

Kindestötung

M. Vest: Zur geburtstraumatisch bedingten Querschnittläsion des Rückenmarks (Hämatomyelie). [Univ.-Kinderklin., Basel.] *Ann. paediatr. (Basel)* 186, 321—337 (1956).

Vier Kinder: 1. Steißgeburt, Asphyxie, schlaffe Paralyse der Beine und des unteren Teiles des Rumpfes. Im Alter von 2 Jahren unverändert; gesteigerte Sehnenreflexe und Pyramidenzeichen; Anaesthetie der Körperoberfläche von der unteren Thoraxapparatur abwärts. Geistige Entwicklung normal. Unveränderter Zustand mit 12 $\frac{1}{2}$ Jahren. — 2. Extraduktion aus Steißlage wegen Absinkens der Herztöne. Oberarmfraktur links; Dyspnoe; schlaffe Lähmung der Beine, anfänglich ohne, später mit gesteigerten Sehnenreflexen; blutiger Liquor; Lähmung der Abdominal- und Lendenmuskulatur; Hyperpyrexie. Autopsie im Alter von 3 $\frac{1}{2}$ Monaten; Zerstörung des VI. und VII. Cervicalsegmentes. — 3. Entwicklung aus Steißlage bei Nabelschnurumschlingung. Dyspnoe; schlaffe Paralyse der Beine und unteren Körperhälfte; reine Zwerchfellatmung; xanthochromer Liquor; anfangs fehlende, später gesteigerte Patellarreflexe; Sensibilität fehlt an der unteren Körperhälfte. Es entwickelt sich beidseits eine Krallenhand mit Atrophie der Handmuskulatur. Verschiedentliche unerklärliche Fieberschübe. Tod mit 9 Monaten an Bronchiolitis. — 4. Innere Wendung und Extraduktion; erschwerte Armlösung, Asphyxie; schlaffe Lähmung der unteren Körperhälfte; Parese des rechten Armes vom Typ Klumpke mit Hornerschem Syndrom; anfänglich Urinverhaltung, später überdehnte Blase mit Harnträufeln; xanthochromer Liquor; zuerst Fehlen, später stark gesteigerte Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten mit Klonus; Zwerchfellatmung bei Lähmung der Intercostalmuskeln. Mehrmals Pyurien und Pneumonien; Hyperpyrexie; Sensibilität unterhalb der Clavicula aufgehoben. Patient jetzt 4 $\frac{1}{2}$ Jahre alt, kann nicht sitzen; Intelligenz normal. — Bei 3 Kindern war die Atmung fast rein diaphragmal, was zu einer charakteristischen glockenförmigen Deformierung des Thorax führt. — Anschließend zusammenfassende Besprechung des Themas. DOLLINGER^o

A. J. Bret et Ch. Coupe: La rupture du foie chez le nouveau-né. (Die Leberruptur beim Neugeborenen.) *Presse méd.* 1956, 1339—1340.

Bei etwa 3,5% aller Neugeborenen-Sektionen findet man Leberblutungen. Die Diagnose der (auch subcapsulären) Leberruptur stützt sich auf zwei unerläßliche Symptome: gleichmäßige fortschreitende „Stauung“ des Bauches und Dämpfung (matité) der rechten Flanke, gelegentlich mit Leberschwellung. Das Neugeborene ist sehr blaß, es besteht eine Anämie mit Verminderung des Prothrombins und der Thrombocyten. Differentialdiagnostisch sind Magenblutung, kongenitale Herzfehler, Neugeborenen-Pneumonie, hämolytische Anämie, Hämatothorax, Milzruptur, Nebennierenblutung und Hämangiom der Leber abzugrenzen. Die klinischen Symptome treten vom 1.—5. Tag nach der Geburt in Erscheinung. Die Leberruptur wird aufgefaßt als eine Manifestierung der „maladie hémorragique“ beim Neugeborenen. RAUSCHKE (Heidelberg)

Andras Dosa: L'azione del bacterium coli su alcuni tipi di ifomiceti patogeni. Importanza medico-legale della presenza di bacterium coli e di miceti nel canale gastroenterico di neonati. (Die Reaktion der Coli-Bakterien auf einige Typen von pathogenen Myceten. Gerichtsmmedizinische Bedeutung der Anwesenheit von Coli-Bakterien und Myceten im Magen-Darmkanal des Neugeborenen.) [Ist. di Med. Leg., Univ., Szeged.] *Zacchia* 31, 144—151 (1956).

