

Gerichtliche Geburtshilfe einschließlich Abtreibung

- **A. M. C. M. Schellen: Artificial insemination in the human.** With an introduction by **SOPHIA J. KLEEGMANN** Amsterdam-Houston-London-New York: Elsevier Publ. Comp. 1957. XII, 420 S. u. 10 Abb. Geb. Hfl. 37.50.

Eine sehr eingehende, alle Fragen dieser problematischen Angelegenheit in ausführlicher Weise berücksichtigende Darstellung, die auf die Verschiedenheit der Verhältnisse in den einzelnen Ländern, bei den einzelnen Religionen und Weltanschauungen unter Berücksichtigung der bislang bekannt gewordenen Veröffentlichungen eingeht. In den einzelnen Abschnitten werden die Probleme der Sterilität, die Indikationen für künstliche Samenübertragungen durch Ehemann oder Donor, die Methode und Technik der Übertragung sowie ihre Gefahren, die Auswahl des Spenders, die Stellung der Öffentlichkeit, die Probleme der sozialen und wirtschaftlichen Aspekte und besonders eingehend auch die psychologische Situation der Frau, des Ehemannes und Kindes behandelt. In einem besonderen Abschnitt werden die gesetzlichen Bestimmungen und ihre Anwendung in den verschiedenen Ländern (USA, England, Deutschland, Schweiz, Skandinavien und Niederlande) dargelegt. Die religiösen und moraltheologischen Schwierigkeiten, die Stellungnahme der anglikanischen Kirche, der Freikirchen, der jüdischen Religion, der Mohammedaner und der Katholiken werden durch Hinweise ihrer führenden Vertreter aufgezeigt. Zum Schluß werden ärztlich-ethische Gesichtspunkte mit größter Eindringlichkeit behandelt. Alle Kapitel sind mit entsprechend umfangreichen Literaturhinweisen versehen. Der Verf. hält die künstliche Samenübertragung in der Ehe mit Sperma des Ehemannes für erlaubt, bei ledigen Frauen für verboten und lehnt auch die künstliche Samenübertragung mit Fremdsperma ab. Verf. weist auf die Schwierigkeiten der Beweisführung hin. Es sei in den meisten Fällen nicht nachweisbar, daß die Befruchtung wirklich durch die künstliche Samenübertragung von Sperma des Ehemannes zustande gekommen sei. Er hält es für ratsam, diese Methode weiterzuverfolgen, sie zu verbessern. Es lohne sich die homologe Insemination auch dann, wenn nur 2 Schwangerschaften in 100 unfruchtbaren Ehen einträten. Er hält 30% für erreichbar. Kritisches Eingehen auf die ungleichmäßigen statistischen Erfolgsangaben in der Literatur. Die heterologe Insemination könne man nicht als medizinisches Mittel ansehen, sie sei eine „instinktwidrige Zweckhandlung“.

HALLERMANN (Kiel)

- W. Hallermann: Gerichtsärztliche Aspekte der künstlichen Samenübertragung.** [Inst. f. gerichtl. u. soz. Med., Univ. Kiel]. *Ärztl. Mitt. (Köln)* 43, 66—70 (1958).

Zunächst wird ein kurzer geschichtlicher Überblick über Berichte von Inseminationen gegeben; ebenso über die Stellungnahme der Gerichte. So erkannte ein deutsches Reichsgerichtsurteil 1908 eine homologe künstliche Samenübertragung als „Beiwohnung“ im Sinne des § 1591 BGB an und verzichtete damit auf den Begriff der *Conjunctio membrorum*. — Zu einer eigentlichen gesetzlichen Regelung der heterologen Insemination ist es noch in keinem Land gekommen. Es wird ausgeführt, daß es verständlich ist, wenn auch in absehbarer Zeit noch keine gesetzliche Regelung bei uns darüber getroffen wird. Unter anderen namhaften Gynäkologen warnt MAYER vor der Übertragung ehfremden Samens. — Bundesrichter GEIGER meint, daß sowohl die heterologe als auch die homologe Insemination unvereinbar erscheine mit dem Rechtsgebot der Achtung und Wahrung der Menschenwürde und damit objektiv rechtswidrig sei. Es gäbe jedoch Schuldausschließungsgründe, die die Rechtswidrigkeit aufheben könnten. Die Feststellung der objektiven Rechtswidrigkeit der Insemination besage noch nichts über eine rechtliche Schuld der Beteiligten. — Bei der künstlichen Samenübertragung unter Ehepartnern wird das Problem der Samengewinnung (Masturbation) erörtert. Die katholische Kirche hält nur die Weiterbeförderung des im Congressus abgelegten Spermias für erlaubt. — Rechtlich ist das durch homologe Insemination erzeugte Kind ehelich, jedoch ist die homologe Insemination ohne den Willen eines oder beider Ehegatten rechtswidrig und strafbar. — Auf die Stellung des Arztes, der eine „technische Schwängerung“ bei der Insemination vornimmt, wird im Sinne des § 170 c StGB (Versagung der Hilfe gegenüber einer Geschwängerten) eingegangen. — Nach Meinung der maßgeblichen Juristen verstößt die heterologe Insemination eindeutig gegen die guten Sitten, und zwar sowohl im Sinne des Strafrechtes (§ 226 a StGB) wie des Zivilrechts (§ 138, Abs. 1, StGB). Die sich daraus ergebenden Komplikationen werden besprochen. — Das durch heterologe Insemination erzeugte Kind hat ein Unterhaltsrecht an den Samenspender. — Die Frage der zivilrechtlichen Haftpflicht des Arztes bei der Auswahl des Samenspenders, die dann auf-

