

Verf.) hat diesen Standpunkt eingenommen; die Minderzahl nimmt eine mehr konservative Stellung ein.

Einar Sjövall (Lund, Schweden).

Manczarski, St.: Plötzlicher Tod während der Ausführung einer Fruchtabtreibung. *Medycyna* Nr 17, 571—578 (1934) [Polnisch].

Auf Grund von 10 einschlägigen Fällen, die im Warschauer ger.-med. Institut sezirt wurden, gelangt Manczarski zu nachstehenden Schlüssen: 1. in jedem Fall von plötzlichem Tod nach vermutlicher Fruchtabtreibung muß man mit der Möglichkeit einer Luftembolie rechnen, 2. die Sektion soll möglichst schnell nach dem Tod ausgeführt werden, 3. das Herz soll stets auf Luftinhalt geprüft werden, 4. die mikroskopische Untersuchung des Hirns und der Oblongata, 5. die chemische Untersuchung des Uterus und seines Inhaltes, endlich 6. die Erwägung der näheren Umstände des Falles dürfen niemals vernachlässigt werden. Shocktod in diesen Fällen bezeichnet M. als selten.

L. Wachholz (Kraków).

Picot, G.: Clôture de la discussion sur les perforations utérines au cours du curetage. (Schluß der Diskussion über die Uterusperforationen im Verlauf der Curettage.) *Bull. Soc. nat. Chir. Paris* 60, 907—912 (1934).

Die Zusammenfassung der Besprechung des oben genannten Themas ergab, daß, wenn auch einzelne Uterusperforationen bei konservativer Behandlung heilen, doch wegen der Gefahr, auch nachträglicher Infektion, besonders aber wenn die Perforation von anderer Seite, nicht durch den Operateur selbst gesetzt und die Gebärmutter nicht entleert ist, der operative Eingriff das Gegebene ist. Zum Schluß werden die Arten des zweckmäßigen Eingriffes bei Perforationen geschildert. Nichteingreifen bedeutet eine große Verantwortung für den Operateur.

G. Strassmann (Breslau).

Obiglio, Julio R.: Eine verbrecherische Verwendung der *Baccharis articulata* (Ginster). (*Cátedra de Med. Leg., Univ., Buenos Aires.*) *Archivos Med. leg.* 4, 155 bis 158 (1934) [Spanisch].

Eine im 3. Monat schwangere Frau suchte durch reichliches Trinken eines Ginsterabsuds und dann auch durch Spülungen den Abort herbeizuführen. Wegen starker Blutungen wurde die Frau ins Krankenhaus eingebracht. Sie zeigte an toxischen Symptomen: Erbrechen, Kopfschmerzen, Anämie, Ikterus, Leberschwellung, Pupillenträgheit. Durch Eingriff wurde der Fetus entfernt. Nach Verf. hat das Trinken des saponinhaltigen Ginsterabsuds nicht durch direkte Einwirkung auf den Uterus den Abort verursacht, sondern durch allgemeine Intoxikation den Tod der Frucht herbeigeführt.

Ganter (Wormditt i. Ostrp.).

Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

Boeminghaus, H., und U. Baldus: Zur Physiologie der Samenblasen und der Spermien. (*Chir. Univ.-Klin., Marburg/Lahn.*) *Z. Urol.* 28, 433—462 (1934).

Die Arbeit geht von der Voraussetzung aus, daß die Samenblasen des Menschen ein Aufbewahrungsorgan für Spermatozoen sind. Die Beweise hierfür werden aus der Literatur erbracht. Danach läßt sich die Tatsache wohl nicht bestreiten, daß in den Samenblasen des Menschen in vielen Fällen lebende Spermatozoen gefunden werden, und es wird diese Beobachtung bei der Durchführung des Sterilisierungsgesetzes zu beachten sein, da auch nach durchgeführter Unterbindung der Samenleiter mit einem befruchtungsfähigem Beischlaf gerechnet werden muß. Eine zeitweise Internierung nach dem Eingriff wird aber unnötig, wenn entsprechend der Entdeckung de Graafs eine Injektion eines spermienabtötenden Mittels in das periphere Ende des bei der Sterilisation durchtrennten Samenleiters erfolgt, da sich nach de Graaf bei Auffüllung des Ductus deferens vom Nebenhoden her zuerst die Samenblase füllt. Aus einer Reihe von spermienabtötenden Mitteln wird zur Injektion in das Vas deferens Rivanol in einer Konzentration von 1 : 1000, Choleval 25 : 100 oder Arg. nitr. 1 : 1000 empfohlen. (Nach den bisher vorliegenden biologischen Untersuchungen kommt die Samenblase nicht als ein Aufbewahrungsorgan der Spermatozoen für längere Zeit in Frage, wie es der Nebenhodenschweif darstellt. Daß die Samenblasen vorübergehend mit Spermatozoen vollgepumpt werden, um sofort mit dem Samenblaseninhalte bei der Ejaculation, nach Aufhebung der von de Graaf gefundenen Sperre, wieder entleert zu werden, ist höchst wahrscheinlich. Eine lange Lebensdauer haben in der Samenblase verbliebene Spermien jedenfalls nicht. Ref.)

Redenz (Danzig).

Thomas, Erwin: Die Keimdrüsen im Kindesalter. (*Städt. Kinderklin., Dwisburg.*)
Kinderärztl. Prax. 5, 159—171 (1934).

Kritischer Bericht über den gegenwärtigen Stand der Forschung. Die Entstehung der Geschlechtsunterschiede wird auf Enzyme zurückgeführt, die zunächst von allen Zellen des werdenden Organismus, später vorzugsweise von den Zellen der Keimdrüsen abgesondert werden. Die gelegentliche Entstehung von Zwitterbildung wird so erklärt, daß auch bei männlich angelegten Organismen einzelne Zellgruppen weibliches Enzym absondern, die Entstehung des Geschlechts soll nun abhängig von dem Überwiegen des männlichen oder weiblichen Enzyms sein. Der Zeitpunkt, an dem eines der Enzyme endgültig überwiegt, wird im einschlägigen Schrifttum als „Drehpunkt“ bezeichnet. Liegt der Drehpunkt früh, so sind Zwitterbildungen nicht zu erwarten, liegt er spät, so sind hypothetisch Zwitterbildungen häufiger. Über die anatomischen Veränderungen der inneren Organe, speziell der Drüsen innerer Sekretion zur Zeit der Pubertät, ist unser Wissen nach den Ausführungen des Verf. infolge Mangels an Leichenmaterial aus dieser Zeit recht spärlich. Es wird darauf hingewiesen, daß die Entstehung der Spermiogenese in hohem Grade von der Temperatur abhängig ist, die in der Umgebung der Hoden herrscht. Die günstige Temperatur liegt bei Tieren mit intra-abdominalen Hoden höher als bei Tieren mit intrascrotalen Hoden; es wird daher empfohlen, bei Kindern, bei denen ein Kryptorchismus besteht, noch vor Eintritt der Pubertät eine Verlegung der Hoden in das Scrotum zu versuchen. Die Arbeit schließt mit einem kurzen Überblick über die bei Tumoren der Keimdrüsen zu beobachtenden Veränderungen, die meist durch Hyperfunktion der Keimdrüsen bedingt sind. *B. Mueller* (Göttingen).

Austoni, Giovanni: Contributo isto-anatomico allo studio dell'intersexualità nell'uomo. (Histo-anatomischer Beitrag zur Frage der Intersexualität beim Menschen.) (*Istit. di Istol.-Embriol., Univ., Padova.*) Arch. ital. Anat. e di Embriol. 32, 449—490 (1934).

Der Autor beschreibt einen Fall von Intersexualität beim Menschen, der in die Gruppe der starken weiblichen homozygoten Intersexe (mit äußeren Genitalien und sekundären Geschlechtsmerkmalen von ausgesprochenem männlichen Typus) gehört: „Männlicher innerer Pseudohermaphroditismus“ nach der alten Bezeichnung. Die inneren Geschlechtsorgane bestehen in dem beschriebenen Falle rechts aus einem ektopischen und hypoplastischen Hoden, links aus einem atrophischen Hoden (ohne Samenbildung) ohne Verbindung mit dem mißgebildeten Nebenhoden und ohne Vas deferens, außerdem aus einem Uterus mit mangelnder Entwicklung des rechten Horns, auf der linken Seite aber mit einer voll entwickelten Tube versehen. *Max Clara.*

Read, J. Sturdivant: Sterility in the male. A clinical study. (Unfruchtbarkeit beim Mann.) *J. of Urol.* 31, 411—421 (1934).

