

### Gerichtliche Geburtshilfe.

**Macías de Torres, E.:** Die künstliche Befruchtung. (*Clin. de ginecol., hosp. prov., Oviedo.*) Rev. española de obstetr. y ginecol. Jg. 12, Nr. 137, S. 199—204. 1927. (Spanisch.)

Für die künstliche Befruchtung eignen sich die Fälle, in denen das Hindernis in der Cervix sitzt oder unbekannt ist, dann die Fälle von Impotentia coeundi. Ein Hindernis für die Befruchtung kann auch die Cervicalstenose sein. Der Einwand, daß dort, wo die roten Blutkörperchen der Menstruation durchkämen, auch kein Hindernis für die Spermien wäre, besteht nicht zu Recht.

Technik: Das Sperma wird zum Zwecke der künstlichen Befruchtung nach vorheriger Desinfektion des Penis mit Wasserstoffsuperoxydlösung in einer weithalsigen Flasche mit 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung aufgefangen. Die Kochsalzlösung verhindert das Eintrocknen des Spermias und verringert seine natürliche Viscosität, welche ein Hindernis für die Injektion bedeutet. Die Spermien bleiben darin bis 48 Stunden am Leben, jedoch beginnt schon nach 6 Stunden ein Teil unbeweglich zu werden. Ein für den Erfolg wichtiger Faktor liegt in der Wiederholung der Injektion; 8 Tage nach beendigter Menstruation, dann alle 4 Tage bis zum Auftreten der nächsten Periode oder der wahrscheinlichen Gravidität. Die Menge der Injektion beträgt 1—1½ ccm der Flüssigkeit; da man keine Garantie für die Sterilität der Injektionsflüssigkeit hat, darf die Injektion nur unter ganz gelindem Drucke erfolgen, um ein Überwandern durch die Tube auf das Peritoneum zu verhindern. In einem Falle erreichte der Verf. nach wiederholten Injektionen eine Zwillingsschwangerschaft. In zwei anderen Fällen mit Azoospermie nach Epididymitis gonorrhoeica wurde versucht, durch Punktions- und Injektion von 1 ccm Kochsalzlösung in die Testes Spermien zu erlangen; diese jedoch waren in so geringer Anzahl in der Flüssigkeit vorhanden, daß man mehrere Gesichtsfelder durchsuchen mußte, um ein Spermium zu sehen; diese wenigen waren völlig unbeweglich. (Schorohowa, vgl. dies. Zeitschr. 11, 122.) Krips (Grevenbroich).<sup>o</sup>

**Maurizio, Eugenio:** Diagnosi biologica di gravidanza. Esperienze con maturina. (Die biologische Schwangerschaftsdiagnose.) (*Clin. ostetr.-ginecol., univ., Padova.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. 49, Nr. 8, S. 629—641. 1927.

Im Anfang der Schwangerschaft ist eine sichere Diagnose oft sehr schwierig. Am meisten ist die Abderhaldensche Reaktion herangezogen worden. Kamnitzer und Joseph haben die Phloridzinprobe für die Frühdiagnose der Schwangerschaft empfohlen. Verf. hat damit zahlreiche Versuche angestellt. Bei fraglicher Diagnose in den ersten 3 Monaten kann man bei positiver Phloridzinprobe die Schwangerschaft bejahen, bei negativer mit großer Wahrscheinlichkeit verneinen. Bei Aborten hat die Probe einen gewissen Wert in gerichtlich-medizinischer Hinsicht; bei Verdacht auf Extrauteringravität spricht der positive Ausfall dafür. Schwere Blutveränderungen und Erkrankungen der Nieren verändern den Ausfall der Probe. Die Reaktion ist nicht spezifisch, da auch im Prämenstruum und bei Carcinom die Probe positiv ausfallen kann.

E. Zweifel (München).

**Heyn, A.:** Die Variationsbreite der menschlichen Schwangerschaftsdauer im ärztlichen Gutachten bei Alimentationsprozessen. (*Univ.-Frauenklin., Kiel.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 53, Nr. 35, S. 1460—1462. 1927.

