

wird, der Eingriff sei medizinisch indiziert gewesen. Daß es oft sehr schwierig sein kann, das Gegenteil nachzuweisen, zeigt folgender Fall, den ich ungefähr im Jahre 1929 als Privatdozent in Frankfurt zu bearbeiten hatte:

Ein Arzt stand allgemein im Ruf, nicht indizierte Schwangerschaftsunterbrechungen vorzunehmen. Dies hatte er auch bei einer blühend aussehenden, sich gesund fühlenden, wohlhabenden Bauerntochter getan. Nach den Aussagen des Mädchens hatte er sie kaum untersucht. Es wurde eine eingehende klinische Nachuntersuchung veranlaßt, der vom Arzt behauptete dekompensierte Herzklappenfehler bestand nicht; es wurde lediglich ein accidentelles systolisches Geräusch festgestellt. Der Arzt entschuldigte sich mit einem Irrtum, der passieren könne; er fand unterstützende Gutachter; er wurde zwar angeklagt, das Gericht lehnte aber nach Würdigung des gesamten Materials die Eröffnung des Verfahrens ab.

Unter Berücksichtigung derartiger Umstände muß ich mich auf den Standpunkt stellen, daß eine *Begutachtung* der Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung durch einen anderen Arzt, der nicht behandelnder Arzt ist, unter einer *gewissen offiziellen Kontrolle* erhalten bleiben muß; sie ist erforderlich im Interesse der Rechtsgleichheit, zum Schutze des guten und sorgfältigen Arztes und weiterhin aus ethischen Gesichtspunkten heraus. Das Leben beginnt medizinisch mit der Zeugung, und auch das Gesetz gibt dem entstehenden Lebewesen das Recht, zur Welt zu kommen, sofern nicht ausnahmsweise nach sorgfältiger Prüfung erhebliche Gefahren für das Leben der Mutter resultieren oder wenn das Kind wegen zu erwartender schwerer Mißbildung keinerlei Freude am Leben hätte und nur der Allgemeinheit zur Last fiele; aber auch diese Indikation bedarf in jedem Einzelfalle einer kritischen Überprüfung unter Einschaltung neutraler Instanzen.

Im Laufe der bisherigen Diskussion ist auch die Frage der *ethischen Indikation* aufgeworfen worden. Daß aus einer bewiesenen Vergewaltigung ein Kind entsteht, ist recht selten; daß die Mutter im Laufe des Verfahrens den dringenden Wunsch äußert, das Kind loszuwerden, habe ich persönlich nicht erlebt, aber auch die Gynäkologen bekunden meines Wissens, daß Derartiges recht selten ist. Ich möchte mich gegen eine Bestimmung über die ethische Indikation aussprechen. Sollten aber einmal abnorme Verhältnisse eintreten, Krieg oder Revolution mit Massenvergewaltigungen, so ist der normale Gesetzgebungsweg sowieso ausgeschaltet; es wird dann immer noch möglich sein, auf dem Verordnungswege für eine vorübergehende Zeit entsprechende Maßnahmen zu treffen; aber auch in diesen Fällen müßte die Tatsache der Notzucht hinreichend sicher bewiesen werden.

Prof. Dr. BERTHOLD MUELLER, 69 Heidelberg, Voßstr. 2,  
Institut für gerichtliche Medizin

J. GERCHOW (Frankfurt a. M.): Schwangerschaft und Geburt unter medizinisch-forensischen Aspekten der Kindstötung.

**F. J. HOLZER (Innsbruck): Zum Nachweis der Abtreibung. (Mit 2 Textabbildungen.)**

Die Richtigkeit des Grundsatzes: „Bei jedem plötzlichen Tod einer Frau im gebärfähigen Alter an eine Luftembolie durch Abtreibung zu denken“, wird immer wieder bestätigt.

Trotz des wohlbekannten Bildes der Luftembolie ergeben sich gelegentlich doch Befunde und Umstände, die für ähnliche Begutachtungen wichtig sein können und eine kurze Mitteilung rechtfertigen.



