

**Albrecht Peiper und Harald Thomas: Die Grenze der Lebensfähigkeit Frühgeborener.** [Univ.-Kinderklin., Leipzig.] Ärztl. Wschr. 1957, 103—105.

Die Grenze der Lebensfähigkeit ist unter dem Einfluß der modernen Methoden nach der Fetalzeit zu etwas abgesunken. Es ist vorgekommen, daß Ärzte Neugeborene mit einer Länge zwischen 32 und 35 cm (4 Fälle) einfach liegen ließen, weil sie glaubten, die Kinder müßten doch sterben, und sie erst Stunden später in eine Kinderklinik einwiesen, als sie entgegen der Erwartung noch nicht tot waren. Allerdings sind sie später in der Klinik gestorben (Überlebenszeit bis zu  $16\frac{3}{4}$  Std). Verff. führen 2 gut durchuntersuchte Fälle aus dem britischen Schrifttum an, bei denen die Kinder eine Geburtslänge von 33 cm hatten, aber trotzdem am Leben blieben. Zwei weitere Fälle, die Verff. anführen, sind nicht gründlich genug durchuntersucht. Trotzdem wird ein Überleben von Kindern, die man a priori nicht für lebensfähig halten würde, äußerst selten sein. Daß Kinder unter einer Geburtslänge von 32,5 cm am Leben geblieben wären, wird von den Verff. nicht berichtet. Sie warnen jedoch Ärzte und Hebammen davon, scheinbar nicht lebensfähige Frühgeborenen allzu schnell aufzugeben. B. MUELLER (Heidelberg)

**F. Peters: Technische und methodische Grundlagen zur künstlichen und maschinellen Beatmung der apnoischen Lunge des Neugeborenen.** [Landesfrauenklin. u. Hebammelehranst., Paderborn.] Geburtsh. u. Frauenheilk. 16, 708—715 (1956).

Überblick und Kritik über „die erstrebenswerten Perfektionen der Technik“ der einfachen Insufflation und „passiv erzeugten rhythmischen Gaswechsels“ in der Lunge. In der Hauptsache werden, nach ausführlicherer Auseinandersetzung mit den bisherigen Ergebnissen der künstlichen Beatmung, die Schwierigkeiten bei der Anwendung von Gesichtsmasken besprochen: Abdichtung am kindlichen Gesicht oft mangelhaft, Verlegung der Atemwege durch Druck auf die Zunge. Beatmung von asphyktischen Neugeborenen nur bei relativ niedrigem Beatmungsdruck. Bei größerem Atmungsdruck wären Einrisse der Lungewände nicht zu vermeiden. Empfehlung eines Endotrachealkatheters aus thermoplastischem Material.

H. KLEIN (Heidelberg)

**R. Böhmig: Degenerative Verfettung bei intrauteriner Hypoxämie.** [39. Tagg., Zürich, 1.—4. VI. 1955.] Verh. dtsch. Ges. Path. 1956, 215—219.

Bei 4 Neugeborenen, 2 Frühgeborenen (47/2125 bzw. 48/2250) und 2 Übertragungen (53/3200 bzw. 53/3450) wurde eine Gewichtsverminderung der Leber auf etwa die Hälfte des Normalen bei gleichzeitiger schwerer, diffuser, groß- und kleintropfiger Verfettung festgestellt. Als Ursache wird trotz negativer Anamnese eine intrauterine Hypoxie oder Anoxie angenommen. Die Zell- und Kerndurchmesser der Leberzellen waren nicht verkleinert. Neben der Leberverfettung bestanden noch Verfettungen des Herzmuskel und der Nieren. — Diskussion: NORDMANN, STAEMMLER, EGER, WEPLER, KNOP, VON TÄRNE, BAHRMANN, LINZBACH.

INGELEINDE POCHE (Düsseldorf)<sup>oo</sup>

**E. Bernoth: Intrauteriner Fruchttod durch konnatale Pneumonie beim Neugeborenen.** [Univ.-Frauenklin., Halle a. d. Saale.] Zbl. Gynäk. 78, 1058—1063 (1956).

