

subjektiven Beschwerden und schließlich von peritonitischen Reizerscheinungen. Zur Annahme des Kausalzusammenhanges zwischen Ruptur und Trauma ist ein exakter Operations- bzw. Sektionsbefund erforderlich. Das Duodenum rupturiert nach Ansicht des Verf. besonders leicht in der Gegend des oberen Knicks. Es ist hier am Pankreas und an der Wirbelsäule fixiert. Die im Darm enthaltene Flüssigkeit kann infolge der Nähe des Pylorus bei Einwirkung der Gewalt hinreichend ausweichen. Es kommt daher gerade an dieser Stelle nicht selten zur Ruptur. *B. Mueller.*

Hansen, Gerhard: Der Tod durch Ertrinken. (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Hamburg.*) Hamburg: Diss. 1937. 19 S.

Der Wert der Dissertationsarbeit besteht in der Bestätigung der allgemein anerkannten charakteristischen Befunde Karl Reuters beim Ertrinkungstod an einem Material von 323 Fällen. *W. V. Beck* (Königsberg i. Pr.).

Brix: Zur Verteidigung des Schäferschen Verfahrens für Nothelfer bei der Wiederbelebung Ertrunkener. *Mshr. Unfallheilk.* 45, 251—259 (1938).

Bei der Empfehlung von Wiederbelebungsverfahren ist nach Verf. zu berücksichtigen, ob das Verfahren Ärzten, Berufshelfern oder Nothelfern empfohlen werden soll. Für letztere empfiehlt Verf. das Schäfersche Verfahren, weil es einfach zu erlernen und auszuführen sei und daher Fehler und Schädigung bei seiner Anwendung am ehesten vermieden würden. Als Vorteile des Schäferschen Verfahrens führt Verf. das leichte Herausfließen von Wasser aus dem Körper nach Ertrinken und die günstigen Bedingungen für das Freisein und Freihalten der Luftwege an. Als Nachteile werden die geringe Atembreite (im Vergleich zu den Verhältnissen bei Anwendung des Sylvesterschen Verfahrens) und die Belastung des Brustkorbes durch das Gewicht des eigenen Körpers und durch den Druck des Retters genannt. Verf. erörtert diese Vor- und Nachteile und nimmt zu den insbesondere von Mijnlieff gemachten Einwänden gegen das Schäfersche Verfahren Stellung. Er regt an, an einer zentralen Stelle Berichte über Wiederbelebungsfälle zu sammeln und diese auszuwerten. Er schlägt hierzu einige besonders wichtige Fragestellungen vor. Wie wenig brauchbar solche Berichte sind, haben die Verff. offenbar nicht bekannten Erhebungen über Wiederbelebungsfälle gezeigt, die in den Jahren 1926—1934 durchgeführt und vom Referenten in der Schriftenreihe des Reichsgesundheitsamtes veröffentlicht wurden (vgl. diese *Z.* 28, 119).

Estler (Berlin).

Strittige geschlechtliche Verhältnisse. Sexualpathologie. Sexualdelikte.

Guitarte, A., und R. Melgar: Über Begattungsunfähigkeit des Mannes. (*Hosp. de las Mercedes, Buenos Aires.*) *Semana méd.* 1938 I, 321—330 [Spanisch].

Die Arbeit faßt unsere heutigen Kenntnisse in einer ausführlichen Darstellung ohne wesentlich Neues zusammen. Nach einer allgemeinen Einleitung werden behandelt: Sexuelle Inkoordination, Egoismus, Unkenntnis und Unerfahrenheit, Leichtfertigkeit, Roheit, Ejaculatio praecox u. ä. Zum Schluß besprechen Verff. unmittelbare (Masturbation) und mittelbare Folgen: gegenseitige Abneigung, Perversionen, psychische Störungen, Ehebruch. *K. Rintelen* (Berlin).

Hitschmann, Eduard: Psychogene Spermatorrhöe. *Psychiatr. Bl.* 42, 28—37 (1938).