Abb. 1. Gerinnsel, beiderseits gleichmäßig aus dem offenen Foramen ovale in die beiden Vorhöfe hineinhängend

Die erste Beobachtung betrifft eine Gerinnsebildung, die aus dem offenen Foramen ovale symmetrisch, fast schnurbartartig in beide Vorhöfe hineinhing und höchstwahrscheinlich durch das Hin- und Herpeitschen der Luft als Folgeerscheinungen der Luftembolie zu erklären ist (Abb. 1).

*Fall 1.* Prot. 119/62. Die 26 Jahre alte Erika M. wurde am 17. 4. 62 früh vom heimkommenden Ehemann leblos auf dem Diwan in der Küche aufgefunden. Sie war Mutter von zwei Kindern, wieder schwanger, soll schon mehrmals Herzanfälle gehabt, am Vortag einen Frauenarzt aufgesucht haben und hernach guter Laune gewesen sein. Der Leichenbeschauer veranlaßte vorsorglich eine sanitätspolizeiliche Leichenöffnung, die zur großen Überraschung als Todesursache eine Luftembolie ergab, worauf Leichenöffnung und Augenschein gerichtlich fortgesetzt wurden.

*Befund.* Reichlich Luft im rechten und linken Herzen bei offenem Foramen ovale. Reitendes, mehrere Zentimeter langes, in beide Vorhöfe hineinhängendes Gerinnsel, vorwiegend Speckgerinnsel, bei glattem Rand der Vorhofslücke. Sonst in der Leiche keine Gerinnsel.

Reichlich Luft in der Gebärmutterhöhle, in den Gebärmuttervenen und ableitenden Blutadern. Luft auch in den Herzgefäßen und Hirngrundschatzadern.

Schwangerschaft im 4. Monat. Fruchtblase unverletzt, Blut im Halsgang und über dem inneren Muttermund, leicht nach Seife riechende Flüssigkeit in der Scheide.

Wie die im Anschluß an die Obduktion durchgeführten Erhebungen ergaben, war die Frau nur mit Hemd bekleidet und soll in Rückenlage auf dem Diwan gefunden worden sein, wobei das Gesäß sich über dem Rand des Diwans befand und die leicht gespreizten Beine auf den Boden herunterhingen. Abtreibungswerkzeug, Schüssel und Flüssigkeit oder Spuren von Flüssigkeit auf dem Boden waren beim Augenschein nicht festzustellen.

An der tödlichen Luftembolie in Zusammenhang mit einer Abtreibungshandlung war nicht zu zweifeln. Das Fehlen der Abtreibungsgegenstände weist auf fremde Hand bzw. zumindest darauf hin, daß nachher Werkzeuge und Spuren beseitigt wurden. Es ergab sich auch die Frage, ob die Frau den Eingriff auswärts habe vornehmen lassen, noch nach Hause gehen konnte, wodurch das Fehlen von Abtreibungsspuren erklärt werden könnte. An sich war die Möglichkeit einer protrahierten Luftembolie nicht auszuschließen, zumal auch die Entstehung des Gerinnsels zwischen und in den Vorhöfen eine gewisse Zeit beansprucht hat. Gegen eine außer Haus gesetzte Abtreibungshandlung wies die Lagerung der nur mit Hemd bekleideten Frau auf dem Diwan.

*Fall 2. Prot. 121/61. 22. 4. 61.* Die 31 Jahre alte Anna W. hatte schon vier eheliche Kinder und starb am 25. 2. 61 plötzlich. Der Totenbeschauer Dr. H. schrieb auf Grund der Angaben des Arztes Dr. K. als Todesursache „Grippe und Herzschwäche“ in den Totenschein und gab die Leiche zur Bestattung frei.

Da später Gerüchte entstanden, vor allem der Ehemann kurz vor dem Tode der Frau in ihrem Geschlechtsteil einen dünnen, mit Heftpflaster am Oberschenkel befestigten Schlauch gesehen hatte, war am natürlichen Tod zu zweifeln und ergab sich der Verdacht, daß die Frau an den Folgen einer Abtreibung gestorben war.

Die 8 Wochen nach dem Tode, am 22. 4. 61, durchgeführte Öffnung der exhumierten Leiche ergab als Todesursache Luftembolie mit mächtiger Aufreibung des Herzens bei durchgängiger Vorhofscheidewand. Auch in den Lungenschlagadern fand sich schaumiges Blut. Das im Herzen befindliche Gas bot keinen Fäulnisgeruch. Die Leiche wies wohl äußerlich Fäulnis- und Macerationserscheinungen auf, die inneren Organe schienen jedoch noch völlig frisch, was in Anbe tracht der Höhe des Ortes und der Jahreszeit der kalten Friedhofserde entsprach.

