

Aus der Geburtshilflichen Abteilung des klinischen Oktoberkrankenhauses
zu Kiew. Leiter: Dr. W. A. Chatunzew

Über die differentielle Diagnose zwischen dem spontanen und dem illegalen Abort

Von Dr. M. I. Magid

Seit den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts wurde eine fortwährende Zunahme des künstlichen Aborts bemerkt, und die Zahl der in die Krankenanstalten eingelieferten inkompletten Aborte begann rasch zu wachsen. Da eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft (ohne streng medizinische Indikation) überall verboten war und auch jetzt überall — außer in Sowjetrußland — strafbar ist, waren die Frauen gezwungen, falls sie die Geburtenzahl regulieren wollten, zum illegalen Abort Zuflucht zu nehmen; Fälle mit mißlungener Fruchtabtreibung überfüllten als inkomplette Aborte die Krankenhäuser.

Es wurde häufig versucht, festzustellen, wieviele von den inkompletten Krankenhausaborten illegale sind; da es jedoch äußerst schwer fiel, die betreffenden Angaben einzusammeln, kamen verschiedene Autoren zu den verschiedensten Resultaten.

Man muß in Betracht ziehen, daß die verschiedenen Resultate auch von den verschiedenen Methoden der Berechnung des illegalen Aborts abhängen. Die Berechnung kann zwei verschiedene Wege einschlagen: 1) Man befragt die Frauen, wieviel spontane und illegale Aborte sie in der Anamnese haben; 2) man ermittelt, wieviel von den mit Abort in die Klinik eingelieferten Frauen mit einem künstlichen Abort eingeliefert wurden. Wir wählten die zweite Methode.

Die Häufigkeit des illegalen Aborts am Krankenhausmaterial interessierte uns aus zwei Gründen:

1) Sowohl vom therapeutischen als auch vom differentialdiagnostischen Standpunkt ist es für den Arzt zuweilen sehr wichtig, festzustellen, ob im betreffenden Falle ein Eingriff vorgenommen wurde und worin er bestand. Ohne richtige Diagnose keine richtige Therapie. Wenn nun die Kranke absichtlich die Anamnese vertuscht, so wird die Differenzierung äußerst schwierig, und wenn die klinische Beobachtung zuweilen dennoch in die Sache Klarheit zu bringen vermag, so kann es für eine richtige Behandlung vielleicht schon zu spät sein.

2) Unsere zweite Aufgabe war es, zu bestimmen, inwieweit die Freigabe des Aborts die Zahl der illegalen Aborte gegenüber der Gesamtzahl der inkompletten Krankenhausaborte vermindert hat. Wie bekannt, gehen die diesbezüglichen Ansichten der Autoren weit auseinander, und einige Autoren (Gens u. a. m.) meinen, daß die illegalen Aborte 93—95% aller inkompletten Krankenhausaborte ausmachen.

Somit stand vor uns die Frage, wie läßt sich ein spontaner inkompletter Abort von einem illegalen unterscheiden? Der beste Beweis ist nun natürlich das Eingeständnis der Kranken, jedoch wie soll man vorgehen, wenn letztere jeglichen Eingriff in Abrede stellt?

Die objektiven Befunde geben uns in dieser Hinsicht bei weitem keine sicheren Angaben. Ein zweifelloser Beweis sind Verletzungen des Uterus (Cervixrupturen, Perforationen, Hämatome des Lig. latum) und der Frucht, Fremdkörper im Uterus,

in der Scheide oder in der Bauchhöhle; jedoch ist dieses relativ selten. Eingeführte Katheter und Bougies werden von der Abtreiberin oder von der Kranken vor der Einlieferung in das Krankenhaus entfernt. Zu dieser Zeit ist die Frucht häufig schon abgegangen. Innerlich eingeführte Mittel und verschiedene Manipulationen, als Scheidenspülungen, können gewöhnlich kaum nachgewiesen werden. Gewiß, Sepsis und Fieber kommen häufiger vor bei illegalem Abort, jedoch auch eine normale Temperatur spricht noch keineswegs gegen einen Eingriff. Andererseits kann Fieber auch bei spontanem Abort infolge einer sekundären Infektion des Fruchteies eintreten. Auch das Fehlen oder das Vorhandensein von lokalen Entzündungserscheinungen ist nicht pathognomonisch für eine bestimmte Art von Abort. Nürnberg meint, daß zwischen fieberhaftem und illegalem Abort ein gewisser Parallelismus besteht. Dieser Standpunkt ist gewiß richtig, er beantwortet jedoch nicht die Frage, ob im betreffenden Falle ein spontaner oder ein illegaler Abort vorliegt. Hirsch betrachtet jeden Abort, dessen Ursache nicht festgestellt werden kann, als einen illegalen — wir können uns dieser Ansicht jedoch nicht anschließen. Die Ursachen, die einen Abort auslösen können, sind so verschiedenartig (Nürnberg in Halban-Seitz 7, 1), daß wir bei genauer Anamnese beinahe bei jeder Frau, sogar bei derjenigen, die einen illegalen Abort angibt, verschiedene Befunde feststellen können, die einen spontanen Abort hervorrufen könnten. Andererseits ist eine interkurrente Erkrankung, die einen Abort hervorrufen könnte, noch kein Beweis, daß der betreffende Abort tatsächlich ein spontaner ist. So kann ein illegaler Eingriff auch bei einer Luetikerin, in der Inkubationsperiode bei Abdominaltyphus, bei Frauen mit Myom, Retroflexio uteri usw. vorgenommen werden.

