

Aus dem Institut für gerichtliche Medizin der Universität Leipzig.

Direktor: Obermedizinalrat Prof. Dr. Kockel.

Ein außergewöhnlicher Fall von kriminellm Abort.

Von

Dr. Gottfried Raestrup,

Assistent.

Aus der Fülle der tödlich verlaufenen kriminellen Aborte hebt sich ein kürzlich von uns beobachteter Fall hervor, der wegen seines bisher nicht bekannt gewordenen, eigenartigen Verlaufes besondere Beachtung verdient.

Prof. Kockel nahm am 18. I. 1925 im Beisein des Verf.s und im Auftrag des Ehemanns X. die Leichenöffnung einer Frau vor, die tags zuvor plötzlich verstorben war. Es war uns der vom Leichenschauarzt ausgefüllte, amtliche Bestattungsschein zugestellt worden, der folgenden Eintrag aufwies: »Unklarer Fall, Sektion erforderlich.« Der Ehemann hatte gewünscht, bei der Sektion zugegen zu sein, war dann aber nicht erschienen. Erst nach Beendigung derselben tauchte er plötzlich auf. Auf Befragen gab er uns an, er sei seit 11 Jahren verheiratet gewesen. Dieser Ehe seien drei Kinder entsprossen. Kurz vor Weihnachten 1924 habe seine Frau ihn von einer neuen Schwangerschaft unterrichtet. Als er am 17. Januar 1925 von einer Geschäftsreise zurückgekehrt sei, habe er seine Frau noch völlig wohl angetroffen. Jedoch am 18. Januar sei sie den größten Teil des Tages zu Bett geblieben. Plötzlich, gegen 6 Uhr, sei sie blaß geworden, hätte gefroren und erbrochen. Erst auf mehrfaches und nachdrückliches Fragen gab der Ehemann, der an sich schon einen Eindruck der Unsicherheit machte, dann noch stockend an, daß seine Frau schon am Nachmittag über Leibschmerzen geklagt habe. Kurze Zeit vor dem Tode habe sie etwas aus den Geschlechtsteilen geblutet. Er habe deshalb einen Arzt geholt, seine Frau sei jedoch inzwischen gestorben.

Von dem Sektionsbefund sei nur das Wesentliche angeführt. Es handelte sich um eine mittelgroße Leiche einer weiblichen Person, von schlankem Wuchs. Die Bauchdecken waren etwas aufgetrieben und gespannt. Die großen Schamlippen zeigten sich besonders auf der linken Seite gedunsen, düster bläulich verfärbt und von Blut unterlaufen. Ein Ausfluß aus den Geschlechtsteilen bestand nicht. Die Scheide war sehr lang, mittelweit, ihre Schleimhaut schmutzig rotgrau verfärbt. Nirgends fanden sich Anzeigen äußerer Verletzungen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle war zunächst unter dem Bauchfell der Vorderwand, oberhalb der Schamfuge, eine etwa handgroße und 1 cm dicke, blutige Unterlaufung zu bemerken. Nach Beisiteschieben der nur wenig von Luft geblähten Darmschlingen war erkennbar, daß das ganze Bauchfell der linken Seite des Leibes, ausgehend vom linken breiten Mutterband und hinaufreichend bis über die linke Niere, durch eine mächtige Blutung, die ungefähr $1\frac{1}{2}$ –2 Liter betrug, von seiner Unterlage abgehoben worden war. Die Blutung hinter dem Bauchfell erstreckte sich auf das ganze kleine Becken sowie bis in die Wurzel des Gekröses hinein. Auch in der Bauchhöhle befand sich etwas blutig gefärbte Flüssigkeit. Die inneren Organe boten bis auf die Geschlechtsteile in keiner Weise einen krankhaften Befund dar, abgesehen von den Erscheinungen eines akuten Verblutungstodes. Die etwa doppelt mannsfaustgroße Gebärmutter ragte $1\frac{1}{2}$ Hand breit über die Schamfuge empor. Der Muttermund war für einen Finger bequem durchgängig. Die Länge der Gebärmutter betrug 16 cm. Bei ihrem Herausnehmen aus der Bauchhöhle, bezüglich beim Durchtrennen des linken breiten Mutterbandes, stieß man auf eine mit mächtigen Blutmassen ausgefüllte Höhle, die sich zwischen den beiden Blättern