Die Frau war im 4. Monat schwanger, in der Gebärmutterhöhle und in den Adern der Gebärmutterwand reichlich Luft nachzuweisen, in Gebärmutterhöhle und Scheide Blut, so daß als Ursache der Luftembolie zweifelsfrei eine Abtreibungshandlung vorgelegen hat.

Die chemische Analyse<sup>1</sup> des Gases aus der Gebärmutter ergab, daß es mindestens zu 95 % aus Luft in normalem Verhältnis  $N_2:O_2 = 4:1$  bestand, während Methan nicht nachgewiesen werden konnte. Die Nachweisgrenze für Methan liegt bei der verwendeten Versuchsanordnung unter  $2 \times 10^{-5}$  g Methan.

Die chemische Untersuchung des Gebärmutter- und Scheideninhaltes auf eingespritzte Flüssigkeit war negativ.

<sup>1</sup> Die Untersuchung führte dankenswerterweise Frau Prof. Dr. CREMER am Physikalisch-Chemischen Institut der Universität Innsbruck durch.

Die Angaben des Ehemannes über das „Gummiröhrchen“ (Gummischlauch) im Geschlechtsteil der Frau und die Erscheinungen beim Tod entsprachen dem Obduktionsbefund. Auch ein halbstarrer Schlauch in der schwangeren Gebärmutter kann, wie wir im Gutachten zugeben mußten, zu einer Luftembolie führen.

Die Organe der Frau ließen weder mit freiem Auge noch mikroskopisch krankhafte Veränderungen nachweisen.

Die Gebärmutter enthielt an einer 24 cm langen Nabelschnur eine 18 cm lange männliche Frucht.

Nach Vorhalt des Obduktionsbefundes gab der Mann folgende Schilderung: Am Vortag des Todes sei seine Frau bei dem unmittelbar daneben wohnenden Arzt Dr. K. in der Ordination gewesen und habe nachher gesagt, sie müsse am nächsten Tag das Bett hüten. Er, der Ehemann, habe sich an diesem Tag eigens freigenommen. Die Frau habe sich ein Zimmer hergerichtet und darin die Nacht verbracht. Als sie am nächsten Morgen, am 25. 2. 61, im Zimmer urinierte, habe er beobachtet, daß das Wasser im Nachttopf und daneben blutig war. Der Mann habe sie noch gefragt, warum sie daneben gemacht habe, worauf sie sagte, sie könne nicht anders. Er habe im Geschlechtsteil der Frau ein Röhrchen, „einen Gummischlauch, wie ihn der Arzt zum Abhören verwendet“, gesehen. Der Schlauch war mit Heftpflaster am Oberschenkel der Frau befestigt. Die Frau sagte noch: „Schau, was mir der Doktor da hinpickt hat.“ 1—2 Std später, noch im Lauf des Vormittags, hatte die Frau starke Herzbeschwerden, wurde blau, man holte den Arzt von nebenan, bei dem die Frau am Vortag gewesen war, der noch eine Einspritzung gab, doch lag die Frau schon in den letzten Zügen.

Nach Eintritt des Todes verlangte der Arzt, mit der Toten allein zu sein und war anschließend auch beim Ankleiden der Leiche behilflich, was sonst bei Todesfällen nicht üblich war. Der Mann beobachtete, so schilderte er, beim Anziehen der Frau, daß das Röhrchen nicht mehr in der Frau hing und auch das Heftpflaster vom Oberschenkel entfernt war. Dr. K. sagte dem Ehemann, der Arzt Dr. H. werde die Totenschau vornehmen, dem solle er sagen, die Frau sei an „Grippe und Herzschwäche“ gestorben. Dr. K. hatte auch veranlaßt, daß die Frau nicht in P., sondern in einem anderen Ort, in Fl., beerdigt wurde.