Bei einer Gesamtgeburtenzahl von 20946 trat in 436 Fällen (2%) intrauteriner Fruchttod bei reifen Feten ein, davon in 101 Fällen (0,5%) durch Fruchtwasseraspiration. Eine konnatale Pneumonie ist nur dann anzunehmen, wenn das Kind intrauterin oder spätestens im Laufe des ersten Tages verstirbt. Verf. stellte in seinem Material 2 Fälle von konnataler Pneumonie fest. Der häufigste Infektionsmodus ist die Fruchtwasseraspiration, daneben kommt der hämatogene, diaplacentare Weg in Betracht. Letzterer ist auch für die Pneumokokken erwiesen. Die hierdurch verursachten Pneumonien werden selten diagnostiziert, weil sie makroskopisch kaum und mikroskopisch nur bei sorgfältiger Untersuchung aller Lungenlappen zu erkennen sind. Charakteristisch ist ein Mangel an Fibrin im Exsudat infolge der physiologischen Hypoproteinämie. Es folgt die Beschreibung eines Falles von c. Pn., bei dem über den Infektionsweg nichts Sichereres ausgesagt werden kann, da sowohl Krankheitsscheinungen der Mutter als auch Hinweise für Aspiration fehlten. MANNHERZ (Duisburg)<sup>oo</sup>

### Gerichtliche Geburtshilfe einschließlich Abtreibung

**Jiri Zivnustka: Kriminelle Aborte.** Prakt. lék. 36, 248—251 (1956) [Tschechisch].

Verf. betont die noch immer große Zahl der Aborte im Vergleich zur Geburtenzahl, wobei berücksichtigt werden muß, daß die kriminelle Abtreibung in der Abortfrequenz noch eine erhebliche Rolle spielt. Da die kriminellen Aborte häufig von Laien mit nur düsteren Vorstellungen von der Anatomie und Physiologie der Schwangerschaft durchgeführt werden, haben diese

Aborte eine relativ hohe Zahl von Todesfällen zur Folge. Als häufigstes Mittel zur Unterbrechung der Schwangerschaft wird in Laienkreisen die Seifeninstillation vorgenommen, die dann zu dem klassischen Bild des Seifenabores führen kann. Die Klinik des Seifenabores wird in der Arbeit im einzelnen dargestellt und die Therapiemöglichkeiten erörtert. Dem Verf. hat sich in jedem Fall die Tropfinfusion von 5% Glucoselösung mit Vitamin C, B<sub>1</sub> und Analecticis bewährt. Zusätzlich werden Antibiotica, vor allem als Kombination von Penicillin und Aureomycin verabreicht. Bei erheblicher Störung der Nierenfunktion wird die Nierengegend mit einer 1%igen Novocainlösung nach WISCHNIEWSKY umspritzt. Bei Versagen wird die Decapsulation der Nieren, die Peritonealdialyse oder die künstliche Niere empfohlen. Die Verabreichung von großen Mengen Bicarbonat soll die Alkalireserve auffüllen. In besonders schweren Fällen soll auch die Austauschtransfusion mit mehreren Litern Blut angewendet werden. Die Therapie muß individuell, unter Berücksichtigung des Einzelfalles abgestimmt werden. Ein klassischer Fall wird kasuistisch mitgeteilt, dabei stand eine Anaerobier-Infektion im Vordergrund. Der tödliche Ausgang konnte trotz intensiver Behandlung nicht verhindert werden.

WÜRTERLE (Leipzig)<sup>oo</sup>

**Antonio Rodriguez de Castro y Martinez: Las perforaciones uterinas en el aborto provocado.** (Die Uterusperforationen beim provozierten Abort.) Toko-ginecol. Práct. 14, 300—319 (1955).