Verf. hat nach seiner Darstellung das Vorhandensein einer antagonistischen oder antibiotischen Wirkung der Coli-Kolonien auf die Entwicklung von Myceto-Kolonien bewiesen. Er stellt die Hypothese auf, daß man auf Grund seiner bakteriologischen Befunde aus dem Magen-Darmkanal von Neugeborenen beurteilen kann, ob das Kind im Zeitpunkt der Geburt gelebt hat. Seine Auffassungen müssen allerdings — so meint er — noch durch weitere Untersuchungen bestätigt werden; ausführliches, vielfach ungarisches Schrifttum. B. MUELLER (Heidelberg)

Gerichtliche Geburtshilfe einschließlich Abtreibung

● **Wilhelm Malaniuk: Die Abtreibung und verwandte Delikte als Rechtsproblem.** Mit ein. ärztl. Vorwort von HANS ZACHERL. Graz-Wien-Köln: Verl. Styria, Rechtswiss. Abt. Ulrich Moser 1956. 70 S. DM 4.20.

Mit einem kurzen ärztlichen Vorwort und einer Einleitung des Verf., in der das Programm für die Arbeit aufgestellt wird, ist der Umfang des Buches abgesteckt, den der Verf. auf dem

Hintergrund des österreichischen Strafrechts in zusammenhängender Darstellung abschreitet. Der geschichtliche Überblick geht auf die wesentlichen Rechtsbestimmungen ein, die Definition der Begriffe, Schilderung der Tathandlung, der Schuldform, die Unrechtsausschließungsgründe werden, wie auch die Erscheinungsformen des Verbrechens mit vielen Einzelheiten und genauen juristischen Hinweisen dargestellt. Die Frage der Strafe wird aus dem Blickwinkel des verletzten Rechtsgutes unter Berücksichtigung der Täterpersönlichkeit und in bezug auf die Generalprävention angegangen. Im 3. Kapitel sind die einzelnen Deliktatbestände noch einmal aufgeführt und auch die strafbare Abtreibung der eigenen Leibesfrucht sowie boshafte Unterlassung der Verhinderung der Abtreibung und der Eingriff an einer Schwangeren durch eine Person ohne ärztliche Ausbildung, der leichtfertige Eingriff durch einen Arzt, Verheimlichung der Geburt und die Nichtanzeige erörtert. Die Abtreibung einer fremden Leibesfrucht, der eigenmächtige Eingriff an einer Schwangeren zu deren Rettung wird dargelegt. Mit der Kritik des geltenden Rechts schließt die alle Einzelheiten berücksichtigende Abhandlung, die ein sehr flüssiges Bild über die so wichtige Rechtsmaterie gibt.

HALLERMANN (Kiel)

K. Solth: Der Einfluß der Tragzeit und Geburtsdauer auf Entstehen von „Übertragungszeichen“. [Univ.-Frauenklin., Marburg a. d. Lahn.] Geburtsh. u. Frauenheilk. 15, 928—935 (1955).

Die allgemein bekannten intrauterinen Zeichen einer Übertragung (Fruchtwasseränderung, Verminderung und Fehlen der Käseschmiere, Epidermisablösungen, schlechter Hautturgor, Austrocknung) wurden am geburtshilflichen Material der Universitäts-Frauenklinik Marburg in den Jahren 1949—1954 durch den Verf. nach statistischen Gesichtspunkten bearbeitet. Es zeigte sich, daß einzelne dieser kindlichen Störungen auch bei lebend geborenen Kindern, die nicht übertragen sind, keine Raritäten darstellen. Sogar gekoppelt, d. h. mehrere der intrauterinen Zeichen, kommen in 20% vor. Das Übertragen des Kindes bei verlängerter Tragezeit ergibt nur eine teilweise Erklärung für das Entstehen derartiger intrauteriner Schädigungszeichen. Umgekehrt muß man statistisch zu dem Schluß kommen, daß das Auffinden solcher Zeichen nicht unbedingt auf eine Übertragung schließen läßt. Die Länge der Geburtsdauer spielt ebenfalls eine bedeutende Rolle bei Vorkommen solcher intrauterinen Gefahrenzeichen. Die Kombination der beiden Faktoren, d. h. verlängerte Tragzeit und Geburtsdauer, verursachen häufig dann die bekannten Gefahren für das Leben des Kindes. Es wird daher zur Verminderung des Risikos für das Kind der Schluß gezogen eine lange Dauer der Geburt möglichst zu vermeiden, besonders dann, wenn die Tragezeit die Grenzen der physiologischen Varianten, d. h. 295 Tage übersteigt.