Beim gerichtlichen Augenschein und bei der Vernehmung am 10.5.61 gab der Ehemann an: Nach 11 Uhr, als ein Besuch weg war, sagte meine Frau zu mir, „blas in das Röhrl eini“. Zweimal hab i einblasen, dann hat die Frau gesagt, „mir is schlecht“, es war etwa 3—4 min später.

Auf unsere Frage erzählte der Ehemann noch, daß er 10 Jahre bei der Musik war und Waldhorn geblasen und bei der Frau fest ins Schläuchle geblasen habe. Dem Arzt habe er vom Hineinblasen nichts gesagt, „weil mi der Doktor nicht gfragt hat“.

Auf die Frage, was *er* darunter versteht, daß ihm der Arzt Dr. K. gesagt haben soll, „jetzt müssen wir tapfer sein“, gab der Mann W. zur Antwort: „Heißt still sein, s'Maul halten.“

Die Totenschau hat Dr. H. an der vollkommen bekleideten Leiche vorgenommen, ohne sie zu berühren.

Der einen geistig beschränkten Eindruck machende Ehemann, der angeblich nicht gewußt haben will, wozu er in das Röhrchen blasen soll, was ihm der Schöffensenat auch glaubte —, wurde freigesprochen. Gegen den Arzt Dr. K., der eine Abtreibung bestritt und vorbrachte, daß das Röhrchen von einem anderen Arzt eingeführt worden sein konnte, wurde die Verhandlung vertagt, gegen den Leichenbeschauer Dr. H. wegen Übertretung nach § 359 ÖStG — Nichtanzeige eines verdächtigen Todesfalles — ein Strafverfahren eingeleitet.

In der Verhandlung gegen den Leichenbeschauer mußte ich als Gutachter feststellen, daß die Leichenschau nicht so durchgeführt wurde, wie sie hätte vorgenommen werden müssen, daß aber leider sehr häufig Ärzte Leichenschauen nicht so durchführen, wie sie sollten, daß anderseits in vielen Fällen, wenn der Verdacht nicht zwingend ist, von den Gerichten eine Leichenöffnung nicht angeordnet wird und manche Ärzte deshalb von der Meldung eines Todesfalles Abstand nehmen.

Im vorliegenden Fall hat Dr. H., der schon wiederholt Leichenöffnungen veranlaßt hatte, nachträglich, als ihm Gerüchte zu Ohren kamen, doch noch Anzeige bzw. Meldung an die Gendarmerie erstattet und in Zusammenhang mit diesen Gerüchten seine Diagnose offen in Zweifel gezogen.

Der Arzt Dr. H. wurde freigesprochen, das eingeleitete Verfahren, die Verhandlung und das Ergebnis der Exhumierung der von ihm freigegebenen Leiche empfand er als berechtigte Mahnung und Warnung.

Das Bemerkenswerte dieses Falles ist wohl der Nachweis einer Luftembolie nach 8 Wochen und das Hineinblasen in den von einer anderen Person in die Geschlechtsteile der Frau eingelegten „Katheter“.

Dieser Fall erinnert an eine Exhumierung, die wir vor Jahren, ebenfalls in der kalten Jahreszeit, durchzuführen hatten, bei der es nach Wochen noch gelang, die Luftembolie als Abtreibungsfolge und Todesursache nachzuweisen.

Als wir damals nachträglich fragten, ob bei der Auffindung der Leiche und Totenbeschau nichts aufgefallen sei, ob man keine Spritze und keine Flüssigkeit gesehen habe, erhielten wir die Antwort: „Doch auf dem Boden neben der Leiche stand eine Schüssel mit Wasser, über die der Arzt bei der Totenbeschau gestolpert ist.“

Wenn es demnach in gewissen Fällen unter günstigen Umständen (im Winter) auch gelingen mag, eine Luftembolie auch nach längerer Zeit noch nachzuweisen, soll gerade beim Verdacht auf eine Luftembolie die

Leichenöffnung nicht hinausgeschoben, sondern so schnell wie möglich durchgeführt werden (MEIXNER, MUELLER).

*Fall 3.* Prot. 274/63. GS 23. 6. 63, Frau Anna W., 40 Jahre alt, wurde Samstag, den 22.6.63, 18<sup>45</sup> Uhr, auf dem Bauch liegend tot in ihrem Zimmer aufgefunden. Wiederbelebungsversuche waren erfolglos.

