

ich den Grad der Amblyopie erkennen, so wurden auf der Seite des angeblich amblyopischen Auges anstatt einer Linie drei oder vier feine Linien gezeichnet. Kam das Gesamtbild, ein Kreuz, zum Vorschein, so war monokuläre Amaurose ausgeschlossen, und konnten die erwähnten Linien auf Seite des angeblich amblyopischen Auges gezählt werden, so war normale Sehschärfe dieses Auges auch konstatiert. Es mussten diese Linien im letzteren Falle eine solche Entfernung von einander besitzen, dass deren Zahl gerade noch durch ein normal sehkräftiges Auge unterschieden wurde.

Eine andere analoge Methode ist nach Rabel Rückhardt dadurch gegeben, dass man verschieden farbige Linien, welche sich in ihrem Mittelpunkt kreuzen, sowohl dem rechten, als linken Felde des Stereoskops darbietet. Sind die Farben für's rechte Auge andere, als für's linke, so wird das Gesamtbild eine Sternfigur sein, wo sowohl die Farben des rechten, wie des linken Objektes figurieren und die Simulation monokulärer Amaurosis ist erkannt.

K) Boudon (Recueil d'Ophthalm. 1877) gibt zwei Methoden an. Die eine zur Erkennung von Amaurose besteht darin, dass man zwei Prismen von circa 15 Grad mit der Basis nach aussen vor die Augen bringt; vor einem Prisma befindet sich ein rothes, vor dem anderen ein blaues Glas. Als Objekt dient eine Kerzenflamme. Wir bekommen dann gekreuzte Doppelbilder der Flamme, welche ausserdem, den Gläsern entsprechend, verschiedenartig gefärbt sind. Die verschiedenen Farben der Gläser lassen die Fusion der Bilder nicht zu Stande kommen; Prof. Albrecht v. Graefe ist zufolge seiner vorher zitierten Methode der Fusion der Doppelbilder dadurch ausgewichen, dass er die Basis des Prismas in vertikaler Richtung hielt. Die Modifikation dieses Verfahrens durch Boudon hat den Vortheil, dass die Doppelbilder gekreuzt erscheinen und dadurch die Vorzüge, welche wir bei Besprechung der Methode von Vieusse erwähnten, zum Vorschein kommen.

Im Falle von Simulation herabgesetzter Sehschärfe bedient sich Boudon eines aus zwei Röhren zusammengesetzten Apparates, deren Länge 20—30 Ctm. beträgt und an deren Okular sich 20gradige Prismen mit der Basis nach aussen befinden. Am Objektiv sind kleine bewegliche Blätter mit Figuren, welche rechts und links verschieden sind, oder mit Snellen'schen Sehproben angebracht, um sofort die Sehschärfe zu erkennen. Es ist dies eine unwesentliche Modifikation des Verfahrens von Vieusse, da wir hier auch gerade so wie beim Brewster'schen Stereoskop durch Prismenwirkung gekreuzte Bilder zweier Objekte erhalten, nur dass bei der Boudon'schen Methode die Prismen hochgradiger sein müssen, indem hier die Objekte $5\frac{1}{2}$ —6 Ctm. von einander entfernt sind, während beim Vieusse'schen Verfahren deren Entfernung von einander bloss ein Centimeter beträgt. Die Länge der Rohre, resp. die Entfernung der Objekte, macht Konvexgläser am Okular, welche das Brewster'sche Stereoskop besitzt, hier überflüssig.

Ich bin bei Anwendung der Boudon'schen Methode auch mit schwächeren Prismen ausgekommen, wenn ich die Rohre gegen das Objektiv hin konvergent machte, so dass sich dieselben in der Nähe des Objektivs mit ihren inneren Wänden berührten. Als Objekt dienten mir auf Fensterglas aufgeklebte Buchstaben, welche, in einen Metallring eingefügt, am Objektiv angeschraubt wurden. Bewaffnete ich noch die Augen des zu Untersuchenden mit zwei abduzierenden Prismen, so hatte ich mir in einfacher Weise einen dem Boudon'schen ähnlichen Apparat hergestellt.

