

**E. K. Iliakis, A. K. Iliakis e A. S. Kutselinis:** Oscillazioni dei valori GOT e GPT del siero nell'avvelenamento sperimentale cronico da insetticidi contenenti cloro. (Schwankungen der SGOT- und SGPT-Werte bei chronischer, experimenteller Vergiftung mit chlorhaltigen Insektenvertilgungsmitteln.) [Ist. Med. Leg. e Tossicol., Univ. Atene.] *Folia med.* (Napoli) 48, 777—782 (1965).

Gleichaltrige, 150 ( $\pm 30$ ) g wiegende Wistaratten wurden mit 40%igem Aldrin chronisch vergiftet. Die Bestimmung der Transaminasen erfolgte 6 Tage vor Beginn des eigentlichen Experiments und dann alle 2 Tage bis mindestens zum 40. Tag der Vergiftung. Im Vergleich zu den bei den Kontrolltieren erhobenen Werten stiegen die SGPT-Werte bis zu 105 E und die SGOT-Werte bis zu 68 E an; ein verwertbarer Unterschied der Werte begann sich nach ungefähr 20 Tagen zu erweisen. Die Bestimmung der Transaminasen stellt ein wichtiges Hilfsmittel zur Diagnose der Vergiftung mit chlorhaltigen Insektenvertilgungsmitteln dar. G. GROSSER (Padua)

**W. D. Erdmann:** Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung von Vergiftungen mit sogenannten Nervenkampfstoffen. [Pharmakol. Inst., Univ., Göttingen.] *Wehrmedizin* 4, 150—157 (1966).

### Kindestötung

**Hajime Nagamori, Michio Ebe, Misao Sasaki and Sunao Kuroda:** Medico-legal studies on the fetus and the infant. II. Value of the length of tubular skeletons in the estimation of the age of the fetus. (Gerichtsmedizinische Studien am Fetus und am Kind: Altersschätzung von Feten mittels Längenmessung von Röhrenknochen.) [Dept. of Leg. Med., Fukushima Med. Coll., Fukushima.] *Jap. J. leg. Med.* 19, 422—430 mit engl. Zus.fass. (1965) [Japanisch].

Bei 61 Feten mit bekannter Tragzeit (Schwangerschaften zwischen 14. und 40. Woche) wurden Humerus- und Femurlängen gemessen. Proportional zum Fetenalter ergab sich eine lineare Längenzunahme ohne signifikante Geschlechtsdifferenz. Die maximalen Abweichungen vom Mittelwert betragen 4 mm nach oben und nach unten. Bei gleicher Knochenlänge variierte das Fetenalter bis zu 4 Wochen. Femur und Humerus waren bis zur 20. Schwangerschaftswoche gleich lang. HANS PETER HARTMANN (Zürich)

### Gerichtliche Geburtshilfe einschließlich Abtreibung

**H. Wilken, W. Junge und K. H. Zunker:** Der septische Schock in der Schwangerschaft. [Univ.-Frauenklin., Rostock.] *Zbl. Gynäk.* 87, 1601—1615 (1965).

