

**E. Böhm: Über die Gefährlichkeit einer Mund-zu-Mund-Beatmung bei bestimmten akuten Vergiftungen.** [Inst. gerichtl. Med., Univ., Heidelberg.] Z. prakt. Anästh. 1, 60—62 (1966).

Verf. schildert zunächst eine eigene Beobachtung: Eine 25jährige bewußtlose Frau, bei der man eine Vergiftung mit Valium annahm, erhielt wegen Atemstillstandes durch den herbeigerufenen Arzt eine Mund-zu-Mund-Beatmung. Nach 1—2 min verspürte der Arzt intensiven Brechreiz und Übelkeit, dann kam es bei ihm zu Erbrechen, Schwindelgefühl, Schweißausbrüchen und Kopfschmerzen. Die Frau verstarb kurz nach ihrer Verbringung in die Klinik. Bei der Obduktion wurde im Mageninhalt trotz vorheriger Magenspülung eine mehrfach tödliche E 605-Menge festgestellt. Die Beschwerden des Arztes dürften auf eine leichte Vergiftung mit E 605 zurückzuführen sein, das vermutlich durch den oralen Kontakt über die Mundschleimhaut resorbiert worden war. Es ist jedoch auch an eine pulmonale Resorption zu denken. Verf. weist auf ähnliche Gefahren bei Vergiftungen z. B. durch Nicotin, Blausäure, andere flüchtige Cyanverbindungen, Insecticide der Thiophosphorsäurerreihe, Phosgen, Phosphorwasserstoff, Schwefelkohlenstoff usw. hin. Da viele der genannten Verbindungen einen charakteristischen Geruch aufweisen, sollte der Arzt darauf achten. Vor Durchführung einer Mund-zu-Mund-Beatmung müßte in Verdachtsfällen eine sorgfältige Reinigung der Mundregion und der Mundhöhle des Patienten erfolgen. Direkter oraler Kontakt könnte durch Verwendung eines Tubus oder Abdeckung der Mundregion mit Plastikfolie vermieden werden. M. GELDMACHER-v. MALLINCKRODT (Erlangen)

### Gerichtliche Geburtshilfe einschließlich Abtreibung

**Fr. Koch: Die subaponeurotische Blutung unter die Kopfhaut.** Eine Notfallsituation bei Neugeborenen. [Univ.-Kinderklin., Gießen.] Münch. med. Wschr. 108, 1417 bis 1420 (1966).

Die subaponeurotische Blutung unter der Kopfschwarte stellt eine Sonderform der Blutung in der Neugeborenenperiode dar. Anatomisch ist dieser Raum durch ein lockeres Gewebe gekennzeichnet, was wohl die Ausbildung einer derart großen Blutung begünstigt. Die Ätiologie ist aber ungeklärt, nur in Einzelfällen sind Blutungsübel bzw. Traumen nachgewiesen, das Leiden kommt mitunter auch familiär gehäuft vor. Als Folge der Blutung tritt ein posthämorrhagischer oligämischer Schock auf, der für das Neugeborene eine Notfallsituation schafft. Eine sofortige Therapie mittels Infusion und Transfusion ist erforderlich. Das Krankheitsbild wurde bisher in der deutschen Literatur kaum beachtet und dürfte auch gegebenenfalls von forensischer Bedeutung sein.

E. BÖHM (Heidelberg)

**Legal abortion?** (Gesetzliche Schwangerschaftsunterbrechung?) [Med.-leg. Soc., 10. III. 1966.] Med.-leg. J. (Camb.) 34, 96—107 (1966).

