithin kann die neue Technik nach Sciarra nicht empfohlen werden.

H. Hecht (Prag).

Valentová, O., und J. Obrtel: Luotest und Meinicke-Reaktionen in der Diagnose der kongenitalen, besonders latenten Lues. (Dermatol. Univ.-Klin., Prag.) Acta dermatovener. (Stockh.) 15, 154—161 (1934).

Die schärfsten Ergebnisse der serologischen Reaktionen bei Kindern mit angeborener Syphilis liefert die Meinicke-Klärungsreaktion II; nur wenig steht ihr die Wassermannsche Reaktion bei Verwendung des Kolmerschen Antigens und der Kältemethode nach. Die intradermale Reaktion mit Luotest ermöglicht eine weitergehende Klärung der Diagnose insbesondere in Verbindung mit den feinen Seroreaktionen.

Mayser (Stuttgart).

Weyrauch, Fr.: Über die Meinicke-Klärungs-Reaktion II im Liquor. (Hyg. Inst., Univ. Halle-Wittenberg.) Med. Klin. 1934 I, 804—805.

Verf. hat sich genau an die von Meinicke und Holthaus zuletzt beschriebene Methodik gehalten. — Nach Erfahrungen an 250 Liquores ist die MKR. II im Liquor der WaR. an Schärfe überlegen. Sie bewährt sich besonders bei Feststellung beginnender Paralyse und Tabes.

Rehm (Bremen).°°

● **Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Hrsg. v. J. Jadassohn. Bd. 20, Tl. 1. Gonorrhöe. Berlin: Julius Springer 1934. VIII, 920 S. u. 98 Abb. RM. 168.—.**

Jadassohn, J.: Allgemeine Ätiologie, Pathologie und bakteriologische Diagnose der Gonorrhöe. S. 1—162 u. 8 Abb.

Verf. zeigt einleitend vor allem den Schaden, den der Tripper setzt, so den Verlust der Fortpflanzungsmöglichkeit und die noch viel zu oft vorkommende Blindheit; die so ungeheure Verbreitung wird hervorgehoben und damit verbunden die Schädigung des Nationalvermögens. Er beschreibt das mikroskopische Aussehen der Gonokokken, bringt die einzelnen Färbemethoden, die Züchtung der Gonokokken und schließlich die Degeneration und die Atypien. Es folgen 2 Kapitel: „Biologisches“ und „Gonotoxin“. Schließlich kommt Jadassohn zu der allgemeinen Pathologie und Histologie der Gonorrhöe. Er zeigt hier die Veränderungen des Gewebes insbesondere den relativ frühen Untergang der elastischen Fasern. Besonders erwähnenswert ist die Abhandlung über die Infektionswege und Arten. Hier macht er Trennungen zwischen unmittelbaren und mittelbaren Infektionen. Die Genitalinfektion bei sexuellem Verkehr gehört somit zu den unmittelbaren Infektionen. Weitere Abhandlungen über Inkubationszeit, über die für Gonokokken empfänglichen Organe, über die Blutbefunde bei Gonorrhöe folgen. Es wird ferner auf das verschiedene Verhalten der Gonorrhöe bei den einzelnen Individuen und unter verschiedenen Umständen aufmerksam gemacht. Auch spielen die Differenzen in der Virulenz der Kokken eine Rolle. Verf. zeigt, wie man den chronischen Verlauf erkennt und bespricht die Lebensdauer der Gonorrhöe. Die Methoden, um eine Heilung festzustellen, werden aufgezeigt. Die Komplikationen bestehen in Metastasen und toxischen Prozessen also z. B. in Arthritiden. Ein Kapitel beschäftigt sich mit den paragonorrhöischen Erkrankungen, mit den sog. Misch- und Sekundärinfektionen. Die postgonorrhöischen Erscheinungen finden wir besonders am Urogenitalapparat. Auch die Pseudogonokokken und die Pseudogonorrhöe werden gebührend gewürdigt.

