

säure-Ester nachzuweisen. Morde mit solchen Giften seien in Amerika noch nicht bekannt geworden, mit der neuen Methode ließe sich ein entsprechender Fall aufdecken.

SCHWERD (Erlangen)

**Paul Csiky: Botulismusfälle.** [Innenmed. Unfallabt., Hauptstädt. Korányi-Krankenh. Budapest.] Arch. Toxikol. 17, 172—178 (1958).

Mitteilung des klinischen Verlaufs und der Behandlung von 5 typischen Botulismusfällen, von denen 4 binnen 20—25 Tg. einschließlich der Aspirationspneumonie vollkommen aushellten und ein erst am 5. Tage zur stationären Aufnahme gelangter tödlich endete. Differentialdiagnose gegen Atropin-, Methanol- und Bariumvergiftung.

LOMMER (Köln)

### Gerichtliche Geburtshilfe einschließlich Abtreibung

● **M. G. Serdjukov: Gerichtsmedizinische Gynäkologie und gerichtsmmedizinische Geburtshilfe.** Moskva: Gosudarstvennoe Izdatel'stvo medicinskoj Literatury Medgiz 1957. 395 S. [Russisch].

An den Anfang seines Buches stellt der Verf. einen kurzen Bericht über die geschichtliche Entwicklung der Gynäkologie und Geburtshilfe in Rußland und der UdSSR sowie eine Übersicht über die Entwicklung der russischen und sowjetischen gesetzlichen Bestimmungen zum Schutze des Neugeborenen. Die Bedeutung der hervorragendsten russischen und sowjetischen Gerichtsmediziner für die geschichtliche Entwicklung der Gynäkologie und Geburtshilfe und die Entwicklung der forensischen Gynäkologie wird unterstrichen. In einem einführenden Abschnitt des Buches werden Probleme der Geschlechtsreife besprochen, so unter anderem die Möglichkeit der Feststellung der *Potentia coeundi et generandi*, die Beurteilung der Fähigkeit eine Frucht auszutragen, eine normale Geburt zu gewährleisten und ein Neugeborenes zu nähren. Auch die mit Früh- und Spät reife verbundenen Probleme werden kurz angedeutet. Hermaphroditismus und die Möglichkeit der Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit werden in einem kleinen Kapitel anschaulich dargestellt. Besonders umfangreich ist ein Abschnitt über die Verletzung der geschlechtlichen Unberührtheit von Mädchen, in dem die Anatomie, Histologie und Morphologie des Hymens sowie die Feststellung von Verletzungen des Hymens einen großen Raum einnehmen. Methoden der Feststellung von Samenflecken in der Kleidung und von Samen in der Scheide werden angegeben. Eingehend und unter Anführung zahlreicher Beispiele werden die Notzuchtsdelikte, ihre Vortäuschung und ihr Nachweis in einem besonderen Abschnitt abgehandelt. Die Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft, soweit sie gerichtsmmedizinisch von Bedeutung sind, Tragzeit usw. werden im Zusammenhang mit den sowjetischen und ausländischen gesetzlichen Bestimmungen eingehend erörtert. Auch der Begutachtung der Involutionsperiode, den Nachweismöglichkeiten einer stattgehabten Geburt, Geburtsverletzungen, der Frage der Kindesunterschiebung, des Neugeboreneins und des Gelebthabens und des Ausgetragenseins wird ein großer Raum gewidmet. Verhältnismäßig kurz werden Geburtstraumen, Ursache des Absterbens von Früchten und des Todes Neugeborener während und kurz nach der Geburt sowie die Kindstötung erörtert, wobei auf die geltenden sowjetischen Gesetze hingewiesen wird. Von besonderem Interesse dürfte ein Kapitel über den kriminellen Abort sein, in dem nach politischen Ausführungen über die Zustände in kapitalistischen Ländern die Entwicklung der gesetzlichen Bestimmungen über den künstlichen Abort in der UdSSR besprochen wird. Nach anfänglicher Freigabe der ärztlichen Schwangerschaftsunterbrechung (1920) wurde der Eingriff im Jahre 1936 strafbar. Im Jahre 1944 wurden Ehrungen für kinderreiche Mütter beschlossen. Im Jahre 1955 wurde jedoch das Gesetz des Jahres 1936 aufgehoben und die Schwangerschaftsunterbrechung durch den Arzt, in Krankenhäusern unter besonderen Voraussetzungen wieder erlaubt. Im Anschluß hieran werden die einzelnen Abortarten besprochen. Besondere Fragen, wie Zusammenhang zwischen Abort und Trauma, Ursachen des Spontanaborts oder die Diagnostik des kriminellen Abortes, werden in Einzelabschnitten abgehandelt. Alle Arten des kriminellen Abortes (instrumentelle Eingriffe, Seifenabort usw.) und alle Komplikationen des kriminellen Abortes (Verletzungen, Luftembolie, Vergiftungen, Infektionen usw.) werden erörtert. Unter Hinweis auf die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen, die die Sterilisierung grundsätzlich verbieten, werden die Fälle, in denen Sterilisierungen aus medizinischen Gründen statthaft sind, genannt. Ein weiteres Kapitel des Buches ist Fragen der Begutachtung, der Einschränkung bzw. des Verlustes der Erwerbsfähigkeit durch gynäkologische Erkrankungen gewidmet. Es wird darauf hingewiesen, daß etwa 80% der Tätigkeit der großen