Verf. berichtet ausführlich über 5 Fälle von Spermatorrhöe und illustriert daran, daß sie häufig als Folge längerer Enthaltensamkeit nach aufgegebenem Geschlechtsverkehr oder aufgegebenener Onanie in Erscheinung treten und rein psychogen bedingt sein kann, ohne daß ein entzündlicher Prozeß vorausgegangen ist. Die Feststellung, daß häufig eine Neigung zu Homosexualität oder psychoanalytisch der Befund einer unbewußten Homosexualität und gelegentlich eine Kombination mit Kryptorchismus vorliegt, spricht nach Ansicht des Verf. dafür, daß in manchen Fällen von Spermatorrhöe außer der psychogenen Komponente eine organische Veranlagung besteht.

Lüth (Rostock)._o

Moszkowicz, Ludwig: Über falschen und echten Kryptorchismus. Arch. klin. Chir. 192, 209—235 (1938).

Nach Auffassung des Verf. werden unter der Bezeichnung Kryptorchismus wesensverschiedene Zustände zusammengefaßt. In einem Teil der Fälle handelt es sich gar nicht um diese Anomalie. Beim echten Kryptorchismus ist der Hoden primär unterentwickelt und läßt sich schwer oder gar nicht in den Hodensack bringen. Seine Entstehung wird damit erklärt, daß abnormerweise der männlichen Differenzierung eine weibliche Entwicklungsphase voranging, in welcher ein Ligamentum latum ausgebildet wurde, das die beiden Hoden aneinander fixiert. Beim echten Kryptorchismus ist dieses Band als Verdickung des Bauchfells an der Harnblasenrückseite nachweisbar. Die Hodenhypoplasie kann weder durch Operation noch durch Hormonbehandlung gebessert werden. Die Entfernung solcher hypoplastischer Hoden ist geboten, weil diese oft unreife Zellstränge enthalten, die zur malignen Entartung neigen. *Schrader.*

Büttner, A.: Hodenbefunde bei Verschuß der Samenwege und ihre Bedeutung für die Behandlung der Unfruchtbarkeit. (*Chir. Univ.-Klin., Göttingen.*) Zbl. Chir. 1938, 1282—1286.

Während in Leisten- und Bauchhoden die Samenbildung selbst bei erhaltener Wegsamkeit der Samenwege schwindet, ist die Ausreifung eines Hodens sonst weitgehend von deren Durchgängigkeit unabhängig. Nach altem entzündlichem Verschuß unterscheidet sich der Hoden feingeweblich nicht wesentlich von dem anderen Hoden (Simmonds und Richter). Ebenso fand Verf. bei einem 22jährigen trotz angeborenen Samenleiterverschlusses Samenzellbildung im Nebenhodeninhalt. Operative Samenleitersperre führt beim Menschen gleichfalls nur zu geringen Rückbildungserscheinungen am Hoden (Laves und Spath); zumindest tritt nach Schädigung weitgehende Erholung ein. So enthielten bis zu den Samenleiterstümpfen erweiterte Nebenhoden 2¹/₂ Jahre nach Unfruchtbarmachung zusammengeballte Samenfädenhaufen. Damit ist eine wesentliche Voraussetzung zur operativen Behandlung der Unfruchtbarkeit (bei Erbgesundheits) nach Nebenhodenenentzündung erfüllt. Sie sollte daher häufiger chirurgisch angegangen werden (End-zu-End-Verbindung über einem Stützfaden oder Einpflanzung des Samenleiters in den Hoden). Wichtig ist der Nachweis von Samenfäden in dem als Brücke verwandten Anastomosenteil.

Kresiment (Berlin).

Muller, M., et P. Macquet: Corps étrangers de l'urètre et de la vessie. (Fremdkörper der Harnröhre und der Blase.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 9. V. 1938.*) Ann. Méd. lég. etc. 18, 447—456 (1938).

