

Menschen gefährlich sind, unterliegt ihre Anwendung in der Bundesrepublik zum Teil speziellen Rechtsvorschriften, die aufgeführt werden. Die Sicherung der Anwendung (Anforderungen an die durchführenden Personen, Schutz der Umgebung usw.) ist als Aufgabe des Staates anzusehen. Eine Vereinheitlichung der in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlichen Handhabung durch eine bundeseinheitliche Gesetzgebung wird gefordert.

M. GELDMACHER-MALLINCKRODT (Erlangen)

**H. W. Rahn: Über den papierchromatographischen Nachweis von Potasan-G-flüssig®.** [Inst. f. Pharmakol. u. Pharmazie, Vet. Med. Fak., Humboldt-Univ., Berlin.] Arch. Toxikol. 19, 359—363 (1962).

Bei der von BERG u. Mitarb. [Arch. Toxikol. 16, 105 (1956)] angegebenen Methode des papierchromatographischen Nachweises von Potasan tritt eine teilweise Spaltung des Esters auf. Während Potasan nicht fluorenciert, hat Methylumbelliferon eine starke Fluorescenz. Bei Verwendung von Benzin-Formamid und Benzin-Propylenglykol war es möglich, Potasan und Resistox sowie ihre Nebenbestandteile in technischen Produkten zu trennen. Papier 2043b Mgl wurde vorher mit Formamid bzw. Propylenglykol in Benzin getränkt. Die Nebenstoffe waren durch Fluorescenz nachweisbar. Die Thiophosphorsäure-Ester wurden durch die Reaktion mit N-Bromsuccinimid und Fluorescein nachgewiesen.

G. HAUCK (Freiburg i. Br.)

### Gerichtliche Geburtshilfe, einschließlich Abtreibung

**Kurt Rhen and Olavi Kinnunen: Ante-partum rupture of the umbilical cord. Case report.** (Ruptur der Nabelschnur vor Geburtsbeginn.) [Priv. Hosp. Mehiläinen, Helsinki.] Acta obstet. gynec. scand. 41, 86—89 (1962).

Isolierte Rupturen der Nabelschnur sind intra oder post partum bereits eine Seltenheit, ein derartiges Vorkommnis vor Wehenbeginn scheint bisher erst einmal beschrieben zu sein (SILBERNAGEL und FIDLER). Im vorliegenden Falle verspürte eine 28jährige III.-Para 10 Tage vor dem Geburtstermin sehr lebhaftes Kindsbewegungen und kam am nächsten Tag wegen stärkerer Leibscherzen zur Klinikaufnahme. Es wurden keine kindlichen Herztöne gehört, der Uterus war leicht kontrahiert, die rechte Uteruskante druckschmerzhaft. Unter dem Verdacht einer vorzeitigen Placentalösung wurde die Sectio durchgeführt, das reife Kind war abgestorben, das Fruchtwasser blutig; an der Placenta fanden sich keine Anzeichen einer vorzeitigen Lösung; keine Nabelschnurumschlingung; die 50 cm lange Nabelschnur wies 3 cm vom Nabel des Kindes eine rupturierte Vene auf. Der fetale Tod muß allmählich eingetreten sein, da durch die Untersuchung der Lungen sowie des Dünn- und Dickdarminhaltes nachgewiesen werden konnte, daß das Kind blutiges Fruchtwasser geschluckt hatte und in den letzten Phasen der Asphyxie noch Atembewegungen gemacht haben muß. An der 1×1 cm großen Rupturstelle der Nabelschnur konnte histologisch keine Ursache für dieses Ereignis gefunden werden. NIESERT (Freiburg)<sup>oo</sup>

**E. Duda und V. V. Papilian: Exitus post partum durch Fruchtwasserembolie.** [Gynäk. Abt. d. Krankenh., Deva u. Path.-Anat. Inst., Univ., Klausenburg/Rum.] Zbl. Gynäk. 84, 690—695 (1962).

Bericht über den Geburtsablauf bei einer IV.-Para mit tödlichem Ausgang ca. 2 Std post partum. Klinisch wurde als Todesursache Geburtsschock, Atonia uteri secundaria angenommen. Durch die histologische Untersuchung der Lungen konnte eine Fruchtwasserembolie nachgewiesen werden. Bei allen plötzlichen perinatalen Todesfällen, besonders wenn sie mit Blutgerinnungsstörungen einhergehen, ist die histologische Untersuchung der Lungen zur Klärung der Todesursache von größter Bedeutung. Das schwer asphyktische Kind, ein Knabe (3500 g/52 cm), konnte am Leben erhalten werden.