FINKBEINER (Berlin)^{oo}

Ilse Martin: Zur Kenntnis der Fruchtwasserembolie. [Prosekt., F. Hanusch-Kranken., Wiener Gebietskrankenkasse f. Arbeiter u. Angestellte, Wien.] Frankf. Z. Path. 65, 467—477 (1954).

Erste deutschsprachige kasuistische Mitteilung des bisher hauptsächlich aus der amerikanischen und nordischen Literatur bekannten Krankheitsbildes der tödlichen Fruchtwasserembolie unter der Geburt. Es handelte sich um eine 43jährige Viertgebärende. Der Schwangerschaftsverlauf war unauffällig. 9½ Std nach Geburtsbeginn traten Atemnot, Schwindelgefühl, motorische Unruhe und Bewußtseinsverlust auf. Irgendwelche Bauchschmerzen oder Manipulationen am Bauch sind nicht voraufgegangen. 20 min später wurde nach lateraler Episiotomie eine Zangenentbindung vorgenommen, die zur Entwicklung eines reifen, jedoch stark asphyktischen Kindes führte, das 25 min nach der Geburt verstarb. Die Mutter war unter zunehmender Cyanose 10 min nach der Entbindung trotz intensiver therapeutischer Maßnahmen gestorben. Bei der Obduktion der Mutter wurde die Diagnose Fruchtwasserembolie aus der mikroskopischen Untersuchung des Lungenpreßsaftes gestellt. Bei dieser von der Verf. empfohlenen Methode war bereits makroskopisch eine Vermutungsdiagnose möglich. Aufschluß über die Ausdehnung der Lungenembolie durch Fruchtwasserbestandteile gab die histologische Untersuchung, wobei besonders die Verstopfung zahlreicher kleinerer Lungenarterienäste durch fettige Bestandteile hervorzuheben ist. Auch in den kleinen Arterien des Herzmuskels und der Nieren waren Fruchtwasserembolien nachzuweisen, die als paradoxe Embolien bei offenem Foramen ovale angesprochen wurden. Die Untersuchung des Uterus ergab eine vom Fundus halb gelöste Placenta; ein Riß der Placenta, der Korpus- oder Cervixwand war nicht feststellbar. Die Obduktion des Kindes ergab als Todesursache eine massive Fruchtwasserrespiration mit Erstickungsblutungen

in den serösen Häuten. In der Diskussion wird die von GROSS und BENZ angegebene Schnellmethode durch Zentrifugieren venösen Blutes erwähnt, die eine Diagnosestellung auch ohne Obduktion ermöglicht.

REINHARD POCHE (Düsseldorf)^{oo}

M. Berger: Über 1000 Fälle von spontanem und kriminellm Abortus. [Univ.-Frauenklin., Bern.] *Gynaecologia* (Basel) 140, 45—60 (1955).

Nach statistischen und tabellarischen Zusammenstellungen über die Häufigkeit von spontanen und kriminellen Fehlgeburten, über ihre Verteilung auf die Lebensalter und nach Aufgliederung in ätiologische Faktoren wird auf die Behandlung eingegangen. Bei 1000 Fehlgeburten wurde bei sicher oder wahrscheinlich kriminellm Eingriff ohne Rücksicht auf die Temperatur exspektativ oder konservativ vorgegangen. Jeder komplizierte Abort wurde konservativ behandelt. Jeder unkomplizierte Abort auch mit hohem Fieber wurde dann aktiv behandelt, wenn der Ck. sich mühelos bis auf die Breite einer großen Curette weiter dilatieren ließ, vorausgesetzt, daß kein krimineller Eingriff vorangegangen war. Die gleichzeitige Anwendung der Antibiotica in diesen Fällen bedeutet einen beachtlichen Fortschritt. Ein aktives Vorgehen ist ferner angezeigt bei schwerster Anämie und Kreislaufkollaps, um weiteren Blutverlust zu verhindern, sofern der Abort nicht kriminell und kompliziert ist, und der MM leicht zugänglich ist oder gemacht werden kann. Bei profuser Blutung als vitale Indikation wurde stets sofort ausgeräumt. Wegen der Gefahr entstehender Cervixläsionen durch Hegar-Dilatation wird bei geschlossenem MM grundsätzlich zugewartet. Bezüglich der Komplikationen bzw. Spätschäden ließ sich kein eindeutiges Resultat zu Lasten einer der Methoden feststellen. Der Klinikaufenthalt war bei aktivem Vorgehen deutlich verkürzt. Insgesamt betrug bei 1000 Fällen die Mortalität 0,1%, die Morbidität 3,4%. Es wird darauf hingewiesen, daß es trotz Anwendung breitspektrischer Antibiotica immer noch post abortum Infektionen gibt, die nur mühsam oder gar nicht einzudämmen sind.