Berichte über 10 eigene Beobachtungen. 3 davon werden als chirurgische bezeichnet, bei denen gelegentlich therapeutischer Bemühungen abgebrochene Katheterstückchen in der Blase blieben, die übrigen als erotische, bei denen die Fremdkörper durch Masturbation eingedrungen waren. Unter diesen befanden sich 6 Männer und nur 1 Frau, vertreten waren die Altersklassen von 28—70 Jahren, meist handelte es sich um beschäftigungslose und leicht schwachsinnige Personen. Mehrfach fanden sich Haarnadeln, Teile von Früchten, Stengel von Gräsern. Die Vorhersage ist bei rechtzeitiger Diagnose und Operation gut. *Giese* (Jena).

Apin, Liau: Über Priapismus. (*Chir. Univ.-Klin., Hamburg.*) Hamburg: Diss. 1937. 27 S.

Es wird über einen Fall von Priapismus nach operierter perforierter Appendicitis berichtet. Die Frage der Ätiologie und Symptomatik dieses verhältnismäßig seltenen Krankheitsbildes wird an Hand des Schrifttums besprochen und dabei besonders auf die durch Obduktionen gewonnenen Erkenntnisse eingegangen. Dabei wird der Ansicht beigetreten, daß der Priapismus nicht zentral, sondern peripher bedingt ist und wird im eigenen Fall als durch entzündliche Reizung peripherer Nerven entstanden erklärt. Die Therapie, besonders Indikation und Ausführung der operativen Eingriffe, sowie die Heilerfolge werden zum Schluß eingehend besprochen. *Manz.*

Cleghorn, R. A., H. H. Hyland, J. R. F. Mills and E. A. Linell: Hypogonadism associated with invasion of the mid-brain and hypothalamus by a pineal tumour.

(Hypogonadismus, verbunden mit einer Invasion des Zwischenhirns und Hypothalamus durch einen Zirbeltumor.) (*Dep. of Med. a. Path. a. Div. of Neuropath., Univ. a. Med. Serv., Toronto Gen. Hosp., Toronto.*) *Quart. J. Med.*, N. s. 7, 183—209 (1938).

Sehr eingehende und ausführliche klinische, besonders aber anatomische Beschreibungen eines Falles eines Pinealoms bei einem 25jährigen Mann.

Der Tumor hat sich sehr langsam entwickelt im Laufe von 4 Jahren und als Frühsymptom eine langsam zunehmende Schlafsucht verursacht. Allmählich zeigten sich Charakteränderungen in Form von zunehmender Trägheit und Langsamkeit, so daß der Patient, der früher ein sehr guter Arbeiter war, in seinen Leistungen erheblich nachließ. Gegen Ende bestanden Klagen über schlechtes Sehen und Kopfschmerzen, doch konnte an den Augen kein objektiver Befund erhoben werden. In sexueller Hinsicht fiel vor allem ein sehr starker Hang zur Onanie auf. Die Hoden waren auffallend klein, die Sekundärbehaarung nach femininem Typ. Die Verkleinerung der Hoden soll sich bereits im Alter von 17 Jahren vollzogen haben. Pathologisch-anatomisch zeigten die Hoden eine völlige Atrophie der Tubuli seminiferi und eine Hyperplasie der interstitiellen Zellen. Die akzessorischen Geschlechtsdrüsen sind in makroskopischer und mikroskopischer Hinsicht völlig normal. Die Hypophyse erwies sich als intakt. Ebenso die übrigen inkretorischen Drüsen. Im Gehirn fand sich ein Pinealom, das das Zwischenhirn und den Hypothalamus zum Teil infiltriert hatte. Das Auffallendste des Falles ist das Verhalten der Geschlechtsdrüsen, die nur einen teilweisen Ausfall, der ganz auf die Tubuli seminiferi beschränkt ist, aufweisen. Nach einer Diskussion der verschiedenen Möglichkeiten kommen die Verf. zu dem Schluß, daß der Pinealtumor direkt oder indirekt eine Zerstörung der zu der Hypophyse führenden Bahnen des Zwischenhirns bewirkt hat. Die Hypophyse hat offenbar ein Übermaß an Luteinisierungshormon sezerniert. *Jores (Hamburg).*