L) Snellen (Zehender's klin. Monatsbl. für Augenheilkunde 1877) gibt folgende sehr brauchbare Methode an: Es werden rothe und grüne Buchstaben binokulär angesehen, während das sehkräftige Auge entweder mit einem rothen, oder grünen Glase bewaffnet ist. Bekanntlich werden grüne Buchstaben, durch ein rothes Glas gesehen, undeutlich. Dasselbe ist auch der Fall, wenn man rothe Buchstaben durch ein grünes Glas ansieht. Werden nun in unserem Falle

sowohl grüne, als auch rothe Buchstaben deutlich gesehen, so ist der Inquisit erpapt.

Nehmen wir den Fall linksseitiger Amaurose an, so dürften beim Vorhalten eines rothen Glases vor das rechte blos die rothen Buchstaben, keineswegs jedoch die grünen erkannt werden. Das Umgekehrte müsste beim Vorhalten eines grünen Glases vor diesem Auge der Fall sein. Werden sowohl grüne und rothe Buchstaben gleichzeitig gesehen, so kann dieses nur mit Hilfe des angeblich amaurotischen oder amblyopischen Auges geschehen und der Simulant ist in dieser Weise entlarvt.

M) Martin (Recueil de mém. des méd. milit. 1878) exkludirt das angeblich sehkräftige Auge dadurch, dass er durch zwei Oeffnungen in einen viereckigen Kasten sehen lässt, welcher an seiner rückwärtigen Wand Schriftskalen trägt. Während der zu Prüfende liest, wird vor das angeblich sehkräftige Auge durch eine Oeffnung, welche der obere Boden des Kastens trägt, ein Stab vertikal herabgelassen und dieses Auge hiedurch vom Sehakte exkludirt. Liest der Inquisit jetzt weiter, so ist er der Simulation von monokulärer Amaurosis oder Amblyopie überführt. Es ist dies, wie man sieht, eine Modifikation der von Coignet vorher erwähnten Methode, mittelst eines Bleistiftes das sehkräftige Auge vom Sehakte auszuschliessen.

N) Maréchal (Recueil de mém. des méd. milit. 1879). An der Schmalseite eines Kastens von 27 Ctm. Länge und 17 Ctm. Breite befinden sich Oeffnungen für die Augen. Neben einem jeden derselben, und zwar in den Ecken der Seitenwände mit der Okularwand können verschieden gefärbte Kugeln befestigt werden. In der Mitte der anderen Schmalseite ist ein Spiegel angebracht, dessen Breite geringer ist, als die Entfernung der Augen von einander. Das rechte Auge sieht die Kugel in der linken Ecke, das linke in der rechten Ecke u. s. w. Es scheint, dass Maréchal mit diesem Apparate gekreuzte Positionen der Bilder zweier Objekte hervorbringen will, ein Verfahren, welches viel leichter durch die oben erwähnte Methode von Vieusse bewerkstelligt wird, wodurch derartige komplizierte Apparate überflüssig werden²⁾.

(Fortsetzung folgt.)

Ein neues Symptom der Pericarditis.

Von Dr. E. PINS in Wien.

(Schluss.)

Der zweite Fall, in meiner Beobachtungsreihe der sechste, verdient nach mehrfacher Richtung hin eine grössere Beachtung.

P. B., 17 Jahre alt, von schlankem, zartem Körperbau und sehr anämischer Gesichtsfarbe, erkrankt am 20. Dezember 1887 unter Schüttelfrost an heftigen Schmerzen in der Präcordialgegend und Athembeklemmung. Puls 120, Temperatur 40, Respiration 48. Husten nicht vorhanden. Die Untersuchung der Lunge ergibt vollkommen normale Verhältnisse. Die Herzdämpfung ist nach beiden Durchmessern etwas vergrössert. Der Herzstoss im 6. Interkostalraume senkrecht unter der Brustwarze zu fühlen. Die Herztöne blasend, aber deutlich zu unterscheiden, der 2. Aortenton gespalten.