¾ Std zuvor hatte man die Frau zuletzt gesehen. Das eine Kind erzählte, die Mutter habe ein Ventilschläuchchen besorgt, um sich in die Ohren zu blasen.

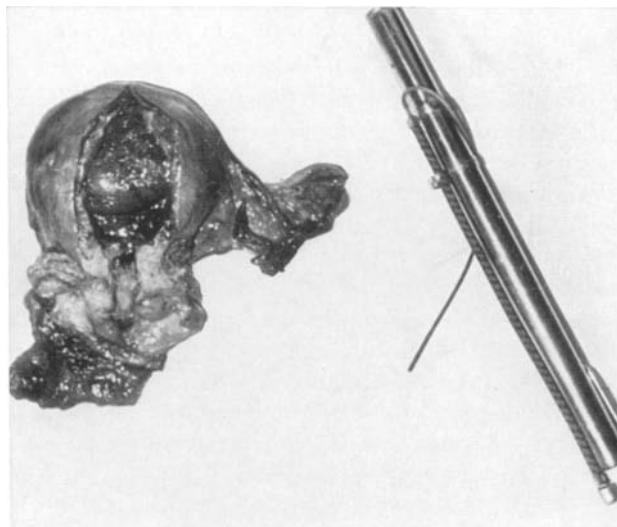


Abb. 2. Abtreibung mit Fahrradluftpumpe. 25 cm langer, dünner weicher Ventilschlauch an das gewöhnliche Schlauchende der Pumpe angesteckt. Nur dieser dünne Teil war in die Geschlechtsteile eingeführt

Die am nächsten Tag durchgeführte gerichtliche Leichenöffnung ergab als Todesursache Luftembolie nach Abtreibungsversuch mit mächtiger Auftriebung des Herzens und reichlich Luft in der Gebärmutter.

Lungenödem. Agonale Einatmung von Mageninhalt (in Zusammenhang mit der künstlichen Atmung zur Wiederbelebung). Blauviolettfärbung des Gesichtes. Schwangerschaft im 3. Monat mit 7½ cm langen Zwillingen. Blut in der Scheide und an den äußeren Geschlechtsteilen.

Blut und Scheidenzellen an den Fingern der linken Hand (Haltehand).

Die Luftembolie war durch eine Fahrradluftpumpe herbeigeführt worden, wobei am eigentlichen Pumpenschlauch noch ein 25 cm langes, dünnes, weiches *Ventilschläuchchen* aufgesteckt war. Nur dieser dünne Schlauch war mit Blut und Scheidenzellen verunreinigt, offenbar nur dieses 3 mm starke, weiche Schlauchstück eingeführt worden (Abb. 2).

Den Beamten der Erhebungsgruppe erschien die Lage der Frau, nach vorne übergefallen, sonderbar. Es war jedoch keineswegs ungewöhnlich,

daß die Frau nach vorne überfiel, wenn sie die Abtreibung bzw. das Einpumpen von Luft in die Geschlechtsteile selbst vornahm, mit der linken Hand den dünnen Schlauch in die Geschlechtswege einführte und innen festhielt, während sie vornübergebeugt mit der rechten Hand die Pumpe bediente. Bei dieser Haltung konnte die Frau, als ihr schlecht wurde, nach vorne zu Boden stürzen. Dementsprechend lag auch die Pumpe mehr auf der rechten Seite unter der Leiche. Die geringe blutige Verunreinigung des Kleides an der linken Brustseite erklärte sich durch die passive Berührung dieser Stellen mit den blutigen Fingern der linken Hand bei Durchführung der Wiederbelebungsversuche.

Die Angabe der Frau den Kindern gegenüber, „um in die Ohren zu blasen“, war offenbar nur ein Vorwand bei Besorgung des Stückes Ventilschlauch.

Ob es der Frau überhaupt gelang, den dünnen weichen Schlauch über den äußeren Muttermund hinauf in die Gebärmutter hineinzuschieben, ist fraglich.

