

Die **Untersuchung von Spuren** wurde von Laves und Mitarbeitern durch die Einführung von Fermentuntersuchungen erweitert. Die **Histaminase**, ein das Histamin abbauendes Ferment (Dales, Best, Zeller u. a.), auch **Diaminoxidase** genannt, wurde von Berg zur Untersuchung von Sperma- sowie von Geburts- und Abortusblutflecken herangezogen. Das Ferment konnte auch in ange-trockneten Spuren nachgewiesen werden. Es ergaben sich auch bei **Azoospermie** brauchbare Resultate, bei welcher die bisherigen Methoden meist versagten. Mütterliches und kindliches Blut kann unterschieden werden, u. U. auch Abortus- von Menstrualblut. Durch den Nachweis von Hyalonuridase, einem u. a. in den Hoden vorkommenden Ferment, welches von den Spermatozoen an das Medium abgegeben wird und die Verflüssigung des normalen Ejakulates bewirkt, gelingt nach Laves der Nachweis, daß in dem Ejakulat ursprünglich Spermatozoen enthalten waren, auch wenn dieselben durch irgendwelche Vorgänge, wie Fäulnis, sich dem morphologischen Nachweis entziehen. Auch bei Oligospermie treten positive Reaktionen auf, und der Nachweis — oder der Ausschluß — der Zeugungsfähigkeit wird durch die Methode beträchtlich erweitert.

Luftembolie bei kriminellm Abort. Im Obersteg berichtet über 22 Todesfälle an Luftembolie aus den Jahren 1907—1945 des Züricher Institutes, das waren 20% der Untersuchungs- und Begutachtungsfälle von Tod nach kriminellm Abortus. „Ohne Zweifel verbergen sich immer noch hinter zahlreichen, unter der Diagnose eines Herzschlages oder sonst einer natürlichen Todesursache ohne Obduktion zur Bestattung gelangenden plötzlichen Todesfällen, Luftembolien oder sonstige akute Todesfälle nach kriminellen Eingriffen.“ Da die meisten Fälle zuerst vom prakt. Arzt bzw. Leichenschauer gesehen werden, hängt meist von deren Votum die Möglichkeit der Aufklärung durch Frühsektion (wegen der Gefahr der Gasbildung) ab. Zeitpunkt des Eingriffes war: 1mal der 1., 7mal der 2., 5mal der 3., 5mal der 4., 2mal der 5., 1mal der 6., 1mal der 9. Monat. Das besagt nicht, daß der 2.—4. Monat die gefährlichste Zeit für Luftembolie sei. In 19 von den 22 Fällen waren intrauterine Einspritzungen vorgenommen worden, 2mal war Luft absichtlich eingeblasen worden, einmal war offenbar Luft durch einen eingeführten Katheter aspiriert worden. Flüssigkeiten waren: 5mal Seife oder Waschmittel, 2mal wahrscheinlich Wasser, je 1mal Lysoform, Kamillentee, Essigwasser, Holzessig mit Kamillentee und Kochsalzlösung. 3mal ungeklärt. 12 Fälle waren Selbsteingriffe, 3 wahrscheinlich ebensolche, 5 waren sichere Fremdeingriffe, 1 sehr wahrscheinlich, 1 ungeklärt. In 15 Fällen Todeseintritt während, unmittelbar oder etwa 1—5 Min. nach dem Eingriff. In 4 Fällen wahrscheinlich sofortiger Tod, 3 Fälle waren leicht protrahiert (nach 10 Min. beim Aufrichten, mindestens 30 Min. nach 20 Schritten, 15—20 Min. nach Treppensteigen, selbstständigem Anziehen der Kleider und Aufsuchen des Bettes). Verf. verbreitet sich weiterhin über kriminalistische Gesichtspunkte bei der restlosen Aufklärung der Fälle.