gerichtsmedizinischen Untersuchungsstellen auf derartige Untersuchungen lebender Personen entfällt. Angaben über Gesetze zum Schutze der Mutterschaft werden nicht gemacht. Ein Kapitel über geburtshilflich-gynäkologische Begutachtung in Ehescheidungssachen ist allgemein gehalten und enthält keine Bestimmungen des sowjetischen Ehegesetzes. Im letzten Abschnitt des Buches werden mögliche strafbare Handlungen der Ärzte unter Hinweis auf die verschiedenen Strafbestimmungen erörtert. Interessant ist hier die Angabe, daß bei statistischen Untersuchungen im Laufe der letzten 10 Jahre festgestellt werden konnte, daß Verurteilungen von Ärzten außerordentlich selten waren, jedoch ungerechtfertigte Anzeigen häufig beobachtet wurden. Nur in 10% aller Fälle wurde ein Ermittlungsverfahren in Gang gesetzt, eine Menge Verfahren wurde während der Ermittlungen eingestellt und viele Strafverfahren endeten mit einem Freispruch. Verf. bringt in seinem Buch zahlreiche instruktive Zeichnungen und Abbildungen in mäßiger Wiedergabe. Ein für den Umfang des Buches kleines Literaturverzeichnis, meist sowjetischer Autoren, berücksichtigt die neuere ausländische Literatur kaum. Insgesamt handelt es sich um eine ausgezeichnete Darstellung aller Probleme der forensischen Gynäkologie und Geburtshilfe.

SCHWEITZER (Düsseldorf)

**H. Ewerbeck: Neugeborene und Frühgeborene. Übersichtsreferat.** Mschr. Kinderheilk. 107, 25—39, 75—78 (1959).

**Martha M. Eliot: Deaths around birth, the national score.** (Der Tod rund um die Geburt — eine nationale Bilanz.) [57. Ann. Meet., Assoc. f. Aid of Crippled Children, New York, 30. IV. 1956.] J. Amer. med. Ass. 167, 945 (1958).

Statistische Aufstellungen einzelner Jahre in den USA, selbst wie Vergleiche mit anderen Ländern, lassen die Verfn. zu dem Schluß kommen, daß die perinatale und Säuglingsfrühsterblichkeit in den USA (1955 3,56 bzw. 1,91%) noch immer zu hoch sei. Wie sehr äußere, vor allem soziale Umstände daran beteiligt sind, geht aus den unterschiedlichen Todesarten der weißen und farbigen Bevölkerung hervor (perinatale Sterblichkeit 1955 3,24 zu 5,41%, Totgeburtlichkeit 1,49 zu 2,76%). Völlig ungenügend sei bisher die nachgehende Schwangerenfürsorge, für die in den USA nur 10—4% der Gelder für die ambulante Gesundheitsfürsorge ausgegeben werden. Alle Fachdisziplinen der Medizin und Soziologie müssen bei der Bekämpfung der Frühsterblichkeit zusammenhelfen.