Stewart, R. M.: Pseudohermaphroditismus, adiposity, polyuria, and hyperglycaemia. An infundibulotuberian syndrome. (Pseudohermaphroditismus, Adipositas, Polyuria und Hyperglykämie. Ein tuberoinfundibuläres Syndrom.) *J. of Neur.*, N. s. 1, 68—79 (1938).

Fallbeschreibung mit klinischem, pathologischem und histopathologischem Befund bei einem 16jährigen Jungen, bei dem im 3. Lebensjahr eine Entwicklung zu typischer Dystrophia adiposogenitalis einsetzte. Verzögerung des Wachstums. Intellektuelles Zurückbleiben. Mit 5 Jahren Störung des Wasserhaushalts, hochgradige Polydipsie und Polyurie. Später Einsetzen von Schlafsucht, Auftreten von Hyperglykämie und Glykosurie. Röntgenologisch Verkleinerung der Sella, pathologisch-anatomisch Verkleinerung des Vorderlappens der Hirnanhangsdrüse. Im Hypothalamus chronisch-degenerative Veränderungen der Nervenzellen des Nucl. tubercis lat., supraopticus und paraventricularis. Gliose dieser Gegend.

Die Entscheidung, ob es sich um eine angeborene Vulnerabilität im Sinne Gowers handelt oder eine vasculäre Störung für die pathologischen Veränderungen verantwortlich ist, hält Verf. für unmöglich. Die Art der Veränderungen lassen auf einen sehr chronischen Prozeß schließen. Das klinische Bild hält Verf. für ein tuberoinfundibuläres Syndrom. *Günther (Berlin).*^o

Giache, Nicola: Su di un caso di pseudo-ermafroditismo con nodulo aberrante di tessuto cortico-surrenale nel meso ovarico. (Über einen Fall von Pseudohermaphroditismus mit einem abberrierten Knötchen von Nebennierenrindengewebe im Mesovarium.) (*Sez. Roentgen-Radiumterap., Clin. Ostetr. e Ginecol., Univ., Modena.*) *Monit. ostetr.-ginec.* 10, 291—299 (1938).

Eine 40jährige V.-Gebärende brachte nach normaler Entbindung ein Kind mit einer Hypospadie zur Welt, das nach 3 Wochen an Bronchitis starb. Die Leichenöffnung ergab, daß die Vagina blind endigte. Das innere Genitale war vollständig weiblich. Als Besonderheit fand sich nun noch ein Knötchen von 2 mm Durchmesser, das aus Nebennierenrindengewebe bestand, und innen am rechten Eierstock hing. Im Hinblick auf neuere Lehren von der Bedeutung der Nebennieren für den Pseudohermaphroditismus erwägt Verf. die mögliche Wirkung dieses Knötchens und lehnt sie ab. Er schlägt vor, daß dem Arzt in Fällen unsicherer Geschlechtsbestimmung bei Neugeborenen erlaubt werde, „zweifelhaftes Geschlecht“ anzumelden, und die Entscheidung zu verschieben. *Gerstel (Gelsenkirchen).*

Polzer, K., und A. Priesel: Weibliches Zwittertum bei Geschwistern. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Prostata bei weiblichen Intersexen. (*Path.-Anat. u. Bakteriolog. Inst., Krankenanst. Rudolfstiftung, Wien.*) *Frankf. Z. Path.* 51, 257—285 (1937).