Verf. berichtet über die Untersuchung von 1000 Männern aus unfruchtbaren Ehen. Er mahnt, sich nicht auf die Untersuchung des Samens zu beschränken. Diese nimmt er womöglich innerhalb von 2 Stunden nach der Entleerung vor, achtet nicht bloß auf Beweglichkeit, sondern auch auf die Zahl und Gestalt der Samenfäden. Das Bedenklichste sind Regelwidrigkeiten der Form, danach kommt die Dauer der Beweglichkeit. Weniger wichtig ist die Reichlichkeit. Von 54 Männern mit Oligospermie, bei deren Frauen keine Regelwidrigkeit nachweisbar war, bekamen, als Erfolg der Behandlung, im Laufe von 3 Jahren 18 (31%) Kinder. Die Gestalt der Samenfäden war regelrecht, ihre oft sehr verlangsamte Beweglichkeit besserte sich im Laufe der Behandlung. So bekamen von 4 Männern, bei welchen nur einige wenige Samenfäden in jedem Gesichtsfeld zu sehen waren, 3 Kinder. Der Tripper beeinträchtigt auch in Fällen ohne Verschuß die Zeugungsfähigkeit sehr stark, so daß Verf. auch an eine toxische Beeinträchtigung der Keimzellen denkt. Bei Oligospermie nach Tripper waren die Erfolge sehr dürftig. Bei 5 unter 9 Fällen von Azoospermie erschienen nach der Vasoepididymostomie Samenfäden im Samen. Einer von diesen 5 Männern bekam dann ein Kind. Bei manchen Fällen von Azoospermie, bei welchen die Vorgeschichte nichts von Nebenhodentzündung weiß und bei welchen auch nichts zu tasten ist, nimmt Verf. entzündlichen Verschuß des Samenleiters an. Wo die Ursache von Azoospermie nicht zu ermitteln ist, denkt er an schwere Krankheiten in früher Kindheit und an Mißbildungen. Bei Eingriffen fand er 3mal den Samenleiter ohne Lichtung, einmal die Nebenhodenkanälchen kümmerlich gebildet. Bei 362 von den 1000 Männern zeigte der Samen keine Regelwidrigkeit. Verf. meint, daß innige Zusammen-

arbeit des Urologen mit dem Frauenarzt in 30% der ungewollt unfruchtbaren Ehen Erfolg bringt. Winke für die Behandlung.

In der Aussprache erinnert Rolnick (Chicago) gegenüber dem von Read angenommenen toxischen Einfluß des Trippers auf die Keimzellenbildung an die Erfahrung, daß sich aus Vorsteherdrüse und Samenblasen oft massenhaft Eiter ausdrücken läßt und daß die Samenfäden doch lebhaft beweglich sind. Er stellt sich die Beeinträchtigung eher mittelbar durch Änderungen der Absonderung des Nebenhodens vor. — Wolbarst (New York City) kehrt sich dagegen, daß die Beweglichkeit der Samenfäden schon als Beweis für Zeugungsfähigkeit angesehen wird. Jüngere Forschungen scheinen zu zeigen, daß wenigstens 65% der Samenfäden regelrecht sein müssen. Der Samen soll unmittelbar nach der Entleerung untersucht, also nicht von anderswo mitgebracht werden. Wolbarst hält es als Regel, ihn in seinen Behandlungsräumen aus der Scheide zu entnehmen. Den Folgen des Trippers wird viel zu wenig Beachtung geschenkt. Wenn man ihn von allem Anfang zweckmäßig behandelte, und aufhörte, heftig reizende Mittel, wie zum Beispiel das übermangansaure Kali anzuwenden, ließen sich die Spätfolgen um 60—65% vermindern. *Meixner* (Innsbruck).

Vázquez Velasco, C.: Das vegetative Nervensystem bei der männlichen Impotenz. *Vorl. Mitt. (Inst. de Pat. Méd., Hosp. Gen., Madrid.) Archivos Neurobiol.* **13**, 1145—1149 (1933) [Spanisch].

Unter 400 Vegetativkranken fanden sich 19 Fälle mit Impotentia coeundi. Bei einigen von ihnen war die Impotenz das Hauptsymptom des klinischen Syndroms und der Grund, weshalb sie in die Klinik kamen. Unter den Fällen waren 2 mit Narkolepsie und 1 mit Diabetes insipidus, also mit diencephalischen Syndromen, und das ist es, was den Verf. an die Existenz eines Sexualzentrums sympathischer Natur im Diencephalon denken läßt, dessen Läsion oder Tonusverminderung Impotenz verursachen würde, manchmal für sich allein, manchmal in Verbindung mit einem akzessorischen psychischen Faktor. *Meggendorfer* (Erlangen).

Jacobi, Hans: Untersuchung und Behandlung der weiblichen Unfruchtbarkeit. (*Univ.-Frauenklin., Greifswald.*) *Med. Welt* **1934**, 1331—1333.

Verf. teilt die 4 wesentlichen Voraussetzungen mit, die die Bildung einer Schwangerschaft verlangt, und auf die wir bei unserer Untersuchung besonders fahnden müssen: 1. ein befruchtungsfähiges Spermia, 2. ein befruchtbares Ei, 3. eine ununterbrochene Passage vom Follikel des Ovars bis zur Scheide, 4. eine geeignete Fläche zur Einbettung des befruchteten Eies. ad 1: Man darf sich nicht allein mit der Beweglichkeit vorhandener Spermatozoen begnügen, sondern soll auch die prozentuale Häufigkeit normaler und kräftiger Spermatozoen berücksichtigen. Besonders Erfahrungen der Veterinärmedizin haben gezeigt, daß die Variationen der einzelnen Spermatozoen bei schlechten Zuchtieren gehäuft auftreten. ad 2: Unter Hinweis auf die anatomischen Studien von Schröder, der nachwies, daß im allgemeinen der 14.—16. Tag nach Beginn der Regel bei einem regelmäßigen Cyclus dem Follikelsprung oder der Ovulation entspricht, betont er folgendes: Für Kohabitationen mit dem Ziel einer Schwangerschaft ist die Zeit 3 Tage vor dem Ovulationstermin bis 8 Tage danach oder der 10.—21. Tag nach Regelbeginn zu empfehlen. Liegt ein unregelmäßiger Cyclus vor, so haben diese Daten keine Geltung. ad 3: Für den Eintritt des Spermia in den Cervicalkanal sind einmal die Lagebedingungen der Portio zum Scheidengewölbe wesentlich. Eine besonders ungünstige Komponente ist das fehlende oder zu flache Scheidengewölbe des hypoplastischen Genitale. Ferner spielt die Beschaffenheit der Schleimhautsekrete des Genitale für das ungestörte Aufwärtswandern der Spermatozoen eine große Rolle. Verf. empfiehlt bei Sterilität besonders auf die Beschaffenheit des Scheiden- und Cervixsekretes zu achten. Auch ein infolge früherer Zerreißen klaffender Cervicalkanal wird als nicht unwesentliche Ursache angesprochen. Von großer Bedeutung ist die Ausbildung beiderseitiger Adnextumoren als Ursache der Sterilität. Da man aber auch häufiger Frauen begegnet, die bei völlig negativem Tastbefund der Adnexe nur nach Anamnese oder gelegentlichen Beschwerden an eine alte Adnexerkrankung denken lassen, so sind gerade in diesen Fällen auch Erkrankungen oder Operationen benachbarter Organe zu beachten. Hier wird besonders eine frühere Appendektomie für evtl. spätere Veränderungen der Adnexe verantwortlich gemacht. Es wird eine

lange Kette praktisch wichtiger diagnostischer Hilfsmittel und therapeutischer Möglichkeiten angeben. ad 4: Erkrankungen der Uterusschleimhaut, wie eine alte Endometritis, Verlegung der Uterushöhle durch Myome oder ein hypoplastischer Uterus sind für Störungen bei der Einbettung des Eies verantwortlich zu machen. Zum Schluß wird betont, daß mit der Darstellung organgebundener Veränderungen nicht beachtet ist, die krankhaften Veränderungen des weiblichen Genitale ausschließlich für die Sterilität verantwortlich zu machen, bzw. von ihrer Behandlung allein den Erfolg zu erwarten. Verf. hebt hervor, daß gerade Störungen seelisch-nervöser Natur stets mehr oder weniger in das Gebiet der weiblichen Sterilität hineinspielen. Unter Hinweis, daß es in vielen Fällen nicht mehr möglich sein wird, die Sterilität zu beseitigen, wenn ein irreparabler Schaden die Tube zerstört hat, wird betont, daß es doch gelegentlich sehr einfach sein kann, durch kleine Maßnahmen eine Schwangerschaft zu ermöglichen. *F. A. Wahl (Köln).*

Pellegrini, Marcello: I tumori dell'apparato genitale femminile in rapporto alla sterilità. (Die Tumoren des weiblichen Genitalapparats in Beziehung zur Sterilität.) (*Div. Ostetr., Osp. Magg., Principessa di Piemonte⁶, Bergamo.*) *Ann. Ostetr.* **56**, 825 bis 862 (1934).

Ein genaues Literaturstudium und klinische Beobachtungen an 134 Fällen lassen den Verf. zum Schluß kommen, daß bei Vorhandensein von Tumoren der Eierstöcke bzw. des Uterus eine Empfängniserschwerung besteht. Speziell findet man bei malignen Erkrankungen der Ovarien ein im allgemeinen hypoplastisches Genitale, das an sich schon wenig zur Empfängnis disponiert ist. Daß Beziehungen zwischen Genitaltumoren mit der innersekretorischen Leistungsfähigkeit nicht nur der Keimdrüsen bestehen, ist ferner hinsichtlich der Sterilität bemerkenswert. *W. Rübsamen.*

Greil, Alfred: Der optimale Konzeptionstermin — eine eugenische Grundfrage und -forderung der Eheberatung. Biologische Kritik der Knausschen Lehre. *Zbl. Gynäk.* **1934**, 2002—2007.

Der Verf. setzt sich vom Standpunkt des Biologen mit der von Knaus aufgestellten Lehre über den optimalen Konzeptionstermin der Frau auseinander. In 15 kurz und apodiktisch abgefaßten Thesen begründet er seine Ablehnung dieser Theorie, welche seiner Ansicht nach biologisch keineswegs begründet und haltbar und daher grundsätzlich zu verwerfen ist. Er schließt mit dem Hinweis darauf, daß die biologischen Grundprobleme „der natürlichen Geburtenregelung“, „bewußten Zeugung“ und „Konzeptionsverhütung durch temporäre Enthaltbarkeit“ nur durch umfassenden Vergleich eine vereinheitlichende widerspruchs- und einwandsfreie Theorienbildung durch exakt-naturwissenschaftliche, entwicklungsphysiologische Begründung gelöst werden kann. *F. Siebert (Freiburg i. Br.).*

Lang, Theo: Zum Problem der Brunstzeit beim Menschen. (*Kaiser Wilhelm-Inst. f. Genealogie u. Demogr., Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie, München.*) *Z. Konstit.lehre* **18**, 311—316 (1934).