²⁾ Einen ähnlichen Kasten hat auch Pless konstruirt. Der Kasten von Gr. Petrescu oder Sichel, welcher dasselbe bezweckte, hat ebenfalls zwei Oeffnungen am Okular. An der Rückwand des Apparates befinden sich zwei Probeobjekte (Figuren, Buchstaben). Die Okulare sind so gestellt, dass die Visirlinien sich vor dem Objekt in der Weise kreuzen, dass das rechte Auge das links gelegene, das linke Auge das rechts gelegene Objekt sieht. Durch in horizontaler Richtung verschiebbare Diaphragmen, welche an den Seitenwänden des Apparates angebracht sind, kann unbemerkt von Seite des Simulanten je nach Belieben bald das rechte, bald das linke Auge vom Sehakte ausgeschlossen werden; der Simulant, welcher in Unkenntniss darüber ist, dass er mit vor den Objekten gekreuzten Visirlinien sieht, wird angeben, dass er mit dem angeblich amaurotischen oder amblyopischen Auge sieht und dass er mit dem Auge, mit dem er früher gut zu sehen behauptet hat, jetzt nicht sieht, und wird sich dadurch verrathen. — Die Priorität der Erfindung dieses Kastens vindizirt sich sowohl Sichel als Gr. Petrescu.

Am folgenden Tage ist bei gleichen objektiven Symptomen die Herzdämpfung bedeutend vergrößert und zeigt die Dämpfungsfigur die Form eines abgestutzten Kegels, dessen Basis im 7. Interkostalraume vom linken Sternalrande bis 2 Ctm. über die linke Mamillarlinie reicht und dessen obere Grenze in eine Breite von ungefähr 3 Ctm. am 3. Rippenknorpel sich befindet. Bei der Untersuchung in sitzender Stellung ist im Bereiche der Herzbasis deutliches knatterndes Reibegeräusch zu hören, welches aber in horizontaler Lage wieder verschwindet. Am Abende desselben Tages waren die Schmerzen in der Herzgegend geschwunden, dafür aber traten Schmerzen in beiden Schultergelenken und in den Hüften auf.

22. Dezember Morgens: Mässige Schmerzen und Schwellung in den meisten Gelenken, um die Knie- und Ellbogengelenke einzelne Petechien sichtbar. Puls klein, 120, Temp. 38.2, Respiration 48—50. Die obere Grenze der Herzdämpfung reicht bis an den 2. Rippenknorpel, auch die seitliche Grenze ist über die Mitte des Sternums nach rechts hinaus gerückt, Herzstoss verbreitert, aber schwächer. Reibegeräusch wieder nur beim Sitzen hörbar, die rechtsseitige V. jugularis strotzend gefüllt und undulirend. Die Untersuchung der Lunge an der vorderen Brustwand, sowie rechts hinten ergibt nichts Abnormes; links hinten oben unbestimmtes Athmen, unter dem Winkel der linken Skapula wird der Perkussionsschall dumpfer, um bald darauf in den vollkommen leeren Schall zu übergehen. Die Dämpfung entspricht dem ganzen linken unteren Lungenlappen. In der Mitte der gedämpften Partie ist tiefes bronchiales Athmen zu hören, in der Peripherie ist das Athmungsgeräusch unbestimmt, der Fremitus ist überall erhalten, in der Mitte der Dämpfung sogar etwas verstärkt. Patient wird, da er es gut verträgt, in die Knieellbogenlage gebracht und in dieser Stellung untersucht. Sofort ändert sich der Befund. An Stelle der Dämpfung ist tympanitischer Schall, statt des bronchialen ist unbestimmtes Athmen zu hören, die frühere schwache Bronchophonie ist ganz geschwunden. Der Herzstoss ist deutlicher und überdies im 3. und 4. Interkostalraume das knatternde Reibegeräusch auch fühlbar. Nachdem Patient wieder die Rückenlage eingenommen und kurze Zeit ausgeruht hat, wird er in sitzender Stellung wieder untersucht, wobei genau die früheren Verhältnisse wieder gefunden werden.