I

Um den spontanen Abort vom illegalen abzugrenzen, beschlossen wir, neben der allgemeinen Untersuchung auch die anamnestischen Angaben auszunutzen. Jedoch für die Berechnung derjenigen Fälle, wo die Kranke den Eingriff absichtlich neigt, benutzten wir eine spezielle Methodik.

Wir gingen von folgenden Betrachtungen aus: Will Pat. den Eingriff verheimlichen, so wird sie sich bei der Frage hinsichtlich des früheren Verlaufs der Krankheit an folgende Punkte halten: 1) In ihrer Angst um ihr Leben und die Gesundheit wird sie ohne weiteres alle die Fragen beantworten, die ihres Erachtens es dem Arzt erleichtern könnten, ihr zu helfen; 2) in ihrem Bestreben, den Eingriff zu verheimlichen, verheimlicht oder vertuscht sie alles, was nach ihrer Meinung keine unmittelbare Bedeutung für die Therapie hat und Licht in ihr Geheimnis bringen könnte. Da sie nun das eine (den Eingriff) verheimlicht, das klinische Bild jedoch angibt, gewinnen wir bei sorgfältiger Anamnese einen scharfen Widerspruch, der für eine wenig intelligente Frau vielleicht nicht auffällig ist (am hartnäckigsten verheimlichen den Eingriff wenig intelligente Frauen, da sie fälschlich noch immer befürchten, das Geständnis könne für sie unangenehme Folgen haben), dem Arzt jedoch, dem das klinische Bild des illegalen und des spontanen Aborts zur Genüge bekannt ist, fällt dieser Widerspruch auf. Je genauer und voller die Anamnese, je sorgfältiger die Untersuchung der Abortierenden, desto größer ist natürlich dieser Widerspruch. Wir haben uns daher für die Anamnese folgendes Schema ausgearbeitet:

Bei der Aufnahme wird eine sorgfältigste allgemeine Anamnese aufgenommen: über die vorhergehende Schwangerschaft, über den Verlauf der letzten Schwanger-

schaft, ob Pat. wußte, daß sie schwanger sei, welche Symptome dem Abort vorangingen, was nach der Ansicht der Kranken denselben bewirkt haben könnte, wann die Temperatur anstieg, wann der erste Schüttelfrost war, ob Pat. einen Arzt aufgesucht hat, was ihr verordnet wurde und wie sie diese Verordnungen befolgte. Berühren wir die Frage eines möglichen Eingriffs, so hüten wir uns, die Kranke zu ängstigen und betonen, daß es uns absolut nicht daran liegt, zu erfahren, wer den Abort gemacht hat, sondern bloß, wie er gemacht wurde, um ihr besser helfen zu können. Sehr häufig gestehen die Kranken den Eingriff schon bei der Aufnahme.

Stellt eine Abortierende mit unklarer, sich widersprechender Anamnese jeglichen Eingriff in Abrede, so zeigen wir kein Mißtrauen, bringen sie in ein Krankenzimmer mit anderen Kranken und verordnen ihr eine entsprechende Behandlung; in den Krankenzimmern liegen nun zuweilen auch mehrere Frauen, die einen Eingriff gestanden haben, und Pat. überzeugt sich nun nach 1—2 Tagen an den anderen, daß das Geständnis für sie absolut ungefährlich ist (das Beispiel einer Nachbarin wirkt weit überzeugender als das Zureden des Arztes), und nach einigen Tagen wird der Eingriff nicht mehr verheimlicht.

Bis dahin haben wir die Möglichkeit, den Mann oder die Angehörigen hinsichtlich des Beginns und der Natur der Erkrankung genauer auszufragen, wir stellen jedoch nie Fragen, die den Gedanken an einen illegalen Abort aufkommen lassen könnten, da wir eben aus Erfahrung wissen, daß ein Abort zuweilen vor den Angehörigen geheimgehalten wird. Auf diese Weise können wir die Wahrhaftigkeit der Aussagen der Abortierenden nachprüfen.

Von großem Nutzen war auch der Umstand, daß in unserer Abteilung als Externe Ärzte aus verschiedenen Schwangerenberatungsstellen arbeiten: Viele von unseren Kranken standen früher in ihrer Beobachtung, und wir konnten auf diese Weise erfahren, ob die Aussagen wahrheitsgetreu sind, speziell ob die betreffende Kranke die Schwangerschaft unterbrechen wollte.

Nun haben wir die Angaben des Arztes, der die Pat. früher behandelte, die Aussagen der Angehörigen, und wenn wir nun die Pat. wiederum sorgfältig ausfragen, so gesteht sie häufig den Eingriff.