Verf. behandelt die Frage des Bestehens einer rudimentären Brunstzeit bei Kriminellen an umfangreichem Material, und kommt zu folgenden Schlüssen: Verbrecher werden mehr im ersten Halbjahr geboren als im zweiten. Dieses Verhältnis ist besonders ausgeprägt bei den Sittlichkeitsverbrechern, etwas weniger bei den Tötlichkeitsverbrechern und noch weniger bei den Eigentumsverbrechern. Es ergeben sich Anhaltspunkte dafür, daß die Sittlichkeitsverbrecher und auch noch die Tötlichkeitsverbrecher primitiveren biologischen Gruppen angehören, bei denen sich in der Familie viel deutlicher eine Brunstzeit erkennen läßt als bei der Gesamtbevölkerung. Verf. betont, daß diese Verhältnisse überprüft werden müssen. Immerhin erscheint ihm das Bestehen einer rudimentären Brunstzeit bei tieferstehenden Bevölkerungsgruppen wahrscheinlich. *Dittrich (Prag).*

Naujoks, H.: Über echte Zwitterbildung beim Menschen und ihre therapeutische Beeinflussung. (*Univ.-Frauenklin., Marburg a. d. L.*) *Z. Geburtsh.* **109**, 135—161 (1934).

Verf. führt zunächst kurz einige Fälle von irrtümlicher Geschlechtsbestimmung aus der neueren Literatur an und beschreibt dann ausführlich einen Fall eigener Beobachtung von echter Zwitterbildung beim Menschen.

Es handelte sich um ein 18jähriges „Mädchen“, mit einer Mischung von weiblichen und männlichen Merkmalen im allgemeinen Körperbau. Brustentwicklung fehlte vollkommen, doch bestand eine gewisse weibliche Form des unteren Rumpfabchnittes. An der Oberlippe und am Kinn borstige Haare. Kehlkopf äußerlich von männlichem Typus, die Stimme rauh, aber weiblich. Die Psyche der Patientin, ihre Gedankenwelt, das ganze Gebaren, die Haltung, die Art der Bewegungen durchaus weiblich. Genitalbefund: Weibliche Begrenzung der starken Behaarung des Mons veneris, 7 cm lange Klitoris. Vollausbildete Glans mit verschiebbarem Praeputium ringsum und seichter Vertiefung an der Spitze ohne Öffnung. Neben dem Penis ein gut entwickelter Hodensack, in welchem ein derbes Gebilde zu tasten war, das nach Größe, Form und Konsistenz einem Hoden mit Nebenhoden entsprach. Weibliche Harnröhre, 6 cm tiefes Scheidenrudiment, oberhalb dessen röntgenologisch ein Hohlorgan (Uteruscavum oder Tube) nachweisbar war. Ursprünglich nach einigen Zweifeln als Mädchen angesprochen, später von einem Arzt als Mann. Trotzdem wuchs das Kind als Mädchen heran. Um die Pubertät wesentliche Veränderung im Verhalten des Kindes. Seelische Zerfahrenheit, zunehmende Depression. Fühlte sich seelisch durchaus als Mädchen. Sehnsucht nach weiblicher Vollwertigkeit. Mit 17 Jahren immer stärkerer belästigender Bartwuchs. Das Membrum virile erigierte sich bei mechanischen Reizungen, besonders beim Radfahren, ohne jedes Lustgefühl. Es kam nun darauf an, aus dem von Zweifeln zerrissenen Wesen nach Möglichkeit ein harmonisches, zufriedenes Weib zu machen.

Ausführliche Besprechung der bei Zwitterwesen evtl. in Betracht kommenden Therapie, die in ihrem Effekt fragwürdig ist. Die Behandlung ist um so weniger aussichtsreich, je später das Individuum in Behandlung kommt. Für das therapeutische Handeln ist in erster Linie die Psyche, die Geschlechtseinstellung, der Wunsch des Individuums maßgebend. Im Falle des Verf. bedurfte es zur endgültigen Klärung der Intersexualität einer Laparotomie. Da fand sich nun ein kleiner Uterus, auf einer Seite eine Tube und ein dürftiges Ovarium. Auf der anderen Seite durch einen Strang im Zusammenhang mit dem Uterus ein Hoden im Scrotum und Nebenhoden. Mikroskopisch massenhaft Spermatozoen. Die Diagnose lautete nach der alten Nomenklatur: Hermaphroditismus verus lateralis mit hypoplastischem Uterus, kümmerlichem Ovarium und gut ausgebildeten Hoden, nach der neuen Auffassung: weiblicher Intersex mit ziemlich frühem Drehpunkt. Der Hoden wurde entfernt und der Erfolg dieser Maßnahme auf das Allgemeinbefinden, auf den Bartwuchs usw. abgewartet. Der Effekt war namentlich psychisch ein sehr geringer. Aus den Ergebnissen der Hormonanalyse war kein klares Bild zu gewinnen, in welcher Weise eine therapeutische Hormonanwendung zu geschehen hätte. Neuerliche Operation bestehend in Entfernung des Penis, Herstellung einer Scheide. Alle möglichen Mittel, eine Menstruationsblutung hervorzurufen, hatten nur den Erfolg, daß nach längerer Zeit die erste und einzige 3tägige genitale Blutung eintrat, die eine günstige Einwirkung auf die Psyche der Patientin hatte. Sie sah in der genitalen Blutung den Beweis ihres Weibtums. Die Patientin wurde voller, weiblicher, die Gesichtsbehaarung ging immer mehr zurück und die Lebensbejahung, die Teilnahme an ihrer Umgebung und an Geselligkeiten steigerte sich dauernd. In die Vollwertigkeit etwaiger Nachkommenschaft müßten Zweifel gesetzt werden.

Dittrich (Prag).

Carò, Paolo: Femminilismo ipofisario da vegetazioni adenoidi. (Hypophysäre Verweiblichung infolge von adenoiden Vegetationen.) (*Clin. Oto-Rino-Laringol., Univ., Catania.*) *Otol. ecc. ital.* 4, 141—155 (1934).

Verf. bespricht eingehend die von Citelli beschriebenen angeblichen Hypophysenstörungen bei adenoiden Vegetationen und chronischen Nebenhöhlenerkrankungen (in 70% aller Fälle findet Citelli Schlafsucht oder Schlaflosigkeit, Gedächtnisschwäche, Konzentrationsschwäche, ferner Frigidität, Potenzstörungen, Behaarungsanomalien, Menstruationsstörungen). Mitteilung eines Falles, der als „Feminilismus“ aufgefaßt wird, weil bei dem 16jährigen Jungen kein Bartwuchs und keine Axillarhaare vorhanden waren, ferner Libido und Erektion fehlten; die Entwicklung des Genitales war völlig normal, es bestand keine Fettsucht, kein Zwergwuchs und auch sonst waren keinerlei klinische oder röntgenologische Zeichen einer Hypophysenerkrankung vorhanden. Es bestanden adenoide Vegetationen, und da mehrere „Funktionsprüfungen“ der Hypophyse positiv ausfielen, ist Verf. vom hypophysären Ursprung des „Feminilismus“

überzeugt (eine der Funktionsprüfungen bestand in der subcutanen Injektion von 0,05 cem Pituitrin und in der Beobachtung der örtlichen Änderung der Hautfarbe; diese bei jedem gesunden Menschen mit absoluter Sicherheit auslösbare Hautblässe wird hier als Zeichen einer Hypophysenerkrankung angesehen). Nach Adenotomie und Zufuhr von Hypophysenvorderlappenpräparaten kam es zu einer Gewichtsabnahme und zur Entwicklung der fehlenden Terminalbehaarung. (Der wesentliche Umstand, daß der Patient während der Beobachtungszeit in einem Alter stand, in dem leichte Verzögerungen in der sexuellen Reife oft einen ganz spontanen Ausgleich erfahren, wird in der Arbeit nicht erwähnt. Ref.) Wermer (Wien).

Bergonzi, Mario: La ginecomastia. (Ipertrofia mammaria dell'uomo adulto.) (Gynäkomastie [Mammahypertrophie des erwachsenen Mannes].) (*Clin. Neuropsichiatria e Istit. di Anat. Pat., Univ., Parma.*) *Endocrinologia* 9, 473—562 (1934).