23. Dezember. Schmerzen in der Herzgegend bedeutend nachgelassen, das Reibegeräusch nur hier und da zu hören, sonst status idem.

24. Dezember. Gelenkschmerzen in den unteren Extremitäten zugenommen, der Schmerz in der Herzgegend ganz geschwunden; Respiration 56, Puls 120, Temp. 38.8; Dämpfung und Bronchialathmen links hinten unten in sitzender Stellung deutlich ausgeprägt, bei stark vornübergebeugtem Oberkörper wieder verschwunden.

25. und 26. Dezember. Status idem, Reibegeräusch nicht zu finden.

27. Dezember. Bis auf die Gelenkschmerzen befindet sich Patient subjektiv viel besser. Die Herzdämpfung ist etwas kleiner, das Reibegeräusch in sitzender Stellung wieder zu hören, dagegen ist die Dämpfung links hinten unten ganz geschwunden, Athmungsgeräusch daselbst vesikulär. Stimmfremitus normal. Puls 104, zeitweilig aussetzend, Respiration 42, Temp. 38.8.

30. Dezember. Herzdämpfung vom 3. bis zum 6. Interkostalraume vom linken Sternalrande bis zur linken Mamillarlinie; Herzstoss etwas nach einwärts von dieser schwach fühlbar, kein Reibegeräusch, Herztöne dumpf, etwas blasend, 2. Aortenton einfach zu hören.

1. Jänner 1888. Sämmtliche Zeichen der Pericarditis geschwunden, Gelenkschmerzen bedeutend nachgelassen, die Petechien resorbirt.

5. Jänner. Der Gelenksrheumatismus ganz geschwunden.

8. Jänner. Patient verlässt das Bett.

15. Jänner. Ohne dass Patient das Zimmer verlassen hätte, stellen sich abermals heftige Schmerzen in der Herzgegend, Athemnoth und Fieber ein, linkes Schulter- und Ellbogengelenk, sowie beide Handgelenke schmerzhaft. Herzdämpfung vom 3. bis zum 6. Interkostalraume, in letzterem erstreckt sich der Querdurchmesser vom linken Sternalrande bis zur Axillarlinie, Herzstoss bis

2 Ctm. über die Mamillarlinie verbreitert, kein Reibegeräusch zu hören, in welcher Lage immer der Patient untersucht wird. Herztöne dumpf, über dem linken Ventrikel ist der systolische Ton stark blasend, 2. Pulmonalton auffallend verstärkt, 2. Aortenton verdoppelt, Halsvenen stark gefüllt. Die Untersuchung der Lunge ergibt nichts Abnormes. Respiration 56, Puls 120, klein, Temp. 40, kein Husten. Um die Kniegelenke wie an den Waden schmerzhafte ödematöse Schwellung der Haut und zahlreiche Petechien.

Diagnose. Akuter Gelenksrheumatismus mit Pericarditis exsudativa (hämorrhagica?) und Peliosis rheumatica.

16. Jänner. Fieber mässiger (39.2), kein Reibegeräusch hörbar. An der oberen Hälfte der linken hinteren Thoraxwand klingt der Perkussionsschall weniger hell, als an der rechten; 2. Querfinger unterhalb des Angulus Scapulae wird er ganz leer und dumpf, diese Dämpfung erstreckt sich nur 3 Querfinger weit nach abwärts, worauf tympanitischer Schall zum Vorschein kommt, der Querdurchmesser derselben reicht von der Wirbelsäule 4 Finger breit nach aussen. Während an der ganzen rechten Hälfte der hinteren Brustwand pueriles, vesikuläres Athmen zu hören ist, erscheint dasselbe links hinten oben, sowie am linken unteren Lungenrande unbestimmt; über der absoluten Dämpfung ist starkes trockenes, bronchiales Athmen zu hören. Legt sich jedoch der Kranke behufs Erleichterung seiner Brustschmerzen auf die linke Seite mit dem Gesichte nach abwärts, so ist die absolute Dämpfung und das bronchiale Athmen verschwunden. Der Perkussionsschall ist tympanitisch und das Athmungsgeräusch rau, vesikulär, mässiger Hustenreiz.