Tod im Wasser. Über die Resorptionsvorgänge beim Ertrinken stellte B. Mueller zusammen mit Gorgs Versuche mit Ratten und Katzen an, die sie in einer Kieselguraufschwemmung ertränkten. Diatomeen bis zu einer Größe von 30 μ gehen durch die Alveolarwand in den Kreislauf über, sie können durch die Anwendung von Anreicherungsverfahren nach Kasparek, Buhtz und Burkhardt nicht bloß im linken Herzen, sondern auch in der Leber, vereinzelt auch in Gehirn und Niere nachgewiesen werden. Der Übertritt dieser korpuskulären Elemente erfolgt, wenn auch spärlich, schon vor Eintreten der tiefen terminalen Atmungsbewegungen, besonders aber dann noch in diesem letzten „Krampfstadium“. Es wird empfohlen, in praktischen Fällen das Blut des linken Herzens mit Einschluß der Herzmuskulatur, der Aorta und, nach Ablauflassen des Pfortaderblutes, auch Teile der Leber sowie des Gehirns auf Diatomeen zu untersuchen, vorausgesetzt, daß man vorher in der Ertrinkungsflüssigkeit Diatomeen (Kieselalgen) nachgewiesen hat. In den Lungen selber wurde in etwas mehr als der Hälfte der Fälle ein positiver Nachweis erbracht, in zwei Fällen auch in den genannten Organen des großen Kreislaufes.

Schrifttum: Berg: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 39, 1948: 89, 199 u. 283. — Boltz: Beitr. gerichtl. Med., Wien, 18, 1949: 109. — Dahr: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 39, 1948: 14. — Dotzauer: ebenda, 40, 1950: 170. — Elbel: ebenda, 39, 1949: 280. — Im Obersteg: ebenda, 39, 1949: 646. — Klein: ebenda, 39, 1949: 704 u. 40, 1950: 455. — Krahe: ebenda, 39, 1949: 213 u. 222. — Laves: ebenda, 39, 1948: 84 u. 207. — Linck: ebenda, 39, 1949: 514. — Manz: ebenda, 40, 1950: 224. — Mayser: ebenda, 40, 1951: 326. — Mueller u. Gogs: ebenda, 39, 1949: 715. — Paulus: ebenda, 40, 1950: 145. — Ponsold: ebenda, 39, 1948: 132 u. Lehrbuch, bei Thieme, 1950. — Schmidt, Manz u. Traencker: ebenda, 40, 1950: 197. — Schwer-Körner u. Kim: ebenda, 39, 1949: 262. — Weinig: ebenda, 40, 1951: 318.

Anschr. d. Verf.: München 15, St.-Pauls-Platz 9/a.

Buchbesprechungen

Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Herausgeber: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. W. Stoeckel, Berlin.

Willi Hacke, Rostock: Über die Häufigkeit der Nachgeburtststörungen. Statistischer Beitrag zur Pathologie und Therapie der Nachgeburtstperiode. 47 S., 15 Tab., 11 Textabb. 1950. Halle/S. Carl Marhold. Preis: geh. DM 3,60.

Verf. weist auf die Bedeutung der Nachgeburtststörungen hin und untersucht an 670 einschlägigen Fällen unter 21 613 Geburten die Zusammenhänge zwischen Störungen der 3. Geburtsphase und der Zahl der Schwangerschaften, dem Alter der Frauen und den Jahreszeiten.

Als Hauptsymptome kommen die verlängerte Nachgeburtstzeit (14½ Std. gegenüber 10 Std. der Norm) und die krankhaft verstärkten Blutungen in Betracht. Eine tabellarische Übersicht und graphische Darstellung läßt unter den 670 Fällen den Einfluß vorausgegangener Aborte, früherer pathologischer Geburten und Wochenbetten erkennen. Störungen in der Nachgeburtstperiode wiederholen sich; Frauen mit solcher Geburtsanamnese sollen deshalb bei der nächsten Geburt die Klinik aufsuchen. Vor allem sind die Frauen gefährdet, bei denen früher die Plazenta manuell gelöst werden mußte. Auch fieberhafte Wochenbetten, alle Arten der Sectio caesarea sind für die Wiederholung der in Rede stehenden Geburtskomplikation bedeutungsvoll.

