

Reichsministers des Innern und des Herrn Justizministers zu danken. Wir wissen Ihre Arbeit wohl zu schätzen und kennen die zu überwindenden Schwierigkeiten dieser Übergangszeit wohl. Ich gebe mich der Hoffnung hin, daß Sie alle von der Überzeugung durchdrungen sind: Auf dem *Gebiete des Gerichtsarztwesens* gilt es, im Interesse der Sache, zum Besten des Volkes und der Rechtspflege eng zusammen zu arbeiten und für die gegenseitigen Belange Verständnis aufzubringen! Von seiten der zuständigen Ministerien soll alles geschehen, um auch hier eine allseitig befriedigende Lösung zu erreichen.

## Der gerichtsärztliche und kriminalistische Nachweis der Abtreibung.

Von

Prof. Dr. H. Merkel, München.

An die Spitze eines Berichtes über den gerichtsärztlichen und kriminalistischen Nachweis der Abtreibung müßte eigentlich eine statistische Übersicht über die *im Reich* jährlich stattfindenden bzw. gesetzlich gemeldeten *Schwangerschaftsunterbrechungen im allgemeinen* gestellt werden und im Verhältnis dazu, welche Zahl von *Abtreibungen*, also von gesetzwidrigen Schwangerschaftsunterbrechungen darin enthalten sind.

Leider war es nicht möglich, darüber zahlenmäßige Ermittlungen zu erhalten, so kann ich Ihnen nur aus einer Veröffentlichung in unserem bayer. Ärzteblatt vom Januar 1939 *für Bayern* mitteilen, daß bei uns seit der Einführung der Meldepflicht der Aborte und der kriminellen Schwangerschaftsunterbrechungen einschließlich der Verdachtsfälle *innerhalb von 15½ Monaten* (vom 15. IX. 1937 bis zum 31. XII. 1938) erfolgten:

<i>Abortpflichtmeldungen insgesamt</i> . . . . .	17 815
<i>Davon waren im Verlauf fieberhaft</i> . . . . .	880 Fälle = 4,9%
<i>An Abort-Todesfällen wurden gemeldet</i> . . . . .	32 Fälle = 0,18%
<i>Ferner als einwandfrei kriminell</i> . . . . .	67 Fälle = 0,37%

Nur in 2577 Fällen = 14,4% konnte eine eindeutige Ursache des Abortes durch Erhebungen und ärztliches Gutachten festgestellt werden, während bei 15171 Fällen ein ersichtlicher Grund des Abortus nicht vorhanden war.

Unter den 67 *als kriminell gemeldeten Fällen* wurden als Ausführende angezeigt: 41 mal die Schwangere selbst (= 61,2% der Abtreibungen), ferner 4 durch Heilkundige, jeweils 1 Fall durch eine ehemalige Hebamme, Friseurin bzw. Badbesitzerin und 17 Fälle durch andere nicht weiter einstuftbare Personen.

Gibt uns nun eine nur auf so geringen Teil des Altreichs beschränkte Zusammenstellung auch nicht das Recht, um zu einer Gesamtberechnung für das ganze Deutsche Reich zu kommen, so können wir doch jedenfalls als gesichert annehmen, daß die Schwangerschaftsunterbrechung im allgemeinen und die Abtreibung insbesondere eine recht erhebliche Bedeutung auch heute noch für das bevölkerungspolitische Problem in unserem Volk und für die Strafrechtspflege besitzt.

Ich möchte an die Spitze meiner Ausführungen stellen, daß der Nachweis der Abtreibung nicht allein durch den Gerichtsarzt und die gerichtliche Medizin zu führen ist, sondern, wie wir von jeher wissen, spielt bei der Überführung der Täterschaft eine sehr große Rolle das *gemeinsame Zusammenwirken zwischen der gerichtlichen Medizin, d. h. den Gerichtsärzten und den gerichtl.-mediz. Instituten mit der Kriminalpolizei*, insbesondere in den letzten Jahren das Zusammenwirken mit der Geheimen Staatspolizei!