KALKSCHMID (Innsbruck)<sup>oo</sup>

**Maj Hultin und Jan-Otto Ottosson: Klinische Beobachtung von um Abort nachsuchenden Frauen. Eine Untersuchung von 166 Frauen, die von der Medizinalverwaltung zur Beobachtung der psychiatrischen Abteilung überwiesen wurden.** Svenska Läk.-Tidn. 59, 1365—1407 (1962) [Schwedisch].

Ein Bericht über statistisch ausgewertete Untersuchungen und Nachuntersuchungen von abortsuchenden Frauen, die vor einem endgültigen Entscheid zur klinischen Beobachtung an

eine psychiatrische Abteilung eingewiesen wurden. Das Material umfaßt 166 abortsuchende Frauen aus den Jahren 1954—1956, denen zwei Kontrollgruppen gegenübergestellt werden. Die erste dieser Kontrollgruppen besteht aus 166 Frauen mit den nächst höheren Diarinumnummern im Zentralarchiv der Medizinalverwaltung (Gesundheitsministerium) und die zweite aus abortsuchenden Frauen, die mit Hinsicht auf paarweise Vergleichbarkeit im Alter, dem Zivilstande und der Heimatgemeinde mit der Observationsgruppe ausgewählt wurden. Da sich herausstellte, daß die 60 von privatpraktizierenden Ärzten beurteilten Pat. der Observationsgruppe zum Großteil auf das Konto einiger weniger Privatpraktici fielen und die Einweisung in diesen Fällen „medizinalpolitische“ Gründe gehabt haben dürfte, wurden diese sowie die vier gleichartigen Fälle aus der Kontrollgruppe, herausgenommen und die meisten statistischen Vergleiche an 122 Pat. durchgeführt. Die drei Gruppen wurden nach allen nur denkbaren Richtungen miteinander verglichen und die Resultate in 20 sehr übersichtlichen Tabellen dargelegt und besprochen. Unter anderem erwies sich, daß sich nur 60% der Observations-Pat. einer solchen wirklich unterzogen haben. 27% bekamen ein neues ärztliches Zeugnis nach neuerlicher ambulanter Untersuchung und 13% setzten ihre Bemühungen, ein solches zu erhalten, nicht weiter fort. Die Anzahl der unverheirateten, berufstätigen und den höheren Sozialgruppen angehörenden Frauen war in der Observationsgruppe höher als in den Kontrollgruppen. In allen Gruppen haben ca. 30% ihre Kinder geboren und 72% erhielten in der Observationsgruppe Erlaubnis, die Schwangerschaft abzubrechen gegen 76% in der Kontrollgruppe. Relativ gesehen bedeutet dies doch eine wesentlich geringe Zahl in der Observationsgruppe. Dies mit Hinsicht zu der Auslese, die die Observationsgruppe darstellt, da es sich hierbei ja nur um zweifelhafte und schwer beurteilbare Fälle handelt. Verf. sehen darin einen positiven Erfolg für die stationäre klinische Beobachtung — und in vielen Fällen auch Behandlung — von abortsuchenden Frauen und empfehlen, daß diese Methode öfter als bisher (2—3%) zur Anwendung kommt, trotz des offenbaren Nachteiles des Zeitverlustes, der bei erneuter ambulanter Kontrolle ca. 3 Wochen und bei stationärer Kontrolle ca. 4 Wochen beträgt und eine sehr schwere psychische Belastung für die schwangeren Frauen darstellt, besonders wenn sie schon Kindesbewegungen verspüren. W. SOUCEK (Strängnäs)<sup>50</sup>

**M. Olki und E. Krokfors: Erfahrungen über Aborte an der Universitäts-Frauenklinik zu Helsinki im Jahre 1959.** [I. u. II. Frauenklin. u. Zentr.-Krankenh., Univ., Helsinki.] *Gynaecologia* (Basel) 154, 53—61 (1962).