Foerster (Münster i. W.).

● **Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Hrsg. v. J. Jadassohn. Bd. 20, Tl. 1. Gonorrhöe. Berlin: Julius Springer 1934. VIII, 920 S. u. 98 Abb. RM. 168.—.**

Bruck, C.: Immunität bei Gonorrhöe. S. 163—171.

Bruck unterscheidet zwischen der natürlichen, angeborenen und zwischen der erworbenen Immunität. Es können stumme Gonorrhöeinfektionen ohne primäre Urethritis vorkommen. Das Überstehen einer Gonorrhöe schützt niemals vor einer neuen Infektion. Es ist auch eine solche trotz noch bestehender Gonorrhöe möglich, also eine Superinfektion. Die Immunitätsvorgänge bei chronischer Gonorrhöe sind noch völlig unklar.

Foerster (Münster i. W.).

● **Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Hrsg. v. J. Jadassohn. Bd. 20, Tl. 1. Gonorrhöe. Berlin: Julius Springer 1934. VIII, 920 S. u. 98 Abb. RM. 168.—.

Franz, R.: Gonorrhöe der Frau. S. 555—698 u. 46 Abb.

Aus dieser umfangreichen Arbeit über die Gonorrhöe der Frau, die in Form und Inhalt den Anforderungen eines großen Handbuchs angepaßt und mit zahlreichen, höchst lehrreichen Abbildungen versehen ist, kann hier hauptsächlich bloß eine Inhaltsangabe erfolgen. Nach einer geschichtlichen Einleitung bespricht Verf. die Übertragung der Gonorrhöe, Inkubation und Latenz, Mischinfektion, Einfluß der Konstitution auf Ausbreitung und Verlauf, Häufigkeit, um sich in erschöpfender Weise sodann der Klinik der gonorrhöischen Erkrankungen der äußeren Geschlechtsstelle einschließlich der spitzen Kondylome, des Vorhofs, der Harnröhre, der Scheide, der Gebärmutter, der Adnexe, des Bauchfells und des Beckenzellgewebes zuzuwenden. — Für den gerichtsärztlichen Sachverständigen haben die Kapitel über den Einfluß der Gonorrhöe auf die Fortpflanzungstätigkeit Bedeutung, und zwar über die Ursachen der Sterilität, über den Verlauf der Gonorrhöe in der Schwangerschaft, über den Einfluß der Gonorrhöe auf die Geburt, über den Verlauf der Gonorrhöe im Wochenbett, über die Erkennung der Gonorrhöe sowie über die Feststellung der Heilung. Wenn schon, sagt Verf., die Erkennung der Tripperansteckung vielfach auf Schwierigkeiten stößt, so ist die endgültige Erklärung, daß eine Frau als sicher geheilt anzusehen sei, noch schwieriger. Zu diesem Zwecke müssen oft wiederholte mikroskopische Abstrichuntersuchungen, Kulturverfahren und Komplementbindungsprobe herangezogen werden. Die bakterioskopische Untersuchung kann nie vollkommene Sicherheit geben. Erst wenn nach Aussetzen der Behandlung und nach künstlicher und physiologischer Provokation bei wiederholter Untersuchung in den Sekretabstrichen und Schleimhautabschabungen keine Gonokokken mehr gefunden werden, darf man mit größter Wahrscheinlichkeit die Heilung der Tripperansteckung aussprechen. Vom Züchtungsverfahren wird nur selten Gebrauch gemacht. Die Komplementbindungsprobe spielt bei der Frage nach der möglichen Ansteckung keine bedeutende Rolle. Ihr positiver Ausfall bei gonokokkennegativem Abstrich gibt jedoch Veranlassung, weiter nach Gonokokken in den Sekreten zu fahnden. Vor einer besonderen Verantwortung steht der Arzt, sobald die von ihm geheilte Frau mit einem gesunden neuen Partner eine Ehe eingehen will. Hier ist besondere Vorsicht und Gewissenhaftigkeit am Platze.