Die Abtreibung, d. h. die gesetzwidrige Unterbrechung der Schwangerschaft, kann bekanntlich je nach dem *Tatbestand* (§ 218 RStGB) entweder ein *Vergehen* oder aber ein *Verbrechen* darstellen, unter allen Umständen ist auch der *Versuch strafbar*, und der ist bekanntlich sehr häufig gegeben, und zwar dann, wenn 1. trotz des an sich tauglichen Eingriffs die Schwangerschaft erhalten blieb oder 2. wenn untaugliche Mittel in Anwendung kamen, ferner 3. wenn eine normale Schwangerschaft nicht vorhanden war oder zur Zeit des Eingriffes die Frucht bereits abgestorben gewesen ist. Nur ein Versuch liegt bekanntlich auch dann vor, wenn 4. vor Ausstoßung der Frucht die Mutter infolge des Eingriffs verstorben ist; wir haben dann einen Abtreibungsversuch zusammenfallend mit einer fahrlässigen Tötung.

Die *vollendete Abtreibung* hingegen ist — nach dem Wortlaut des § 218 des RStGB. — gegeben, wenn a) die lebende Frucht innerhalb der Gebärmutter (z. B. durch innere Gifte) getötet worden ist und dann ausgestoßen wurde, oder aber b) wenn die noch lebende Frucht infolge einer kriminellen Handlung durch Wehen oder sonstige Einwirkungen ausgestoßen wurde und infolge ihrer Lebensunfähigkeit absterben mußte. Wir können bei der vollendeten Abtreibungshandlung entweder eine *Rückkehr zur Gesundheit* erwarten oder aber es bleiben *krankhafte Zustände*, die in einem nicht unbeträchtlichen Prozentsatz zur *Sterilität* (Günter Schultze) oder aber unter Umständen zur Bildung von Placentarpolypen mit ihren gefährlichen Komplikationen führen. Oder aber, es kann schlimmstenfalls *nach vollendeter Ausstoßung der Frucht der Tod der Schwangeren* eintreten, wobei wir dann rechtlich den *Tatbestand der fahrlässigen Tötung in Tateinheit mit vollendeter Abtreibung* gegeben sehen.

Nach dem Wortlaut des Strafgesetzes schon und auch nach ger. med. Erfahrung unterscheiden wir **bei der Ausführung der Abtreibung** die 4 großen Gruppen: I. der *innerlich (per os) eingenommenen Mittel*, II. der *äußerlich angewandten Abtreibungsmaßnahmen*, III. der *vaginal applizierten Giftsubstanzen* und endlich nennen wir die IV., die durch *mechanische Mittel bewirkten Abtreibungshandlungen*, die sich also direkt gegen die in der Gebärmutter befindliche, noch lebende Frucht richten.

I. Bei den innerlich, *also per os genommenen Mitteln* ist die gerichtsärztliche und kriminalistische Aufgabe die, daß wir gutachtlich entscheiden müssen, ob die in Anwendung gekommene Substanz nach *Art, Zustand, Menge* und *Anwendungsweise* zur Abtreibung geeignet war und tatsächlich auch jeweils die Abtreibung verursacht hat. Wenn es auch keine absolut zuverlässigen, nur der Abtreibung dienenden inneren Mittel gibt — das wissen wir —, so werden doch als „unter Umständen geeignete Mittel“, wie uns allen geläufig ist, eine Anzahl pflanzlicher Substanzen genannt, die eine evtl. schwere akute Gastroenteritis und hämorrhagische Nephritis hervorrufen, unter Umständen auf der Höhe der Vergiftungserscheinungen entweder den *toxisch bedingten Fruchtabgang* oder *reflektorische Wehen* erzeugen. Nach unserer Erfahrung spielen sie praktisch keine größere Rolle. Die wichtigsten nur herauszugreifenden sind neben den drastischen Abführmitteln (die durchaus nicht immer ihren Zweck erfüllen) einige Pflanzen, die wirksame, d. h. giftig wirkende ätherische Öle enthalten, so u. a. *Juniperus sabina* (Sabinaöl), *Thuya* (Thuyaöl), *Rainfarn* (Tanacetum-Rainfarnöl) und *Raute* (Ruta graveolens-Rautenöl); daneben hatten eine Zeitlang eine größere Verbreitung gefunden das *Apiol* (Petersilienöl evtl. mit Zusätzen in Dragée-Kapseln), dessen außerordentliche Giftigkeit Veranlassung gegeben hat, daß diese Substanz in Deutschland seit 1932 eben wegen ihrer als Abtreibungsmittel bekannten Giftigkeit dem Rezeptzwang unterstellt wurde, wobei auch eine Repetition in der Apotheke ohne neues Rezept verboten ist. Das *Chinin* — bekannt und geschätzt als wehensteigerndes Mittel (ebenso wie andere organische Präparate) — hat uns in den letzten Jahren mehr beschäftigt: Wurde es noch 1929 von *Haberda* in einem Fakultätsgutachten als Abtreibungsmittel abgelehnt, so scheinen die neueren gerichtl.-medizin. Untersuchungen und Erfahrungen doch die Gefahr der allgemeinen Zugänglichkeit, d. h. der freien Verkäuflichkeit des Chinins für die Abtreibung im breiten Publikum als eine so erhebliche darzutun, daß vermutlich auch hier eingeschritten werden müßte<sup>1</sup>.