Hinweis auf die pathologische Anatomie und Klinik der sehr seltenen Placenta accreta (incretata) und der „echten“ Placenta adhaerens, der nur festhaftenden Plazenta. Bei jener kommt als einzig wirksame Therapie die abdominelle oder vaginale Uterusexstirpation in Frage; für die schnelle und wirksame Behandlung der Placenta adhaerens stellt Verf. ein festes Programm auf.

Die lehrbuchmäßigen Gründe (zu schnelle Entbindung, Überdehnung des Uterus, operative Beendigung der Geburt) kommen ätiologisch weniger in Betracht; gerade die Spontangeburt sind in über der Hälfte der Fälle mit dieser Komplikation belastet. In den meisten Fällen von unvollkommener Lösung der Plazenta und starker Blutung wird die Nachgeburt mit Recht manuell gelöst; vielleicht hätte in dem oder jenem noch nicht blutenden Falle die Gabastousche Aufspritzen der Plazenta zum erwünschten Erfolge geführt.

An der durch einen zurückgebliebenen Plazentarest verursachten Blutung trägt meist der unsachgemäße, unzeitige und forciert ausgeführte Crédé die Hauptschuld. Diese Art der Nachgeburtstörung tritt am häufigsten nach Spontangeburt auf; nur die mikroskopische Untersuchung kann das tatsächliche Vorliegen eines Plazentarestes mit Sicherheit erweisen. Therapie: manuelle oder instrumentelle Nach-tastung (große Bumsche Kürette). Bindende Schlüsse über die Leistung der einzelnen Methode lassen sich nicht ziehen.

Die anatomische Nachblutung infolge mangelnder Kontraktionsfähigkeit des Uterus nach spontaner oder operativer Beendigung der 3. Geburtsphase ereignet sich am meisten nach der Placenta adhaerens, und zwar bei Spontan- geburten. Therapie: Mutterkornpräparate, seltener Tamponade, lediglich in 1 Falle suprazervikale Absetzung der Uterus. In der Annahme eines zurückgebliebenen Plazentateiles wurde mehrfach vergeblich nachgetastet.

Die genannten lehrbuchmäßigen Ursachen sind zumeist kein Grund für die in Rede stehenden Nachgeburtststörungen; eine große ätiologische Bedeutung kommt der 1. und 2. Wehenschwäche zu, zumeist hervorgerufen durch fehlerhaftes Handeln (zu reichliche Wehenmittel in der Austreibung, falscher Crédé, unzeitige Uterusmassage) der die Geburt leitenden Personen.

Prof. Dr. O. Brakemann, München.

Wiener Beitr. z. Kinderheilkunde. Herausgeb. von Prof. Dr. R. Priesel, Innsbruck, Bd. III: Dr. Gertrude Rohrer, Wien: Spätschicksale zuckerkranker Kinder. 117 S., 12 Tabellen, ersch. 1951 Wien, Verl. W. Maudrich, kart. DM 18—.

Es wird über die Schicksale von 124 unter 192 kindl. Diabetikern berichtet, welche zwischen 1922—1935 an der Wiener Kinderklinik behandelt worden waren und trotz der großen zeitbedingten Schwierigkeiten der Katamnese einigermaßen weiter verfolgt werden konnten. 81 überlebten das 15. Lebensjahr, 55 sind bis Ende 1949 gestorben. Die häufigste Todesursache war Koma. Die ursprünglich mit strenger Kost unter exakter Schulung Ernährten schienen etwas besser abzuschneiden, wenn auch alle später, und in den Mangeljahren ausschließlich eine freiere Diät erhielten. In 20 Fällen machten die Probanden Hepatitis epidemica bis auf 1 mit günstigem Ausgang durch. Die zweithäufigste Todesursache war Tuberkulose,