Nach historischen Vorbemerkungen sammelt Verf. die im in- und ausländischen Schrifttum niedergelegten Fälle von Gynäkomastie (G.) und bespricht die Klinik, die Pathogenese, die Histologie und Therapie der G. und bemerkt, daß die männliche Brustdrüse Sitz einer einfachen Hypertrophie sein und die Drüse ganz ähnlich der weiblichen Brustdrüse werden kann. Die histologischen Bilder können mit denen der Drüse von Mädchen zur Zeit der Pubertät verglichen werden, seltener mit der Mamma der erwachsenen oder graviden Frau. Die Hypertrophie der Brustdrüse kann in jedem Alter auftreten und Volumen sowie Gewicht annehmen, welche in weiten Grenzen schwanken, die G. kann doppel- und einseitig sein, ist häufiger doppelseitig. Bei den meisten Fällen von doppelseitiger G. liegt eine Läsion des Genitales oder Zeichen endokriner Dysfunktion vor, welche im größten Teil einseitiger G. fehlen. Es gibt einige Fälle, wenn auch gering an der Zahl, in denen die hormonale Genese der G. außer Zweifel ist wie beim Chorionepitheliom. Vom pathogenetischen Standpunkt aus genügt nicht allein der hormonale Mechanismus, um die G. zu erklären. Man muß andere ätiologische Faktoren annehmen (mechanische, chemische, nervöse, vasale), über welche jedoch der angeborene, konstitutionelle Faktor dominiert, verschieden von Individuum zu Individuum, wonach jede Brustdrüse eine verschiedene angeborene Tendenz zur Entwicklung und eine verschiedene Art hat, auf die Reize zu reagieren. Schließlich berichtet Verf. über 3 eigene Fälle von G., die er Gelegenheit hatte zu obduzieren und histologisch zu untersuchen. Es handelte sich in 2 Fällen um Lebercirrhose, um doppelseitige G., Hodenatrophie, Zeichen von hypophysärer Hyperfunktion und Hyperplasie des drüsigen Anteiles der Prostata. Im 3. Falle um Lungentuberkulose, Amyloidose der Blutdrüsen, Hodenatrophie, G. Das histologische Bild der Brustdrüse glich im Gegensatz zu den 2 früheren Fällen der Drüse einer erwachsenen Frau. In allen 3 Fällen findet sich eine abnorme Funktion der Blutdrüsen, durch das veränderte histologische Bild der Hypophyse und anderer Blutdrüsen gekennzeichnet. In allen 3 Fällen weibliche Behaarung. Aus dem Gesagten kann man schließen, daß sowohl bei Lebercirrhose wie bei Lungentuberkulose wahre G. auftreten kann in innigen Beziehungen zu einer Dysfunktion der Blutdrüsen. Gute Lichtbilder erläutern den Text. Cristofoletti (Gorizia).

Baty, J. A.: Fallopian tube in the male: Discovered while operating for femoral hernia. (Ein Eileiter bei einem Manne: Entdeckt während einer Operation wegen Leistenbruches.) (*Cumberland Infirmary, Carlisle.*) *Brit. J. Surg.* 22, 175—178 (1934).

Anlässlich einer Operation wegen Leistenbruches sollte bei einem 29-jährigen Bergarbeiter der im Leistenring vermutete linke Hode in den Hodensack verlagert werden. Dabei stellte sich jedoch heraus, daß links in der Bauchhöhle kein Hode, sondern ein entsprechend entwickelter Eileiter mit einem mit Fimbrien besetzten offenen Ende zu sehen war, der auch histologisch vollkommen den Aufbau eines Eileiters zeigte. Entlang seinem unteren Rande hing er mit einer Bindegewebsplatte zusammen, in der Verdickungen zu tasten waren, die jedoch bei der mikroskopischen Untersuchung sich nicht als Eierstock, sondern als Ansammlung von Drüsenschläuchen mit Zylinderzellen erwiesen. Diese werden als Überreste des Epooophonon gedeutet. Der rechte Hode war normal entwickelt und die Geschlechtsfunktion nicht gestört.

Breitenecker (Wien).

Schlack, Hans: Verwachsung der kleinen Schamlippen im Kindesalter. (Gynatresia labialis infantum acquisita.) Münch. med. Wschr. 1934 II, 1465.

Bei 6 exsudativen Kindern im Alter von $\frac{1}{2}$ —4 Jahren wurde Verklebung der kleinen Schamlippen beobachtet, die die Harnentleerung behinderte. Lösung der Verklebung stumpf mittels Sonde. Behandlung der Vulvitis. *A. Reiche.*°

Welman, Roman: Anus praeternaturalis vaginalis. (*Szpil. przemien. pańsk., Praha.*) Ginek. polska 13, 325—332 u. franz. Zusammenfassung 332—333 (1934) [Polnisch].

Welman teilt einen Fall mit, der eine 18jährige Kranke betraf, bei welcher vollständige Agenesie der Afteröffnung an der richtigen Körperstelle bestand. Dagegen fand man das Orificium ani angeborenerweise an der Hinterwand der Scheide. Bei der Kranken fehlte auch der Hymen. *L. Wachholz* (Kraków).

Grimaldi, Francisco E., und Roberto A. Rubi: Subsymphysiäre weibliche Epispadien. (*Serv. de Vías Urin., Hosp. Ramos Mejía, Buenos Aires.*) Semana méd. 1934 I, 1748—1749 [Spanisch].

Von dieser außergewöhnlich seltenen kongenitalen Mißbildung sind bisher 40 Fälle mitgeteilt. Der von den Verff. beobachtete und beschriebene Fall ist der erste in der argentinischen Literatur veröffentlichte. Er betrifft ein 17jähriges Mädchen. Dieses war gesund bis auf eine seit der Geburt bestehende Incontinentia urinae, die durch Wechsel in der Körperlage nicht geändert wurde. Die Clitoris ist gespalten. Zwischen ihren beiden Hälften und etwas oberhalb liegt eine Tropfrinne, die der unteren Fläche der Symphysis pubis in der Lage entspricht und in der Tiefe in einem weiten Orificium endet. In dieses Orificium kann der Zeigefinger leicht eingeführt und durchgeführt werden, bis er nach einer Strecke von weniger als 1 cm in die Harnblase gelangt, ohne eine Spur eines Blasenhalsses zu finden. Nach vorn geht die Urethra kontinuierlich in die Haut über, die die vordere Fläche der Symphyse bedeckt. Durch dieses weite Orificium entleert sich mit kurzen Unterbrechungen Urin. Die nicht voll entwickelten großen Labien haben einen parallelen Verlauf, gehen dann nach oben hin auseinander, um sich in den Leistengegenden zu verlieren. Die atrophischen und bis oben hin getrennten kleinen Labien enden in ihrem oberen Verlaufe in Form einer unvollständigen, unregelmäßigen Kapuze im Bereich der beiden Clitorishälften. Es besteht ein starker ammoniakalischer Geruch. Das Haar ist zum Teil mit Salzen bedeckt, die Haut rot, maceriert, mit Herden von Folliculitis. Der intakte Hymen zeigt ein Orificium links oben, durchgängig für den kleinen Finger, und ein anderes unten rechts, das zur ungeteilten Vaginalhöhle führt. Diese ist von normaler Beschaffenheit, ebenso wie der Gebärmuttermund. Die Cystoskopie zeigt die Blasenwand von normalem Aussehen. Aus den Ureteren rhythmische Entleerungen von offenbar klarem Harn. Bei der Indigocarminprobe erscheint der Farbstoff nach 7 Minuten in beiden Ureteren. Die Reaktionen nach Kahn und Wassermann negativ. $0,25\frac{0}{100}$ Harnstoff im Blutserum. Das Vorhandensein des Infundibulum, das zur Harnblase führt, die Tatsache, daß der Urinbehälter anscheinend normale Dimensionen aufweist, die gute Einlagerung der Ureterenmündungen, die Regelmäßigkeit in der Beschaffenheit des Trigonum und vor allem das Fehlen eines Prolapses der hinteren Blasenwand berechtigen dazu, die vorliegende Mißbildung als eine subsymphysiäre Epispadie zu bezeichnen. *C. Neuhaus* (Münster i. W.).

● **Eker, Reidar: Histologische Befunde in den Testikeln eines kastrierten Homosexuellen.** (Skr. norske Vid.-Akad., Oslo 1934, Nr. 2.) Oslo: Jacob Dybwad 1934. 15 S., 2 Taf. u. 3 Abb. Kr. 2.—

Das in Frage stehende Individuum, ein Imbeziller, der von Jugend auf homosexuell, jedoch früher unbestraft war, wurde 1930 wegen Unzucht mit Minderjährigen seines eigenen Geschlechtes zu 2 Jahren Zuchthaus und 5 Jahren Sicherung verurteilt. 1932 wurde bei ihm eine beiderseitige Testektomie vorgenommen. Makroskopisch boten die Hoden nichts Außergewöhnliches dar. Verf. berichtet unter Beigabe sehr instruktiver Abbildungen ausführlich über die histologischen Veränderungen der Hoden. Es fanden sich ausgedehnte degenerative Veränderungen des Hodengewebes, ohne Zeichen eines entzündlichen Leidens, welches dieselben erklären könnte. Die Möglichkeit, daß die Hodenveränderungen einen Zusammenhang mit endokrinen Veränderungen haben, kann nicht ausgeschlossen werden. *Dittrich.*

Casu, Carlo: Utili discordanze in tema di deflorazione. (In margine a due relazioni peritali.) (Nützliches Auseinandergehen der Befunde in bezug auf Defloration. [Über 2 Gutachten.]) (*Scuola Ostetr. e Maternità, Aquila.*) Clin. ostetr. 36, 376—382 (1934).

Es handelt sich um ein umstrittenes Gutachten wegen Defloration. Anfänglich schienen die Befunde zweier Gutachter, welche die Patientin in einem Abstand von 18 Tagen nacheinander untersuchten, ganz auseinanderzugehen. Diese Unstimmigkeit

erwies sich dann aber als das Ergebnis einer sehr genauen Feststellung von wichtigen Anhaltspunkten, denn es stellte sich heraus, daß das Mädchen zwischen den beiden Untersuchungen defloriert und mit Gonorrhöe angesteckt wurde. — Aus diesem Fall zieht Verf. den Schluß, daß eine sehr genaue Beschreibung der Organe und ihrer Veränderungen bei dieser Frage der Gerichtsmedizin notwendig ist. *P. Malcovati.*

Consoli, Vito: Tre casi di rottura vaginale da coito. (3 Fälle von Scheidenruptur beim Coitus.) (*Istit. di Clin. Ostetr. Ginecol., Univ., Catania.*) Arch. di Antrop. crimin. **54**, 438—442 (1934).