*Der Nachweis dieser mehr oder weniger geeigneten Substanzen* in Fällen von Schwangerschaftsunterbrechung dürfte durch Beiziehung des

<sup>1</sup> *Nachtrag bei der Korrektur:* Neuerdings lehnen die Pharmakologen (*Starkenstein*) die abortive Wirkung des Chinins — auch bei großen Dosen — entschieden ab!

Chemikers, des Pharmazeuten und evtl. des Botanikers zu erbringen sein, und zwar aus den etwa noch vorhandenen unbenützten und beschlagnahmten Substanzresten, aus dem Erbrochenen und evtl. aus den bei der Sektion in der Leiche gefundenen Resten.

Schwierig ist unter Umständen bei der Anwendung gewisser innerer Mittel die Frage der *Abgrenzung*, ob nämlich ein *Selbstmord* bzw. *Selbstmordversuch* vorliegt oder aber ob es sich um einen *Versuch mit inneren Abtreibungsmitteln* (und die strafbare Anstiftung dazu) handelt, z. B. wenn die Schwangere etwa ausgesprochene sog. Gifte, wie Phosphor, Quecksilberpräparate, Laugen oder Säuren oder — was wir auch schon beobachtet haben — Nitrobenzol oder Dinitrobenzol zu sich genommen hat! In einem unserer Fälle erfolgte der Tod der im 2. Monat Schwangeren durch Trinken von *Nitrobenzol*, ohne daß die Frucht zur Ausstoßung gekommen wäre — allerdings schon einige Stunden nach der Aufnahme per os.

Die II. Gruppe der Abtreibungsmethoden betrifft *äußerlich angewandte Maßnahmen*, die bezwecken sollen, den Zusammenhang zwischen Gebärmutter und Ei mechanisch zu stören und damit die Ausstoßung zu bewirken. Man hört vielfach in solchen verdächtigen Fällen als Ursache eines angeblich spontanen Abortes ein *einmaliges Trauma* (Überheben usw.) beschuldigt; — *Hüssy* hat neuerdings diesen Zusammenhang energisch bestritten<sup>1</sup>, doch kann ich mich nicht völlig seiner grundsätzlich ablehnenden Anschauung anschließen. Wir hören doch, daß in der Tat durch mechanische Beeinflussung Schwangerschaftsunterbrechungen — besonders in den ersten Schwangerschaftswochen, wo das Ei noch locker sitzt — nicht nur beabsichtigt, vereinzelt sogar auch wirklich erreicht worden sind, so durch körperliche Erschütterungen z. B. *öfteres Herabspringen vom Tisch* auf einen festen Boden oder durch *intensives Motorradfahren* auf schlechten Straßen (auf dem Soziussitz) und ferner durch lokale Maßnahmen, wie z. B. die *Unterleibsmassage* (nach *Thure-Brandt*) darstellt, insbesondere wenn sie *bimanuell* angewendet wird!

Wir haben es erst kürzlich erlebt, daß sich bei der Verhandlung ein *Arzt*, der offensichtlich einen Abtreibungsversuch 2 mal durch eine solche *bimanuelle Massage* im ersten Schwangerschaftsstadium — allerdings ohne Erfolg — gemacht hatte, auf die tatsächlich in dem genannten Massagebuch (Hippokrates. Leipzig 1938) enthaltene Anpreisung berief, daß „eine Massage der schwangeren Gebärmutter jeden zweiten Tag (! Ref.) bis über die Hälfte der Schwangerschaft von besonderem Nutzen sowohl für das Wohlbefinden der Schwangeren wie auch für den Verlauf der Geburt sei . . .“ (! Ref.).

In der Mehrzahl der Fälle freilich wird auch nach unserer Erfahrung die nur *äußerlich* angewandte Massage erfolglos bleiben und dann meist

<sup>1</sup> *Streckenbach* (Öff. Gesdh.dienst 1939, S. 68) betont auch neuerdings, daß selbst vorsichtig durchgeführte abdominelle Operationen — sogar Myomoperationen! — in der ersten Schwangerschaftshälfte keine Abortusgefahr bedingen!

durch andere wirksamere Mittel ersetzt. Auch bei dem sog. *Bergonié'schen Entfettungsstuhl* wirkte sicher weniger der elektrische Strom als die ungeheuer starken und häufigen körperlichen Erschütterungen Abort-verursachend!

