

Aus der Badischen Landesfrauenklinik und Hebammenlehranstalt Karlsruhe
(Direktor: Prof. Dr. H. R u p p)

Eine klinisch interessante Verlaufsform eines kriminellen Abortes

Von Dr. E. Guseck, Assistenzarzt der Klinik

Herrn Prof. Dr. Linzenmeier zum 70. Geburtstag gewidmet

In den letzten Jahrzehnten werden bei den kriminellen Schwangerschaftsunterbrechungen die mechanischen Abtreibungsmethoden bevorzugt angewandt. Dennoch sieht man immer weniger Verletzungen an den inneren und äußeren Genitalien. H a b e r d a berichtet im Jahre 1919 über 12 Verletzungen unter 52 Todesfällen post abortum (= 28%), P. F r ä n k e l 1931 über 36 unter 209 (= 17,2%), H. K ü h n l e i n in demselben Jahr über 25 unter 158 (= 16%). Manche Verletzungen mögen wohl infolge der guten örtlichen Heilungstendenz der Beobachtung entgehen, obwohl sie den Ausgangspunkt einer schweren Allgemeininfektion bilden können. Die ständig wachsende Anzahl der afebrilen und subfebrilen Aborte innerhalb der großen Gruppe der kriminellen Aborte lassen auf eine verfeinerte Technik der Abtreibung oder in neuerer Zeit sogar auf prophylaktische Einnahme von Antibiotika von seiten der Patienten schließen. Bei Angabe über Fieber in der Anamnese wird die in der Klinik sofort einsetzende Verabreichung von bakteriostatischen und bakteriziden Medikamenten weiter dazu beitragen, den Verlauf des Abortus so zu verändern, daß die ursächlichen Gefahren in den Hintergrund treten und das klinische Bild relativ günstig erscheint. In selteneren Fällen verbergen sich daher gelegentlich hinter zunächst harmlos erscheinenden Krankheitsbildern schwerste Veränderungen. Es kann z. B. bei Uterusperforationen ohne Verletzungen von Blase oder Darm, ohne wesentliches Fieber und ohne typische lokale Symptome zur Ausbildung einer schleichend beginnenden Peritonitis kommen, die höchstens auf Grund von Kreislaufsymptomen vermutet werden kann. Die aus begreiflichen Gründen meist unergiebigere Anamnese trägt weiter dazu bei, unter klinischer Beobachtung mit konservativen Maßnahmen wertvolle Zeit verstreichen zu lassen. So möchte ich im folgenden über einen Fall berichten, der die oben dargelegten Schwierigkeiten in besonderem Maße bot, den Hausarzt zunächst zu ungenügenden Behandlungsmaßnahmen veranlaßte, und der auch in der Klinik erst spät die Schwere des Krankheitsbildes erkennen ließ. — Die Krankengeschichte der Patientin R. G. war folgende:

Anamnese: Die Patientin hatte außer einem Lungeninfiltrat 1942 nie eine Erkrankung gehabt. Periode regelmäßig. Keine Schwangerschaften vorangegangen. Letzte Periode am 2. 12. 1950.

Im Februar 1951 3 Tage stärkere Blutung, im März zweimal kurzfristige Blutungen. Am 4. April 1951 spontaner Abgang von Fruchtwasser. Drei Tage später wurde dann der Hausarzt aufgesucht. Artefakte jeglicher Art werden von der Patientin unbedingt negiert. Der Hausarzt berichtete, daß die Patientin am 7. 4. 1951 ohne Fieber und in gutem Allgemeinzustand in seiner Sprechstunde zu Fuß erschienen sei. Die kindliche Nabelschnur und Teile der Plazenta, die in der Scheide gelegen hätten, habe er mit der Abortzange entfernt, in den Uterus sei er nicht eingegangen. Nach einer erfolglosen Wehenkur mit Tokophynal brachte er die Patientin darauf in die Klinik.