tauchen kann, wenn sich Erbschäden, Mißbildungen usw. bei dem „gelieferten“ Kind zeigen, ist noch nicht entschieden. — In der Literatur finden sich Hinweise, besonders aus den USA, die empfehlen, ein Samengemisch zu verwenden und bei heterologen Inseminationen auch einen Tropfen des sterilen Ejaculates des Ehemannes beizufügen. Verf. spricht sich jedoch gegen eine Verwendung eines Samengemisches aus. — Es werden noch philosophische Gesichtspunkte zu diesem Thema angeführt und auch die möglichen Folgen der Insemination für die Zukunft der menschlichen Gesellschaft diskutiert. Verf. kommt zu dem Schluß, daß man sich als Arzt trotz aller negativen Einwände nicht grundsätzlich gegen eine Insemination stellen soll. Man soll vielmehr im Einzelfall — unter Berücksichtigung aller aufgezeigten Probleme — als Arzt zum Mitmenschen entscheiden, was richtig sei.

KLOSE (Heidelberg)

W. Spann: Arzt und künstliche Insemination. [Inst. f. Gerichtl. u. Versich.-Med., Univ., München.] Münch. med. Wschr. 1957, 732—734.

Zunächst wird auf die historische Entwicklung der künstlichen Samenübertragung in Veterinär- und Humanmedizin eingegangen und zur Nomenklatur Stellung genommen. Verf. entscheidet sich für die Bezeichnung „künstliche (homologe und heterologe) Insemination“. Während die homologe Insemination, auch von moraltheologischen Gesichtspunkten aus, weitgehend toleriert wird, bestehen gegen die heterologe Insemination nicht nur ethische, moraltheologische und andere Bedenken, sondern vor allem auch juristische. Verf. hat diese letzteren, getrennt nach der zivil- und strafrechtlichen Situation übersichtlich in einer Tabelle zusammengestellt. Daraus ist zu ersehen, daß der Arzt schon bei *Einverständnis beider Eheleute* unter bestimmten Umständen mit dem Gesetz in Konflikt kommen kann, z. B. damit rechnen muß, die Kosten eines Anfechtungsprozesses zu tragen. Strafrechtlich kann er natürlich verfolgt werden, wenn der eine oder andere Ehepartner oder gar beide *keine Einwilligung* zur heterologen Insemination gegeben haben. In derartigen Fällen reicht der strafrechtliche Tatbestand von der Körperverletzung über Nötigung und Beleidigung bis zur Freiheitsberaubung.

KIESSLING⁶⁰

Andreas Rett: Exogene Ursachen angeborener Mißbildungen. Unter besonderer Berücksichtigung des Zusammenhanges zwischen Mißbildung und Abortus. [Kinderabt. d. Stadt Wien, Lainz.] Wien. klin. Wschr. 1958, 37—43.

Übersicht.

Wilhelm Doerr: Kyematopathien und perinatale Krankheiten. [Path. Inst., Univ., Kiel.] Ärztl. Wschr. 1957, 721—731.