Die Verff. berichten in einer Übersichtsarbeit, die sie mit eigenen Fällen belegen, über den septischen Schock in der Schwangerschaft. Dieser im amerikanischen Schrifttum als Endotoxinschock bezeichnete Zustand tritt als schwerer Kreislaufkollaps in Erscheinung, der ohne große Blutungen Folge des septischen Schocks ist. Es handelt sich dabei um Infektionen mit Gram-negativen Endotoxinbildnern, vor allem *E. coli*. Die Häufigkeit derartiger Schocks ist im amerikanischen Raum offensichtlich größer, möglicherweise durch die dort übliche massive Antibioticabehandlung. Es wird bei 50 febrilen Aborten mit einem septischen Schock gerechnet. Nach Schilderung eigener Beobachtungen und Zuordnung dieser zu Mitteilungen aus der Literatur werden für das praktische Vorgehen einige Richtlinien aufgestellt. Neben den Gaben von Tetracyclinen und Chloramphenicol müssen Serumelektrolyte, pH-Werte, Gerinnungsuntersuchungen, axillare und rectale Temperaturen festgestellt werden. Weiterhin sollten eine Feststellung von Erregern und ein Antibiotogramm erfolgen. Gefäßerweiternde Mittel wie Hydergin müssen nach ausreichender Flüssigkeitszufuhr gegeben werden. Die Dosierung richtet sich nach dem venösen Druck. Im Unterschied zu amerikanischen Autoren wird die Entleerung des Uterus oder die Totalexstirpation des Uterus nicht als vordringlich vorgeschlagen. Die Hibernation und die endotracheale Beatmung müssen ebenfalls in Erwägung gezogen werden. BRÄUTIGAM<sup>o</sup>

**Lone Gjørup:** Obstetrical lesion of the brachial plexus. (Acta neurol. scand. 42, Suppl. 18.) Copenhagen: Munksgaard 1965. 80 S. mit Abb. u. Tab.

**L. Basile: Acceleramento del parto con morte del prodotto del concepimento in riferimento all'art. 583 del C.P.** (Beschleunigung der Entbindung und Tod der Leibesfrucht in Hinblick auf den Art. 583 des ital. StGB.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Milano.] Arch. Soc. lombarda Med. leg. Assicuraz. 1, 41—56 (1965).

Die durch freiwillige Körperverletzung hervorgerufene Beschleunigung der Entbindung (Frühgeburt) ist strafrechtlich als Abort zu betrachten, wenn der Tod der Leibesfrucht im ursächlichen Zusammenhang mit der Körperverletzung steht. G. GROSSER (Padua)

**P. Wille: Der Seifenabort, eines der schwersten Krankheitsbilder in der Frauenheilkunde.** [Frauenklin., Städt. Krankenh. Friedrichshain, Berlin.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 21, 441—447 (1966).

Anhand von vier Fallschilderungen stellt Verf. die klinischen Aspekte des Seifenaborts dar. Er unterscheidet drei klinische Verlaufsformen, nämlich die Alkalinekrose des Uteruscavums, die allgemein unter den Zeichen des septischen Aborts verläuft, sodann die Seifenperitonitis, die das Bild des akuten Abdomens bietet und schließlich die allgemeine Seifenintoxikation mit dem Erscheinungsbild von rasch zunehmendem Ikterus, Anämie und Nierenversagen als Ausdruck einer akuten Hämolyse. In der Therapie des akuten Nierenversagens wird besonders auf die Notwendigkeit hingewiesen, kaliumhaltige Kost zu vermeiden. Extrakorporale Dialyse bei Crush-Niere wird als die Methode der Wahl bezeichnet. Eine Nachkontrolle der Nierenfunktion ist wenigstens über  $1/2$  Jahr erforderlich. JAKOB (Coburg)

**H. H. Knaus: Geburtenkontrolle aus der Sicht des Physiologen.** Physik.-Diät. Ther. 5, 4 Seiten (1964).

Verf. weist noch einmal darauf hin, daß die Frau nur an einigen Tagen des menstruellen Cyclus empfängnisfähig ist. Danach kann man Geburtenkontrolle betreiben. — Voraussetzung ist, daß der individuelle Cyclus jeder Frau bekannt ist. So sollten die Frauen schon bald nach Eintritt der ersten Menstruation lernen, einen genauen Menstruationskalender zu führen.

KLOSE (Heidelberg)

**P. Moron et C. Garson: Intérêt médico-légal de l'étude du sang du cordon ombilical.** (Gerichtsmedizinische Gesichtspunkte bei der Untersuchung von Nabelschnurblut.) Ann. Méd. lég. 45, 476—478 (1965).