17. Jänner. Brustschmerzen nachgelassen, sonst hat sich nichts geändert. Der wechselnde Befund an der hinteren Brustwand ist wieder nachweisbar, Hustenreiz fast ganz aufgehört.

18. Jänner. Die äussere Grenze der Herzdämpfung ist etwas nach einwärts gerückt. Bei längerer Untersuchung und stärkerem Drucke mit dem Stethoskop ist bald während der Systole, bald während der Diastole, bald in der Pause ein sehabendes Geräusch im 3. Interkostalraume neben dem Sternum zu hören. Der 2. Aortenton ist nunmehr deutlich begrenzt, das Phänomen der wechselnden Kompression des linken unteren Lungenlappens weiter nachweisbar. Fieber mässiger (38.6).

19. und 20. Jänner. Die Blutextravasate beginnen sich zu resorbiren. Puls 116, klein, Temp. 38, Respiration 44, Reibegeräusch nicht hörbar, sonst status idem.

21. Jänner. Herzdämpfung abermals etwas kleiner, bei nach vornüber gebeugtem Oberkörper ist das Reibegeräusch wieder zu hören, ebenso das wechselnde Kompressionsphänomen über der linken unteren Lunge nachweisbar.

22. Jänner. Reibegeräusch auch in sitzender Stellung zu hören, das Lungenphänomen verschwunden. Herzdämpfung ist nach einwärts bis an die Mamillarlinie gerückt, Spitzenstoss etwas deutlicher im 6. Interkostalraume zu fühlen.

26. Jänner. Die Herzdämpfung ist nur mässig vergrößert, Dämpfungsfigur normal, kein Reibegeräusch, der systolische Ton der Bicuspidalis noch stark blasend, 2. Pulmonalton stark accentuirt, Halsvenen von normaler Füllung. Nach weiteren 8 Tagen waren sämmtliche Gelenkschmerzen sowie jede Spur der Peliosis geschwunden. Patient fühlte sich kräftig und musste seinem dringenden Wunsche, das Bett zu verlassen, willfahrt werden. Kaum hatte er aber einige Schritte im Zimmer gemacht, da traten die Petechien und das Oedem an den unteren Extremitäten in viel grösserer Ausdehnung als zuvor wieder auf, er bekam Herzklopfen und Schwindel und musste wieder zu Bette gebracht werden. Fieber ist nicht wieder aufgetreten, ebenso kam kein Symptom der Pericarditis mehr zum Vorschein, allein die endocarditischen Erscheinungen persistirten noch durch 2 Monate. Die Peliosis breitete sich nach und nach über den ganzen Körper aus und erst nach 3 Monaten konnte Patient geheilt das Bett verlassen.

Als ich bei der ersterwähnten Patientin vor ungefähr 8 Jahren die in Rede stehenden Erscheinungen zuerst wahrnahm und durch den wechselnden Befund zur Ueberzeugung gelangte, dass es sich nicht um eine Komplikation mit einem Lungenprozesse handeln könne, schenkte ich der Sache mehr