Eine Erwähnung verdienen — als meines Erachtens durchaus nicht belanglos — die Maßnahmen, welche *durch künstliche Störungen der Blutzirkulation* — kongestive oder venöse Hyperämie — die Lösung der Frucht von der Gebärmutter beabsichtigen, so die intensive Durchführung von *Wechselduschen* der Scheide bis zum Scheidengewölbe hinauf (kalt und heiß) ferner die forcierte *Anwendung von heißen Sitz- und Fußbädern* mit Zusatz von Kochsalz, Senfmehl, Alaun usw.

III. Bedeutend bedenklicher und für den anatomischen Nachweis an der Lebenden und Toten leichter faßbar ist die *Applikation von schädlichen Substanzen in die Scheide*, teils in fester, teils in gelöster Form; es kommen hier wieder in Betracht ätzende Substanzen wie z. B. Kal. permanganat (*Roberto*), *Laugen*, *Säuren*, *Präparate des Phenolringes* und — nach unserer Erfahrung immer wieder — *Quecksilberpräparate* — ja sogar Arsenik oder Cyankalium. Können solche sämtlich durch lokale Entzündung (Kolpitis, Cystitis, Cystopyelitis und eitrige Pyelonephritis) mit oder ohne Ausstoßung der Frucht sogar zum Tode der Gravida führen, so wirken besonders *Arsenik* sowie die *Quecksilberpräparate* durch Resorption von der Scheide aus *allgemein vergiftend* — letztere nach Ausstoßung der Frucht und nach mehrtägigem Krankenlager oft unter den Erscheinungen totaler Anurie! Schwierigkeiten kann hier nur bereiten die Beurteilung insofern, als fraglich ist, ob die Erkrankte oder Gestorbene bei festgestellter oder ihr zum mindesten wahrscheinlicher Schwangerschaft einen *Abtreibungsversuch* beabsichtigte oder, ob nach vollzogenem Geschlechtsverkehr die *Einführung zu antikonzeptionellen Zwecken* erfolgte, oder aber ob sie nach dem Geschlechtsverkehr, um eine *Infektion mit Tripper oder Syphilis* zu verhüten, zu diesem entsetzlichen Mittel gegriffen hat. Für alle diese Fälle haben wir Belege! Nicht immer lassen sich — auch nach unserer Erfahrung — die letztgenannten Fragen, von deren Beantwortung aber die strafrechtliche Erfäßbarkeit abhängt, mit Sicherheit entscheiden!

Wir kommen nunmehr zu der *IV. Hauptgruppe*, nämlich zu *Abtreibungen mittels mechanischer Methoden*, die sich direkt gegen den schwangeren Uterus richten: meist erfolgt der Eingriff durch *eine zweite Person*, männlichen oder weiblichen Geschlechts — seltener, aber durchaus möglich ist eine *Selbstabtreibung*, zumal bei Mehrgebärenden; bei diesen letzteren nämlich, wo die inneren Geschlechtsorgane lockerer fixiert sind und so unter Anwendung der Bauchpresse leichter

nach abwärts treten, bereitet es in der Hockstellung der Frau keine besondere Schwierigkeit, daß die betreffende Schwangere selbst auch ohne einen Mutterspiegel (und ohne einen mitunter benützten gewöhnlichen Reflexspiegel) mit den Fingern die Portio tasten und so das Instrument (die Kanüle, Katheder, Sonde) direkt in den Muttermund einführen kann. Wenn in unserer *oben erwähnten bayerischen Statistik* *freilich* unter 67 Fällen 41mal Selbstabtreibungen angegeben sind, so möchte ich dieser Angabe deswegen eine gewisse Skepsis entgegenbringen, weil nach unserer Erfahrung häufig die Schwangeren — wenn sie überhaupt einen Eingriff zugeben — *einen Beihelfer oder Abtreiber männlichen oder weiblichen Geschlechts schonen wollen* und deshalb — selbst noch auf dem Totenbett — die Alleinschuld auf sich nehmen. Die Fahndungsorgane tragen dieser Erfahrung Rechnung, indem sie auch in solchen Fällen — wenigstens bei uns in München — *die Erhebungen nach begünstigenden oder helfenden oder anstiftenden Personen* energisch durchführen und auf alle Fälle auch die gerichtlichen Sektionen zur Feststellung des anatomischen Tatbestandes als Unterlage des Verfahrens veranlassen.