Verf. bringt eine zusammenfassende Übersicht über die in Spanien an Häufigkeit zunehmenden Uterusperforationen. Während früher Abtreibungsversuche mit Drogen und pflanzlichen Abortiva vorgenommen wurden, werden heute intrauterine Spülungen, Dilatationen, Punktions- und Ausschabungen bevorzugt. Verf. beschreibt die einzelnen anatomischen Befunde bei kompletter und inkompletter Ruptur mit den Komplikationen an den Nachbarorganen. Das klinische Bild wird oft durch mangelhafte anamnestische Angaben verschleiert, bietet aber meist die klassischen Zeichen des Gefäßkollapses, Bauchschmerzen und Blutarmut, wenn größere Gefäße durchtrennt wurden. Die Gefahr der Infektion ist bei den meist schweren Schädigungen des kriminellen Abores immer noch groß. Nur bei einwandfrei sauberen Fällen, bei denen der Vorgang der Perforation im einzelnen geklärt ist, kann unter dem Schutz von Antibiotica abgewartet werden. Sonst ist die Laparotomie mit Entfernung des Uterus die Therapie der Wahl. — Zum Schluß berichtet der Verf. über 12 eigene Fälle (18—39 Jahre alt) bei Schwangerschaften im 2.—5. Monat. Sieben Fälle wurden vorher einwandfrei diagnostiziert; bei 2 Frauen bestand der Verdacht; 3 Perforationen fanden sich als Zufallsbefunde unter der Operation. Therapeutisch wurde 6mal eine abdominale, einmal eine vaginale Uterusentfernung vorgenommen, einmal die Operation nach PORRO, einmal eine Übernähung ausgeführt. Eine Patientin brauchte nicht operiert zu werden. Zwei Frauen verstarben, bevor die Möglichkeit eines Eingriffs bestand. 10mal handelte es sich um komplett, 2mal um inkomplett Rupturen. 8mal lagen die Perforationsstellen im Fundus uteri, 2mal war der Darm, einmal die Blase und einmal die Vagina mitverletzt. Geheilt wurden 9 Patientinnen.

HANS RICHTER (Darmstadt)<sup>oo</sup>

**Edwin J. Holman: Medicolegal aspects of sterilization, artificial insemination, and abortion.** (Gerichtsmedizinische Aspekte der Sterilisation, künstlichen Befruchtung und Abtreibung.) [Sess. on Leg. Med., Sect. on Miscellan. Topics, 103. Ann. Meet., San Francisco, 24. VI. 1954.] J. Amer. Med. Assoc. 156, 1309—1311 (1954).

Die Gesetze hinsichtlich der nicht-therapeutischen Sterilisation sind noch im Fluß, dies gilt auch für die künstliche Samenübertragung. Bei der Sterilisation tun die operierenden Ärzte gut daran, sich das schriftliche Einverständnis der Beteiligten und ihrer Gatten einzuholen, bei der künstlichen Samenübertragung, wenn sie Ehegatten betrifft, auf die gesetzlichen Komplikationen und Unsicherheiten hinzuweisen. Der nichttherapeutische Abort ist in allen Staaten Amerikas verboten; beim therapeutisch vorgenommenen gilt nach in allen Staaten die Vorschrift, daß der Operateur vor dem Eingriff den Konsens einer oder zweier Fachkollegen einholen muß.

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

**Werner Schubert: Fruchtwasser-Schleimembolie bei klinisch fraglicher Eklampsie.** [Path. Inst., Univ., Rostock.] Virchows Arch. 328, 38—48 (1956).

Bericht über eine Fruchtwasser-Schleimembolie 3 Std nach Blasensprung bei einer Erstgebärenden mit Placenta praevia. Die Patientin starb 16 min nach erster klinischer Auffälligkeit unter eklampsieähnlichen Erscheinungen mit Krämpfen. Die Placenta war im cervicalen Abschnitt randständig gelöst. In einem Teil der Lungenarterien und arteriolen Ausfüllung der

Lichtung mit Schleim und Epithelien, stellenweise auch mit Meconiumkörpern und Lanugohärchen. Bei geschlossenem Foramen ovale auch Hirnembolie mit nachweisbaren Epithelschüppchen in Capillaren. Es wird vermutet, daß der Übertritt in den großen Kreislauf auf dem Wege über die Bronchialarterien und Sperrarterien erfolgte, welche reichlich Schleim enthielten. Ähnliche histologische Befunde mit cerebralen Reizerscheinungen erhielt Verf. durch künstliche Eiweißembolie bei einem Hunde.

GIRGENSOHN (Essen-Steele)°°

**K.-H. Mehlan: Die Letalität bei Schwangerschaftsunterbrechungen. (Auswertung von 28755 Schwangerschaftsunterbrechungen.)** [Inst. f. Soz.-Hyg., Humboldt-Univ., Berlin.] Dtsch. Gesundheitswesen 11, 660—663 (1956).

Bei 28755 Schwangerschaftsunterbrechungen in den Jahren 1949 und 1950 erfolgten 15 Todesfälle, was einer Zahl von 0,54% entspricht. Vergleichende Zusammenstellungen der Schwangerschaftsunterbrechungen aus dem Schrifttum ergeben z.T. eine wesentlich höhere Mortalitätsfrequenz.