Guseck, Eine klinisch interessante Verlaufsform eines kriminellen Abortes

Aufnahmebefund am 8. 4. 1951: 27jährige blasse Patientin, zwar etwas dyspnoisch, aber in so gutem Allgemeinzustand, daß sie ohne Hilfe gehen und auch den Untersuchungsstuhl besteigen kann. Keine Ödeme. Kopf: Skleren nicht ikterisch, Pupillen reagieren prompt auf Licht und Konvergenz, Nebenhöhlen frei, Nasenflügelatmung, Zähne kariös, Zunge etwas belegt. Tonsillen und Rachen o. B. Hals: Große Thyreoidea. Thorax: Schmal, beiderseits geringe Atemexkursion, große Dämpfung, abgeschwächtes Vesikulärrätem über den unteren Partien der rechten Lunge, dort auch vereinzelte, feinblasige R.G. Herz: Regelrechte Grenzen, reine Töne von regelmäßiger Aktion, Tachykardie von 115. RR. 125/75. Abdomen: Etwas gespannte Bauchdecken, Uterusfundus reicht bis in Nabelhöhe. Der Uterus selbst ist gespannt und stark druckempfindlich. Der Leib ist insgesamt etwas gebläht. Extremitäten frei beweglich, Varizen am linken Unterschenkel. ZNS.: Reflexe o. B. Temperatur 37,5; Leuko, 14 000, Hb 65%.

Gynäkologischer Befund: Vagina und Portio livide. Etwas mit Blut tingierte glatte Portio, Zervikalkanal für Finger bis zum inneren Muttermund eingängig. Uterus entspricht einer Gravidität mens V, Adnexe beiderseits nicht palpabel.

Diagnose (unter Berücksichtigung des Berichtes des Hausarztes): Unvollständiger Abortus mens V.

Der weitere Verlauf gestaltete sich folgendermaßen:

Am 8. 4. 1951 wurde versucht, die Ausstoßung der Frucht durch Wehenmittel zu erreichen (5- und 4mal 15 Tropfen Partergin in jeweils einhalbstündigem Abstand). Nebenbei wurde zur Infektionsbekämpfung prophylaktisch 2mal 400 000 E. Depot-Penicillin gegeben. Da die Patientin am Nachmittag über stechende Schmerzen in der re. Lunge klagt, erhielt sie noch Brustwickel.

9. 4. 1951: Eine nochmalige erfolglose Parterginkur in gleich hoher Dosierung blieb ohne Erfolg. Penicillingaben in derselben Höhe weiter; dazu ein Cibazolstoß von 8 Gramm und $\frac{1}{4}$ Milligramm Strophantin. Temperaturanstieg auf 38,4; Puls 120 bis 130.

10. 4. 1951: Status idem. Erfolgreicher Versuch, die Fruchtausstoßung durch 5 Injektionen von $1\frac{1}{2}$ VE. Orasthin, kombiniert mit einem ccm Dolantin, zu erzwingen. Depot-Penicillingaben jetzt achtsündlich, dazu Protocid 8g pro die. Abends Einlegen von drei großen Laminariastiften, nachdem der Zervikalkanal bis Hegar 12 dilatiert wurde. Höchste Tagestemperatur 38,4 Grad.

11. 4. 1951: Allgemeinzustand zunächst unverändert, Penicillin und Protocid in gleicher Höhe weiter. In Evipanarkose Entfernung der Laminariastifte, weitere Dilatation bis Hegar 24. Mit großer Abortzange wird kein Material gefördert, mit der Kürette nur wenig Plazentargewebe. Nach i.v. Injektion von 3 VE. Orasthin gute Uteruskontraktion, Nachkürettage mit mittlerer Kürette zeigt leeres Cavum uteri bei jetzt faustgroßem Uterus. Es wird angenommen, daß die Angaben über die Fruchtausstoßung unrichtig waren.

Histologischer Befund des Kürettaments: Stark nekrotisches Plazentargewebe.

Am späten Nachmittag trat eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes ein. Der Leib ist stärker aufgetrieben. Flankendämpfung im rechten Unterbauch. Temperatur 38,2. Puls 140. Verdacht auf Aszites. Zur Klärung der Diagnose wird an typischer Stelle eine Bauchpunktion vorgenommen. Aus der Punktionskanüle quillt Darminhalt. Entschluß zur Laparotomie.