Bericht über eine Diskussion in der Abortion Law Reform Society. In England ist bisher eine Schwangerschaftsunterbrechung gesetzlich nicht erlaubt. Durch das Gerichtsurteil im Falle Dr. Bourne im Jahre 1939 (der Arzt hatte bei einem 14jährigen, vergewaltigten Mädchen eine Schwangerschaftsunterbrechung durchgeführt und dann Selbstanzeige erstattet. Freispruch, weil ein Fortbestehen der Schwangerschaft dem Mädchen seelisch geschadet hätte) wurde erstmals richterlich bestätigt, daß eine Schwangerschaftsunterbrechung unter gewissen Umständen eine gesetzmäßige Operation sein kann. Von den unterschiedlichen Stellungnahmen ist die von KEITH SIMPSON bemerkenswert, nach dessen Ansicht 1. die Inzucht, 2. eine Vergewaltigung, „vorausgesetzt, daß sie für jedermann überzeugend bewiesen wird“, eine gute gesetzliche Grundlage für eine Schwangerschaftsunterbrechung darstellen, und unter medizinischen Gesichtspunkten soll die hohe Rate angeborener Mißbildungen nach Röteln eine Grundlage sein

SCHÜTTRUMPF (Heidelberg)

**D. Tenhaeff: Zur Geburt nach verlängerter Tragzeit.** (Frauenklin. d. Klinik. Essen, Univ., Münster.) Zbl. Gynäk. 88, 90—99 (1966).

Unter 10000 aufeinanderfolgenden Geburten fanden sich 912, bei denen die Schwangerschaft rechnerisch übertragen war, d. h. die Geburt am 294. Tag post menstruationem oder später erfolgte. Von diesen 912 regelamnestisch übertragenen Neugeborenen wiesen aber nur 216 die bekannten Rungheschen Zeichen auf. Bezogen auf das gesamte Untersuchungsgut fanden sich in 2,16% übertragen-überreife Kinder. Bei den termingerecht geborenen Kindern beträgt

die perinatale Mortalität 1,0%, bei den rechnerisch übertragenen Kindern 2,2%. Es erhebt sich damit die Frage, soll bei einer rechnerischen Übertragung die Geburt eingeleitet werden oder nicht. Eingeleitet wurde entweder mechanisch durch Blasensprengung oder durch untere Eipolablösung und Muttermundsdehnung oder medikamentös nach Sensibilisierung mit Movellan durch Oxytocin. Bei dem Vergleich zweier etwa gleich großer Geburtenkollektive rechnerisch übertragener Kinder mit und ohne vorangegangener Einleitung fand sich bei den eingeleiteten Geburten die Operationsfrequenz zweieinhalb, die Asphyxiefrequenz gut zweimal und die perinatale Letalität doppelt so hoch wie bei den Kindern ohne vorausgegangener Einleitung. Die schlechten Ergebnisse bei den eingeleiteten Geburten gehen auf das Konte der medikamentösen Geburtseinleitung. Bei der mechanischen Geburtseinleitung allein fand sich kein Unterschied im Vergleich zur nicht eingeleiteten Geburt. Die Diagnose der Übertragung soll nicht rechnerisch, sondern klinisch, vor allem durch die Beurteilung der Geburtsreife der Portio und durch die Amnioskopie gestellt werden. Bei klarem Fruchtwasser und nicht geburtsreifer Portio wird auch über den 296. Tag hinaus abgewartet. Ist die Portio noch nicht geburtsreif, das Fruchtwasser jedoch grün, eingedickt oder völlig resorbiert, dann soll die Geburt mechanisch eingeleitet werden. Gelingt das nicht, dann baldige Schnittentbindung. Bei geburtsreifer Portio soll auch schon vom 286. Tag ab mechanisch eingeleitet werden, um nicht durch längeres Abwarten in den für das Kind gefährlichen Zeitraum der Übertragung zu kommen. Bei der Kombination einer Übertragung mit einer therapieresistenten Gestose sollte nach erfolgloser mechanischer Einleitung oder bei nicht geburtsreifer Portio wegen der besonderen Gefährdung der Kinder die primäre Schnittentbindung durchgeführt werden.

WÜSTENBERG<sup>oo</sup>

**J. Holtorff und H. Schmidt: Die verlängerte Schwangerschaft und ihr Einfluß auf das Schicksal des Kindes.** [Frauenklin. d. Med. Akad. „Carl Gustav Carus“, Dresden.] Zbl. Gynäk. 88, 441—456 (1966).