Verf. bespricht die wichtigsten Ursachen der Coitusverletzungen, wie Größe der beiderseitigen Geschlechtsorgane, Lage beim Verkehr, Trunkenheit, besondere sexuelle Erregung. 1. Fall: Erster Coitus. Starker Schmerz und Blutung. 4 cm langer, 1 cm breiter, stark blutender Riß rechts hinten. Die einzige erkennbare Ursache war wahrscheinlich ein stark gefülltes Rectum. 2. Fall: 30jährige Witwe, kräftige Frau. Coitus im Automobil während der Fahrt, die Frau im Reitsitz auf dem sitzenden Manne. Plötzlicher Schmerz und starke Blutung. Langer, stark blutender Riß von der Portio nach links hinten. Naht. Heilung. Ursache: Stellung beim Coitus, Stoß bei der Fahrt. 3. Fall: 21jährige Frau, 38 Tage post partum. Coitus, der Mann auf dem Rücken liegend und die Frau über ihm. Scheidenriß. Naht. Heilung. Ursache: Anormale Lage, Spätwochenbett. *E. Zweifel* (München).

Schulte Langforth, Marie: Schadensersatzansprüche aus unerlaubter Beiwohnung. Zbl. Jugendrecht **25**, 187—192 u. 234—238 (1933).

In Vaterschaftsprozessen, in denen die Unterhaltsklage wegen Mehrverkehr abgewiesen worden ist, besteht die Möglichkeit, auf andere Weise dem Kinde zu seinem Recht zu verhelfen. In den nicht seltenen Fällen, wo der Beklagte einen Freund veranlaßt, sich der KM. zu nähern und sie zum Beischlaf zu verführen, kann die Gegenrede der Arglist (*Replica doli*) erhoben werden, deren Anwendung das LG. Fürth in seinem Urteil vom 25. V. 1923 gebilligt hat. Ferner können Schadensersatzansprüche des Kindes und der Kindesmutter nach den Bestimmungen der §§ 823 ff. BGB. erhoben werden. Die näheren Bedingungen, mit denen dies möglich ist, müssen im Original nachgelesen werden. *Giese* (Jena).

● **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.—

Roseher, K.: Vulvovaginitis infantum. S. 699—779.

Die vorliegende umfassende Bearbeitung des Gegenstandes bringt sehr viel, was für den Gerichtsarzt wichtig ist.

Auf die einleitende Besprechung der anatomischen Verhältnisse und der Physiologie folgt eine ausführliche Darstellung der Krankheitserscheinungen. Sehr selten erkranken vor der Geschlechtsreife die Bartholinischen Drüsen, kaum jemals beidseitig. Noch seltener scheinen Papillome zu sein. Die Vulvovaginitis soll das Auftreten der Schambehaarung beschleunigen, die sich aber bei Heilung wieder zurückbildet. Erkrankung der Harnröhre ohne Beteiligung der Scheide, deren Entzündung gewöhnlich im Vordergrund steht, wurde nur ein einziges Mal beobachtet. Freibleiben der Harnröhre aber spricht geradezu gegen Tripper. Epitheliale Verwachsungen wurden bei längerer Krankheitsdauer vereinzelt beobachtet, narbige Verengerungen dagegen sind als Folge nicht sichergestellt. Die Harnblase ist selten beteiligt, das weitere Aufsteigen des Trippers auf die Nierenbecken nur von einem Beobachter beschrieben. Dagegen scheint der Mastdarm viel häufiger ergriffen zu sein, als landläufig bekannt ist. Die geringfügigen Erscheinungen begünstigen das Übersehen. Auch der Hals der Gebärmutter ist viel häufiger einbezogen, als gemeinhin angenommen wird. In vereinzelt Fällen aber steigt die Entzündung auch über den inneren Muttermund aufwärts. Dennoch ist Beteiligung der inneren Geschlechtsteile und des Bauchfelles selten. Gerade sie erfordern strenge Bettruhe, da die Erscheinungen bei körperlichen Anstrengungen leicht wieder aufflammen. Die Blutinfektion ist nicht so selten, verursacht aber in der Regel nur geringe Erscheinungen. Am häufigsten sind noch Erkrankungen der Gelenke. Sie treten meist in den ersten Wochen nach der Infektion auf. Es gibt aber wie bei anderen Blutvergiftungen auch Fälle, wo die Eintrittspforte unbekannt bleibt. Auch Entzündungen der Herzklappen, des Herzbeutels und des Herzfleisches sind als seltene Ausnahmen beobachtet. Sie

pflegen restlos auszuheilen. Tödlicher Ausgang der Vulvovaginitis „ist kaum beobachtet“. Wichtiger als das seltene Vorkommen von Metastasen in verschiedenen Eingeweiden und auf Schleimhäuten ist die Möglichkeit einer Infektion der Schleimhaut in den oberen Luftwegen, die leicht übersehen wird, aber zum Ausgangspunkt einer Allgemeininfektion werden kann. Einzelne Beobachter rechnen mit der Möglichkeit, daß die Vulvovaginitis ähnlich wie die Ophthalmoblenorrhöe während der Geburt erworben wird. Die Empfindlichkeit ist allgemein. Rückfälle sind häufig. Von einer großen Zahl von Kindern, die nach sorgfältiger Behandlung als geheilt entlassen waren, haben bei Nachuntersuchungen noch 7% Gonokokken beherbergt. Ziemlich allgemein wird angenommen, daß eine Kindergonorrhöe, gleichviel, ob behandelt oder nicht, den Eintritt der Geschlechtsreife nicht überdauert. Doch sind einzelne Ausnahmen gegen diese Regel mitgeteilt. Nach Verf. ist die bei Erwachsenen fast ausschließlich in Betracht kommende unmittelbare Übertragung bei Kindern die Ausnahme. Die Angaben über die Häufigkeit der Erkrankung schwanken von Bruchteilen eines Prozentes bis zu mehreren Prozenten aller in Krankenanstalten aufgenommener Mädchen. In den Vereinigten Staaten soll sie an Häufigkeit nur von den Masern übertroffen werden. In den großen Städten ist sie häufiger als auf dem Lande. Am stärksten sind das 2. bis 6. Lebensjahr betroffen. Die Häufigkeit der Gonorrhöe unter allen Vulvovaginitiden schwankt nach verschiedenen Angaben zwischen 50 und 90%. Schließlich sind Behandlung und Verhütung eingehend besprochen.

Meißner (Innsbruck).

Fitz-Hugh jr., Thomas: Acute gonococcal peritonitis of the right upper quadrant in women. (Akute Gonokokkenperitonitis des rechten oberen Quadranten bei Frauen.) (*School of Med., Univ. of Pennsylvania, Philadelphia.*) *J. amer. med. Assoc.* **102**, 2094 bis 2096 (1934).

Nachdem Curtis (1930) in den saitenartigen Verwachsungen der Vorderfläche der Leber mit der gegenüberliegenden Bauchwand das Endstadium einer Gonokokkenerkrankung der Tube erkannt hatte, liefert nun Fitz-Hugh durch die Schilderung dreier Fälle von Gonokokken-Peritonitis des oberen, rechten Quadranten den bisher noch fehlenden Nachweis des früheren Stadiums dieser Affektion. — Fall 1. Miss X., 31 Jahre alt, war wegen Schmerzen längs des rechten unteren Rippenrandes und der Diagnose: akute Gallenblasenentzündung aufgenommen und nach 10tägiger Bettruhe operiert worden. Es ergab sich jedoch bei vollkommen normaler Gallenblase eine trockene Peritonitis an der vorderen Leberfläche und der entsprechenden Stelle der vorderen Bauchwand, und an Abstrichpräparaten aus dieser Gegend konnte der einwandfreie Nachweis von Gram-negativen, intracellulären, biskuitförmigen Diplokokken geliefert werden. Patientin gab später zu, vor 5 Jahren an einer gon. Salpingitis mit darauffolgender Septicämie gelitten zu haben. — Fall 2: 30jährige geschiedene Ehefrau, bei der eine akute Gallenblasenentzündung als Symptom einer Grippe angesehen wurde, bis eine Cervix-Gonorrhöe und positiver Nachweis von Gonokokken jeden Zweifel bezüglich der Natur der Affektion zerstreute. — Der 3. Fall betraf eine 34jährige Dame, wo zunächst peritonitische Erscheinungen im rechten oberen Quadranten festgestellt werden konnten. Deutlich ausgesprochene Beschleunigung der Blutkörperchensenkung, auf 3 Aufstrichpräparaten Gram-negative, intrac. Diplokokken. Die Richtigkeit der Diagnose wurde von der Patientin anerkannt. — Die beschriebenen 3 Fälle haben mit den von Norris (1913) beobachteten seltenen Affektionen von akuter, generalisierter, virulenter Gonokokkenperitonitis nichts zu tun. [Curtis: *J. amer. med. Assoc.* **94**, 1221 (1930).] Solger (Neiße, O.-Schl.).

Trachtenberg, S., und D. Berdičevskaja: Klinik der subjektiv symptomlosen Gonorrhöe. *Ginek.* Nr 2, 43—46 (1934) [Russisch].