In der II. Frauenklinik des Zentral-Krankenhauses der Universität Helsinki wurden 1959 1891 Fälle von Abort registriert. Von diesen wurden 67,1% poliklinisch behandelt. Bei 32,9% erfolgte die stationäre Aufnahme. Die Höchsthäufigkeit der Aborte fiel auf die Gruppe der 25 bis 29-jährigen Frauen. Aber auch unter den 20—24-jährigen war die Häufigkeit hoch. Die Endometritis p.a. war bei den Frauen zwischen 20 und 24 Jahren am häufigsten. Der Anteil an kriminellen Aborten konnte zahlenmäßig nicht angegeben werden. Verf. vermuten, daß in der Gruppe zwischen 20 und 24 Jahren, in der die Aborte klinisch am schwersten verliefen, auch die größte Häufung der kriminellen Abtreibungen zu finden war. Spätaborte wurden anscheinend meist durch Abtreibung ausgelöst. Die Häufigkeitskurve der Spätaborte fiel zwischen dem 15. und 24. Lebensjahr deutlich ab. Abortive traten mit fortschreitendem Alter bis zur Menopause in zunehmendem Maße auf. Weiteres Zahlenmaterial der für die Gerichtsmedizin interessanten Arbeit ist dem Original zu entnehmen. H. LEITHOFF (Freiburg i. Br.)

**J. J. Lederman: The doctor, abortion, and the law: a medicolegal dilemma.** (Arzt, Schwangerschaftsunterbrechung und Gesetz, ein arztrechtliches Dilemma.) *Canad. med. Ass. J.* 87, 216—222 (1962).

Eine therapeutische Schwangerschaftsunterbrechung werde in Kanada vielfach als legal angesehen. Diese Ansicht habe aber keine rechtliche Grundlage. Vor dem 1. 4. 1955 wäre es zwar möglich gewesen, die Bestimmungen des Criminal Code of Canada, die eine „ungesetzliche“ (unlawful) Herbeiführung des Abortes verboten, so auszulegen, wie dies analog in England in dem eigens dazu provozierten Fall BOURNE geschehen sei: Der englische Richter habe wohl aus dem Wort „ungesetzlich“, das in den englischen Bestimmungen enthalten ist, geschlossen, daß es auch eine gesetzliche Schwangerschaftsunterbrechung geben müsse. Er habe diese angenommen, weil sie zur Erhaltung des Lebens der Mutter (preserving the life) erfolgt sei. (Der Gynäkologe BOURNE wurde seinerzeit freigesprochen, weil die Fortsetzung der Schwangerschaft die 14-jährige Mutter, die von Soldaten vergewaltigt worden war, in die Gefahr gebracht hätte, zu einem „physischen und seelischen Wrack“ zu werden. Im Falle BOURNE, der in England die Legalität

der therapeutischen Schwangerschaftsunterbrechung begründete, wurde der Begriff der Erhaltung des Lebens im weiteren Sinne verstanden.) — Seit dem 1. 4. 1955 fehle im Criminal Code of Canada an entsprechender Stelle das Wort „ungesetzlich“. Dadurch werde die therapeutische Schwangerschaftsunterbrechung rechtlich zum Verbrechen. Verf. fordert gesetzliche Ausnahmeregelung. Die angezogenen kanadischen und englischen Bestimmungen werden im Wortlaut wiedergegeben.  
H.-B. WÜRMELING (Freiburg i. Br.)

**W. Tabbara, J. Proteau et L. Dérobert: A propos de deux observations anatomo-cliniques de syndrome de Waterhouse-Friderichsen, dans les suites d'avortements criminels.** (Über 2 Fälle von Waterhouse-Friderichsen-Syndrom als Folge von kriminellen Abort. Anatomico-klinische Beobachtungen.) [Soc. Méd. Lég. et Criminol. de France, 11. XII. 1961.] *Ann. Méd. lég.* 42, 177—181 (1962).