Es werden 4 Stufen der Entwicklung des Kyema (*τὸ κύημα* = Frucht im Mutterleibe) unterschieden. Kyematogenese I = Frühentwicklung, Dauer 2 Wochen vom Zeitpunkt der Konzeption gerechnet, morphologisch Blastula und Morula, demnach kein eigener Nutritionsapparat; Kyematogenese II = Embryonalentwicklung im strengen Sinne, Dauer 2 Monate, besonderer Nutritionsapparat wird aufgebaut, Zeit der ersten und entscheidenden Organanlagen, Schädigungen erzeugen klassische Entwicklungsstörungen; Kyematogenese III = 75. Tag der Entwicklung, Berechtigung der Zensur ergibt sich aus der äußeren Gestalt des Keimlings, der Placentahaftung und der Differenzierung zur Organentwicklung und Wachstum; Kyematogenese IV = wurde „unter dem Eindrucke pathologischer Verhaltensweisen in der späteren Zeit der pränatalen Entwicklung abgegrenzt“, Zeitdauer vom 6. Monat bis zum Ende der Gravidität. Der 1. Teil der Darstellung wendet sich Einteilungs- und terminologischen Streitfragen zu, der 2. behandelt Pathogenese, pathologische Anatomie und Differentialdiagnose typischer Beobachtungen. Im 2. Teil werden von 885 Obduktionen, unter denen 183 Totgeborene und Todesfälle bis zum 2. Monat sich befanden, die Totgeborenen 61, die Toten innerhalb der beiden ersten Lebensmonate, 122, näher aufgeschlüsselt. Die Frühgeburten, 90, Unreife unter den Totgeborenen 20, unter den Lebendgeborenen 70; bei 133 waren „Todesursachen genügend genau erkennbar“ bei 50 nicht. Von 61 Totgeborenen waren 20 unreif, 9 übertragen, 18 hatten Lungenaffektionen überhaupt, 18 Fruchtwasserrespirationen, 2 eine Pneumonie; bemerkenswerterweise (bei Totgeburten!) 2 Fälle mit pulmonalen hyalinen Membranen; 4 waren Mißbildungen, keine Embryopathia diabetica, 2 hatten eine Erythroleukoblastose, 1 Lues congenita, 3 endokranielle Blutungen. Für gerichtsmedizinische Überlegungen ist die Zahl von 68 am 1. Tage verstorbener Neugeborener von Bedeutung. Davon waren 44 unreif, 14 hatten Fruchtwasserrespiration, 20 hyaline Membranen, 8 eine Pneumonie, 6 betrafen Mißbildungen, 1 war eine Embryopathia diabetica, 1 eine Erythroleukoblastose, 4 gingen an endokraniellen Blutungen zugrunde. Die übrigen Einzelheiten der sehr aufschlußreichen Tabelle müssen im Original eingesehen werden. Die Erythroblastose wird als ein Symptom aufgefaßt und kommt, wenn

auch in der Hauptsache bei Morbus haemolyticus neonatorum, auch bei Lues, Sepsis, ABO-Inkompatibilität, Toxoplasmose, Cytomegalie und diabetischer Embryopathie vor. Die Erythroblastose sei wahrscheinlich Ausdruck einer intrauterinen Hypoxie. Hierzu Beschreibung einiger Fälle. Eingehende Darstellung der Listeriose auf Grund eigener Beobachtungen: Listeriosis neonatorum sei ernst zu nehmende Krankheit. Stellungnahme zur pathogenetischen, vor allem klinischen Bedeutung der Cytomegalie. Für gerichtsmedizinische Betrachtungen ist die Tabelle über mutmaßliche Zeitpunkte des Angehens einer Fruchtschädigung von Bedeutung. Während Virusinfektionen wie Grippe, aber auch Cytomegalie und Listeriosis bereits im 2. und 3. Monat einsetzen, gehen die übrigen, Toxoplasmose, Cytomegalie, Morbus haemolyticus neonatorum, Lues erst ab 6. Monat mit einigermaßen feststellbarer Regelmäßigkeit. Bei Neugeborenen, die früh sterben, sind folgende pathologisch-anatomische Differentialdiagnosen zu erörtern: Falls Ikterus, Hydrops, Leberschwellung, Milztumor, Nierenschaden, Gehirngewebsveränderungen im Sinne eines Abbaus, Entzündung oder Narbe sowie Mißbildungen bestehen, so sind Toxoplasmose — die alle diese Symptome führen kann — Cytomegalie, ebenfalls Listeriose, Kokkensepsis, teilweise auch Lues zu erwägen. Virusinfektionen nur bei Mißbildungen, während Morbus haemolyticus neonatorum ebenfalls in derselben Symptomreihe alle Bedingungen erfüllt. Zahlreiche aufschlußreiche Einzelheiten des kritischen und materiell begründeten Berichtes (Referat der 53. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Gynäkologie) können hier nur stichwortartig angegeben, auf die gerichtsmedizinische Bedeutung hingewiesen werden.