Die Anamnese nehmen wir, je nach dem Fall, entweder nur Auge in Auge mit der Pat. oder im Krankenzimmer auf. In der Regel machen wir es nicht bei der Visitation, sondern abends, was der Unterhaltung einen vertraulicheren Charakter verleiht. Wir verzeichnen dabei gar nichts in die Krankenliste, machen uns aber darauf sofort die nötigen Notizen — dieses kann ja, infolge der Freigabe des Aborts, für die Pat. absolut keine unangenehmen Folgen haben; und je größer unsere Erfahrung, desto größer die Zahl der primären und desto geringer diejenige der sekundären Geständnisse. Die Anamnese wurde immer von uns persönlich aufgenommen.

Befragten wir die Kranke zum zweitenmal, so hielten wir uns bei allen Punkten auf, wo wir einen Widerspruch zwischen ihren Aussagen, denjenigen ihrer Angehörigen und dem klinischen Krankheitsbild vorfanden. Wo Pat. einen Eingriff nicht gestand, betrachteten wir den Abort an Hand sämtlicher Befunde als einen »vermutlich illegalen« oder hielten jeglichen Eingriff für ausgeschlossen.

Unsere Untersuchungen machten wir an den Kranken unserer septischen Abteilung, wohin nur fieberhafte Fälle kommen (Temperatur von 37,6° und höher), mit eitrigem Ausfluß, akuten interkurrenten Erkrankungen usw., und unter denen a priori eine große Anzahl von illegalen Aborten vermutet werden konnte.

Wir untersuchten sämtliche Kranke mit Abort oder Nachaborterkrankungen, und das Bestehen einer anderen Krankheit (Abdominaltyphus, Grippe, Myom usw.) genügte noch keineswegs, um den betreffenden Abort als einen spontanen zu betrachten.

In der Tat waren unter den Kranken mit inkompletem Abort, die einen künstlichen Eingriff zugaben, 3 Fälle von Grippe, 2 von verschiedenen chronischen entzündlichen gynäkologischen Erkrankungen, 1mal Myom, 2mal Malaria, 1mal Lungentuberkulose, 1mal Abdominaltyphus und 7mal Retroflexio uteri. Die bedeutende Anzahl der Retroflexio uteri läßt sich wohl darauf zurückführen, daß dabei der Uterushals niedrig steht, was der Kranken die verschiedenen intrauterinen Manipulationen erleichtert. Wir müssen im Auge haben, daß viele fieberhafte Krankheiten (Grippe, Angina) dem illegalen Abort nicht bloß vorangehen, sondern sich ihm auch anschließen können. Es ist interessant, daß wir bei drei Frauen, die mit inkompletem Abort kamen, aber eine Ordre auf die Ausführung eines legalen Aborts mithatten, nachweisen konnten, daß sie in Erwartung dieser Erlaubnis »auf jeden Fall« verschiedene intrauterine Manipulationen vorgenommen hatten.

Unsere Erfahrung lehrt uns, daß ein spontaner Abort von einem illegalen häufig schon nach der Natur der Antworten unterschieden werden kann. Ein großes diesbezügliches Material gaben uns die Fälle, wo die Pat. den Eingriff zuerst in Abrede stellte, ihn jedoch weiterhin eingestand.

Von einem Eingriff müssen diejenigen Fälle abgegrenzt werden, wo die Kranke ohne böse Absicht, sondern aus Unkenntnis, irgendwelche Maßnahmen vornahm, die einen Abort begünstigen konnten, z. B. bei beginnenden Wehen heiße Flaschen, wegen Ausfluß während der Schwangerschaft Spülungen gebrauchte. Natürlich muß in solchen Fällen nachgeprüft werden, ob diese Erklärung nicht »Selbstentschuldigung« ist.

Wir bringen unten einige Antworten, die für spontanen und für geheimgehaltenen Abort typisch sind. Man muß übrigens im Auge haben, daß nicht so sehr die Natur der betreffenden Antworten auf die eine oder die andere Frage von Bedeutung ist, als das Fehlen eines logischen Zusammenhanges zwischen den einzelnen Aussagen, der Anamnese und den objektiven Befunden.

Spontaner Abort

Verheimlichter illegaler Abort

I. Wie ging es der Kranken vor dem Abort?

Öfters bestand früher irgendwelche allgemeine Erkrankung. Zuweilen wird angegeben, Pat. hätte sich eine Zeit schlecht gefühlt, häufig sind Klagen über reichlichen Ausfluß, der mit der Schwangerschaft zunahm.

Vor dem Abort bzw. vor der Ursache, die denselben auslöste (»Sturz«), war Pat. vollkommen gesund.

II. Wie begann der Abort?

Zur Krankheit gesellten sich Wehen oder Blutung, die allmählich zunahmen. Der Abort entwickelte sich allmählich; kam plötzlich Blutung, so zumeist infolge eines akuten starken Traumas (siehe unten).

Der Abort begann und entwickelte sich plötzlich und »akut«.

III. Was war — nach der Ansicht der Pat. — die Ursache des Aborts?

Häufig wird diese Frage nicht genau beantwortet, es werden verschiedene Ursachen angegeben, zuweilen ein Insult, der in Gegenwart der Angehörigen usw. stattfand.

Es wird kategorisch geantwortet, Stürzen, Anstrengung usw., irgendwelche andere Ursachen werden ausgeschlossen, der Insult geschieht zu meist, wenn Pat. allein ist.