Unter 6299 Frauen fand sich in 661 Fällen (10,49%) eine verlängerte Schwangerschaft von 295 Tagen und darüber. Nur 68 Kinder (10,28%) hatten die bekannten Übereifezeichen. Den zeitlich übertragenen Schwangerschaften wurde zum Vergleich eine Kontrollgruppe von 2560 Schwangeren gegenübergestellt, die zum normalen Termin entbunden worden waren. Dabei fanden sich keine signifikanten Unterschiede beim Vergleich des mütterlichen Alters und der Parität. Die Frequenz von Störungen im Schwangerschaftsverlauf war in beiden Gruppen praktisch gleich hoch, nur die Anzahl der Toxikosen war in der Normalserie leicht erhöht. Ein signifikanter Unterschied in Lage und Einstellung der Frucht fand sich in den beiden Vergleichsserien nicht. Die mittlere Geburtsdauer ist bei den verlängerten Schwangerschaften nicht wesentlich erhöht, wohl aber die Frequenz der protrahiert verlaufenden Geburten (6,6%) gegenüber der Vergleichsgruppe (1,3%). Ebenso fand sich eine erhebliche Zunahme operativer Entbindungen, besonders bedingt durch die vermehrte Anwendung der Vakuumextraktion bei den Erstgebärenden (19,1%). Hauptindikation: protrahiert verlaufende Geburten. Die perinatale Mortalität von regelanamnestisch übertragenen Kindern betrug 2,57% und die reifer Kinder über 2500 g Gewicht 1,02%. — Bei 7 von 9 ante partum gestorbenen Kindern muß auf Grund des Obduktionsbefundes das Vorliegen einer Placentarinsuffizienz angenommen werden. In diesen Fällen lag außerdem ein pathologischer Schwangerschaftsverlauf vor (Pfropfgestosen, Pyelonephritis, Hyperemesis bis zum 7. und 9. Monat, Hypertonie und Ikterus). Da es sich in den meisten Fällen von verlängerter Schwangerschaft um sog. Spätgeburten infolge unterschiedlicher biologischer Entwicklung der Früchte oder in zweiter Linie um bewußte oder unbewußte Fehlberechnungen handelt, bei denen eine Schädigung der Kinder nicht zu erwarten ist und eine sichere einfache Methode zur Bestimmung der seltenen „biologischen Übertragung“ z. Z. noch nicht vorhanden ist, ziehen Verff. eine konservativ-abwartende Therapie mit wiederholten Testungen der Wehen- und Geburtsbereitschaft vor. Andererseits gebieten die festgestellte erhöhte perinatale Mortalität und die relativ große Anzahl von operativen Entbindungen bei verlängerten Schwangerschaften eine besonders gute Betreuung der Schwangerschaft im Hinblick auf das Entstehen einer Placentarinsuffizienz und eine aufmerksame Überwachung der Gebärenden in bezug auf Größe der Kinder und mütterliche Beckenverhältnisse. Bei Vorliegen von pathologischen Schwangerschaftsverläufen (Toxikosen, essentielle Hypertonie, Ikterus, Erbrechen bis in die 2. Schwangerschaftshälfte hinein, Anämien, Pyelitis, Rh-Inkompatibilität), die zu einer stärkeren placentaren Dysfunktion führen, kann es schon vor Erreichen des normalen Geburtstermins zu Störungen in der Sauerstoff- und Nährstoffversorgung der Frucht kommen. In diesen Fällen sollte die Schwangerschaft schon zum normalen Termin oder auch früher beendet werden, unter Umständen durch die Schnittentbindung. WÜSTENBERG (Hamburg-Harburg)<sup>oo</sup>

**G. K. Döring:** Über einen neuen glaubwürdigen Fall von Unterschreitung der gesetzlichen Empfängniszeit. [I. Univ.-Frauenklin. u. Gynäkol.-geburtshilfl. Abt., Städt. Krankenh., München-Harlaching.] Dtsch. med. Wschr. 91, 116—118 (1966).

Nach einer Tragzeit von 177 Tagen post ovulationem bleibt ein Kind von 35 cm Länge und 1000 g Gewicht am Leben. Der Beginn der Tragzeit konnte durch den günstigen Umstand, daß die Mutter wegen dringlichen Kinderwunsches während des Monats der Konzeption die Basaltemperatur gemessen hat, sehr genau ermittelt werden. Aus diesem Grunde darf die Beobachtung als sichere Unterschreitung der gesetzlichen Empfängniszeit gelten. Dieser Fall hat für gutachtliche Äußerungen besondere Bedeutung. Gute Literaturzusammenstellung.