Die Verf. verfügten über ein Material von 200 Kranken mit subjektiv symptomloser Gonorrhöe. Lokalisation der Infektion: Urethritis in 10%, Urethritis + Endocervicitis 81,5%, Endocervicitis 8,5%. Formen der pathologischen Alterationen der Urethra: Ödem und schleimig-eitriger Ausfluß in 29,4%, Hyperämie, Sklerose, Deformation und schleimig-eitriger Ausfluß in 25,1%. In 24,2% der Fälle wurden trotz des Vorhandenseins des Gonococcus keine klinischen Veränderungen gefunden. Bei 50% der Kranken waren die klinischen Symptome bedeutend, es bestand Hyperämie, Ödem und schleimig-eitrige Ausscheidung; bei 25,1% der Kranken war die Schleimhaut hyperämiert, sklerosiert, die äußere Urethralmündung war deformiert, daraus ließ sich ein Tropfen Eiter auspressen. Die Paraurethralgänge waren in 128 Fällen in Mitleidenschaft gezogen (64%), dabei ließen sich Gonokokken in dem Sekret nur in 3 Fällen finden. Form der pathologischen Veränderungen der Cervix uteri: Hyperämie, Ödem und Ausfluß bestand in 12,2%, Ödem und Ausfluß in 10%, Hyperämie, Erosionen, Ödem und Ausfluß in 22,2%, Hyperämie, Erosion und Hypertrophie in 25,2%, Hyperämie, Hypertrophie und Ausfluß in 23,3%. 11,1% der Fälle waren frei von jeglichen klinischen Erscheinungen; der Ausfluß war in den meisten Fällen schleimig-eitrig. In 38 Fällen lag eine ascendierende Gonorrhöe vor. Endometritis und Salpingoophoritis kam bei 7 Kranken vor, beiderseitige Salpingitis bei 10, Endometritis und Salpingitis bei 6, Metritis und Perimetritis bei 6, chronische Parametritis bei 6, ein tubo-ovarieller Tumor wurde bei 3 Kranken gefunden. Der Menstruationscyclus war bei den meisten Patienten nicht gestört; es wurde kein einziger

Fall von Amenorrhöe gefunden; Meno-Metrorrhagien hatten 3 in der Anamnese, 4 Kranke klagten über Dysmenorrhöe. Anamnestisch wurde in einem hohen Prozentsatz der Fälle die Zeit der Infizierung nicht nachgewiesen, weil die meisten durch Konfrontation zur Behandlung herangezogen waren und nichts von ihrer Krankheit wußten. A. Petrow (Charkow).

Hanne, H.: Über primär- und sekundär-chronische gonorrhöische Spätharthritis. (*Orthop. Univ.-Klin., Leipzig.*) *Z. orthop. Chir.* **62**, 1—21 (1934).

Gelenkkomplikationen kommen nach älteren Zusammenstellungen bei 2—4% aller Go.-Infektionen vor; das gilt aber nur für die akuten Formen, rechnet man die chronischen, erst in den letzten Jahren in ihrem Wesen erkannten Gelenkschäden dazu, kommt man sicher zu höheren Zahlen. Die akute gonorrhöische Gelenkentzündung ist eine echte hämatogene Metastase, sie kann in die sekundär chronische Form übergehen. Es gibt auch primär chronische gonorrhöische Gelenkschädigungen, am Knie z. B. einen sehr hartnäckigen Hydrops. In der Regel verläuft die Spondylarthritis gonorrhöica ohne akutes Stadium. Diesen Formen steht die Arthritis go. tarda gegenüber, ein Krankheitsbild, das Wirz vor einem Jahr näher beschrieben hat. Die 22 hierher gehörigen Fälle, die Hanne in den letzten 4 Jahren in der Leipziger Orthopädischen Klinik beobachtet hat, teilt er ein in Früharthritiden, die sich im Laufe oder kurz nach dem Abklingen einer akuten Go.-Infektion entwickelt, und in Spätharthritis; jede Form wieder in primär-chronisch und sekundär-chronisch. Die I. Gruppe, sekundär-chronische Früharthritiden, umfaßt 3 Männer mit Osteoperiostitis und Arthritis der Fußwurzel und 1 Mädchen, bei dem außer beiden Füßen ein Knie befallen war; in der II. Gruppe, primär-chronische Früharthritiden, 1 Mann, bei dem 10 Monate nach der Infektion Schmerzen und Schwellung in beiden Füßen auftrat; die III. Gruppe, primär-chronische Spätharthritis, umfaßt 3 Männer, bei denen 2—14 Jahre post inf. nach einem akut „rheumatischen“ Stadium die Füße und einmal außerdem die Handgelenke befallen waren, und 2 Frauen ebenfalls mit Fußentzündungen; die IV. Gruppe, primär-chronische Spätharthritis, 7 Männer, bei denen 2 bis 42 Jahre post inf. schleichend Fußentzündungen auftraten, bei 2 außerdem Entzündungen der Kniegelenke, sowie 6 Frauen, die meist überhaupt nichts von einer Infektion wußten, bei denen einmal Knie und Hüfte, einmal Knie und Fuß und sonst nur die Füße befallen waren. Ein Entstehen der Arthritis go. tarda im Anschluß an ein Trauma (Wirz) wurde nicht beobachtet. Die klinischen Symptome aller 4 Gruppen sind geringer als bei der akuten Arthritis go., völlige Gebrauchsunfähigkeit des Gelenks wurde dadurch nicht bedingt. Die meisten Go.-Fußentzündungen erweckten den Eindruck eines kontrakten oder kontrakturbedrohten Plattfußes. Allen Fällen ist ein sehr eigentümlicher Gang gemeinsam, die Kranken vermeiden, an die Grenzen des Bewegungsausschlages zu kommen. In dem völlig freien Spielraum im mittleren Bewegungsbereich und der extremen Schmerzhaftigkeit an den Grenzen erblickt H. das charakteristische Zeichen der primär-chronischen Spätharthritis. Bei passiver Bewegung fühlt man eine Art Anschlag ohne reflektorische Sperre, bei Überschreiten des Anschlags reißt der Kranke das Glied fort. Bei der sekundär-chronischen Arthritis go. und noch mehr bei subakuten Formen sind die Bewegungsgrenzen ebenfalls äußerst schmerzhaft, aber es setzt vorher eine zunehmende, elastische, reflektorische Hemmung ein. In diesen Fällen findet man vermehrte Hautwärme, manchmal Rötung, eine gewisse Quellung der Weichteile und des Kapselbandapparates, Druck und Dehnung sind schmerzhaft. Bei der primär-chronischen Arthritis go. ist die Haut wenig oder nicht gerötet, oft livide, glasig, kaum wärmer als die Umgebung, häufig mit Schweißperlen bedeckt, man fühlt eine derbe, narbige oder lederartig homogene Kapsel. Der Elastizitätsverlust ist wohl die Ursache der plötzlichen schmerzhaften Sperre. Quellung und Schrumpfung sind verschiedene Stadien eines Prozesses, der schließlich zum Endzustand aller chronisch adhänsiven Arthritiden führt. Diese Krankheitsbilder sollten zumindestens den Verdacht auf eine gonorrhöische Genese lenken. Ähnlichkeit mit Tuberkulose besteht nicht. Im Röntgenbild sieht man manchmal wolkige, flockenartig verteilte Aufhellungen und Verdichtungen. Abgrenzung gegen Infektharthritis anderer Ursache ist schwierig. Im Blutbild besteht eine Lymphocytose von 30—45%, allerdings auch bei anderen chronischen Infekten. Die Blutsenkung ist deutlich erhöht, ihre Werte sinken gleichlaufend mit dem Fortschritt der Heilung. Die Komplementbindungsreaktion auf Go. hat sich zur Sicherung der Diagnose noch nicht als brauchbar erwiesen, ebensowenig die intracutane Vaccination nach Köhler oder unspezifische Reizimpfungen und -injektionen. Dagegen hat sich ausgezeichnet bewährt die provokatorische Vaccination mit Arthigon. Dies wird an 3 Krankengeschichten ausführlich dargestellt, die diagnostisch große Schwierigkeiten boten wegen der Überlagerung von spezifischem und unspezifischem Infekt. Die Bedeutung unspezifischer Überlagerung kommt in der letzten Krankengeschichte besonders klar zum Ausdruck: Nach Ausheilung einer primär-chronischen Osteoperiostitis go. der Füße bewirkt eine banale Grippeinfektion in 24 Stunden eine akute Polyarthritiden. Es muß sich bei der primär-chronischen Arthritis go. wesentlich um hyperergische Vorgänge handeln, während die sekundär-chronischen Formen Reste hämatogener Metastasen sind. — Zur sicheren Diagnosestellung ist außer Kenntnis der klinischen Bilder notwendig Hämogramm und Blutsenkung, genaues Fahren auf genitale Go.-Reste, auch durch fachärztliche Endoskopie, und als sicherstes provokatorische Vaccination mit Arthigon. Man beginnt mit 10 Millionen Keimen intravenös und steigert bei negativem Ausfall nach

Pause von 8—14 Tagen auf das Doppelte usw. Beweisend ist allein die Herdreaktion. Mehrere Wiederholungen führen immer zur Klärung. Da oft Kranke von einer Go.-Infektion nichts wußten, taucht die Frage auf, ob es Gonokokkenträger gibt, bei denen es nie zu einer wirklichen Erkrankung gekommen ist. Für die Behandlung der chronischen Go.-Arthritis hat sich außer der Behandlung etwaiger unspezifischer Nebeninfektion Atophanyl in höheren Dosen bewährt, dazu kommt noch die Behandlung der bei Männern meist nachweisbaren primären Go.-Herde.

v. Danckelman (Berlin).^{oo}

Wählin, Olof S.: Ein Fall von Urethritis beim Manne, verursacht durch *Trichomonas vaginalis*. (*Path.-Bakteriol. Abt., Krankenh., Umeå, Schweden.*) *Acta dermato-venereol. (Stockh.)* 15, 243—252 (1934).