IV. Welcher Art war das Trauma, der Insult?

Starke Erschütterung des ganzen Körpers, Sturz von der Höhe auf die Füße, auf das Gesäß, Stoß unmittelbar in den Leib, starke Anstrengung. An den betreffenden Stellen öfters Spuren der Verletzung. Die Fragen werden sofort beantwortet.

Die Fragen werden langsam, zögernd beantwortet, verschiedene Stellen der Verletzung angegeben, Spuren einer solchen werden nicht vorgefunden.

V. Wann war der erste Schüttelfrost?

Fieber bestand vor dem Abort, oder der Abort verlief einige Tage fieberfrei, darauf, gewöhnlich nach der inneren ärztlichen Untersuchung, zur Zeit der Geburt der Frucht, oder 1—2 Tage später — Schüttelfrost. Zuweilen Schüttelfrost 6—8 Tage nach Beginn des Aborts. Bei der inneren Untersuchung Uterushals mehr oder minder geöffnet. Zuweilen war gar kein Schüttelfrost, bloß Fieber.

Schüttelfrost beinahe sofort nach dem Abort, gewöhnlich nicht später als nach 1—2 Tagen (bei intrauterinen Eingriffen); je früher der Schüttelfrost, desto wahrscheinlicher ein Eingriff. Ein fieberhafter Abort, wo bei der inneren Untersuchung, bei beinahe geschlossenem Muttermund zersetzte Fruchtteile abgehen, spricht beinahe mit Bestimmtheit für einen künstlichen Eingriff.

VI. Wurde ein Arzt aufgesucht?

Da die Blutung unerwartet kommt, wird gewöhnlich ein Arzt aufgesucht, dessen Name angegeben, desgleichen seine Verordnungen und die Diagnose.

Da die Blutung nicht unverhofft kam, wird gewöhnlich mehrere Tage ruhig abgewartet, »vielleicht kommt alles von selbst«, und der Arzt wird erst dann gerufen, wenn die Blutung allzulange anhält oder der Abort durch irgendwelche Erscheinungen kompliziert wird.

VII. Waren vorher Aborte, und welcher Art (spontane, legale, illegale?)

VIII. Werden irgendwelche Schwangerschaftsverhütungsmittel gebraucht?

IX. Will Pat. die Schwangerschaft erhalten?

X. Wurde dieser Abort vielleicht künstlich hervorgerufen? (als letzte Frage).

In bezug auf die Fragen VII, VIII, IX ist von Bedeutung nicht bloß der Charakter der Antwort (positiv oder negativ), sondern auch die Art, wie die Kranke auf

die betreffende Frage reagiert. Frauen mit spontanem Abort beantworten die Fragen indifferent, »einfach«, bei verheimlichtem illegalem Abort klingen die Antworten äußerst vorsichtig, kurz, man fühlt ein Mißtrauen heraus.

Die Fragen werden in solcher Weise gestellt, daß Pat. nicht bemerkt, welche Bedeutung wir speziell der einen oder der anderen Antwort beilegen. Natürlich bringen wir hier bloß ein Schema, das sich übrigens von demjenigen der gewöhnlichen Anamnese nur darin unterscheidet, daß es genauer ist.

II

Nach dem oben angeführten Prinzip studierten wir vom 1. I. 1929 bis zum 1. I. 1930 das ganze Material unserer septischen Abteilung, wohin Kranke mit fieberhaftem Abort (Temperatur 37,6° und höher) und fieberhaften Nachaborterkrankungen kommen. Es erwies sich dabei, daß ein Teil der Fälle inkomplette Aborte waren, in einigen Fällen wurde im Uterus eine Frucht oder Placentateile nicht mehr vorgefunden. Uns interessierte zumeist die Frage, inwieweit inkomplette Aborte als illegale betrachtet werden dürfen, d. h. inwieweit wir bei einer Frau, die mit Abortblutung und Fieber in das Krankenhaus kommt, einen Eingriff vermuten dürfen. Lassen wir die Fälle mit Nachabortkomplikationen, wo die Frucht bereits abgegangen war, weg, so würden wir künstlich die tatsächliche Zahl der illegalen Aborte und auch die entsprechende Mortalitätszahl vermindern. Wir bringen daher die Zahlen für jede einzelne Gruppe (siehe Tabelle I).

Tabelle I

Art des Abortus	Charakter der Erkrankung			Gestorben	Schwangerschaftstermin inklusiv								
	Abortus incompletus	Nachabortkomplikation	Abortus und Nachabortkomplikation		Bis 2 Monate	Bis 3 Monate	Bis 4 Monate	Bis 5 Monate	Bis 6 Monate	Bis 7 Monate	Unbekannt	Nicht schwanger	Ektopische Schwangerschaft
Legal	2	34	36	—	21	8	—	—	—	—	7	—	—
Ärztlicher (außerhalb des Krankenhauses)	5	26	31	3	18	7	1	—	—	—	5	—	—
Hebamme	9	2	11	1	6	2	1	—	1	—	1	—	—
Laie	15	5	20	2	12	6	—	—	—	—	1	1	—
Selbstabtreibung	61	5	66	1	32	20	3	1	—	1	2	5	2
Vermutlich illegal	55	3	58	1	27	24	2	1	—	1	3	—	—
Insgesamt künstliche Aborte, außer den legalen	145	41	186	8	95	59	7	2	1	2	12	6	2
Spontane	342	14	356	3	145	65	63	37	29	6	11	—	—
Summa	489	89	578	11									

Wie aus der Tabelle hervorgeht, war die Gesamtzahl der Kranken, die mit fieberhaftem Abort und dessen Folgen aufgenommen wurden, 578, davon 36 als Folge eines legalen Aborts und 186 als Folge eines illegalen. Von diesen wurde in

128 Fällen der Eingriff eingestanden und in 58 konnte ein solcher mit größter Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Also dürfen wir sagen, daß an unserem Material dem fieberhaften Abort oder der Nachaborterkrankung in 6,2% der Fälle ein legaler und in 32% ein illegaler Eingriff vorherging.