H. MÜLLER (Bethel)<sup>oo</sup>

**Leona Baumgartner and Jean Pakter: Challenge of fetal loss, prematurity, and infant mortality, assessing the local situation.** (Fetale Sterblichkeit, Frühgeburt und Säuglingssterblichkeit unter besonderer Berücksichtigung örtlicher Gegebenheiten.) [New York City Dept. of Health, New York.] J. Amer. med. Ass. 167, 936—944 (1958).

Der Bericht basiert auf den persönlichen und statistischen Erfahrungen in New York, wo seit 1933, verstärkt seit 1948, ein Programm zur Verminderung der Früh- und Säuglingssterblichkeit abläuft. Die perinatale Sterblichkeit, die hier bis zum 7. Lebenstag nach der Geburt ausgewiesen ist, fiel von 4,53% 1937 auf 3,08% 1955. Die Sterblichkeit ist hoch wegen des fortwährenden Einströmens sozial schlecht gestellter Zuwanderer. In den sozial schlechtesten Distrikten der Stadt ist nicht nur die Kindersterblichkeit erhöht, auch die Frühgeborenenrate ist hier wesentlich höher. Bei Befragung erfährt man, daß sich ein besonders großer Teil der sozial schlecht gestellten Mütter von der unentgeltlich angebotenen Beratung und Behandlung in der Schwangerschaft fernhält. Insgesamt nehmen 85% der werdenden Mütter New Yorks die Untersuchungs- und Beratungsmöglichkeiten der „prenatal clinic“ wahr. Die Rate untergewichtiger Kinder (unter 2500 g) beträgt insgesamt 9,0% (!). Im schlechtesten Stadtbezirk Harlem gar 16,3%. In New York waren Frühgeborene, die den ersten Monat überlebten, dennoch sehr vom Tode bedroht: In der Gruppe 1000—1500 g war ihre Aussicht, das Säuglingsalter vom 2. bis 12. Monat zu überleben, 10mal geringer, in der Gruppe 1500—2000 g 5mal geringer, in der Gruppe 2000—2500 g noch 3½mal geringer als bei Reifgeborenen. Dies hängt nicht nur mit der mangelhaften Resistenz, sondern auch mit den teilweise schlechten Verhältnissen zusammen, in die das Kind nach der klinischen Behandlung zurückkehrt. Die wesentlichste Schwierigkeit in der Stadt New York, eine verbesserte Fürsorge für das ungeborene und geborene Kind ins Leben zu rufen, bereitet bemerkenswerterweise das *Fehlen geeigneter Persönlichkeiten*, sowohl für den ärztlichen Dienst der Schwangerenberatung, als auch der Mangel an Fürsorgerinnen, die die Schwangeren ausfindig machen sollen. Schließlich fehlt es auch an den ausgezeichneten Pflegerinnen für die Frühgeborenen.

H. MÜLLER (Bethel)<sup>oo</sup>

**H. Baltzer: Nabelschnurumschlingung als Todesursache des Kindes sub partu und am Schwangerschaftsende (3 abnorme Geburtsverläufe).** [Gebh.-Gynäk. Abt. d. Roten-Kreuz-Krankenh., Wuppertal-Elberfeld.] Zbl. Gynäk. **80**, 1225—1231 (1958).

Auf 1000 Geburten rechnet man mit 20% einfacher, 2,5% doppelter und 0,2% dreifacher Nabelschnurumschlingung um den Hals. Nach Ansicht von K. P. SHUI und N. J. EASTMAN wird die Gefährdung der Nabelschnurumschlingung oft überschätzt. Verf. berichtet über 3 Fälle, die eindeutig die Gefahr der Nabelschnurumschlingung für das Kind unterstreichen. Es kam zweimal zum Absterben des Kindes unter der Geburt, einmal am Ende der Schwangerschaft vor Geburtsbeginn. Ein Fall zeigte eine abnorme Deflexionshaltung des Kopfes bei einer Beckenendlage. Die Deflexionshaltung wird auf die Nabelschnurumschlingung zurückgeführt. Im dritten Fall nimmt der Autor die Eigenbewegung der Frucht als Ursache der Nabelschnurumschlingung an.