Verf. berichtet als erster in der skandinavischen Literatur über einen Fall von *Trichomonas vaginalis* bei einem 47-jährigen Manne. Der Kranke, der seit 1921 wiederholt wegen hartnäckiger Cystitis und mikroskopischer Hämaturie behandelt worden ist, zeigt im frisch untersuchten Harn und ungefärbten Urethralabstrich, jedoch nicht im Prostatasekret, reichlich Tr. v. neben Leukocyten und Colibacillen. Ein Rückfall der Erkrankung geht bei saurer Harnreaktion mit reichlicher Blutung ohne Harndrang einher. In den höheren Harnwegen kann Tr. v. nicht nachgewiesen werden. Bei späteren Nachuntersuchungen des subjektiv symptomfreien Kranken wird stets das Vorhandensein von Tr. v. festgestellt. Eine wirksame Behandlungsmethode fehlt. Anschließend wird kurz über einen Fall bei einer 32-jährigen Frau berichtet.

Hollenberg (Magdeburg).

Schreyer, E.: Provokation latenter Lues im Blut. (*Med. Abt., St. Hedwig-Krankenh., Berlin.*) *Med. Welt* 1934, 1333—1335.

Besprechung des Schrifttums über den Wert der Provokation (P.) bei Syphilis. Bericht über 11 Fälle, bei denen durch P. die vordem zweifelhafte Diagnose sichergestellt und durch den Behandlungserfolg bestätigt wurde. Folgerung, in allen auf Lues verdächtigen Fällen eine P. auszuführen.

Als P.-Verfahren hat sich bewährt: an 3 aufeinanderfolgenden Tagen je 0,3 g Thyreoidin per os, außerdem am 1. Tage 0,15 und am 3. Tage 0,3 g Neosalvarsan intravenös. Blutabnahme am Tage nach Beendigung der P., bei negativem oder zweifelhaftem Ausfall Wiederholung am 5. bis 8. Tage nach beendeter P.

Roscher (Koblenz).

Jorge, Jose M., und Santiago I. Nudelman: Traumatische Entmannung. Gerichtlich-medizinische Betrachtungen. (*Cátedra de Clín. Quirúrg., Hosp. Durand, Buenos Aires.*) (*Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 11. V. 1934.*) *Archivos Med. leg.* 4, 119—123 (1934) [Spanisch].

Beschreibung eines Falles, bei dem ein 23-jähriger Mann infolge eines Verkehrsunfalles eine schwere Verletzung des Scrotum und des Penis erlitt. Der rechte Hoden war durch den Unfall vernichtet, der linke freigelegt, der Penis amputiert. In der Folgezeit gab der Verletzte an, daß er am Tage gegenüber einer weiblichen Person keine Libido empfinde. Nachts träume er häufig, eine normale Kopulation auszuführen. Beim Aufwachen fände er an der Urethralöffnung Spermasekret. Dieser Orgasmus pflegte späterhin nur noch einmal monatlich sich einzustellen.

Für die strafrechtliche Beurteilung derartiger Verletzungen ist in der argentinischen Gesetzgebung maßgebend, ob durch die Schädigung eine Zeugungsunfähigkeit hervorgerufen worden ist oder nicht. Hinsichtlich der Beurteilung der Entschädigung besteht noch keine einheitliche Auffassung. Der Prozentsatz der Entschädigung schwankt in weitesten Grenzen (für Verlust des Penis 8—10% in Österreich, bis 30% in Deutschland, bis 60% in Amerika). Die Entschädigung für den Verlust eines Hodens wird ebenfalls sehr unterschiedlich beurteilt. Teils wird sie ganz abgelehnt, teils eine solche zwischen 20 und 30% zuerkannt. Für den Verlust beider Hoden werden Entschädigungen bis zu 90% bewilligt.

Für den vorliegenden Fall hält Verf. eine Entschädigung zwischen 30 und 45% für angemessen, unter besonderer Berücksichtigung einschlägiger Bestimmungen der argentinischen Gesetzgebung über Berufsunfälle. Der Geschädigte begnügte sich nicht damit und strengte einen Prozeß an trotz der ihm erteilten Warnung. Diese schien berechtigt angesichts der Schwierigkeiten, die im vorliegenden Falle für den Nachweis der Verantwortlichkeit des Arbeitgebers bestanden.

C. Neuhaus (Münster i. W.).

Clauberg, C., und K. W. Schultze: Die Folgen der Sterilisierung und der Kastration bei Mann und Frau. (*Univ.-Frauenklin., Königsberg i. Pr.*) *Z. ärztl. Fortbildg* 31, 425—430 (1934).

Die Sterilisation beeinflußt in der Form, in der sie heute ausgeübt wird, als sog.

Tubensterilisation, den Organismus der Frau in keiner Weise. Eher könnte man dies bei der Sterilisation des Mannes annehmen. Hier könnte man daran denken, daß durch Sekretstauung eine Atrophie der samenbildenden Zellen eintritt. In der Tat bezog ja Steinach hierauf und auf die von ihm angenommene Hypertrophie der Leydig'schen Zwischenzellen die „Verjüngung“. Verff. sind dagegen geneigt, anzunehmen, daß diese Deutung irrtümlich ist. Eine Hypertrophie der Zwischenzellen ist nicht zu beobachten. Wahrscheinlich handelt es sich bei der nach der Steinach'schen Operation beobachteten Steigerung des Tonus lediglich um die Folgen der Wiederresorption des Samens. Diese Wirkung tritt besonders dann ein, wenn der Eingriff am Hodenhilus erfolgt, weil dann die Spermastase rascher einsetzt als bei der Vasoligatur. Die Wirkung ist bei der heute durchwegs geübten Methodik gering und zeigt sich bei jugendlichen Patienten nur wenig, nur bei Greisen könnte sie eine vorübergehende Evolution bewirken. In keinem Falle aber zeigt sich auch beim Manne irgendeine schädliche Folge der Sterilisation. Einen viel nachhaltigeren Eingriff stellt die Kastration dar. Man muß die präpuberale, die puberale und die postpuberale Kastration mit ihren Folgen gesondert betrachten; auch kann man wegen der Beziehungen der endokrinen Drüsen untereinander die Folgen der Keimdrüsenentfernung nicht ätiologisch, sondern nur symptomatisch rubrizieren, und zwar hinsichtlich der Wirkung auf die Psyche und auf die verschiedenen Funktionen des Soma. Am einschneidendsten ist die Wirkung bei der präpuberalen, am wenigstens eingreifend die postpuberale Kastration. Aber immer ist die Wirkung außerordentlich mannigfaltig, besonders auch in psychisch-reaktiver Hinsicht. Man hüte sich deshalb davor, im Einzelfalle etwas über die Folgen der Kastration vorauszusagen. Man hüte sich aber auch davor, die Bedeutung der Entmannung für den Gesamtorganismus zu überschätzen. Wirklich bedrohliche Erscheinungen werden durch den Ausfall der Geschlechtsdrüsen nie ausgelöst. Unter Berücksichtigung auch der Langeschen Feststellungen kommen Verff. zu dem Ergebnis, daß Psyche und Konstitution der einzelnen Individuen für die Folgen der Entmannung ebenso wichtig sind wie der Eingriff selbst. Bezüglich der psychischen Wirkungen der Kastration scheint nur festzustehen, daß sie beim Mann die Aktivität herabsetzt.

Meggendorfer (Erlangen).^{oo}

Laves, W., und F. Spath: Ärztliche Erfahrungen im zweiten Grazer Sterilisierungsprozeß. (*Inst. f. Gerichtl. Med. u. Chir. Klin., Univ. Graz.*) Wien. klin. Wschr. 1934 I, 449—454.

1932 kam die Polizei in Graz einer linkspolitisch eingestellten Organisation mit dem Sitz in Graz auf die Spur, die seit einigen Jahren in Arbeiterkreisen in Steiermark, Wien und Niederösterreich für die Sterilisation der Männer zum Zwecke des folgenlosen Geschlechtsverkehrs warb. Die Eingriffe wurden in Graz hauptsächlich von Medizinstudierenden, die zum Teil noch im vorklinischen Abschnitt standen, ausgeführt. Trotzdem und trotz der mangelhaften Einrichtungen waren nur zweimal Verwicklungen eingetreten, eine Nachblutung und eine Infektion mit schweren Allgemeinerscheinungen. Die Eingriffe bestanden in Unterbindung des Samenleiters, Durchtrennung desselben mit Unterbindung bloß eines oder beider Enden und in Ausschneidung eines Stückes des Samenleiters. Verff. hatten Gelegenheit, als Sachverständige in dem Strafprozeß 100 Männer im Alter zwischen 18 und 45 Jahren zu untersuchen, bei welchen seit dem Eingriff verschieden lange Zeit (von 5 Stunden bis zu 4 Jahren) vergangen war. Außer den Narben war am Samenleiter an der Unterbrechungsstelle ein meist deutlicher Tastbefund zu erheben. Außerdem fühlte sich das hodenwärtige Stück, der Nebenhoden und in fast der Hälfte der Fälle auch der Hoden praller an. Wiederholt fand sich eine Drehung der Hoden. Unter 25 Fällen, in welchen entleerter Samen untersucht werden konnte, fand sich 23mal Azoospermie, 2mal Oligospermie, bei einem Mann (einem der beiden eben erwähnten ? Ref.) war 5^{1/2} Monate nach dem Eingriff Oligonekrospermie und erst nach 8 Monaten Azoospermie festzustellen. Von 3 Männern, deren einer 6 Monate nach dem Eingriff starb, deren beide andere einige Jahre später durch Erschießen ums Leben kamen, konnten die Hoden untersucht werden. Beim ersten fehlte die Samenbildung vollkommen (Todesursache nicht angegeben. Ref.), bei den beiden anderen war sie nur herdweise zu erkennen.