Einführen des Schlauchendes in die Scheide dürfte genügen, um eine Lufteintreibung in die Gebärmutter zu bewirken, insbesondere, wenn gleichzeitig der Scheideneingang zusammengepreßt oder zugehalten wird. Auch im einen der beiden, von Süß aus dem Münchener gerichtlich-medizinischen Institut mitgeteilten Fälle von Abtreibung mit Fahrradluftpumpe könnte eine solche Einführung des Schlauches genügt haben, während im anderen Fall der Schlauch bis in die Gebärmutter reichte.

Süß verweist auf den Fall HEID, in dem eine Lufteinblasung per os, wobei sicher keine instrumentelle Verbindung zum Muttermund und zur Gebärmutterhöhle bestand, eine tödliche Luftembolie verursachte.

Unsere eigene Beobachtung kann daher wohl als Hinweis auf Entstehung einer tödlichen Luftembolie gelten, auch wenn ein Abtreibungswerkzeug nicht bis in die Gebärmutterhöhle reicht.

Wenn auch die Mehrzahl der Fälle tödlicher Luftembolien bei Einspritzungen von Flüssigkeit erfolgt und dabei die Eintreibung von Luft nicht beabsichtigt ist, kommt, wie eben gezeigt, auch absichtliches Einpumpen oder Einblasen von Luft zu Abtreibungszwecken vor.

In einem unserer Fälle, der kürzlich verhandelt wurde:

*Fall 4.* Prot. 142/62. Frau Maria J., 31 Jahre alt, war die Luftembolie durch Einspritzung von Seifenwasser in die schwangere Gebärmutter mit einem typischen Ballon und dünnem, starrem Ansatzrohr entstanden. Zuvor hatte der Ehemann einen vergeblichen Abtreibungsversuch durch Einschieben eines 23 cm langen, 5 mm dicken Kupferdrahtes in die Gebärmutter unternommen und auf die Frage des Richters nach dem Zweck dieses Eingriffes erklärt, „damit Luft in die Fruchtblase eindringe“.

Zum Abschluß sei noch eine Beobachtung mitgeteilt, die zeigt, daß auch  $1\frac{1}{2}$  Jahre nach einer tödlichen Abtreibung eine Exhumierung und

Untersuchung der Leiche zweckmäßig und zur Erhärtung von Erhebungen wichtig sein kann.

*Fall 5.* Prot. 141/47. Frau Johanna D., 39 Jahre alt. Die Frau war am 1. 12. 45 aus ihrer Wohnung in B. verschwunden. 8 Tage später wurde die Leiche der Frau aus der Bregenzer Ache bei Hard geborgen. Man nahm Selbstmord an, der Arzt schrieb „Tod durch Ertrinken“ und gab die Leiche zur Bestattung frei. Ein Gendarm hatte noch den die Leichenschau durchführenden Arzt gefragt, „ob die Frau nicht schwanger sei“, worauf ihm der Arzt erklärte, „eine Frau mit einer *Monatsbinde* ist nicht schwanger“. Der Gendarm stellte weitere Erhebungen an, ging Gerüchten nach und sammelte durch Vernehmung von 150 Personen Unterlagen, bis schließlich 1½ Jahre später die Exhumierung angeordnet wurde.

Die Leiche war hochgradig faul, im Becken keine Gebärmutter. *In der Fäulnis schmire zwischen den Oberschenkeln fanden sich die zarten Knochen einer Frucht im 4.—5. Monat.*

Die Lunge der Leiche war nur ein formloser Brei, in dem sich keine Kieselalgen, keine Quarzkristalle und keine anderen Fremdkörper nachweisen ließen. Die Frau war also offenbar nicht ertrunken, aber schwanger gewesen. Der Obduktionsbefund wies auf einen Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und Tod hin. Die Gerüchte über eine Abtreibung waren somit durch die Exhumierung und Leichenöffnung weitgehend bestätigt.

Auf Grund der Obduktion legte der Abtreiber, ein 23jähriger, ehemaliger Krankenpfleger, der nicht arbeitete und sich als Witwentröster an Frauen heranmachte, ein Geständnis ab mit folgendem Sachverhalt: Frau D. ist beim Abtreibungsversuch gestorben. In ihrer Anwesenheit war zuvor im selben Raum an einer anderen Frau ein Eingriff durch Einspritzen von Wasser vorgenommen worden. Dann hatten um 23 Uhr die drei Personen: die Frau, ihr Schwängerer und der Abtreiber die Tasche der Verstorbenen durchsucht, Geld und Zigaretten verteilt, geraucht und eine Jause eingenommen. 2 Uhr früh holte der Abtreiber ein Fahrrad, legte der Leiche eine Monatsbinde an, „damit sie unterwegs nicht infolge der Abtreibung weiter aus dem Geschlechtsteil blute“, lud die Leiche auf das Fahrrad, führte sie zur Ache und warf sie ins Wasser.