Weitaus die Mehrzahl der zur Begutachtung kommenden Schwangerschaftszeiten betrifft Fälle mit einer abnorm kurzen Schwangerschaftsdauer. Das ist biologisch auffallend, da man annehmen muß, daß sich die Schwangerschaftszeiten symmetrisch um einen Mittelwert gruppieren. Bei dem Gutachtenmaterial der Kieler Frauenklinik handelte es sich 4 mal um eine fragliche Schwangerschaftsdauer unter 200 Tagen, 25 mal um eine solche von 200—300 Tagen, 17 mal von 231—244 Tagen, 11 mal von 245—300 Tagen und nur 1 mal um eine Schwangerschaftsdauer von über 300 Tagen, p. c. ab gerechnet. Eine große Schwierigkeit ergibt sich bereits aus der Tatsache, daß über die Reifezeichen eines Kindes keine einheitliche Auffassung besteht. Die Begutachtung wird weiter dadurch erschwert, daß über die zur Begutachtung kommenden Kinder nicht einmal immer die wichtigsten Angaben (Länge, Gewicht und Kopfumfang) zu erhalten sind. Die Bedeutung des Kohabitationstermins in den einzelnen Abschnitten des Regelintervalls für die Schwangerschaftsdauer wird erwähnt. Bei Spätkonze-

tionen, die nicht bestritten werden können, muß die Schwangerschaftsdauer a priori kürzer sein als bei Konzeptionen kurz post menses. Diese Schwankungen der Schwangerschaftsdauer sind scheinbare. Eine Anzahl verschiedener Faktoren kann zu einer wirklichen Verkürzung oder Verlängerung der Schwangerschaftsdauer führen. (Hinweis auf die Zusammenstellung von Nürnberg im Halban-Seitz). Die verschiedenen Versuche, die wirklichen Grenzen der Schwangerschaftsdauer zu ermitteln, haben nicht zu absolut unwiderlegbaren Ergebnissen geführt. Als solche Versuche sind die Statistiken, die Beobachtung von Einzelfällen, die Wahrscheinlichkeitsrechnung und der Vergleich mit den Tragezeiten der Haustiere anzusehen. Da die Juristen darauf bestehen, daß mit dem Ausdruck „offenbar unmöglich“ die absolute Unmöglichkeit zu verstehen ist, ergibt sich für den Mediziner die schwierige Lage, daß der Jurist von ihm eine absolut präzise Antwort in einer biologischen Frage verlangt, von der der Mediziner zugeben muß, daß sie sich in der verlangten Präzision nicht beantworten läßt. Die Ansichten der verschiedenen Geburshelfer (vgl. die Umfrage von Engelmann) über die unterste Grenze der Schwangerschaftsdauer bei reifem Kind sind persönliche Anschauungen und gehen weit auseinander. Die strenge Fassung des „offenbar unmöglich“ gereicht dem unehelichen Kinde zum Nachteil, wenn zwei Schwängerer als Vater in Frage kommen. Solange die betreffenden Paragraphen des BGB. nicht geändert werden, werden die Schwierigkeiten bei Alimentationsgutachten nicht beseitigt werden. Heyn (Düsseldorf).

**Schiedermaier, J.: Unter welchen Voraussetzungen ist die Unterbrechung der Schwangerschaft durch den Arzt rechtlich erlaubt?** Münch. med. Wochenschr. Jg. 74, Nr. 38, S. 1634—1635. 1927.