Die Obduktion und histologische Durchuntersuchung von 4 weiblichen, d. h. in den

Keimdrüsen nur Eierstockgewebe beherbergenden Zwittern, darunter 2 Geschwistern ergab stets Prostatagewebe, das in einem Falle auch dorsal von der Vagina gefunden wurde. Die Verff. erblicken in ihren Beobachtungen eine Bestätigung der Ansicht von Moszkowicz, daß alle Zwitter eine Prostata besitzen. Bislang wurde Vorsteherdrüsen-gewebe bei Zwittern mit Eierstöcken stets nur kranial vom Müllerschen Hügel um die Urethra angeordnet gefunden. Die Verff. erklären das zum Teil damit, daß diese verkümmerten Drüsenanlagen bei fortschreitendem Wachstum der Scheide und infolge Alterns eine Rückbildung erfahren, so daß sie nur bei ganz jungen weiblichen Intersexen histologisch nachweisbar sind. Versucht man die Goldschmidtsche Drehpunktslehre auf die menschlichen Zwitter anzuwenden, ergeben sich verschiedene Schwierigkeiten. Die Verhältnisse scheinen bei den Säugetierintersexen verwickelter und schwieriger zu sein als bei den Schwammspinnern, an denen Goldschmidt seine Versuche angestellt hat. Deren Entwicklungsgang verläuft ja gänzlich unabhängig vom mütterlichen Organismus, insbesondere von dessen hormonalen Einflüssen. Auch sonst haben die Verff. Bedenken gegen eine uneingeschränkte Annahme der Intersexualitätslehre und ihre bedingungslose Übertragung auf den Säuger und besonders den Menschen.

Wiethold (Kiel).

Mishell, Daniel R.: Familial intersexuality. A report of three unusual cases. (Familiäre Intersexualität. Ein Bericht über 3 ungewöhnliche Fälle.) Amer. J. Obstetr. **35**, 960—970 (1938).

Die 3 eingehend untersuchten Schwestern stammten aus einer Familie, in der noch weitere Störungen der Geschlechtsentwicklung vorkamen: 2 Halbschwestern der Mutter waren amenorrhöisch, bei der einen wurde Aplasie des Uterus festgestellt. Die Schwestern hatten noch 9 Geschwister, von denen 3 in der Kindheit starben. Von den lebenden Geschwistern (dabei 5 weiblich) konnten alle untersucht werden, nur eine war gesund, die anderen zeigten verschiedene innersekretorische Störungen: Kinderlosigkeit, hypophysäre Fettstoffwechselstörungen, Hypomenorrhöe usw. Über die 1. Schwester wird berichtet: Weiblicher Typ, Wesen und Stimme, gut entwickelte Brüste, kein Achselhaar, normales äußeres weibliches Genitale. Es bestanden beiderseitige Inguinalhernien, aus denen je ein Hoden operativ entfernt wurde. Es fand sich nur ein blinder Vaginalschlauch, kein Uterus. Im Harn war reichlich Oestron vorhanden, nach dem Eingriff wenig Prolan. Die 2. Schwester hatte fast gleiches Aussehen und Beschwerden, die bei ihr durchgeführte Operation der Leistenbrüche ergab gleichfalls 2 Hoden, deren Epithelien bis zu Spermatogonien entwickelt waren, sowie einige tubuläre Adenome. Die 3. Schwester zeigte durchaus ähnliches Verhalten und Befunde, wurde aber nicht operiert. Das Vorkommen von weiblichem Sexualhormon bei Bestehen von Hodengewebe wird als aktive Tätigkeit des Testesgewebes erklärt, die nach der Exstirpation der Hoden einsetzende Sekretion von gonadotroper Substanz durch die Kastration.

Gerstel (Gelsenkirchen).

Ostertag, Helmut: Über glandulären Hermaphroditismus beim Schwein unter besonderer Berücksichtigung des histologischen Bildes. (Prosektur, Städt. Krankenh., Karlsruhe.) Frankf. Z. Path. **51**, 344—362 (1937).