MUTH (Münster i. Westf.)°°

**P. Lantuejoul, L. Dérobert, J. Grasset et E. Hervet: Embolie gazeuse par manœuvres abortives au 3. mois. Evolution normale de la grossesse.** (Normale Schwangerschaftsentwicklung nach Luftembolie infolge Abtreibungshandlungen im 3. Schwangerschaftsmonat.) [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, Paris, 11. VI. 1956.] Ann. Méd. lég. etc. 36, 223—224 (1956).

Interessante Mitteilung eines Falles, bei dem ein 16jähriges Mädchen nach Abtreibungsmanipulationen im 3. Schwangerschaftsmonat trotz Auftretens einer prolongierten, schlaffen Halbseitenlähmung links infolge Luftembolie bei sonst normalem Schwangerschaftsverlauf ein gesundes, 3780 g schweres Kind zur Welt brachte.

SACHS (Kiel)

### Streitige geschlechtliche Verhältnisse

● **Karl Saller: Zivilisation und Sexualität.** (Geschlechtsleben u. Gesellschaft. Hrsg. von Hans Giese. H. 5). Stuttgart: Ferdinand Enke 1956. 88 S., 3 Abb. u. 8 Tab. DM 8.—.

Die breit angelegte Studie stellt den Versuch zu einer Ganzheitsbetrachtung der Beziehungen zwischen Sexualität und Zivilisation vom Standpunkt einer modernen naturwissenschaftlich begründeten Anthropologie dar. Verf. geht davon aus, daß unsere Zeit wie keine andere bisher ihre besondere Sexualkrise erlebt, die bereits Zeichen der Selbstauflösung in sich trägt, und daß unter den Bedingungen unserer Zivilisation alte Normen inhaltsleer und zerstört sind. Der Autor beginnt weit ausholend mit den somatischen Grundlagen der Sexualität und ihrer Wandlung (Vorverlegung der Reife, Acceleration, Retardierung, Asynchronie usw.) und entwickelt darauf aufbauend die noch bedeutungsvolleren Faktoren sozialer Art, die zur Umgestaltung der Sexualität in der Zivilisation in viel größerem Maße beitragen sollen (Vermassung und Vereinsamung, Emanzipation und Verökonomisierung usw.). In diesem Zusammenhang wird der Kinsey-Report erneut ausführlich interpretiert und referiert. Seine Ergebnisse und Auswertungen werden in Verbindung mit anderen Untersuchungen weitgehend übernommen und zur Begründung der Forderung nach neuen Ordnungen des Sexuallebens und zur Ablehnung „überlebter Idiologien“ und überkommenen Vorurteile gegenüber der Geschlechtlichkeit herangezogen. Verf. nimmt hier auch verschiedentlich Stellung zu einer künftigen Regelung der Sexualität im Sinne einer noch auszubauenden Freizügigkeit (fragliche Strafwürdigkeit ehebrecherischer Beziehungen und sexuell abnormen Verhaltens; Änderungsbedürftigkeit des gesetzlichen Begriffs des „Kindes“ und Jugendlichen im Rahmen der Sittlichkeitsdelikte!). Vom kriminalbiologischen und -psychologischen Standpunkt wird man hier bereits erhebliche Bedenken anmelden müssen, wie überhaupt die ebenfalls gestreifte Problematik der Jugend- und Sexualkriminalität und der Beziehungen von Neurose und Kriminalität der ihr innwohnenden Vielschichtigkeit nur schwer gerecht wird. Von besonderer Eindringlichkeit und Klarheit sind die Ausführungen über die bevölkerungsbiologische Strukturverschiebung, samt Geburtenbeschränkung, kinderarme Familie und andere Zivilisationserregungsschäften sowie über die „Gleichberechtigung“ und ihre sozialen und biologischen Grenzen. — Die gleichsam in einem Guß angelegte Arbeit ist reich an neuen Schweisen und Perspektiven. Darin besteht ihr großer Vorzug, und damit offenbart sie aber auch Angriffsflächen, an der sich die Diskussion entzünden und die zu Widerspruch anregen kann. Das sehr anregende Heft durchzieht als Ausrichtung die Vorstellung von einer Sexualität als solcher, die ihre Recht-