Eine nach den Angaben der Untersuchten durchschnittlich zu beobachtende Häufigkeitszunahme im Geschlechtsverkehr deuten Verff. als Steinach-Effekt, ohne den von ihnen in anderem Zusammenhang berücksichtigten Wegfall der hemmenden

Schwängerungsfurcht zu erwägen. Mit Rücksicht auf die theoretische Möglichkeit einer „Rückoperation“ nehmen die Verff. in ihrem Gutachten „Verlust der Zeugungsfähigkeit“ (§ 156 Österr. St.G.) nicht an. In Versuchen an Hunden konnte der eine von ihnen (Spath) bei 7 von 12 Tieren eine durchgängige Lichtung wiederherstellen. Was die Samenbildung anlangt, nehmen die Verff. an, daß sie sich beim Menschen nach vorübergehendem völligem Darniederliegen wieder einigermaßen erholt. Sie stellen einen ausführlichen Bericht in dieser Zeitschrift in Aussicht. *Meizner* (Innsbruck).

● **Wolf, Ch.: Die Kastration bei sexuellen Perversionen und Sittlichkeitsverbrechen des Mannes.** Basel: Benno Schwabe & Co. 1934. XII, 300 S. RM. 16.—.

Das vorliegende Werk, das wir der Anregung de Quervains (Bern) verdanken, gliedert sich in einen allgemeinen und einen besonderen Teil. Im allgemeinen Teil werden wir ausführlich mit den körperlichen Grundlagen des Geschlechtstriebes und all den mannigfaltigen Beziehungen bekanntgemacht, die die Keimdrüsen als Organ mit innerer Sekretion mit dem Gesamtorganismus verbinden. Der besondere Teil bringt uns die Schilderung der vom Verf. selbst beobachteten und der aus der Literatur ermittelten Fälle von Kastration bei sexuellen Perversionen und Sittlichkeitsverbrechern und deren statistische Bearbeitung. Auf Grund der gemachten Feststellungen werden sodann die Anzeigen und Gegenanzeigen für die Kastration entwickelt und so dem ärztlichen Gutachter und dem richterlichen Beamten eine auf Tatsachen fußende Anleitung zu einer vernünftigen und erfolgverheißenden Handhabung des Gesetzes, das die Entmannung von Sittlichkeitsverbrechern vorsieht, geboten. Näher auf den reichen Inhalt dieses äußerst wertvollen Buches einzugehen, erübrigt sich, da es meinem Dafürhalten nach Pflicht jedes Arztes und Juristen, der bei der Beschlußfassung über die Vornahme der in Rede stehenden Operation mitzuwirken hat, ist, sich selber durch die Lektüre mit den Ausführungen des Verf. vertraut zu machen.

v. Neureiter (Riga).

Lange, J.: Kastration vom Standpunkt des Psychiaters. Med. Klin. 1934 II, 1081—1084.

Der Aufsatz beschäftigt sich in der Hauptsache mit der Frage, welche Folge die Entmannung für das Seelenleben haben kann (es wird nur die Kastration des Mannes behandelt). Während die diesbezüglichen Berichte aus früheren Zeiten völlig unzuverlässig sind, liegen neuerdings bessere Beobachtungen vor. Verf. selbst hat die Versorgungsakten der Kriegsteilnehmer durchgearbeitet, die durch verstümmelnde Schußverletzungen entmannt wurden, sowie diejenigen von Soldaten, die an Genitaltuberkulose litten und so der Kastration verfielen. Zu der Schizophrenie ließ sich nur insofern eine Beziehung finden, als in einem Falle die schizophrene Seelenstörung erst nach der Entmannung deutlich wurde und in den Wahnhaltungen neben anderen Komplexen auch die Entmannung eine Rolle spielte. Ursächliche Beziehungen bestehen sicherlich nicht, ebensowenig zwischen Kastration und Epilepsie. Wenn auch ausgesprochene manisch-depressive Verläufe im zeitlichen und wesentlichen Zusammenhang mit der Entmannung nicht beobachtet wurden, so traten doch bei 90 von 320, also in 28% der Fälle Verstimmungszustände der verschiedensten Art auf. Wie viele dieser Zustände dem cyclothymen Formenkreis zuzuordnen sind, läßt sich nicht sagen. Insgesamt wurden 5 Selbstmorde gemeldet, von denen 4, nach Ansicht des Verf. mit Unrecht, auf die Kastrationsfolgen zurückgeführt wurden. Nachdem auf 320 Männer im Alter von 30—60 Jahren 3—4 Selbstmorde zu erwarten sind (in 20 Jahren), entspricht die gefundene Zahl der Erwartung. Mit dem Verlust der spezifisch männlichen Eigenschaften hängt das Ausbleiben gewisser psychischer Reaktionen zusammen, die sonst besonders häufig bei Männern zur Beobachtung kommen (z. B. manche paranoide und querulatorische Entwicklungen). In nicht wenig Fällen treten jene Erscheinungen auf, welche für das weibliche Klimakterium charakteristisch sind, jedoch nicht unmittelbar nach der Entmannung, sondern erst, wenn sich die Kastraten dem 40. Lebensjahre nähern. Es kann sich also wohl nicht um eine unmittelbare und alleinige Wirkung

des Keimdrüsenverlustes handeln. Vielmehr scheint ein Vorgang zutage zu treten, den die weiter funktionierenden Geschlechtsdrüsen beim normalen Manne für gewöhnlich abdämpfen. Hysterische und psychopathische Erscheinungen kommen bei den Kastraten ebenso vor wie bei anderen Kriegsbeschädigten auch. Bei etwa 25% der Fälle hat die Entmannung anscheinend keinen besonderen Einfluß auf die Lebensgestaltung und das Seelenleben ausgeübt; man kann dies mit Wahrscheinlichkeit aus dem Umstande schließen, daß sich diese Kastraten seit etwa 10 Jahren nicht bei den Versorgungsbehörden gemeldet haben. Bei der großen Mehrzahl trat eine recht günstige soziale Entwicklung zutage, die der dem Entmannten häufig eigenen Stetigkeit und Selbsthaftigkeit entspricht. Auch für die Beziehungen zum anderen Geschlecht ist ein überraschend normales Verhalten festzustellen. Nicht weniger als 75% der ledigen Kastraten haben Ehen geschlossen. Die Libido blieb bei zahlreichen Personen jahrelang erhalten, ebenso die Potenz, letztere allerdings in abnehmendem Maße. Wenn auch die Kastration als Gesamterlebnis für den einzelnen zu Anfang sehr häufig schwere seelische Konflikte mit sich bringt, so pflegen die meisten Durchschnittsmenschen unter ihnen doch relativ rasch mit diesem Erlebnis fertig zu werden. Im ganzen gesehen widersprechen die Erfahrungen Langes grundsätzlich nicht den Bestimmungen des Gesetzes gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher. Wo überstarke Triebkräfte an der Wurzel von Sittlichkeitsverbrechen liegen, ist der Eingriff unzweifelhaft angezeigt. In Frage gestellt erscheint der Erfolg bei jenen Verbrechen, die ein Mißverhältnis zwischen Potenz und Libido zur Voraussetzung haben, da ja die Entmannung letztere weit weniger beeinträchtigt als erstere. In diesen Fällen ist Vorsicht und genaue Individualisierung am Platze. Die Abänderungen der Triebrichtung, wie sie nach Entmannung gelegentlich beobachtet werden, fallen praktisch nicht ins Gewicht. — Das vorzügliche, klare und kritische Referat L. über das außerordentlich wichtige Problem verdient größte Beachtung insbesondere von seiten der gesetzgebenden Instanzen. Seine Erfahrungen sollten für die weitere Entwicklung der Legislative richtunggebend sein.

Luxemburger (München)._o

Erbbiologie und Eugenik.

Méhely, L. v.: Blut und Rasse. Z. Morph. u. Anthropol. **34**, 244—257 (1934).

Den Ausgangspunkt der Untersuchungen Méhelys bilden neuere Arbeiten, in denen die Verf. die Einteilung der europäischen Bevölkerung nach Rassen als wissenschaftlich unbegründet ablehnen. Dem stellt M. gegenüber, daß die Menschengesamtheit doch aus körperlich und seelisch qualitativ verschiedenen Rassen besteht. An Hand von Blutuntersuchungen stellt M. fest, daß das Blut für die Rassenforschung eine bedeutende Rolle spielt. Der „Blutindex“ stellt ein Rassenmerkmal dar, dem zwar keine größere Bedeutung beizumessen sei, als der Kopf- und Gesichtsform oder der Augen- und Haarfarbe, da die Blutstruktur nur ein Merkmal zur Erforschung der Rassenzugehörigkeit sei. Größere Bedeutung mißt Verf. der Blutstruktur für die Beurteilung einer rassenmäßig sich nicht schädlich auswirkenden Kreuzung zu. Je geringer der serologische Abstand [Wellisch, Z. Rassenphysiol. **1**, 21 (1928)] ist, desto weniger treten nachteilige Folgen für die Nachkommenschaft ein. M. stellte dahingehend eingehende Untersuchungen an. Er fand, daß die Kreuzung zwischen Ungarn (Verf. sieht die Ungarn als Vertreter der ostbaltischen Rasse an) und Schwaben (als Vertreter der alpinen Rassephysiologisch nicht unrichtig ist, während die Verbindung der ungarischen und nordischen Rasse nicht nur körperlich und seelisch minderwertige, sondern auch kriminell mißratene Nachkommen hervorgehen läßt, ebenso wie auch die Kreuzung zwischen der ungarischen und jüdischen Rasse, bedingt durch den „serologischen Abstand“. Verf. beschließt seine Arbeit mit der Mahnung, unbedingt daran festzuhalten, daß, obwohl nicht alle Rassenmischungen üble Folgen haben, nur die strenge Bewahrung der Rassengrenzen unser Ideal sein kann, das zu pflegen und hochzuhalten ist. *Köster.*_o