Der Verf. hat 7 Fälle von Hermaphroditismus beim Schwein untersucht, von denen 6 echte Zwitter weiblicher Gestaltung waren, die auf der einen Seite funktions-tüchtige Eierstöcke, auf der anderen Seite Hoden besaßen. Bei dem 7. Fall handelte es sich um eine vollständige Zwitterbildung der glandulären und tubulären Geschlechtsorgane beiderseits. Das histologische Bild des Hodengewebes war in allen Fällen durch mächtige Zwischenzellenwucherung und Verfettung der Hodenkanälchen ausgezeichnet, was der Verf. auf die intraabdominelle Lage, die Funktionslosigkeit und den Sonderstoffwechsel des Zwitterorganes zurückgeführt. Bei der genetischen Erklärung des Hermaphroditismus teilt der Verf. den vermittelnden Standpunkt Priesels zwischen der alten Klebschen Einteilung und der Goldschmidtschen Intersexualitätslehre, wobei er dem hormonalen Antagonismus eine wesentliche Bedeutung beimißt. Vor allem

geht er auf die Rolle der Nebennieren für das Zustandekommen des Hermaphroditismus ein.

Wiethold (Kiel).

Pich, Gertraude: Ein Beitrag zur Kenntnis des glandulären Hermaphroditismus. (Intersexualität mit gynandromorphem Einschlag.) (*Path. Anat. u. Bakteriolog. Inst., Krankenanst. Rudolfstiftung, Wien.*) Beitr. path. Anat. **100**, 460—505 (1938).

Außerordentlich gründlich beschriebener, grundsätzlich vielleicht sehr wichtiger Fall.

Eine 63jährige, unverheiratete Hilfsarbeiterin, die an einem pachymeningitischen Bluterguß (bei Männern häufiger) zugrunde gegangen war, erwies sich als Zwitter. Klein (145 cm), zart gebaut, mit männlichem Gesichtsausdruck, männlicher Behaarung. Nur an der rechten Bauchseite war die Schambehaarung mehr weiblich begrenzt. Die äußeren Geschlechtsteile boten die bei Zwittern gewöhnlichste Form. In der Mitte zwischen Eichelspitze und After eine trichterförmige Öffnung. Von der linken Leiste zog sich eine hühnereigroße Vorwölbung gegen die linke Schamlippe hin. Sie enthielt einen leeren Leistenbruchsack und in einer von diesem abgeschlossenen Tunica vaginalis eine stark verkümmerte Keimdrüse mit Hydatide ohne Nebenhoden und das freie Ende eines verkümmerten Eileiters mit Fimbrien; kein Huntersches Leitband. Dagegen fand sich, aus dem Leistenkanal gegen die linke Schamlippe ausstrahlend, ein rundes Mutterband. Die übrigen inneren Geschlechtsteile waren sehr unscheinbar, erhoben sich kaum über den Beckenboden. Mehr rechts lag eine kleine Gebärmutter mit verhältnismäßig großem Halsteil, der ohne Portio in die leicht cystisch erweiterte Scheide mündete. Vom Gebärmutterkörper gingen beide Eileiter als sehr dünne Stränge ab, der rechte von einem stärker ausgezogenen Gebärmutterhorn. Sein Fimbrienende war besser ausgebildet als links. Ein breites Mutterband war rechts kaum angedeutet. — Zwischen dem Eileitertrichter, dem Ende eines Ligamentum ovarii proprium und dem Ende der Vasa spermatica fand sich, durch eine 12×7 mm im Durchmesser haltende weiße Verdickung des Bauchfelles gekennzeichnet, ein kleines Keimdrüsenfeld, in dessen tieferen Schichten sich ein Netz von Retekanalchen und Haufen von Zwischenzellen fanden. Von Keimgewebe war nichts zu sehen, auch keine Spuren von Corpora albicantia. Verf. sieht dieses rechte Keimdrüsenfeld, das auch im Aufbau des Bindegewebes sehr dem Befunde bei angeborenem Eierstocksmangel glich, für einen früh verkümmerten Eierstock an. An seiner Oberfläche war hie und da ein Überzug kubischen Epithels zu erkennen. In der linken Keimdrüse lag unter einer gut entwickelten Albuginea mit kubischem Deckepithel „eine wechselnd dicke — meist nur schmale — Zone kernreichen Gewebes mit wirrer Faseranordnung, welche dem Grundgewebe des normalen Eierstockes völlig gleicht“. Nach innen davon, rund $\frac{1}{3}$ der Gesamtschnittfläche einnehmend, kamen hyaline Reste von Hodenkanälchen, zwischen ihnen knotig angeordnete Anhäufungen von stark pigmentierten Zwischenzellen, die teilweise bis über 2 mm im Durchmesser haltende Verbände bildeten. Gegen die Pforte zu kam ein gut ausgebildetes Rete, das stellenweise weit in das Keimdrüsenparenchym hineinreichte. Verf. stellt sich vor, daß die erwähnte Schicht zwischen Albuginea und Hodenparenchym einmal während des Fruchtalters weibliches Keimgewebe enthalten hat, daß man es also links nicht einfach mit einem Hoden, sondern mit einer Ovariotestis zu tun hatte. Zwischen Keimdrüse und Eileitertrichter lagen beiderseits Urnierenkanälchen, links reichlicher entwickelt, doch nicht vom Bau eines Nebenhodens. Reste Wolffscher Gänge fehlten völlig. Die Vereinigung von Scheide und Harnröhre war von einer Prostata umgeben, die links etwas weiter mündungswärts hinabgerückt war. — Die Nieren waren beiderseits leicht tiefgelagert.