Dittrich (Prag).

● **Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Hrsg. v. J. Jadassohn. Bd. 20, Tl. 1. Gonorrhöe. Berlin: Julius Springer 1934. VIII, 920 S. u. 98 Abb. RM. 168.—.

Peiser, Bruno: Gonorrhöe des Rectums. S. 820—860.

Die Gonorrhöe des Rectums kommt bei den Männern selten vor, während bei Frauen und besonders bei kleinen Mädchen das Leiden sehr häufig ist. Die Ursache liegt wohl darin, daß der anormale Geschlechtsverkehr vom Manne mit einer Frau ausgeführt wird und zwar häufiger als zwischen Männern. Das Vorkommen dieser Erkrankung bei Frauen wird heute vielfach unterschätzt. Einzelne Untersucher konnten feststellen, daß bei den Frauen, die erkrankt waren, in jedem 3. Fall eine gonorrhöische Erkrankung vorlag. Allerdings sind sehr große Unterschiede bei den statistischen Werten festzustellen. Verf. bringt die Untersuchungstechnik und das Krankheitsbild. Meist geht die Rectalgonorrhöe ohne subjektive Beschwerden einher. Komplikationen treten dann auf, wenn das perirectale Gewebe in Mitleidenschaft gezogen wird. Pathologische Anatomie, Diagnose, Prognose und Behandlung beschließen die Abhandlung.

Foerster (Münster i. W.).

● **Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Hrsg. v. J. Jadassohn. Bd. 20, Tl. 1. Gonorrhöe. Berlin: Julius Springer 1934. VIII, 920 S. u. 98 Abb. RM. 168.—.

Sprinz, Oskar: Gonorrhöe des Mundes, der Nase und des Ohres. S. 780—819.

Bei der Gonorrhöe der Luftwege spielt die Stomatitis gonorrhöica eine Rolle. Außerdem haben wir gonorrhöische Allgemeinerkrankungen mit Enanthenen der Mundschleimhaut bei Erwachsenen. Die Stomatitis gonorrhöica bei Säuglingen spielt besonders deshalb eine Rolle, weil die Schleimhaut bei den Kindern für das Haften der Kokken sehr viel geeigneter ist. Die Ätiologie liegt bei den Erwachsenen insbesondere in dem perversen Geschlechtsverkehr. Bei dem Säugling spielt vor allem die Autoinokulation eine Rolle. Auf die Symptome, auf die Diagnose, Prognose und Behandlung wird eingegangen. Es folgt ein anderes Kapitel über die Rhinitisgonorrhöica. Hier haben wir exakte Beobachtungen nur im Säuglingsalter. Die Nasen-gonorrhöe beim Erwachsenen tritt nicht in die Erscheinung. Vielleicht verläuft sie unbeobachtet. Die Otitis media gonorrhöica kommt selten vor. Die Beobachtungen sind in der Literatur niedergelegt, betreffen vereinzelt Erwachsene, überwiegend jedoch Säuglinge.

Foerster (Münster i. W.).

Gysberti Hodenpyl, J.: Gonorrhoeische Geschwüre am Halse. (*Centr. Planters Hosp., Langsa.*) *Geneesk. Tijdschr. Nederl.-Indië* **74**, 616—618 (1934) [Holländisch].

Gonorrhoeische Infektion der Haut des Halses und der anschließenden Lymphdrüsen, während die Urethritis spontan gewesen war und auch im Prostatasekret keine Gonokokken gefunden wurden. Besserung nach Behandlung mit 2% Nitras argenti. *Struycken* (Breda).

● **Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Hrsg. v. **J. Jadassohn.** Bd. 20, Tl. 1. **Gonorrhöe.** Berlin: Julius Springer 1934. VIII, 920 S. u. 98 Abb. RM. 168.—

Bruck, C.: Hautreaktionen bei Gonorrhöe. S. 194—200.