Operation (Guseck): In Evipan-Äthernarkose Eröffnung des Abdomens durch unteren medianen Längsschnitt. Bei Eröffnung des Abdomens entleert sich viel flüssiges altes Blut. Das Netz ist mit den Darmschlingen und dem Uterus durch Fibrin verklebt. Nach Lösung dieser Verklebungen wird der Uterus mit zwei Faßzangen hervorgezogen. Beim Abstopfen der Därme mit Bauchtüchern sieht man in der Gegend des Zökum einen mazerierten Fet, der in seiner Größe dem 4. bis 5. Schwangerschaftsmonat entspricht. Der Fet ist in der Umgebung, besonders an der Appendix so adhärent, daß Teile bei der manuellen Entfernung des Fet abreißen. Bei der späteren Kontrolle der Zökumgegend findet man noch zwei halbe

Extremitäten des Feten. Der Uterus wird nun in typischer Weise zunächst unter Zurücklassung beider Adnexe supravaginal amputiert. Er zeigt am Übergang von der Zervix zum Korpus an der Hinterwand eine etwa 3 cm im Durchmesser große alte Perforationsöffnung, die dicht mit Fibrinbelägen geschlossen ist und vor die sich das Rektum gelegt hat. Von Letzterem mußte zunächst der Uterus stumpf gelöst werden. Die rechten Adnexe sind durch Fibrinbeläge derartig verändert, daß sie noch nachträglich entfernt werden. Naht des Stumpfes, fortlaufende Peritonealisierung. Die Kontrolle des Darmes ergibt, daß die kurz vor der Operation vorgenommene Bauchpunktion an einer Ileumschlinge eine frisch aussehende kleine Perforationsstelle gesetzt hat, aus der sich etwas grünlicher Darminhalt entleert. Übernäherung dieser Öffnung durch Tabakbeutelnaht und Z-Naht. Weitere Perforationsstellen werden am Darm nach Lösung verschiedener Fibrinverklebungen nicht gefunden. Die Appendix, an der der Fet adhärenent war, wird in typischer Weise abgetragen. Eingießen von Ladogal und Peritonitissurum in die Bauchhöhle. Resektion eines nekrotischen Netzzipfels. Einführung eines dicken Gummidrains bis in den Douglas. Das Drain wird aus dem unteren Wundwinkel herausgeleitet. Schluß der Bauchhöhle in Etagnähten, dabei wird unter und über die Faszie MP.-Puder gestreut. Hautnaht.

Der bakteriologische Befund des Abstriches aus der Buchhöhle ergab: Anhämolytische Strepto- und Staphylokokken, keine Kolibazillen.

Postoperativ: Anlegen einer Dauertropfinfusion mit Cardiaca. Beginn mit Aureomycingaben i.v. (insgesamt 1300 mg).

12.4.1951: Leib weiter stark aufgetrieben. Aus der Drainage entleert sich foetides sanguinolentes Sekret. Auf Prostigmin vereinzelt Darmgeräusche und Abgang von Blähungen. Bewußtsein klar. Dieselbe Medikation weiter.

13.4.1951: Bei relativ gutem Befinden die obligatorischen postoperativen Maßnahmen.

14.4.1951: Seit der Nacht wesentliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Häufig Erbrechen, das schließlich fäkulent wird. Leib stark aufgetrieben. Keine Darmgeräusche mehr. Darmspülung, Prostigmin und Lichtbogen ohne Erfolg. Patientin wird unruhig und verwirrt. Am Nachmittag Exitus letalis an allgemeiner Peritonitis mit Kreislaufversagen.

Die Sektion bestätigte als Todesursache eine allgemeine Peritonitis und den bei der Operation beschriebenen Befund.

Die inzwischen ermittelte Abtreiberin legte ein umfassendes Geständnis ab und berichtete über 30 von ihr durchgeführte kriminelle Schwangerschaftsunterbrechungen, die sie stets mit ähnlichen mechanischen Methoden durchführte. In unserem Fall gab sie an, drei Eingriffe vorgenommen zu haben, und zwar etwa 6 bis 3 Wochen vor dem Fruchtwasserabgang. Sie benutzte jedesmal einen Gänsefederkiel, den sie in den Muttermund 2 bis 3 cm vorschob, um den Weg zu bahnen (nach Reuter und Nowack ein in Österreich und Ungarn beliebtes Instrument). Die beiden letzten Male verwandte sie noch zusätzlich eine Mutterspritze mit Gummiballon und festem Ansatzrohr. Letzteres führte sie durch den Muttermund in den vorgebohrten Kanal und spritzte Seifenlösung ein. Wenn wir annehmen, daß dies der Wahrheit entspricht, so ist es wahrscheinlich, daß die so gesetzte und infizierte Wunde an der Gebärmutterhinterwand dicht oberhalb des inneren Muttermundes sich durch Nekrose und eitrige Einschmelzung derart erweiterte, daß schließlich der Fet durch dieses Foramen leichter den Weg fand als durch den Zervikalkanal. Es ist auch durchaus möglich, daß die Perforationsöffnung zunächst nicht einmal vollständig war, zumal der Darm nicht verletzt wurde. Schwierig dürfte der Zeitpunkt zu bestimmen sein, wann der Fet den Uterus verlassen hat. Vielleicht geschah dies erst durch die spätere Anwendung von Wehenmitteln.