des linken breiten Mutterbandes, dicht unter dem Bauchfell, ausdehnte, und besonders nach links und oben in das große Becken sich erstreckte. In die Blutmassen dieser Höhle war ein 18 cm langer Fötus eingebettet. Die Nabelschnur war unversehrt. Sie führte durch einen fünfmarkstückgroßen, frischen Riß in der linken Uteruswand vom ausgetriebenen Fötus zur Placenta. Diese haftete zum größten Teil noch fest der Hinterwand der Gebärmutter an. Die Uterushöhle selbst enthielt nur spärliches Blut. Sonstige Verletzungen waren weder an der Gebärmutter, noch in ihrer Umgebung erkennbar. Auch narbige Umwandlungen oder entzündliche Veränderungen fehlten nach den makroskopischen sowie mikroskopischen Untersuchungen.

Der Fötus zeigte rechts vom Nabel eine ungefähr 3 cm lange, unregelmäßig gestaltete, rißförmige Zusammenhangtrennung, in der die Dünndarmschlingen größtenteils vorlagen.

Nach dem Vorstehenden ist der Tod der Frau X. durch Verblutung eingetreten, die aus der Durchbohrung der Gebärmutter links am Übergang vom untersten Uterinsegment in den cervicalen Abschnitt entstanden ist. Dazu ergab die Sektion den ganz eigenartigen Befund, daß der etwas über 4 Monate alte Fötus in das linke Parametrium ausgestoßen worden ist.

Dieses verhängnisvolle Begebnis ist zweifellos kriminell durch eine grobe mechanische Verletzung der Gebärmutter so hervorgerufen worden, daß eine Person, offenbar nicht die Verstorbene selbst, mit einem Instrument nicht allein die perforierende Verletzung an der Cervix uteri gesetzt hat, sondern auch noch weiter in das parametrische Gewebe eingedrungen ist und dort bei seinem erfolgserstrebenden, rücksichtslosen Vorgehen einen kanalförmigen Hohlraum geschaffen hat. Gleichzeitig ist durch dieses Instrument dem Fötus die Bauchhöhle eröffnet worden. Als nun der Abort einsetzte, ist der dem Alter nach schon recht beachtlich große Fötus von 18 cm Länge von der Kraft der Wehen durch die zerrissene Uteruswand in die präformierte Höhle des linken Parametrium eingepreßt worden. Der vorwärts dringende fötale Körper vermochte mit dem Druck des zahlreichen zerrissenen Gefäßen entströmenden Blutes die schon vorhandenen Gänge und Höhlen zu erweitern, bis der Fötus ganz ausgetrieben worden und der Verblutungstod eingetreten war.

Daß der äußere Muttermund bei der Ausstoßung der Frucht hier sich nicht öffnete, braucht nicht wunderzunehmen. Neben der allgemein bekannten Tatsache, daß dieser der Öffnung hartnäckigen Widerstand leisten kann, ist der krampfartige Verschluss desselben beim sogenannten Cervicalabort mehrfach beobachtet worden. Bei diesem geht die Austreibung der Frucht bis in den Halskanal des Uterus vonstatten und findet am festverschlossenen äußeren Muttermund unüberwindlichen Widerstand, so daß die Frucht in den sackartig erweiterten cervicalen Abschnitt eingepreßt liegen bleibt. Hier interessieren ferner jene Fälle, die von v. Neugebauer, Dirmoser, Wormser und Haberd¹ u. a. und neuerdings von Péry veröffentlicht worden sind. Bei diesen handelt es sich ebenfalls um Abtreibungshandlungen, bei denen die mechanisch gesetzten Verletzungen darin bestanden, daß die künstlich beigebrachten, falschen, paracervicalen Wege von der Scheide zur Uterushöhle führten. Bei diesen Verletzungen war ebenfalls der äußere Muttermund verschlossen geblieben, so daß die Ausstoßung selbst ausgetragener Früchte durch den künstlichen Verbindungskanal erfolgte. Zum Unterschied von diesen Fällen führte der künstliche Kanal in unserem Fall nicht