H. KLEIN (Heidelberg)

Samuel P. Hicks: Injury of the central nervous system incurred during fetal life. (Schädigung des Zentralnervensystems während des fetalen Lebens.) [New York, 10.—11. XII. 1954.] Res. Publ. Ass. nerv. ment. Dis. 34, 86—100 (1956).

Die Zahl der erkennbar mißgebildeten Neugeborenen wird auf 1—2% geschätzt. Dabei überwiegen die Mißbildungen am ZNS, besonders deutlich dann, wenn man berücksichtigt, daß ein Teil der Schäden des ZNS erst eine Zeit nach der Geburt erfaßt werden kann. Nach Erwähnung zahlreicher als Ursache von Entwicklungsstörungen des Gehirns bzw. des Rückenmarks in Betracht kommender Faktoren (Infektionen, Stoffwechselstörungen, chemische und physikalische Einflüsse, Traumen usw.) geht der Verf. auf Rubeolen, Toxoplasmose, Röntgenstrahlen und andere ionisierende Strahlen sowie auf Erythroblastose näher ein. Dabei hält er den ursächlichen Zusammenhang zwischen einer Rubeolen-Infektion in der Schwangerschaft und einer Mißbildung am Gehirn des Neugeborenen nach epidemiologischen Erhebungen für höchstwahrscheinlich, aber noch nicht durch genügend umfangreiche klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen für gesichert. Dagegen sieht er den Zusammenhang mit der Toxoplasmose auf Grund der genauen klinischen und anatomischen Untersuchungen als erwiesen an. Wenn auch der Wirkungsmechanismus von Röntgenstrahlen und ionisierenden Strahlen noch nicht genau bekannt ist, so lassen die Beobachtungen nach der Explosion der Atombombe in Japan (die Zahl der nach Schwangerschaft während der Bombenexplosion geborenen Kinder mit Mikrocephalie ist signifikant) und zahlreiche Tierexperimente mit gleichem Ergebnis an dem schädigenden Einfluß der erwähnten Strahlen keinen Zweifel. Da im Experiment am Säugetier bei 30 r der konventionellen therapeutischen Röntgenbestrahlung die ersten Veränderungen zu beobachten sind, kann die angegebene Dosis als Grenzdosis für den menschlichen Feten aufgefaßt werden. Für eine schädigende Wirkung der Erythroblastose auf das ZNS spricht die Tatsache, daß bei einigen Tagen überlebenden Neugeborenen und bei kleinen Kindern, bei denen nach der Geburt eine Erythroblastose vorlag, in den Kernen, die bei dieser Erkrankung gelb gefärbt sind, in späteren Stadien Ganglienzellen fehlen oder nicht regelrecht angelegt sind. — In der Diskussion werden die Bedeutung der Hirngefäße und die Sauerstoffversorgung des Gewebes für die Mißbildungen und die Frage erörtert, ob eine Mutter, die ein an Toxoplasmose erkranktes Kind zur Welt gebracht hat, auch in der Folgezeit mit Toxoplasmose behaftete Kinder gebiert. Diese Frage wird von den Diskussionsrednern unterschiedlich beantwortet.

ADEBAR (Köln)

E. Tapparelli e A. Gritsch: Su un raro caso di superfetazione umana. (Über einen seltenen Fall von Superfetation beim Menschen.) [Scuola di Ostetricia, Bolzano, 31. V. 1957.] Atti Soc. med. Bolzano 6, 191—193 (1957).

Beim Spontanabort einer 35jährigen II.-para 4 Monate nach der letzten Menstruation wurde eine 10 cm lange Frucht geboren. Bei der Nachbetastung wurde aus dem Uterus eine 2. Frucht im 1. Entwicklungsmonat entfernt.

SCHLEYER (Bonn)

J. Opavský, Sv. Loyka, A. Kosatík und K. Fibich: Problematik und diagnostische Möglichkeiten der Seifenaborte. [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Olmütz, u. Frauenabt., Krankenh., Bruntál.] Soudní lék. 2, 97—101 mit dtsh. Zus.fass. (1957) [Tschechisch].