E. C. LORK (Rostock)^{oo}

J. W. F. Scrimgeour and J. E. Carrick: Fatal air-embolism associated with ruptured uterus. (Tödliche Luftembolie bei Uterusruptur.) [Saint Mary's Hosp., Manchester.] *Lancet* 1955 I, 485—487.

Die Kombination von stiller Uterusruptur mit Luftembolie ist noch nicht beschrieben worden, es werden 2 Fälle mitgeteilt. — 1. 32jährige Erstgebärende; die Geburt war bis zur vollständigen Eröffnung des Muttermundes normal (22 Std); 50 min später hatte die Mutter plötzlich 140 Puls. Die Geburt wurde daher mit der Zange beendet, die Placenta sogleich exprimiert. Trotzdem erfolgte ohne ersichtlichen Grund weiterer Pulsanstieg und Blutdruckabfall mit Luft hunger und starken Rückenschmerzen, trotz wiederholter Infusionen trat nach 2 $\frac{1}{2}$ Std der Exitus ein. Sektion: kompletter Querriß der hinteren Uteruswand in Höhe des inneren Muttermundes, Kollaps von rechter Herzkammer und Vorhof, Luftblasen in der A. pulmonalis. 2. 40jährige Siebtgebärende, deren vorhergehende 6 Geburten normal gewesen waren. 5 Std nach Wehenbeginn normale Entbindung und Expression der Placenta, mit einer Blutung, die auf Ergometrin ansprach. 10 min später Übelkeit, Lufthunger, Cyanose, Schmerzen; auf Infusion keine Besserung des Schocks, nach $\frac{1}{2}$ Std Exitus. Die Sektion zeigte eine senkrechte Uterusruptur links bis ins Ligamentum latum hinein, Emphysem im Beckengewebe und bis zum Zerchfell links Luft in der oberen und unteren V. cava und der rechten V. ovarica. Die Uterusruptur dürfte in beiden Fällen spontan erfolgt sein, ob die Luftembolie durch die Expression der Placenta mitverursacht wurde, läßt sich nicht sagen. Die Rückenschmerzen könnten durch die Embolie verursacht sein. Vielleicht sind manche Fälle von Geburtsschock auf geringere, nicht tödliche Luftembolie zurückzuführen. Bei Expression der Placenta wird prophylaktisch empfohlen, daß die Patientin die Beine in Abduktion hält, um bei Wiederholung der Manipulation positiven Luftdruck in der Vagina zu vermeiden.

MOHR, (Calw)^{oo}

M. Kernbach, A. Artin, P. Barba, I. Bilegan und V. Fizi: Neue Befunde zur Histopathologie der Placenta. [Inst. de Med., Iasi.] *Bul. Ses. Stiint.* 1955, 839—849 [Rumänisch].

Histologische Untersuchungen an 300 menschlichen Placenten, die 4 Jahre hindurch dauerten. Verff. beschreiben von auffälligen, sonst wenig beachteten Befunden dystrophische und proliferative Vorgänge, Verkalkungen, fettige Entartungen, Glykogeneinlagerungen, Entzündungsprozesse, kleinen Tumoren, Entwicklungsstörungen und andere Veränderungen.

B. MUELLER (Heidelberg)

Mihai Kernbach: Untersuchungen über Nervenendigungen in der Placenta einiger Säugetiere. Stud. si cerc. Stiint. 6, 135—148 mit franz. Zus.fass. (1955) [Rumänisch].

Verf. fand bei serienmäßiger Untersuchung von Placenten von Säugetieren in ihnen freies Acetylcholin in großer Menge. Unter Benutzung von Versilberungsmethoden konnte er bei Untersuchung von Placenten von Katzen und anderen Versuchstieren Nervenendigungen nachweisen, wie sie sonst nicht vorgefunden wurden. Hinweis auf die Pawlowschen Untersuchungen.