HALLER (Göttingen)°°

**Arnulf Weidenbach:** Lebensbedrohliche Corpus luteum-Blutungen. [Gynäkol.-geburtshilfl. Abt., Städt. Krankenh. r. d. Isar, München.] Münch. med. Wschr. 108, 1047 bis 1049 (1966).

Schilderung von 8 Fällen lebensbedrohlicher Corpus luteum-Blutungen. Es handelt sich bei dieser Erkrankung um sehr seltene Ereignisse, deren wahrer Charakter erst bei der Laparotomie erkannt wird, da eine differentialdiagnostische klinische Abgrenzung gegenüber der ektopischen Schwangerschaft vorher fast unmöglich ist. Hier wie dort besteht die Behandlung in der sofortigen lebensrettenden Operation und Transfusionstherapie. HELMUT BLANZ (Füssen)°°

**K. Loewit:** Die immunologischen Schwangerschaftstests. [Inst. f. allg. u. exp. Path., Univ., Innsbruck.] Dtsch. med. Wschr. 91, 1609—1616 (1966).

Übersicht.

### Streitige geschlechtliche Verhältnisse

- Siegfried Seelbach: **Gleichgeschlechtliches Verhalten als Straftatbestand.** Die Beratungen der Großen Strafrechtskommission. Mit einem Geleitwort von R. LANGE. (Beitr. z. Sexualforschg. Hrsg. von H. BÜRGER-PRINZ u. H. GLESE. H. 36.) Stuttgart: Ferdinand Enke 1966. VII, 198 S. DM 27.—.

Es ist unmöglich, die Arbeit von SEELBACH erschöpfend und kritisch zugleich zu referieren. Wer sich mit den einschlägigen Problemen als Gutachter und Sachverständiger zu beschäftigen hat, sollte diese Monographie gelesen haben, auch wenn sie überwiegend strafrechtliche Grundfragen diskutiert. Insofern ist auch keine kritische Rezension möglich, da es sich in erster Linie um eine Materialiensammlung handelt, wie sie in solcher Vollständigkeit dem Interessierten bisher nicht geboten wurde. — Die nahe Zukunft muß zwangsläufig eine neue Diskussion über die Bestrafung der einfachen gleichgeschlechtlichen Unzucht unter Männern bringen. In diesem Punkt stimmen nämlich der Regierungsentwurf und die Vorschläge der großen Strafrechtskommission nicht überein. Es ist zu hoffen, daß diese Auseinandersetzung übergreifen wird auf andere Tatbestände im Bereich der Sittlichkeitsdelikte und daß dabei die Grundlagen jeder Normierung neu überdacht werden. Von hier aus bietet sich zumindest die Chance, Sachverständige unmittelbar an den Entscheidungen mitwirken zu lassen. Der Gesetzgeber läuft sonst Gefahr, immer wieder nach seinen Motiven, sogar nach seiner Legitimität gefragt zu werden. Gerade aus dieser Materialiensammlung wird deutlich, in welchem Maße Weltanschauung und Emotionen die Meinungsbildung beeinflussen und beherrschen. Die Beschränkung auf rationale Argumente scheint ein frommer Wunsch zu sein, jedenfalls solange, wie dem Kenner der sexualpsychopathologischen Tatbestände nur im Vorfeld kriminalpolitischer Entscheidungen eine Tatbestands- und Standortanalyse ermöglicht wird.

GERCHOW (Frankfurt a. M.)

**P. Moron et L. M. Raymondis:** Critères juridiques et médico-psychologiques de l'attentat sexuel. [Labor. Méd. Lég. et Méd. Travail, Univ., Toulouse.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 19, 115—120 (1966).

**F. Ramée et P. Michaux:** De quelques aspects de la délinquance sexuelle dans un département de l'ouest de la France. [Fac. Mixte Méd. et Pharmac., Univ., Rennes.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 19, 79—85 (1966).