Eine grundsätzlich wichtige Entscheidung bei der Frage der Straflosigkeit der ärztlichen Schwangerschaftsunterbrechung traf das Reichsgericht am 11. März 1927, wobei es den Grundsatz der Güter- und Pflichtenabwägung der Entscheidung zugrunde legte. Es handelte sich um die Schwangerschaftsunterbrechung auf Grund einer nervenärztlichen Untersuchung, welche eine reaktive Depression feststellte. Die Schwangerschaftsunterbrechung durch die Schwangere selbst oder durch einen Dritten im Falle der wirklichen oder mutmaßlichen Einwilligung der Schwangeren ist nicht rechtswidrig, wenn sie das einzige Mittel ist, um die Schwangere aus einer gegenwärtigen Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung im Sinne des § 224 StGB. zu befreien. Ein Vorsatz ist auch dann ausgeschlossen, wenn infolge eines tatsächlichen Irrtums eine Rechtslage vom Täter angenommen wird, die einen Rechtfertigungsgrund bilden würde. Somit macht auch der Irrtum den Arzt straffrei. „Übrigens soll die Güterabwägung nur einem zur Beurteilung der Sachlage befähigten Dritten zustehen, wozu es also der Kenntnis von den Regeln der ärztlichen Wissenschaft bedarf und zu der ein Nichtarzt zumeist nicht in der Lage sein wird.“ G. Strassmann (Breslau).

**Maršálek, Jan V.: Ein Fall von plötzlichem Tod in der Schwangerschaft.** Bratislavské lekárske listy Jg. 7, H. 5, S. 529—532. 1927. (Tschechisch-slowakisch.)

Eine der Ursachen des plötzlichen Todes in der Schwangerschaft kann auch eine Blutung in einen Gehirntumor sein. Der Autor beobachtete den folgenden Fall: Eine 25jährige I-Gravida starb plötzlich im 8. Monat unter den Symptomen einer Gehirnblutung. Bei der Obduktion konstatierte man eine Blutung in einem kindsaufstgroßen Tumor der linken Gehirnhemisphäre. Histologisch handelte es sich um ein stark vaskularisiertes Gliosarkom. Autoreferat.

**Aebly, J.: Variationsstatistik und Gynäkologie. Bemerkungen zu der Abhandlung von Dr. E. Wehefritz: „Länge und Gewicht der reifen Früchte im Lichte der Variationsstatistik“ in Bd. 129, Heft 2 dieses Archivs.** Arch. f. Gynäkol. Bd. 130, H. 2, S. 403-412. 1927.

Aebly macht Wehefritz den Vorwurf, in seiner Arbeit über Länge und Gewicht der reifen Früchte im Lichte der Variationsstatistik (vgl. dies. Zeitschr. 9, 651) ungeeignete und nicht mehr gültige Methoden angewandt zu haben und warnt insbesondere davor, das Material von Wehefritz zu irgendwelchen, namentlich forensischen Schlüssen zu verwerten. Stübler.

**Wehefritz, E.: Entgegnung auf die Bemerkungen von J. Aebley zu meiner Arbeit: „Länge und Gewicht der reifen Frucht im Lichte der Variationsstatistik.“ Arch. f. Gynäkol. Bd. 130, H. 2, S. 413—414. 1927.**

In seiner Erwiderung auf die Bemerkungen von Aebley (vgl. vorstehendes Referat) rechtfertigt Wehefritz die Benutzung der von ihm angewandten Methoden damit, daß er es für nötig gehalten habe, solche Methoden zu benutzen, die auch für den mathematisch weniger geschulten Mediziner anwendbar seien. Eine Verwertung seiner Ergebnisse für forensische Zwecke lehnt Wehefritz selbst ab. *Stübler* (Reutlingen).

### Kunstfehler. Ärzterecht.

**Gerichtliche Entscheidungen. Abwartendes Verhalten des Arztes — Fahrlässigkeit. Eine beachtenswerte Reichsgerichtsentscheidung.** Münch. med. Wochenschr. Jg. 74, Nr. 41, S. 1777. 1927.