Anders steht die Sache, wenn wir bloß die inkompletten Aborte betrachten. Schließen wir hier die legalen Aborte aus (inkomplete sind hier selten — an unserem Material bloß 2 Fälle — übrigens werden sie auch nie verheimlicht), so haben wir auf 487 inkomplete Aborte 145 illegale, in 90 Fällen wurde der Eingriff eingestanden, in 55 war er höchst wahrscheinlich, also haben wir von den inkompletten Aborten $145:487 =$ nicht über 30% illegale oder, anders gesagt — bloß jeder dritte inkomplete fieberhafte Abort darf als ein illegaler betrachtet werden.

Interessant ist es, festzustellen, welcher Prozentsatz der verheimlichten illegalen Aborte mit Hilfe unserer Methode erfaßt werden konnte. Insgesamt hatten wir inkomplete Aborte, in denen ein Eingriff in Abrede gestellt wurde, 397, in 342 Fällen, d. h. in 86,2%, konnten wir einen Eingriff ausschließen, in 55 Fällen, d. h. in 13,8%, hielten wir einen solchen für erwiesen. Gegenüber der Gesamtzahl der illegalen Aborte (145) machen diese 55 Fälle 38%, d. h. im Zusammenhang mit unserer Methode wurde der Eingriff in nicht weniger als in 62% aller Fälle eingestanden.

Wir müssen hinzufügen, daß schon eine solche sorgfältigste Anamnese die Zahl der Eingeständnisse vermehren muß.

Wie häufig sind nun illegale Eingriffe unter den nichtfieberhaften Aborten, wo a priori noch geringere Ziffern angenommen werden dürfen?

Für die betreffende Periode passierten unsere normale Abteilung 1335 inkomplete Aborte, in 84 Fällen, d. h. in 6,3%, wurde ein Eingriff angegeben. Da in der normalen Abteilung die Anamnese nicht so sorgfältig aufgenommen wurde, fällt es schwer, zu sagen, wieviel hier vermutlich illegale Aborte waren, aber wenn wir diese Zahl sogar nicht um ein Drittel — wie wir es an den fieberhaften Aborten feststellen konnten —, sondern um das Doppelte höher nehmen, so ist die Zahl der illegalen Aborte unter den nichtfieberhaften nicht über 12,5%.

Wie können wir nun mit Sicherheit sagen, daß dort, wo wir einen Eingriff ausschließen, ein solcher auch tatsächlich nicht vorlag? Wurden wir nicht irregeführt? Wir denken, daß dieses nicht der Fall war, und zwar aus folgenden Gründen:

1) Wie gesagt, wurde die Pat. äußerst sorgfältig ausgefragt, und jeglicher Zweifel oder Zweideutigkeit wurden zugunsten eines Eingriffs gedeutet. Wir kennen wohl einen Fall, wo wir nachträglich erfahren konnten, daß die Kranke uns irregeführt hatte und wir einen illegalen Abort für einen spontanen hielten, andererseits waren unter den 58 vermutlich illegalen mehrere Fälle, wo die zweideutige Antwort einfach auf die geringe Intelligenz der Pat. zurückzuführen war; zumeist waren es Frauen vom Lande, die ohne jegliche böse Absicht äußerst verwirrte Antworten gaben. Wir dürfen daher annehmen, daß die von uns angegebene Zahl der vermutlich illegalen Aborte gewiß nicht geringer, vielleicht sogar etwas größer genommen ist.

2) Wir sind der Ansicht, daß interkurrenten Erkrankungen, als einem Faktor, der einen Eingriff bestimmt ausschließen lassen könnte, keine besondere Bedeutung zukommt, wir wollen jedoch bemerken, daß von 356 spontanen Aborten 168mal als mögliche Ursache festgestellt wurde: Trauma 89 (41mal Sturz, Heben von schweren Lasten 15, schwere physische Anstrengung 23, Stoß in den Leib 8,