Das Besondere dieses Krankheitsfalles sehen wir in der klinisch symptomlosen Ausstoßung des in seiner Größe dem 5. Schwangerschaftsmonat entsprechenden Feten durch die Uterushinterwand, dessen Wanderung durch die Bauchhöhle und schließliche Fixation in der Appendixgegend. Trotz dieses Geschehens konnte die Patientin noch zu Fuß die Sprechstunde des Hausarztes und die Klinik aufsuchen. Austritte einer derartig infizierten Frucht in die Bauchhöhle sind sehr selten und gehen dann erwartungsgemäß mit stürmischen klinischen Erscheinungen einher und führen in kurzer Zeit ad exitum. Diese Fruchtaustritte erfolgen sonst durch Verletzungen am Fundus uteri, wie sie nach Liepman n mit den gleichzeitig vorhandenen Darmverletzungen charakteristisch für die ärztliche Durchstoßung der Gebärmutter mit Abortzange und Kürette sein sollen. So weiß H. K ü h n l e i n unter 158 Todesfällen nach krimineller Fruchtabtreibung nur über einen Fall von Fruchtaustritt in die Bauchhöhle zu berichten. Dabei handelte es sich um eine fetzig zerrissene Uterusfunduswand, wie erst die Sektion ergab. In unserem Falle ist ferner bemerkenswert, daß die Perforationsöffnung so schnell und so gut durch den Darm verschlossen wurde, daß sie bei der Kürettage selbst von einem geübten Operateur nicht bemerkt wurde. Die völlig unergiebigte Anamnese, die gerade bei der Peritonitis von wesentlicher Bedeutung ist, das bei Klinikaufnahme kaum ausgeprägte Krankheitsgefühl (keine stärkeren Schmerzen, kein Erbrechen, keine Störung der Darmtätigkeit, nur subfebrile Temperaturen) erschwerten die Diagnose in ungewöhnlichem Maße. Nach Ausführungen von L i n z e n m e i e r sind Fehldiagnosen besonders bei der sich langsam entwickelnden, von Schlinge zu Schlinge fortschreitenden Form von Bauchfellentzündung möglich. Wir müssen vermuten, daß es sich in unserem Fall um eine derartige sich über Wochen erstreckende Verlaufsform gehandelt hat. Mit Flüssigkeit reichlich gefüllte Dünndarm- und Dickdarmschlingen in den abhängigen Partien täuschten eine Dämpfung vor und verleiteten uns zur Probepunktion. Wenn uns auch diese umstrittene diagnostische Maßnahme in der Diagnose nicht weiterbrachte, da wir Darminhalt punktierten, so war sie doch der letzte Anlaß zu unserem Entschluß zur Laparotomie, zumal der Allgemeinzustand der Patientin die Operation für möglich erscheinen ließ. Symptomarme Austritte der Frucht in die Bauchhöhle fanden wir in der Literatur nur bei Einwirkungen stumpfer Gewalt ohne Infektion beschrieben. Die modernen Antibiotika zeigten auch hier, daß sie den Krankheitsverlauf der allgemeinen Peritonitis zwar wesentlich verlängern können, indem sie die Toxinbildung durch ihre bakteriostatischen und bactericiden Kräfte bremsen, daß sie jedoch den tödlichen Ausgang bei erfolgter Infektion der Bauchhöhle trotz eingetretener Verklebungen des Darmes nicht verhindern können.

Zusammenfassung

Beschreibung eines tödlich verlaufenen Falles eines kriminellen Abortes, bei dem der Fet durch eine infolge Infektion und Nekrose vergrößerte Perforationsöffnung des Uterus in die freie Bauchhöhle gewandert war und sich an der Appendix festgesetzt hatte. Als Folge davon trat eine schleichende, lange symptomarm verlaufende allgemeine Peritonitis adhaesiva auf.