Bei 10 Neugeborenen wurde Nabelschnurblut mit Capillarblut verglichen (letzteres aus der Ferse entnommen). Capillarblut enthielt eine höhere Konzentration an weißen und roten Blutkörperchen. Während die Zahl der Lymphocyten praktisch konstant war, wurden die polynukleären Leukocyten im Capillarblut in bis zu doppelter Konzentration gefunden. Ähnliche Resultate ergaben sich bei Studien an 10 Kaninchen. Die Höhe der Zellzahldifferenz in beiden Bluten widerspiegelt nach Auffassung der Autoren den Schweregrad des Geburtstraumas.

HANS-PETER HARTMANN (Zürich)

**Wilhelm Barnikel: Zum Recht der Schwangerschaftsunterbrechungen.** Dtsch. med. Wschr. 90, 1635—1637 (1965).

Verf. nimmt zum Recht der Schwangerschaftsunterbrechung Stellung. Juristisch ist die medizinisch indizierte Schwangerschaftsunterbrechung ebenso zulässig wie auch die indirekten Unterbrechungen erlaubt sind, nämlich solche, die krankheitshalber mit der Heilung einer schwangeren Frau einhergehen. Dagegen sind Unterbrechungen aus Notzucht, sozialer und eugenischer Indikation unzulässig, da es dabei an der „Verhältnismäßigkeit“ zum werdenden Leben mangelt. Bei Existenz mehrerer Indikationen rechtfertigt nur das Vorliegen einer erlaubten Indikation den Eingriff. Das prophylaktische Recht verdient große Aufmerksamkeit, da die schwerwiegenden Folgen einer Unterbrechung mitzuberücksichtigen sind. Wünschenswert wäre ein Ineinandergreifen medizinisch-juristischer Gesichtspunkte für die Zulässigkeit dieses Eingriffs. Vielleicht ließe sich diese schwierige Problematik durch die „Verhältnismäßigkeit“ und „Finalität“ klären.

KRUSCHWITZ (Greifswald)°

**G. Schwalm: Bilanz nach dem Sterilisationsurteil des Bundesgerichtshofs.** Med. Klin. 61, 32—34 u. 72—77 (1966).

Verf. setzt sich im 1. Teil mit der historischen Entwicklung der Gesetzgebung auf dem speziellen Gebiet der Körperverletzung im Rahmen von Sterilisation und Kastration auseinander und kommt zu der Auffassung, daß die seit langem geplante ausdrückliche gesetzliche Spezialregelung

endlich verwirklicht werden müsse. Im 2. Teil geht der Verf. darauf ein, welchen Weg der Gesetzgeber für die Zukunft beschreiten solle, und kommt zu der Auffassung, daß die Straffreiheit aller freiwilligen Sterilisationen keineswegs zu legalisieren sei. Vielmehr sei die gesetzliche Ausschließung der Gefälligkeitssterilisation geboten. Es wird dann noch die Frage besprochen, ob der Gesetzgeber die Gefälligkeitssterilisation verbieten solle oder ob er diejenigen Indikationen, die er zu lassen möchte, ausdrücklich aufzählen solle. Ausführliche Diskussion zum Teil mit Vergleich der Regelung in anderen Ländern.

SPANN (München)

**Max Kohlhaas: Zum Recht der Schwangerschaftsunterbrechung. Eine notwendige Ergänzung.** Dtsch. med. Wschr. 91, 277—279 (1966).