Ausgehend von der Beobachtung, daß ein Waterhouse-Friderichsen-Syndrom kein seltenes Ereignis als Folge von septischen Aborten — in der Regel kriminellen Ursprungs — ist, erörtern Verf. die Fragen, ob die Feststellung eines solchen Syndroms ein sicherer, bzw. ein wahrscheinlicher Hinweis auf einen vorangegangenen septischen Abort kriminellen Ursprungs darstellen kann, ferner welche physiopathologischen Mechanismen mangels Spuren eines Eingriffes die beiderseitige Apoplexie der Nebennieren erklären können. Bei den beschriebenen Fällen handelt es sich um zwei Frauen, die an einem klassischen Waterhouse-Friderichsen-Syndrom gestorben waren. Die Diagnose wurde durch den klinischen Verlauf sowie bei der nachträglichen Obduktion durch die typischen Veränderungen an den Organen erhärtet. Bei der ersten Frau hatte vor dem Auftreten des Syndroms eine Fehlgeburt im 3. Monat stattgefunden. Bei der anschließenden Aufnahme in die Klinik war eine Curretage durchgeführt worden. Die zweite Frau wurde mit einer starken Menorrhagie in einem schweren Schockzustand ins Krankenhaus eingeliefert. Die Curretage brachte die Blutung nicht zum Stillstand, so daß eine totale Hysterektomie erforderlich wurde. Die Befunde an der Gebärmutter machten eine unmittelbar davor abgelaufene Schwangerschaft wahrscheinlich. In beiden Fällen konnte man durch die Untersuchung der Geschlechtsorgane Spuren eines vorangegangenen Eingriffes nicht nachweisen. Erst das Geständnis des Liebhabers erbrachte in beiden Fällen die Bestätigung eines vorangegangenen kriminellen Abortes. Anhand der Befunde erörtern schließlich die Verf. die Hypothese, daß das Waterhouse-Friderichsen-Syndrom auf komplexe Störungen des hormonellen Gleichgewichtes im Sinne eines Stress-Syndroms bei Schwangerschaft sowie im Bereich des vegetativen Nervensystems zurückzuführen sei. Die Feststellung eines Waterhouse-Friderichsen-Syndroms bei jungen Frauen stelle in jedem Fall einen Anlaß dar, nach einer vorangegangenen Schwangerschaft sowie nach abortiven Eingriffen zu suchen.  
MISSONI (Berlin)

**Vilém Jiri Mathesius and Vladimír Malý: Exfoliation of the newborn and its relation to prolonged gestation and other factors of labour.** (Exfoliation des Neugeborenen und deren Beziehung zu anderen Geburtsfaktoren.) [Geb. Gyn. Klin., Pilsen.] *Čsl. Gynec.* 27/41, 224—230 mit engl. Zus.fass. (1962) [Tschechisch].

Die Postmaturität wird bekanntlich mit größerer Perinatalsterblichkeit in Zusammenhang gebracht. Die Diagnose der Postmaturität ist wichtig, jedoch schwierig. Als maßgebende Zeichen an dem Kinde werden Mißverhältnis zwischen Gewicht und Länge, Abwesenheit von Vernix caseosa, Macerationszeichen, Rötung des äußeren Genitals und bräunliche Hautfärbung angeführt. Besondere Beachtung wurde von Verf. der Exfoliation zugewandt. Als wichtigste Kennzeichen betrachten Verf. die sog. „Papierhaut“. Diese ist trocken, hat atlasförmigen Glanz, kann ähnlich wie Zigarettenpapier geknittert werden oder sie schuppt sich ab. Auch die tiefliegenden Hautschichten weisen eine geringe Elastizität auf. — Es wurden 1200 Neugeborene untersucht, unter welchen 165 Kinder mit Exfoliation gefunden wurden. Bei deren weiterer Untersuchung stellten Verf. fest.: zwischen Postmaturität und Exfoliation besteht ein lineares Verhältnis; Jungen waren auffällig öfter vertreten; zwischen Qualität des Fruchtwassers und Grad der Hautveränderungen besteht keine Beziehung. — Verf. haben einen üblen Geruch der von Exfoliation betroffenen Neugeborenen beobachtet, was sie auf infektiöse Ätiologie, besonders auf Proteus-Infektion des Fruchtwassers zurückführen. Auffällig ist die außerordentlich hohe Incidenz von Rh-negativen Müttern. Ein Einfluß des Intervalls zwischen Blasensprung und Geburtsbeginn auf den Grad der Hautveränderungen konnte nicht bestätigt werden.  
J. HRBEK (Olomouc)<sup>oo</sup>

**M. Kohlhaas: Ist bei Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation auch die Einwilligung des Erzeugers erforderlich.** Dtsch. med. Wschr. 87, 1471—1472 (1962).

Nur bei Vorliegen einer medizinischen Indikation ist die Straffreiheit einer Schwangerschaftsunterbrechung gewährleistet. Ergibt die Untersuchung ernste Lebensgefahr oder ernste Gesundheitsgefahr, dann kommt es nur auf den Willen der Schwangeren an, gegen den nicht eingegriffen werden darf. Die Einwilligung des Ehemannes oder des Erzeugers eines unehelichen Kindes ist für die rechtliche Beurteilung ohne Bedeutung. SPANN (München)

**P. Schrank: Graviditas post ejaculationem ante portas.** [Stadtkrankenh., Rüsselsheim.] Zbl. Gynäk. 84, 652—653 (1962).