Aufmerksamkeit. Allein in der Literatur *) der Pericarditis suchte ich vergebens nach diesem Symptomenkomplexe. Allenthalben findet sich zwar die Andeutung, dass bei sehr reichlichem Ergüsse in's Pericardium auch die Lungen komprimirt werden können, des Näheren wird jedoch auf den Gegenstand nicht eingegangen. Nur Bamberger erwähnt in seinem Lehrbuche der Herzkrankheiten, dass bei reichlichem Exsudate der linke untere Lungenlappen so stark komprimirt werden kann, dass daraus bronchiales Athmen resultiren und eine Komplikation mit Pleuritis vorgetäuscht werden könne. Allein auch Bamberger sagt nicht, unter welchen näheren Umständen diese Kompressionserscheinungen anzutreffen und unter welchen sie nicht zu finden sind; insbesondere wird des wechselnden Befundes bei Lageveränderungen keine Erwähnung gethan. Ich habe zwar im Ganzen nur in 6 Fällen (3 in Folge von Gelenksrheumatismus, 2 in Folge von Tuberkulose und 1 bei Morbus Brightii) von ausgesprochener Pericarditis das Symptom der wechselnden Lungenkompression gefunden; wenn man jedoch bedenkt, dass Pericarditis überhaupt nicht so häufig vorkommt, und dass sicher konstatierte Fälle zu den Seltenheiten gehören, so ist es schon zulässig, aus diesen wenigen Fällen einen allgemeinen Schluss zu ziehen. Es ist einleuchtend, dass dieses Symptom nicht in allen Fällen von Pericarditis gefunden werden kann, weil einerseits bei zu wenig Exsudat es überhaupt zu keiner Kompression kommen kann, andererseits bei zu reichlichem Exsudate ein Ausweichen des Herzens und der Flüssigkeit bei Lageveränderung nicht gut möglich ist. In ersterem Falle wird es überhaupt zu keiner absoluten Dämpfung und zu keinerlei Konsonanzerscheinungen kommen, in letzterem Falle werden wohl die Erscheinungen der Konsonanz vorhanden sein, bei Lageveränderungen jedoch wird sich an denselben nichts ändern. Ferner wird dieses Symptom in jenen Fällen von Pericarditis fehlen, bei denen es zur Verwachsung des Herzens mit dem Pericardium parietale gekommen ist, weil das fixirte Herz nicht so weit nach rückwärts sinken kann, um die Lunge zu komprimiren. In allen anderen Fällen aber muss es gefunden werden, wofern nach dieser Richtung untersucht wird.

Dass es trotz der mehrere Tage hindurch bestehenden Atelektase nicht immer zur bleibenden Induration im linken unteren Lungenlappen kommt, erklärt sich aus dem Umstande, dass die Kranken durch die bestehende Athemnoth gezwungen werden, von Zeit zu Zeit ihre Lage zu wechseln und zeitweilig aufzusitzen, wodurch jedesmal die Lunge entlastet und die Kompression derselben aufgehoben wird. In den Fällen, wo dieses durch allzu grosse Depression des Respirationencentrums nicht möglich ist, mag es auch zur bleibenden Induration der betreffenden Lungenpartie kommen und so der Exitus beschleunigt werden.

Sektionsbefunde stehen mir freilich nicht zur Verfügung, um meine Ansicht über das Zustandekommen der erwähnten Erscheinungen zu stützen, allein gerade in diesem Falle, wo es sich um wechselnde mechanische Vorgänge in vivo handelt, kann man auf dieselben leicht verzichten.

Das hier erwähnte Symptom kann zwar nicht den Anspruch erheben, als pathognomonisch für die Pericarditis zu gelten, wie ja für diese Krankheit überhaupt kein absolut charakteristisches Symptom existirt, allein es ist immerhin häufig genug anzutreffen, und kann daher in vielen Fällen zur Sicherstellung der Diagnose der Pericarditis herangezogen werden. Jedenfalls aber ist es geeignet, die herkömmliche Ansicht von der Häufigkeit der Komplikation der Pericarditis mit Pneumonie und Pleuritis auf das richtige Maass zurückzuführen.

*) Skoda: Auskultation und Perkussion. Leichtenstern, Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. XXI. Charité-Annalen Bd. II. Eichhorst.

Aus der polizeiärztlichen Praxis.

Unter dieser Rubrik beabsichtigen wir, kürzere Mittheilungen über Beobachtungen und Vorkommnisse in der polizeiärztlichen Praxis zu bringen, welche von allgemeinem medizinischen und speziell gerichtsarztlichem Interesse sind, für die Bearbeitung in grösseren Artikeln aber nicht genügend Stoff bieten. Wir erlauben uns hiemit, die Herren k. k. Polizeiarzte zur Mittheilung ihrer Beobachtungen einzuladen.
Die Redaktion.