In den Ausführungen vom Verf. wird betont, daß eine Schwangerschaftsunterbrechung nur bei Gefahr für Leib und Leben der Mutter in einer Klinik mit ihrer Zustimmung zulässig ist. Einer Zustimmung des Ehemannes bedarf es nicht. Treten Komplikationen auf, so kann im Interesse der Lebenserhaltung der Arzt auch ohne Zustimmung der Mutter vorgehen. Die Notzuchtsindikation kann nach Meinung vom Verf. eventuell als medizinisch angesehen werden, wenn Selbstmordgefahr zu befürchten ist. Es kann aber keine Rede davon sein, daß die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung oder zur Sterilisierung gelockert worden ist. Der Arzt muß sehr vorsichtig sein. Vielleicht wäre ein Hinweis angebracht, daß eine Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation und auch eine Sterilisierung aus dem gleichen Grunde in einer Anzahl von Ländern der Bundesrepublik nur mit Zustimmung einer Kommission erlaubt ist; es gibt in Bayern die Interruptionskommission, in anderen Ländern besteht noch die Gutachterstelle, in Baden-Württemberg ist die Funktion des Obmannes der Gutachterstelle auf den Amtsarzt übergegangen.

B. MUELLER (Heidelberg)

### Streitige geschlechtliche Verhältnisse

**Maureen E. McIlree, W. H. Price, W. M. Court Brown, W. Selby Tulloch, J. E. Newsam and N. Maclean: Chromosome studies on testicular cells from 50 subfertile men.** [Dept. Path., Western Gen. Hosp., Edinburgh.] Lancet 1966 II, 69—71.

**Rainer Milbradt: Neuere Erkenntnisse in der Ätiologie, Therapie und Prophylaxe männlicher Fertilitätsstörungen.** [Dermatol. Klin. u. Poliklin., Univ., München.] Hautarzt 17, 97—100 (1966).

**H. Bauer: Über das Zweitejakulat.** [7. Tag., Österr. Ges. zum Studium d. Sterilität u. Fertilität, Innsbruck, 17. VI. 1965.] Wien. med. Wschr. 116, 321—324 (1966).

Zu dem vom Verf. 1962 veröffentlichten Fall eines normalen Ejaculates, das 90 min nach einem oligospermischen, akinetischen Ejaculat gewonnen wurde, und der der Pseudoligospermia praecedens nach DOEPFMER zuzordnen ist, sowie dem damals angeführten Zweitejakulatbefund bei Polyspermie werden hier weitere Fälle zur Beweisführung der konträren Aussagen bei der Ejaculatbefundung eines Pat. gebracht. Die Beobachtungen der Polyspermiefälle ließen folgende Möglichkeiten erkennen: Im Erstejakulat kann die Polyspermie nur zeitweilig vorhanden sein, das Zweitejakulat schien in der Regel „normal“ zu sein. In der Regel zeigten sich bei Krypto-, Azoo- und Aspermien nur quantitative Differenzen hinsichtlich der Ejaculatmenge. Bei einem Pat. fand sich bei einer Ejaculatmenge von 0,3 ml eine Aspermie (wahrscheinlich nur Prostatasekret), das Zweitejakulat nach 54 min zeigte eine Normospermie. Der Verf. möchte für diesen oder ähnliche Fälle den Begriff der Pseudaspermia praecedens oder zweckmäßiger „ESM-Phänomen“ (Ejaculatum Secundum Melius) angewandt wissen. — Die Oligospermien zeigten gewöhnlich im 2. Ejaculat eine geringere Volumenmenge und geringere Spermiedichte. In 2 Fällen war die Spermatozoenzahl bei praktisch gleicher Ejaculatmenge bei der Zweituntersuchung größer (Unterschied bis zu 8 Mill. Sp./ml). Die „paradoxaen Befunde“ werden als Folge eines gestörten Ejaculationsablaufes („Folge früherer oder der als ad hoc veranlaßten Masturbation“) gesehen.

MILBRADT (München)°°

**Murray L. Barr: The natural history of Klinefelter's syndrome.** [Dept. of Anat., Hlth Sci., Ctr., Univ. of Western Ontario and Children's Psychiatr. Res. Inst., London.] [22. Ann. Met., Amer. Fertil. Soc., Chicago, 29. IV.—1. V. 1966.] Fertil. and Steril. 17, 429—441 (1966).