Rütteln bei der Fahrt 2); allgemeine Erkrankung 34 (Grippe 9, Pneumonie 1, Malaria 8, Lues 2, Abdominaltyphus 2, aktive Tuberkulose 3, Meningitis 1, ungeklärte fieberhafte Erkrankung 6, akute Polyarthritis 1, nichtkompensierter Herzfehler 1); Erkrankungen der Genitalien 35 (Missed abortion 2, chronische Perimetritis 9, Entzündung der Adnexe 7, Bartholinitis 2, Retroflexio uteri 7, Myom 1, habitueller Abort 6, partielle Scheidenatresie 1); Erkrankungen der dem Geschlechtsapparat benachbarten Gebiete 8 (akute Appendicitis 5, Angiocholitis 1, Colitis ulcerosa 1, subdiaphragmaler Abszeß 1), ferner 1 Fall von Otitis und ein Fall nach Cystotomie. Wir rechneten bloß die Fälle, wo die Erkrankung scharf ausgesprochen war, bei Trauma konnten wir häufig Spuren einer Verletzung vorfinden. Übrigens behaupten wir keineswegs, daß eben diese Momente den spontanen Abort ausgelöst hatten, da besonders bei Trauma häufig festgestellt wurde, daß schon vorher reichlicher Ausfluß, vielleicht mit Blutbeimischung, bestanden hatte und der Einfluß des Traumas bei schon bestehender Tendenz zu einem spontanen Abort hinzukam. Jedenfalls konnten wir feststellen, daß ein Trauma tatsächlich vorlag.

3) Sehr anschaulich wirkt der Umstand, daß von 11 letal verlaufenen Aborten 7mal Eingriffe eingestanden wurden — alle diese Fälle gingen zugrunde an Sepsis oder an Peritonitis. Von den anderen 4 war 1mal spontaner Abort bei schwerer Kehlkopftuberkulose (der Abort begann in der Klinik), die Kranke starb an der Tuberkulose, im 2. Falle gesellte sich Abortus imminens zu einer schweren Meningitis, was durch Sektion nachgewiesen wurde. Die 2 anderen Fälle wollen wir hier kurz bringen.

Fall 1. 41jährige Frau, 13 Geburten, 2 Aborte, 1 künstlicher, 1 spontaner. Die letzten Menses vor etwa 3 Monaten. Am 29. I., angeblich nach schwerer physischer Anstrengung, spontaner Abort. Am 30. I. kam die Frucht samt den Eihüllen, 4 Tage fühlte sich Pat. wohl. Am 4. II. abends plötzlich heftige Schmerzen und Ödem des linken Fußes, Schüttelfrost, Temperatur bis 40°. Eingeliefert am 5. II. Temperatur 39,8°, Puls 120, am Tage mehrmals Schüttelfrost. Eingriff wird bestimmt in Abrede gestellt. Der linke Fuß ödematös, cyanotisch, Aussaat aus dem Blute steril, innere Organe ohne Besonderheiten. Uterus wie im 2. Schwangerschaftsmonat, Muttermund für einen Finger durchgängig, Gewölbe frei, keine Verletzungen. 6. II. Zustand bedeutend schlimmer, an der Art. femoralis Puls kaum zu fühlen, 150. Temperatur 39,3°. Der linke Fuß ist während 24 Stunden bis 2 Finger über das Knie geschwollen, cyanotisch, mit Blasen bedeckt, etwas schmerzhaft. Oberschenkel und Leistengegend nicht schmerzhaft. Blut steril, im Ausstrich aus den Blasen an der Haut des Unterschenkels Streptokokken. Es wird vorgeschlagen, den Fuß zu amputieren, Pat. ist dagegen. Im Laufe des Tages nahm das Ödem beinahe vor unseren Augen zu und erreichte gegen Abend die Leistengegend. 7. II., 1 Uhr 30 Min. plötzlicher Tod, wahrscheinlich infolge von Embolie.

Gerichtlich-medizinische Obduktion. Linker Fuß und Unterleib äußerst ödematös. Linker Ventrikel leer, im Vorhof etwas helles Blut, im rechten Ventrikel schaumiges Blut, Herzklappen normal. Herzgefäße durchgängig, Milz 4,5×9,5×2 cm, die Kapsel derselben gespannt, das Gewebe schmutzig gefärbt, locker. Die großen Lungengefäße durchgängig. Uterus 12,5×8,5×4 cm, in der Uterushöhle schmutzigschwarzer Detritus. Im Körper kleine, stark zersetzte Placentarestes, Uterusperitoneum glänzend, Scheide ohne Besonderheiten. In beiden Tuben Eiter. Im rechten Ovar Corp. luteum. Vena und Art. femoralis durchgängig, enthalten

dickes dunkles Blut, ohne Koagula. In der Vena und der Art. poplitea, V. iliaca und höher ebenfalls dünnes Blut. Also konnte nirgends eine Spur einer Thrombose vorgefunden werden, und die Ursache der Gangrän des Fußes blieb ungeklärt. Das der Leiche entnommene Herzblut blieb in aerobem und in anaerobem Nährboden steril. Das aus der V. femoralis entnommene Blut ergab Bakterien, es handelte sich jedoch, wie später erwiesen wurde, um eine zufällige Beimischung. Unsere Vermutung, es könne sich hier um Gasbrandsepsis oder um eine Sekalevergiftung handeln, konnte bei der Sektion nicht bekräftigt werden.

Vermutliche Diagnose: »Sepsis, offenbar infolge eines Aborts«. Die Angehörigen zweifelten an der Möglichkeit eines illegalen Aborts, und auch eine gerichtliche Untersuchung konnte hier nichts nachweisen.