HALFPAP (Göttingen)<sup>oo</sup>

**Ross G. Mitchell and K. Rhaney: Traumatic subperiosteal haematoma of the femur in the newborn.** (Traumatisches subperiostales Hämatom des Femur bei Neugeborenen.) [Dept. of Child Health, Univ. of St. Andrews, Dundee.] Arch. Dis. Childh. **33**, 205—209 (1958).

Die verkalkenden subperiostalen Hämatome beim Neugeborenen als Folge von Traumen haben in der letzten Zeit mehr Beachtung gefunden, die Zahl entsprechender Mitteilungen ist gleichwohl noch gering. Zwei Fälle werden kasuistisch mitgeteilt, von einem Fall liegen histologische Untersuchungen vor. Bei einem Querschnitt durch den distalen Femur wies dieser periostale Auflagerungen auf, welche verkalkt, aber weniger dicht als die normale Corticalis waren. Diese subperiostalen Knochenlamellen umgaben einen Raum, welcher von Narbengewebe, abgebautem Blut und Fibrin ausgefüllt war. Das Narbengewebe enthielt viele Histiozyten, welche mit Hämosiderin beladen waren, Zeichen einer pyogenen Entzündung fehlten. Unterhalb dieses Raumes war die ursprüngliche Corticalis dünner als an den anderen Partien des Femurquerschnittes. Diese Veränderungen sind Folgen von Traumen, sie entstehen bei schwierigen Geburten, vor allem dann, wenn Gliedmaßen schwierig zu entwickeln sind. Am häufigsten betroffen ist der Femur distal, aber auch an der Tibia proximal und am Humerus kommen derartige Prozesse vor. Durch Abreißen des Periostes — welches beim Fetus und Neugeborenen viel leichter erfolgen soll als beim Erwachsenen — werden die Gefäße, welche vom Periost in die Corticalis ziehen, unterbrochen. Um das subperiostale Hämatom bildet sich Callus und subperiostale Knochen. Eine Behandlung ist nicht erforderlich. Im Laufe des Knochenwachstums werden die periostalen Auflagerungen incorporiert, die Verdickungen können allerdings einige Monate sichtbar bleiben.

F. SCHMID (Heidelberg)<sup>oo</sup>

**K. Kloos: Pulmonale hyaline Membranen.** [Path. Inst., Krankenh. Moabit, Berlin.] Dtsch. med. Wschr. **84**, 78—84 (1959).

**H. Kraatz: Grundsätzliche Gedanken zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung.** [Univ.-Frauenklin. d. Charité, Berlin.] Dtsch. Gesundh.-Wes. **1958**, 138—145.

Das Thema wird unter den folgenden vier Gesichtspunkten abgehandelt: I. hinsichtlich einiger grundsätzlicher Fragen weltanschaulicher, religiöser und juristischer Natur, II. hinsichtlich staatspolitischer und ökonomischer Überlegungen, III. hinsichtlich der ärztlichen Auffassung und IV. hinsichtlich der Belange der betroffenen Frau. Der Verf. kommt zu folgenden Forderungen: 1. Klärung juristischer Begriffe; 2. Entscheidungsfreiheit des behandelnden Arztes über das Urteil der Ärztekommision; 3. Überprüfung und Normung medizinischer und eugenischer Indikationen; 4. gesetzliche Regelung der Sterilisationsfrage; 5. Ablehnung der sozialen Indikation als einzigen Faktor. Anerkennung derselben als Zusatzindikation zur medizinischen; 6. für immer Ablehnung allgemeiner Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung; 7. Verbesserung und vorübergehende Anerkennung präventiver Maßnahmen, indizierte Belehrung über ihre Anwendung (Eheberatung); 8. Förderung aller Maßnahmen zur Verbesserung des Lebensstandards; 9. Beibehaltung des Verfahrensweges bei der Überprüfung der Anträge. Genehmigung oder Ablehnung und nachgehender Kontrolle; 10. Zwang zur klinischen Einweisung im Genehmigungsfall und Durchführung der Interruptio nur durch erfahrenen Arzt.

LEFERENZ (Heidelberg)<sup>oo</sup>