Die ausführliche Beschreibung des Falles führt in ein Gestrüpp von Hypothesen, auf die hier nicht eingegangen werden kann. Das grundsätzlich Wichtige an dem Fall liegt in einer Art Halbseitenzwittertum, wie es beim Menschen noch nicht beobachtet ist. In Übereinstimmung mit dem überwiegenden Geschlecht der beiden Keimdrüsen stand die verschiedene Begrenzung der Schambehaarung an den beiden Bauchseiten, weiters, abgesehen von der verschiedenen Ausbildung der Geschlechtsgänge, die Tatsache, daß das Becken links mehr männlich gestaltet war und das von Moskowicz als Kennzeichen männlicher Anlage betrachtete tiefere Hinabreichen der Prostata auf der Seite des Hodens.

Meixner (Innsbruck).

Steiner, E.: Die Strafbarkeit der widernatürlichen Unzucht nach dem Schweizerischen Strafgesetzbuch. Schweiz. med. Wschr. 1938 I, 656—657.

Das Schweizerische StGB. bestraft nicht mehr die Unzucht unter Personen des gleichen Geschlechts als solche. Es geht von der Anschauung aus, daß lediglich unmündige Personen gegen Verführung durch Personen des gleichen Geschlechts geschützt werden müssen. Den nämlichen Schutz genießen Personen, die von anderen durch ein Amts- oder Dienstverhältnis abhängig sind oder die sich in einer Notlage befinden.

Weiterhin werden aber diejenigen bestraft, die die gleichgeschlechtliche Unzucht gewerbsmäßig, also gegen Bezahlung, ausüben. Theoretisch unterliegen insgesamt beide Geschlechter gleichmäßig der Bestrafung; praktisch ist das bei Frauen wegen des schwierigen Nachweises der Voraussetzungen aber kaum von Bedeutung. — Unzucht mit Tieren wird nach dem Schweizerischen StGB. nur bestraft, wenn dadurch öffentliches Ärgernis erregt wird oder wenn damit Tierquälerei verbunden ist.

Hans H. Burchardt (Berlin).

Schwangerschaft. Fehlgeburt. Geburt. Kindesmord.

Jakob, Endré: Über die Schwangerschaftsreaktion nach Vischer-Bowman. *Magy. Nögyógy.* 7, 4—5 (1938) [Ungarisch].