B. MUELLER (Heidelberg)

K. Zimmer: Zur Therapie der Seifenintoxikation beim kriminellen Abort mit großen Bluttransfusionen (Austauschtransfusionen). [Univ.-Frauenklin., Frankfurt a. M.] Die Medizinische 1955, 1179—1181.

Verf. beschreibt die therapeutischen Möglichkeiten der Seifenintoxikation beim kriminellen Abort. Im Vordergrund der Behandlung steht nicht der Abort, sondern die Hämolyse und die durch die Nierenschädigung u. U. auftretende Anurie. Es wird darauf hingewiesen, daß es in verhältnismäßig seltenen Fällen nach intrauteriner Spülung mit Seifenlösungen zu einer schweren Intoxikation kommt. Nach den Beobachtungen des Verf. gelingt es beim Auftreten schwerer Vergiftungen diese durch ausgedehnte Austauschtransfusionen günstig zu beeinflussen. Das Leben der Patientinnen kann auf diese Weise u. U. gerettet werden, wenn nicht die degenerativen Nierenveränderungen hochgradig sind.

BOHNÉ (Frankfurt a. M.)

H. H. van Gelderen, J. Hermana Posthuma und J. H. de Haas: Geburtsgewicht und Unreife in den Niederlanden. [Afd. Gezondheidszorg. Nederl. Inst. v. Praevent. Geneesk., Leiden en Gezondheidszorg. T.N.O., 's-Gravenhage.] Nederl. Tijdschr. Verloskde 55, 31—57 (1955) [Holländisch].

Als Maßstab der Reife wurde das Geburtsgewicht genommen. Unter fast 8000 Neugeborenen waren rund 3,5% mit einem Gewicht unter 2500 g (Mittelwert 2185 g). Die Mädchengeburten überwogen, wie zu erwarten. Die Tatsache der Häufigkeitsverringerung niedriger Geburtsgewichte mit steigender Ordnungszahl der Geburt wurde bestätigt. Das Lebensalter der Mutter an sich war statistisch ohne Bedeutung. Unter 150 unter 2500 wiegenden Neugeborenen des Materials waren 28% über 47 cm lang (Technik der Messung nicht angegeben).

SCHLEYER (Bonn)

Berislav Beriç: L'importanza della colposcopia nell'accertamento della verginità. (Die Bedeutung der Kolposkopie für die Feststellung der Jungfräulichkeit.) [Ist. di Med. Leg. e Criminalist., Univ., Skoplje.] Zacchia 31, 39—43 (1956).

Die Kolposkopie ermöglicht: Besichtigung auch der Innenfläche des Hymens, sichere Unterscheidung angeborener Incisuren von Lacerationen und frischer von alten Deflorationsspuren. Ferner lassen sich neugebildete Granulationen am Rande von Einrissen, traumatische Unterbrechungen der Kontinuität von Capillaren, kleinste Hämatome und alte Narben kolposkopisch (besonders in monochromatischem Grünlicht) sehr gut erkennen. — Mitteilung von 2 Beispielen.

SCHLEYER (Bonn)

Streitige geschlechtliche Verhältnisse

J. H. Schultz: Perversionen des Liebeslebens. Z. psycho-somat. Med. 2, 1—12 (1955).

Übersichtsreferat mit reichlichen Literaturangaben, das sichtlich an des Verf. Buch „Organstörungen und Perversionen im Liebesleben“ [vgl. diese Z. 42, 228] anknüpft. Die liebende Vereinigung darf weder rein biologisch noch allein als „unio mystica“ angesehen werden. Auch in diesem Bereich hat der Mensch die Freiheit zu Varianten. Die Übergänge von den normalen Spielarten zu den Perversionen sind fließend. Bemüht man sich um begriffliche Abgrenzungen, so stößt man auf stereotype Einengung des Erlebnisbereiches, auf suchthafte Drangzustände, autistische Haltungen, Kontaktstörungen mit solipsistischem Modus der Befriedigung, Ambivalenzen solchem Verhalten gegenüber, Schuldgefühle, soziale Proteste. Generell spielen Reifungsverzögerungen eine große Rolle. Vielfach wird im einzelnen auf die reichhaltige Literatur eingegangen, in der sich für alle Kulturländer Problematik und Aktualität dieser Themen spiegeln. Besonders eingehend werden die analytisch orientierten Arbeiten besprochen. Des Autors vorurteilsfreie Einstellung ermöglicht einen guten Überblick über die Kasuistik wie über einschlägige psychopathologische, therapeutische und forensische Fragen.

KRAEMER (Mainz)^{oo}