Gangrän der Extremitäten infolge von Sepsis wurde zwar beschrieben, es ist dennoch interessant, daß das Blut in unserem Falle die ganze Zeit steril war und in den Gefäßen keine Thromben vorgefunden wurden. Sollten wir diesen Fall sogar als die Folge eines illegalen Aborts betrachten, so ist ein so rascher Verlauf (Exitus 48 Stunden nach den ersten Symptomen der Erkrankung) eine seltene Ausnahme.

Aus Vorsicht rechneten wir diesen Fall zur Rubrik der vermutlich illegalen Aborte.

Fall 2. Pat. 19 Jahre, 2 Jahre verheiratet, eine Schwangerschaft endete vor 1 Jahr mit einer Geburt. Letzte Menses vor 6 Monaten. Vor 3 Tagen erkältete sich Pat. beim Wäschewaschen, darauf Fieber, Wehen. Eingriff wird in Abrede gestellt: Pat. hatte ein kleines Kind und konnte, falls sie es gewünscht hätte, schon früher ohne Mühe eine Erlaubnis für einen Abort von der Abortkommission erhalten haben. In der Abteilung wurde eine Frucht von 6 Monaten geboren. An der Frucht, der Placenta und den Genitalien keine Spuren eines Eingriffes. Nach 2 Tagen verließ Pat. mit Fieber auf ihren Wunsch das Krankenhaus, da ihr Kind erkrankt war. Nach 4 Tagen wurde sie uns mit Erscheinungen von Pneumonie und Septikopyämie wieder eingeliefert. Exitus am 6. Tage. Sektionsdiagnose: Septikopyämie, die von den Genitalien ausgeht.

Der Ehemann stellte jeglichen Eingriff bestimmt in Abrede, sie wünschten sich ein zweites Kind und gebrauchten keine Präventivmittel. Wir konnten ferner feststellen, daß die Kranke im 2. Schwangerschaftsmonat in die Beratungsstelle gekommen war, dieselbe pünktlich besuchte und die Schwangerschaft keineswegs unterbrechen wollte. Wir betrachten diesen Fall als einen spontanen Abort. Vielleicht war hier der Tod durch den bei vorgeschrittener Schwangerschaft eingetretenen Abort bedingt, vielleicht auch dadurch, daß Pat. zu früh die Klinik verlassen mußte.

4) Es ist äußerst typisch, daß nach den Eingeständnissen der Kranken der illegale Eingriff wie auch der legale Abort zumeist bis zum 3. Monat (inklusive) gemacht wird.

Das Verhältnis zwischen Abort vor und nach 3 Monaten ist folgendes:

Tabelle II

Art des Aborts	Bis zu 3 Monaten	Nach 3 Monaten	Verhältnis
Legal	29 Fälle	—	—
Illegal	103 »	8 Fälle	12,9:1 (1)
Vermutlich illegal	51 »	4 »	12,8:1 (2)
Spontaner	210 »	135 »	1,6:1 (3)

Also ist das Verhältnis zwischen den Fällen von verschiedener Schwangerschaftsdauer bei den bestimmt und den vermutlich illegalen beinahe ein analoges (12,9 und 12,8) und unterscheidet sich bedeutend vom Verhältnis in denjenigen Fällen, die wir in die Rubrik der spontanen Aborte weisen (1,6). Wären zwischen den vermutlich illegalen spontane Aborte, oder umgekehrt, zwischen unseren spontanen viele illegale gewesen, so würde entweder das Verhältnis (2) dem Verhältnis (3), oder das Verhältnis (3) dem Verhältnis (1) nahestehen. Insofern dieses nicht vorliegt, dürfen wir mit Recht behaupten, daß hier eine beabsichtigte Täuschung seitens der Kranken nicht besteht.

Wir müssen nun versuchen, die Ursache des Fiebers bei unseren spontanen Aborten zu erklären; in der Regel verging dieses nach einer Ausschabung, und falls es nicht mit anderen Erkrankungen zusammenhing (Abdominaltyphus, Grippe), wurde es offenbar durch eine Infektion des Fruchteies bedingt. Wie war die Infektion in die Uterushöhle geraten? Unsere Beobachtungen ergeben, daß dieses zumeist auf zwei verschiedenen Wegen geschehen kann:

1) Bei langwährendem spontanem Abort und zurückgebliebenen Eiteilen sehen wir in der Regel sekundäre Infektion von der Scheide aus. Es können dabei mehrere — bis 10—12 — Tage vergehen, darauf wird das Fruchtei infiziert. Häufig steigt die Temperatur in solchen Fällen zur Zeit, als das Ei ausgestoßen wird bzw. sofort nach der Ausschabung, um darauf zur Norm zurückzukehren.

2) Eine zweite häufige Infektionsquelle ist die innere Untersuchung. Leider wurde in der Krankenliste nicht immer angegeben, ob außerhalb des Krankenhauses innerlich untersucht wurde, wir können daher diesbezüglich keine genaueren Zahlen bringen; als wir jedoch im weiteren auf diesen Umstand genauer achteten, konnten wir feststellen, daß viele Abortierende vorhergehend innerlich untersucht worden waren. Die infizierende Rolle einer inneren Untersuchung bei Geburten ist zur Genüge bekannt, und wir wollen uns hier darüber nicht länger aufhalten, wir wollen bloß betonen, daß wir bei beginnenden Aborten ja eigentlich prinzipiell ein analoges Bild haben.