Die Heranziehung der Hautreaktionen bei Gonorrhöe zur Diagnose- und Prognosestellung ist auf Grund des Standes der wissenschaftlichen Bearbeitung dieses Gebietes heute noch nicht möglich; eine Mitverwertung der Cutireaktion mit Compligon für die Diagnose kommt aber in Betracht. Eine Schwierigkeit macht die Tatsache, daß die Gonokokken oder ihre Stoffwechselprodukte auch auf der Haut gesunder Individuen entzündliche Reaktionen auslösen können.

Mayser (Stuttgart).

● **Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Hrsg. v. **J. Jadassohn.** Bd. 20, Tl. 1. **Gonorrhöe.** Berlin: Julius Springer 1934. VIII, 920 S. u. 98 Abb. RM. 168.—

Bruck, C.: Serodiagnose der Gonorrhöe. S. 172—193 u. 1 Abb.

Verf. bringt eine eingehende Abhandlung über die Serodiagnose. Hier spielt die Agglutination, Präzipitation, Komplementablenkung eine Rolle. Er bringt die Technik der Komplementbindungsreaktion, die Inaktivtechnik nach Alfred Cohn, die Inaktivtechnik mit Compligon, die Inaktivtechnik nach Martin Kristensen und die Aktivtechnik nach Bruck. Wesen, Spezifität, Vorkommen und Dauer der Komplementbindungsreaktion behandelt ein weiteres Kapitel. Schließlich folgt die praktische Verwertungsmöglichkeit für die Diagnose, für die Prognose und für die Beurteilung der Heilung. Die Serodignose der Gonorrhöe nach Meinicke und diejenige mit der Ballungsreaktion nach Rudolf Müller und schließlich andere Methoden bilden den Schluß der Abhandlung.

Foerster (Münster i. W.).

Säufferlin, Hans: Ein Beitrag zur Komplementbindungsreaktion bei der Gonorrhöe. (*Univ.-Hautklin., Jena.*) *Dtsch. med. Wschr.* **1934 I**, 285—287.

Verf. hat an der Jenaer Hautklinik das von Spiethoff angegebene Verfahren der quantitativen Auswertung der WaR. auch zum Ablesen der Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhöe angewandt. Als Antigen wurde Compligon benutzt. Die Auswertung wurde mit 0,3 und 0,5 ccm Serum und die zeitlich differenzierte Ablesung nach 20, 40 Minuten und nach 2 Stunden vorgenommen. Es wurden bisher 150 verschiedene Sera einschließlich der Kontrollfälle untersucht. Das Verfahren erwies sich an dem Material als der Originalmethode gegenüber empfindlicher. *Sauer* (Erfurt).^{oo}

Asch, Paul: L'importance des porteurs de gonocoques dégénérés dans la transmission de la blennorrhagie. (Die Bedeutung der Träger von degenerierten Gonokokken für die Übertragung des Trippers.) *Ann. Mal. vénér.* **29**, 279—283 (1934).

Die Gonokokken können ihre klassische Form verlieren und ganz atypisch werden. Personen, die klinisch anscheinend ganz gesund sind, können solche degenerierte Gonokokken beherbergen und dadurch den Tripper übertragen. Nach einer intramuskulären oder intravenösen Injektion von Gonokokkenvaccine kann man sehr oft die Degenerationsformen in typische Neissersche Gonokokken verwandeln. Ein sehr lehrreicher kasuistischer Fall, welcher diese Fakta illustriert, wird mitgeteilt; die früher publizierten Arbeiten über diesen Gegenstand werden eingehend zitiert. *Harald Boas.*

Erbbiologie und Eugenik.

Bluhm, Agnes: Der gegenwärtige Stand der experimentellen Keimgiftforschung. (*Kaiser Wilhelm-Inst. f. Biol., Berlin-Dahlem.*) *Internat. Z. Alkoholism.* **42**, 3—18 (1934).

Als Keimgifte, d. h. chemische Stoffe, die die Geschlechts- und Keimzellen schä-