Der Abtreiber sperrte die überlebende Frau so lange in ihrer eigenen Wohnung ein, blieb bei ihr, bedrohte und überwachte sie, damit niemand etwas erfahre, bis man die Leiche der Frau D. fand, der Arzt „Selbstmord durch Ertrinken“ feststellte und die Leiche beerdigte.

Inzwischen hatte diese zweite Frau die Fehlgeburt überstanden und konnte gerade noch rechtzeitig mit hohem Fieber in ein Krankenhaus gebracht und gerettet werden.

Dieser Fall beweist die Bedeutung einer genauen Leichenschau und wie gewissenlos Abtreiber zu Werke gehen können.

Der kurze Hinweis auf unsere Beobachtungen ist ein Beitrag zur Tragik durch Abtreibungen und zur unerlässlichen Forderung, möglichst frühzeitig ärztliche Sachverständige in die Untersuchungen einzuschalten.

*Literatur*

- MEIXNER, K.: Die Abtreibung. Wien klin. Wschr. **1942**, 381—385.  
 MUELLER, B.: Gerichtliche Medizin. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1953.  
 SÜSS, K.: Über zwei eigenartige Todesfälle an Luftembolie bei Abtreibungsversuch mittels Fahrradluftpumpe. Inaug.-Diss. München 1939. Ref. Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. **34**, 71 (1941).

Prof. Dr. F. J. HOLZER, Innsbruck, Müllerstr. 44/II,  
 Institut für gerichtliche Medizin der Universität

**W. HALLERMANN (Kiel): Forensische Beurteilung von unerwarteten Todesfällen im Kindesalter mit besonderen bakteriologischen Befunden.**

Ausgehend von 2 Fällen einer rasch tödlich verlaufenen Epiglottitis acutissima oedematosum (bakteriologisch Reinkulturen von Haemophilus influenzae in Blut und Gewebe) und dem relativ plötzlichen Tod eines jungen Mannes mit einer Purpura fulminans (Reinkulturen im Liquor von Meningokokken, Pneumokokken und Streptokokken) mit beiderseitigen Nebennierenblutungen (Waterhouse, Friderichsen-Symptom), ergänzt durch einen weiteren Fall des gleichen Krankheitsbildes bei einem  $3\frac{1}{2}$  Monate alten Säugling, wird die Kausalität der Unterlassung einer rechtzeitigen Einweisung in die Klinik zum tödlichen Ausgang erörtert. Es hat sich in keinem Falle entscheiden lassen, daß mit einer an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch die gebotene (vom Arzt unterlassene) Einweisung der schädigende Erfolg hätte abgewendet werden können. Das Krankheitsbild Epiglottitis ist relativ unbekannt und scheint im Zunehmen begriffen zu sein. Oft hilft eine frühzeitige Tracheotomie. Eine rettende Therapie beim Waterhouse-Friderichsen mit akutem Verlauf scheint noch nicht möglich zu sein.

Prof. Dr. med. W. HALLERMANN, 23 Kiel, Hospitalstr. 42,  
 Direktor des Instituts für gerichtliche Medizin der Universität

**K. JAROSCH (Linz): Die bakteriologische Untersuchung des Säuglingstodes.**

Der oft geringfügige pathologisch-anatomische Befund beim akuten Säuglingstod veranlaßte uns, routinemäßig Blut, Milz, Dünnd- und Dick-

*Tabelle 1. Untersuchungsergebnisse von Säuglingsstühlen*

	1961		1962	
	Zahl	%	Zahl	%
Unauffälliger Befund .	1920	81,2	2380	76,1
Dyspepsiecoli, züchtbar	294	12,5	596	18,2
Ps. pyocyanus, züchtbar	145	6,3	178	5,7
Gesamtzahl	2359	100,0	3127	100,0