Bei inkompletem, nicht fieberhaftem Abort gelangt der untersuchende Finger bei etwas geöffnetem Muttermund in der Regel in den Uteruskanal und öfters in die Uterushöhle; bei ambulatorischer Arbeit (außerhalb der Klinik) kann von einer strengsten Asepsis tatsächlich kaum die Rede sein; ferner geraten in den Uterusmund verschiedene Bakterien aus der Scheide, und wir haben also die besten Bedingungen für eine Infektion der Uterushöhle. Gewiß, dieselbe ist nicht so gefährlich wie bei einer Geburt, sie kann jedoch häufig einen Schüttelfrost auslösen. Diese zwei Ursachen können ohne weiteres das häufige Auftreten von Fieber bei spontanem Abort vollkommen erklären.

In therapeutischer Hinsicht ist es äußerst wichtig, die Fälle zu erfassen, wo ein illegaler Abort ausgeführt wurde, und auch der Charakter des Eingriffs spielt hierbei eine bedeutende Rolle. Wir halten uns im allgemeinen an ein aktives Verfahren, und nur bei starken peritonealen Erscheinungen und in hoffnungslosen Fällen wird nicht ausgeschabt. Bei spontanen Aborten machen wir sofort Abrasio. Veraltete entzündliche Veränderungen sind keine Kontraindikation. Bei illegalem Abort mit peritonealen Erscheinungen oder akutem Prozeß in den Adnexen verhalten wir uns expektativ und greifen bloß bei lebensbedrohlichen Blutungen aktiv ein. Wir halten uns dabei an eine Ausschabung in situ und ziehen den Uterus so wenig wie möglich nach unten. Besonders vorsichtig sind wir bei fieberhaften Aborten mit intrauterinem Eingriff, wenn der Uterushals noch geschlossen ist, da nach unseren

Beobachtungen in solchen Fällen eine forcierte Erweiterung des Uterushalses, offenbar infolge der zahlreichen kleineren Rupturen, einen Anstoß zu einer allgemeinen Sepsis geben kann. In solchen Fällen versuchen wir eine spontane Eröffnung des Uterusmundes durch Gaben von Chinin usw. zu erzielen. Bei welcher Temperatur — ob bei normaler oder bei erhöhter — geschabt werden soll, scheint uns keine besondere Bedeutung zu haben. Die allgemeine Therapie ist gewöhnlich: Collargol, Rivanol, große Alkoholdosen usw. Bei zweifellosen und vermutlich illegalen Aborten greifen wir sofort zu einer energischen allgemeinen Therapie, und in dieser Hinsicht bewährt sich unsere Differenzierung des illegalen Aborts vom spontanen in vollem Maße, da wir hierbei unsere Aufmerksamkeit zumeist den bedrohlichsten, den illegalen Aborten, zuwenden können. Wir behalten solche auch länger in der Klinik, da sie besonders zu verschiedenen Komplikationen neigen, die zuweilen nicht in den nächsten Tagen, sondern auch nach 5—6 Tagen und später auftreten können.

Wie wir sehen, hat unser System gute Resultate ergeben, und die Mortalität war nach illegalem fieberhaftem Abort 8:186, d. h. 4,3%, was sehr günstig ist, wenn wir in Betracht ziehen, daß es sich hier um äußerst schwere, infizierte Fälle handelte.

An Hand unserer Beobachtungen kommen wir nun zu folgenden Betrachtungen:

1) Die Ansicht, daß sämtliche oder die meisten inkompletten Aborte durch einen illegalen Eingriff bedingt sind, muß bei uns, bei Freigabe des Aborts, bestimmt zurückgewiesen werden. An unserem Material war der Prozentsatz der Kranken mit einem Eingriff etwa 30% der inkompletten fieberhaften Aborte, bei den fieberfreien war er wahrscheinlich nicht über 12%.

2) Systematisches Ausfragen der Kranken, ihrer Angehörigen, läßt uns neben den Befunden einer objektiven Untersuchung in der Regel feststellen, ob im gegebenen Fall ein Eingriff stattgefunden hatte. In nicht weniger als 62% der Fälle mit einem Eingriff wurde uns der Eingriff eingestanden.

3) Sowohl der illegale als auch der legale Eingriff wird zumeist während der ersten 3 Schwangerschaftsmonate ausgeführt.

4) Die sorgfältige Erfassung aller Fälle mit zweifellos illegalem Abort läßt uns feststellen, inwieweit der illegale Abort abgenommen hat.

5) Die Abgrenzung des illegalen Aborts vom spontanen ist nicht bloß theoretisch, sondern auch praktisch-therapeutisch von großer Bedeutung.

6) Mit Hilfe einer rechtzeitigen Behandlung konnten wir die Mortalität infolge von illegalem fieberhaftem Abort (inklusive Nachaborterkrankungen) auf 4,3% reduzieren.

7) Abgesehen von seltenen Ausnahmen, muß der Tod infolge von Sepsis bei inkomplettem Abort auf einen illegalen Eingriff zurückgeführt werden.

8) Bei spontanem Abort wird das Fieber am häufigsten durch eine sekundäre Infektion des Fruchteies bedingt. Das Fruchteie kann zuweilen sekundär auch bei der inneren Untersuchung durch den Arzt infiziert werden.