Schrifttum

Fränkel, P., Über Todesursachen nach Abtreibungen. Dtsch. Z. gerichtl. Med. 1931, 16, 405. — Haberda, Lehrbuch der gerichtl. Medizin 1919, zit. nach Kühnlein, Inaug.-Diss. Berlin 1931. — Ham-

merschlag, Biologie und Pathologie des Weibes. Handbuch von Halban-Seitz, Bd. 8, 1, S. 970. — Kühnlein, H., Der Tod nach krimineller Fruchtabtreibung. Inaug.-Diss. Berlin 1931. — Liepmann, zit. nach Kühnlein, Inaug.-Diss. Berlin 1931. — Linzenmeier, Die Bauchfellentzündung. Handbuch für Gynäkologie von Stoeckel, 3. Aufl. Bd. 8, I. Teil. — Melnikow, Peritonitis und septischer Abort. Akus. i. Ginek. 1940, 7/8 (Russ.), ref. Ber. Gynäk. 42, 102. — Nowack, Lajos, Kriminelle Aborte. Magy. Nögyogy. 5, 82, ref. Ber. Gynäk. 34, 296. — Nürnberger, Biologie und Pathologie des Weibes, Handbuch von Seitz-Amreich, 2. Aufl. 1951, S. 320. — Reuter, Forensische Gynäkologie, Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. 8, S. 1211. — Stoeckel, Lehrbuch der Geburtshilfe, 8. Aufl.

Erwiderung auf K. Nordmeyers Arbeit: »Frigidität« (Zbl. Gynäk. 73, S. 1601 [1951])

Von Dr. Helene Stourzh-Anderle, Wien

In der oben angeführten Arbeit steht folgender Satz, der wegen der Bedeutung des Problems einer Ergänzung bedarf: »Die Frau ist sexuell das, was der Mann aus ihr macht« (S. 1604).

Nordmeyer unterscheidet mehrere Ursachen der Frigidität: organische, exogene und psychische. Zu den organischen, die er am seltensten findet, rechnet Nordmeyer ausdrücklich auch Infantilismus und Intersexualität, also die sexuelle Konstitution, die Nordmeyer — unabhängig von meinem Vorschlag aus dem Jahr 1943 — an Stelle der bisherigen Konstitutionssysteme zur Beurteilung menschlicher Typen anwendet. In dieser Konstitution sind — nach Nordmeyers eigener Definition — selbstverständlich somatische und seelische Komponenten gleichberechtigt inbegriffen. Wir können daher nicht konstitutionelle und psychische Ursachen voneinander trennen, da sonst Mißverständnisse unvermeidlich blieben, als wären Konstitution und Seelenleben trennbare Begriffe.

Konstitution ist Schicksal. Schicksalhaftes kann reifen, sich aber nicht verwandeln. Wohl gehen Pubertät und Klimax, Schwangerschaft und Mutterschaft, Familie und Erwerb, Wohlstand und Armut, Gefängnis und Freiheit nicht spurlos am konstitutionellen Bild der Frau vorbei, aber sie können es nicht in seinen Grundfesten erschüttern. Und ebenso wenig kann der Mann das Wesen der Frau wie einen Handschuh umstülpen; er kann nur Feuer aus dem Stein schlagen, das schon in diesem schlummerte. Es ist eine der größten Gefahren der Gattenwahl, sich für einen Frauentyp zu entscheiden, der nach dem Prinzip des »Reizes der Gegensätze« gerade dadurch anziehend wirkt, daß er das auslebt, was dem betreffenden Manne ersehnt aber versagt blieb, wie etwa Energie, Witz, Unzähmbarkeit. Viele Männer halten das nur für einen Aufputz, der in der Ehe den begehrten häuslichen Tugenden weichen werde und verlassen sich darauf, daß »sie das schon machen werden«. In der Ehe siegt aber immer der alte Spruch »gleich und gleich gesellt sich gern«. Wenn die Frau nicht so geheiratet wird, wie sie ist, sondern als das, was sie in der Ehe erst werden soll, scheitern diese Ehen fast immer, und zwar eben darum, weil die Frau sexuell das ist, was ihre Konstitution ihr auferlegt und dem Manne nur vorbehält, das manifest zu gestalten, was seiner wartete; weil die Frau nicht nur das ist, »was der Mann aus ihr macht«.

Die Frigidität ist wahrscheinlich nie ein ausschließlich reaktiver Prozeß (»Reaktion auf die Haltung des Mannes«), sondern ein reaktiver Prozeß auf konstitutioneller Basis. Die Ursachen dürften kaum in organische oder psychische auseinanderfallen, sondern im Einzelfall organisch und psychisch sein. Für die konstitutionelle Grundlage spricht