¹ Hofmann-Haberda, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin 1919. I. Teil. S. 284.

in die Scheide, sondern nach innen in das Gewebe des linken Parametrium. Durch die zuvor erlittene Durchbohrung war der rigide äußere Muttermund in einen Krampfzustand versetzt worden, der durch die Wehenkraft nicht überwunden werden konnte. An der verletzten und nachgiebigen Stelle am Uterus konnte sich der übermächtige Wehendruck leicht auswirken. Das einmal eingerissene, durch die Schwangerschaft an sich schon aufgelockerte Gewebe wich unter dem nachfolgenden Druck immer weiter auseinander und bildete eine Höhle, in die der Fötus, von Blutmassen umgeben, tatsächlich völlig eingelagert worden ist. Diese Beobachtung ist auch für den Kliniker deshalb bedeutungsvoll, weil, wenn man dem Ehemann glauben darf, eine irgend nennenswerte Blutung nach außen nicht erfolgt ist, trotzdem aber der Verblutungstod eingetreten ist, und zwar dadurch, daß das an den Rißstellen sich entleerende Blut in das extraperitoneale Gewebe in enormen Mengen sich ergossen hat.

Weiblicher Ausfluß und Konstitution¹.

Von

Alfred Loeser in Berlin.

Welche Frauen leiden eigentlich an Ausfluß und sind dazu disponiert, zu jenem endogenen, essentiellen Ausfluß, der nicht durch einen entzündlichen Reiz, nicht durch reine bakterielle Verunreinigung von außen her entstanden ist, sondern der bei absolut normalem Genitale auftritt und nur aus der Vagina oder aus der Cervix stammen kann?

Zuerst habe ich mir Mädchen im Alter von 2—14 Jahren angesehen und zwar 100 Mädchen, wozu mir durch gütiges Entgegenkommen der Chefs der Kinderstationen in der Kinderklinik der Charité, des Waisenhauses Berlin-Rummelsburg und des großen Kinderkrankenhauses Berlin-Buch Gelegenheit geboten wurde.

Auf die histologischen wie biologischen Verhältnisse will ich hier nicht eingehen.

Es findet sich auch bei solchen genital und vor allem vaginal ganz normalen Kindern schon in einzelnen Fällen nicht etwa andeutungsweise, sondern ganz ausgeprägt ein Fluor.

Von diesen 100 Mädchen waren 30 Rekonvaleszenten nach Infektionskrankheiten, nach Masern, Scharlach, grippösen Erkrankungen, 20 litten an kongenitaler Syphilis, 16 waren ausgesprochene Rachitikerinnen, 10 zeigten die Symptome lymphatischer oder exsudativer Diathese, 15 wiesen mehr oder minder tuberkulöse Erkrankungen auf und entsprachen alle dem asthenischen Typ, und schließlich die letzten 10, besonders Kinder, die sich schon mehr der Pubertät näherten, zeigten nervöse Störungen nach Encephalitis, Chorea, waren in ihrer Aszendenz neuropathisch belastet, nicht syphilitisch, leicht erregbar, zeigten ein labiles Gefäßnervensystem, Herzklopfen, Magenschmerzen, Schwindelgefühl, also eine Art vegetativ-neurotischer Anfälle.

Ich habe diese letzte Kindergruppe in ihren Symptomen etwas näher beschrieben, weil unter ihnen sich der größte Prozentsatz der Kinder befindet, unter denen auch bei mehrmaliger Untersuchung der Genitalien immer eine Hypersekretion der Scheide bis zum Fluor vorhanden war. Die Technik der Feststellung des Fluors bei Kindern will ich hier nicht schildern.

Bei diesen 100 Kindern also fand ich 5mal das Vorhandensein von Fluor.

¹ Nach einem auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft f. Gyn. (Wien, Juni 1925) gehaltenen Vortrage.