Es wird ein Fall einer Schwangerschaft beschrieben, die bei engem Hymen ohne Einführung des Penis durch Ejaculatio ante portas entstanden war. Das Hymen war für den kleinen Finger nicht durchgängig. Die Ursache der nicht vollzogenen Kohabitation lag bei der Mutter, die sehr ängstlich einen Normalverkehr, der mit Schmerzen verbunden ist, abwehrte. Sie wehrte auch die Untersuchung durch den Arzt ab, so daß erst vor der Geburt das Hymen entsprechend incidiert werden mußte. In der Literatur sind diese Fälle als Einzelfälle bekannt. BERNHARD

**Grete Albrecht: Stellungnahme des Deutschen Ärztinnenbundes zur Frage der „ethischen Indikation“.** Ärztl. Mitt. 47/59, 2260—2261 (1962).

**Schwangerschaftsbeendigung bei Notzuchtverbrechen.** Ärztl. Mitt. 47/59, 2135—2136 (1962).

**A. Mayer: Menstruationspsyche und Unfall.** Mschr. Unfallheilk. 65, 337—338 (1962).

Verf. hält den inneren Zusammenhang zwischen Menstruationspsyche und Unfall für gegeben, ausgehend von einem durch ihn beobachteten Fall. Er schlägt vor, dieser nicht unwichtigen Frage nachzugehen und entsprechende Untersuchungen anzustellen. TRUBE-BECKER

### Streitige geschlechtliche Verhältnisse

● **Adolf-Ernst Meyer: Zur Endokrinologie und Psychologie intersexueller Frauen. Psychosomatische Beiträge zum nicht-symptomatischen Hirsutismus.** (Beitr. z. Sexualforsch. Hrsg. von H. BÜRGER-PRINZ u. H. GIESE. H. 27.) Stuttgart: Ferdinand Enke 1963. VIII, 126 S. u. 15 Tab. DM 19.—.

Der Hirsutismus ist eines der Symptome der weiblichen Intersexualität und äußert sich in viril verteilter Behaarung der Frau, wobei die Lokalisation im Gesicht, im Brustbeinbereich und auf der Linea alba maßgebend ist. Nur selten läßt sich bei hirsuten Frauen ein bekanntes Krankheitsbild, wie etwa Cushing-Syndrom, Adrenogenitales Syndrom oder ein androgenbildender Tumor finden, meist handelt es sich um einen nichtsymptomatischen Hirsutismus. Verf. fand eine deutliche Erhöhung der 17-KS-Ausscheidung gegenüber einem Vergleichskollektiv nicht hirsuter Frauen und bei Hirsutismusfällen mit familiärer Häufung eine Erhöhung der PSC-Ausscheidung. Die Bildungsstätte der 17-KS-Vorläufer beim nichtsymptomatischen Hirsutismus mit Menstruationsanomalien war nicht aufzudecken. Immerhin spricht eine Reihe von Indizien eher gegen eine ovariale Genese. Nach somatischen Aspekten eingeteilt läßt sich der nichtsymptomatische Hirsutismus in einen gewöhnlichen bzw. genuinen Hirsutismus und in das abortive Adrenogenitale Syndrom bzw. in die Spätmanifestationen des angeborenen Adrenogenitalen Syndroms auftrennen. Auf Grund psychologischer Falldarstellung an 20 Patienten vermutet Verf., daß sein Klinikkollektiv gegenüber dem Sprechstundenkollektiv einen leicht überproportionalen Anteil an hirsuten Patienten mit stärkeren psychischen Störungen und Menstruationsanomalien enthält. Zur Unterscheidung der Untergruppen des nichtsymptomatischen Hirsutismus in genuinen Hirsutismus und das abortive AGS wird festgestellt, daß bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten mit nichtsymptomatischem Hirsutismus der Androgenüberschuß auf anderem Wege wie beim angeborenen AGS entsteht. Zur Stellung der Menstruationsanomalien in der pathogenetischen Dynamik des gewöhnlichen Hirsutismus wird vermutet, daß es nur von der Art der im Organismus erhöhten 17-KS-Vorläufer abzuhängen scheint, ob ein gewöhnlicher