Versuche an Ratten. Toilettenseife war toxischer als Kernseife und diese wieder toxischer, wenn sie in der Hitze gelöst wurde. Die Lösungen waren 1—10%ig. Bei Ratten, die wenige Minuten nach der intravenösen Injektion von 0,5—2 ml gestorben waren, wurde kein sudanophiles Material und keine Fettsäuren nach FISCHLER nachgewiesen. Das p_H des Blutes war auf 7,3—7,4 angestiegen (von 6,8—7,2 der Kontrollen). Die Seifenlösungen hatten 9,9—10,2. Soweit die Tiere überlebten, wurden sie nach einer Woche getötet. Dann wichen die Befunde vom Normalen nicht mehr ab. An kurettiertem Material vom Menschen war der Nachweis von Fettsäure praktisch nicht verwertbar.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

StGB §§ 211, 218 Abs. 3 (Vorsätzliche Tötung einer Schwangeren und Abtreibung). Wer vorsätzlich eine Schwangere tötet oder zu töten versucht, ist auch nach § 218 Abs. 3 StGB strafbar (entgegen OGH in NJW 50, 195). [BGH, Urt. v. 4. X. 1957. 2 StR 330/57 (SchwG Osnabrück).] Neue jur. Wschr. A 1958, 189—190.

Streitige geschlechtliche Verhältnisse

R. Doepfmer: Die männliche Infertilität. [Univ.-Hautklin., Würzburg.] Med. Klin. 1957, 2105—2110, 2145—2151.

Übersicht.

George W. Corner: Laboratory and clinic in the study of infertility. [Rockefeller Inst. for Med. Res., New York, N.Y.] Fertil. and Steril. 8, 494—512 (1957).

Karl-Gunnar Tillinger: Testicular morphology. A histo-pathological study with special reference to biopsy findings in hypogonadism with mainly endocrine disorders and in gynecomastia. (Die Hoden-Morphologie. Eine histopathologische Studie unter besonderer Berücksichtigung der Biopsiefunde bei Hypogonadismus mit vorwiegend endokrinen Störungen und bei Gynäkomastie.) [Dept. of Women's Dis., Karolinska sjukh. and Endocrin. Div. of Dept. of Med., Serafimerlas., Stockholm.] Acta endocr. (Kbh.) Suppl. 30, 1—192 (1957).

Der 1. Teil der Monographie befaßt sich mit normalem Hodengewebe ohne endokrine Störungen, wobei ein Überblick über die Spielarten, d. h. „die Variationen des Normalen“ gegeben wird. Hierzu wurden 303 Hoden untersucht, die teils von Toten, teils von Kastrationsoperationen stammten. Im 2. Teil wird äußerst eingehend auf die Erscheinungen bei männlichem Hypogonadismus eingegangen. Es liegt Material von 80 Kranken zugrunde. Der Hypogonadismus wird eingeteilt in I. hypophysärer Hypogonadismus mit Untergruppen A. präpubertales oder subpubertales Einsetzen des Hypogonadismus und B. postpubertales Einsetzen des Hypogonadismus, II. nicht-hypophysärer Hypogonadismus, A. präpubertales oder subpubertales Einsetzen des Hypogonadismus, B. postpubertales Einsetzen des Hypogonadismus. Die einzelnen Kapitel behandeln die Störungen, insbesondere die feingeweblichen Veränderungen der Hoden, eingehendst. Weiterhin werden Biopsiefunde bei Gynäkomastie besprochen. Zu jedem Kapitel gehören instruktive Mikrophotographien, am Schluß folgen die Fallberichte.

H. TRITTSCH (Heidelberg)^{oo}

J. Jirásek und J. Raboch: Über das Sex-Chromatin bei Männern mit somatosexuellen Entwicklungsstörungen. [Embryol. Inst. u. Sexuol. Inst., Univ., Prag.] Endokrinologie 35, 1—9 (1957).

Verff. bestimmten bei 167 Patienten mit somatosexuellen Entwicklungsstörungen das Geschlechtschromatin in den Kernen von Mundschleimhautzellen. (Fixierung der Zellen 5 min mit Formoldämpfen, Hydrolyse, Hämalaunfärbung.) In einem Teil der Fälle wurde Hodenbiopsiematerial histologisch untersucht, sowie die Hodenlängsachse mit dem von HYNNE angegebenen Testimeter bestimmt. Das Krankengut gliederten Verff. nach dem klinischen Befund