1. Ein als Mädchen erzogener Hypospadiæus.

Vor kurzer Zeit erhielten Kollege Dr. Fuchs und ich Behufs polizeiärztlicher Behandlung die Mittheilung von der amtlich erstatteten Anzeige eines Mädchens, „dass ihre 18jährige Schwester Juliane ein Mann sei“. Unser nächster Gedanke war der, dass der Geisteszustand der Anzeigerin kein normaler sei, allein diese Voraussetzung wurde durch die präzise und sachgemässe Erzählung, wieso sie zu ihrer Entdeckung gekommen sei, widerlegt. Es wurde uns nun ihre „Schwester“ vorgeführt. Trotz der modernen weiblichen Frisur, der tadellosen weiblichen Toilette und des ganz korrekt ausgestellten Taufscheines machte ihre Stimme den Eindruck, dass es mit der Weiblichkeit der vor uns den Blick so züchtig senkenden Dame irgend einen Haken haben müsse. Der Gesamthabitus, die Stimme, ein leichter Anflug von Schnurbärtehen, sowie die derben grossknochigen Hände verriethen männlichen Typus. Der Brustkorb, die oberen und unteren Extremitäten, sowie das Becken zeigten männliche Formen. Gut behaarter Mons veneris. Der Penis gut entwickelt und erektionsfähig, jedoch verkürzt und gegen die Dorsalseite konvex gekrümmt, die Urethra endet an der Wurzel des Penis mit einem schlitzähnlichen, nur für eine Haarsonde passirbaren Orificium, aus welchem Harn und Same ohne Beschwerde entleert wird. Von diesem schlitzähnlichen Orificium zieht sich bis zur nicht durchbohrten Eichelspitze längs des kammähnlich gespannten Integumentes eine weisslich gefärbte, rinnenähnliche Furche, an welche das Präputium in der Gegend des fehlenden Frenulums angeheftet erscheint. Die genannte Furche zieht sich auch über die an der Wurzel des Penis gelagerte Urethralmündung hinaus, gegen das Scrotum hin und verliert sich in der Nähe des Perineum allmähig. Das Scrotum selbst erscheint in der Mitte wie eingeschnürt und in zwei ungleich grosse Hälften derart getheilt, dass es zwei parallel neben einander gelagerte halbkugelförmige Wülste darstellt, von welchen der rechte, grössere Wulst den normal entwickelten und der linke, kleinere Wulst den verkleinerten Hoden einschliesst. Sieht man von dem zwischen den Scrotalwülsten wie eingeschlossen gelagerten Penis ab, so ähnelt das Bild demjenigen zweier hochgradig ödematös geschweller Schamlippen.

Es unterlag mithin keinerlei Zweifel, dass wir es mit einem ausgesprochen männlichen Individuum zu thun hatten, welches nur die Abnormität der Penishypospadiæ zeigte. Die tiefe Einschnürung des Scrotums, durch welche letzteres die Form zweier halbkugelig, parallel neben einander gelagerter Wülste angenommen hat, verschuldete zweifellos die Verwechslung des Geschlechtes von Seite der Hebamme, welche diese Wülste als grosse Labien ansah, zwischen welchen der jetzt noch verkürzte Penis gelagert als Clitoris imponiren konnte. Hiezu kommt noch die abnorme Mündung der Harnröhre, um den Irrthum der Hebamme leicht verständlich zu machen. Und so wurde das Kind als Mädchen getauft und als solches erzogen, war durch längere Zeit als Kindsmädchen bedienstet, verkehrte in ihrem Kreise als Mädchen und galt auch als solches, bis ihrer Schwester der Mangel an Brustdrüsen, sowie das Ausbleiben der Menstruation auffiel und sie veranlasste, ihre Schwester einer Untersuchung zuzuführen.

Dr. W. Weis.

2. Ein Pseudohermaphrodit.

Ein 15jähriges, hochaufgeschossenes, wohlgezogenes Mädchen, das die übliche Mädchenbildung bereits hinter sich hatte und nur noch in höherer Handarbeit unterrichtet wurde, erschreckte seine Mutter durch einen rasch zunehmenden Bartwuchs. Dieselbe