Arzt S. veranlaßt Frauenarzt K. zu einem instrumentellen Eingriff zwecks Beseitigung der Schwangerschaft. Bei diesem Eingriff wurde die Gebärmutter durchstoßen und eine Verletzung des Gekröses und der Därme gesetzt. Tod an Bauchfellentzündung. Das Gericht gelangte zu der Überzeugung, daß in der Verletzung der Gebärmutterwand keine Fahrlässigkeit erblickt werden könne, wohl aber stellten die anderen Verletzungen eine Fahrlässigkeit des Dr. K. dar. Weiterhin treffe beide Ärzte eine Fahrlässigkeit insofern, als sie trotz der erkannten Gefährlichkeit des Zustandes, der gleich nach dem Eingriff erkennbar gewesen sei, die Überführung in ein Krankenhaus unterließen und sich abwartend verhielten. „Bei der Anwendung der berufsmäßigen Sorgfalt . . . mußten die Ärzte mit Verletzungen rechnen und ihr Verhalten dementsprechend einrichten; denn nach menschlicher Voraussicht wäre die Operierte zu retten gewesen, wenn sie innerhalb von 10 Stunden nach dem Eingriff in ein Krankenhaus gekommen wäre.“ Die Spezialarzteigenschaft des Dr. K. befreie Dr. S. nicht von seiner Verantwortlichkeit. Beim Reichsgericht eingelegte Revisionen blieben ohne Erfolg. — Dieses oberinstanzlich bestätigte Urteil (im gebrachten kurzen Auszuge) ist für eine Reihe von Fragen sehr wesentlich. *Nippe* (Königsberg, Pr.).

**Forssman, J., und G. Fogelgren: Ein Todesfall nach Bluttransfusion von Person zu Person mit „gleicher“ Blutgruppe. Eine Warnung und ein Vorschlag.** (Pathol. Inst., Univ. Lund.) Klin. Wochenschr. Jg. 6, Nr. 35, S. 1663—1665. 1927.

Ein schwer Anämischer erhielt 450 ccm Citratblut transfundiert. Spender wie Empfänger hatten Blutgruppe IV. 5 Tage danach Tod; voraus ging Hämaturie, dann Anurie. — Eine genaue Nachforschung ergab, daß der Spender Gruppe II war. Es war zu altes Testserum verwendet worden, das überhaupt nicht mehr agglutinierte, somit stets Gr. IV vortäuschte. — Es wird vorgeschlagen, bei neuen Lieferungen und auch später gelegentlich das Testserum zu kontrollieren an Festangestellten des Krankenhauses, deren Blutgruppen bekannt sind. — Weiter wird bemerkt, daß bei Anstellung der Vorproben besser verdünntes Blut verwendet wird (1—2 Tropfen auf 1 ccm NaCl-Lösung). — Schließlich sollte man sich von den drei verschiedenen Nomenklaturen für die Blutgruppen international einigen auf die Benennung von v. Dungern-Hirschfeld (A, B, AB, O), um Verwechslungen zu vermeiden.

*Rudolf Stahl* (Rostock).

**Mayr, Otto: Epileptiforme Krämpfe nach einfachen, nichtoperativen orthopädischen Eingriffen.** (Orthop. Klin., Univ. München.) Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 48, H. 3, S. 392—397. 1927.

Verf. beobachtete 3 Fälle, bei denen epileptiforme Krämpfe auftraten, nachdem nur eine ganz allmähliche Dehnung der Nerven durch einen einfachen Streck-, Spreiz- oder Quengelverband vorausgegangen war. Es handelt sich um Reflexepilepsie bei bestehender Disposition. *Kurt Mendel* (Berlin).

**Acemb, J.: Death after anaesthesia: Status lymphaticus.** Brit. med. journ. Nr. 3485, S. 734. 1927.

Ein 7jähriger Knabe zwecks Tonsillotomie und Entfernung adenoider Vegetationen in Mischnarkose operiert, stirbt eine Stunde nach glattem Verlauf der Behandlung und nach dem Erwachen plötzlich an Synkope. Bei der Sektion wurde Status thymicus diagnostiziert. Der Tod wird einer Hypersekretion der Thymusdrüse zur Last gelegt.

*K. Reuter* (Hamburg).

**Merelli, Gino: Un caso di morte improvvisa in seguito a tracheotomia.** (Plötzlicher Tod nach Tracheotomie.) (Reparto oto-rino-laringo-iatr., osp. S. Maria Nuova, Reggio Emilia.) Valsalva Jg. 3, H. 4, S. 178—182. 1927.

Merelli geht von der Anschauung Dutheillet De Lamottes aus. Nach diesem