Die Vischer-Bowmansche Reaktion wurde in 100 Fällen (teils Gravide, teils Nichtgravide) ausgeführt mit dem Ergebnis, daß sie nicht einmal zur Stellung einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose geeignet ist. Elek (Budapest).°

Uhlich, Arnold: Der Wert der Kustallowschen Schwangerschaftsreaktion mit Infusionstieren. (*Univ.-Frauenklin., Rostock.*) *Zbl. Gynäk.* 1937, 2796—2797.

Das Prinzip der Reaktion beruht darauf, daß Infusorien in einem Tropfen Wasser ihre Bewegung nach Zugabe von Schwangerenharn ändern sollen, während der Harn Nichtschwangerer die Bewegung der Tiere nicht beeinflussen soll. Eine Nachprüfung konnte die Angabe in keiner Weise bestätigen und die Reaktion wird klinisch als unbrauchbar abgelehnt. Kurt W. Schultze (Elberfeld).°°

Hinck, Olive: Der Wert der Kustallowschen Schwangerschaftsreaktion mit Infusionstieren. Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit von Uhlich im *Zbl. Gynäk.* 1937, Nr. 49, S. 2796. (*Univ.-Frauenklin., Leipzig.*) *Zbl. Gynäk.* 1938, 478—479.

Hinck hat die von Kustallow angegebene Methode in 22 Fällen mit dem Urin Schwangerer nachgeprüft und kommt zu dem gleichen Ergebnis wie Uhlich, daß der Reaktionseintritt von der Tatsache einer vorhandenen Schwangerschaft unabhängig ist. Die Bewegungsstockung und das Absterben der Infusorien hängt allein von der Konzentration des Urin ab, gleichgültig ob er von einer Graviden, einer Nichtgraviden oder einem Mann stammt. Ebenso ist es vom Konzentrationsgrad abhängig, wenn eine Salzlösung verwandt wird. (Uhlich, vgl. vorstehendes Ref.) Bergemann.°

Litzenberg, Jennings C.: The endocrines in relation to sterility and abortion. (Die Beziehung der innersekretorischen Organe zu Sterilität und Abort.) *J. amer. med. Assoc.* 109, 1871—1873 u. 1877—1880 (1937).

Sterilität und Abort werden nicht selten durch Funktionsstörungen der Hypophyse, der Ovarien oder der Schilddrüse bewirkt. — Bei primärer Amenorrhöe gibt es bisher kein Mittel, eine Ovulation hervorzurufen und damit eine Vorbedingung für Schwangerschaft zu schaffen. Große Mengen von Hypophysenvorderlappenhormon und Fehlen von Follikelhormon im Harn weisen darauf hin, daß die Störung unmittelbar die Ovarien betroffen hat. Behandlung mit Follikelhormon ist nutzlos, denn keine Drüse wird durch ihr eigenes Hormon angeregt. Vorderlappenhormon oder Prolan verbesserte die Erfolge nicht, wohl aber Schilddrüsenhormon, auch dann, wenn der Grundumsatz nicht wesentlich erniedrigt war. — Frauen mit funktionellen Blutungen sind häufig steril; zahlreiche „Strichabrasionen“ ergaben, daß in kaum der Hälfte der Fälle das klassische Bild der glandulären Hyperplasie vorhanden war. Es überwog bei den funktionellen Blutungen zwar weit die Proliferationsphase des Endometriums, man fand aber auch Schleimhäute, die sich in der Sekretionsphase oder in atrophischem Zustand befanden. Die Therapie muß sich hier immer nach dem histologischen Bild richten. — Für die Fälle von „Pseudomenstruation“ (regelmäßige Blutungen ohne Ovulation) gibt es noch keine Behandlung. — Habituelle Abort ist häufig bei Frauen, die schwer empfangen; Progesteron wird als Mittel der Wahl empfohlen. — Bei der Beurteilung der Ergebnisse der Sterilitätsbehandlung mit Hormonen beweist der Verf. größte Kritik. Das Hormon, dem die meisten Erfolge zuzuschreiben