Diese sog. *mechanischen Abtreibungsmethoden* sind — kurz angeführt weil Ihnen ja genügend bekannt — folgende:

A. Zunächst haben wir *die Einführung halbstarrer Katheter* mit oder ohne Drahtmandrin meist mit Hilfe eines Mutterspiegels durch die Scheide und den äußeren Muttermund hindurch bis in den Cervix hinein, wobei — mitunter auch von Laienhand — eine Wattetamponade (mit angefügtem Schnürchen) in das Scheidengewölbe eingelegt wird, um den Katheter möglichst lange dort zu halten; offenbar wirkt der Katheter vom unteren Uterinsegment aus als Fremdkörper und erzeugt reflektorisch Wehen. In Schaufenstern unserer Großstädte sehen wir leider noch heute in den Drogerien und in den Handlungen hygienischer Artikel solche Katheter mit Mutterspiegeln vielfach in den Auslagen ausgestellt. — Sie sind nichts weiter als komplette Abtreibungswerkzeuge. Hier wären auch die intracervical applizierten *Stiftpessare* (sog. Erlkönigpessare) und *Federpessare* usw. zu nennen, die bei vorhandener junger Schwangerschaft eingeführt, den gleichen Erfolg — teils gewollt, teils nicht gewollt — haben können!

B. Das 2. Mittel ist der *Eihautstich* bzw. die *mechanische Eröffnung der Eibläse* (daß letztere unter Umständen bei nur kleiner Durchstoßung auch wieder verkleben kann und so der Versuch nicht zum Erfolg führt, ist bekannt). Bei dem Gelingen des Prozesses sind meist lange Instrumente, z. B. Sonden und die bekannten langen Wollstricknadeln (ohne Widerhaken!) oder sonstige oft groteske Behelfsinstrumente aus Metall, Holz, Fischbein usw. angewandt oder — zumal bei etwas erweitertem Cervicalkanal Mehrgebärender — Kneipzangen (Korn-

zangen). *Als wichtigstes klinisches Beweissymptom* schien mir immer wieder für diese Art der Abtreibung zu sprechen der charakteristische, meist *langsame aber dauernde Ablauf des Fruchtwassers* — evtl. mit leichter blutiger Färbung — nach dem Eingriff mit Durchtränkung der Unterwäsche der Schwangeren, bis dann nach einigen Stunden (bis zu 7) der Beginn von Wehen und Blutungen bis zur Ausstoßung der Frucht eintritt. Letztere erfolgt unter Erweiterung des gesetzten Eihautrisses beim Durchtreten durch den Cervicalkanal *gewöhnlich zweizeitig*, indem zuerst der Fetus und dann die Nachgeburt ausgestoßen wird. (Beim *spontanen* Abort ohne Eihautverletzung wird bekanntlich bis zum 4. Monat das ganze Ei in toto, d. h. der Fetus in den meist unverletzten Eihüllen mit Fruchtwasser ausgestoßen!) *Direkte Verletzung des Fetus* haben wir dabei nur zweimal angetroffen. Die Wirkung der mechanischen Eiblaseneröffnung scheint mir darin zu liegen, daß eben die durch den Fruchtwasserablauf bedingte Volumenveränderung des Gebärmutterinhalts eine fortschreitende Ablösung der Eihäute verursacht, die wehen-erregend wirkt. Meist handelt es sich dabei um eine vollendete Abtreibung, wobei uns die Möglichkeit eines *anatomischen* Nachweises der Abtreibungsmethode weder an der Lebenden noch an der Toten gelingt — falls nicht eine Zufallsverletzung beim Eihautstich — sei es des Fetus sei es der Schwangeren — zustande gekommen ist! Sonst können wir nur höchstens feststellen, daß die betreffende Person schwanger gewesen und daß ein Abgang eingetreten war; aber nicht, daß derselbe *krimineller* Art war und daß er durch Eihautstich erfolgte.

C. Die weitere, dritte, wenigstens nach unserer Erfahrung *häufigste Methode der Laienabtreibung dürfte die Einspritzung sein*, die entweder nur intracervical oder auch intrauterin durchgeführt wird. Es wird dazu die Einführung einer langen und dünnen — oft oben leicht abgebogenen — Intrauterinkanüle oder eines ebensolchen halbstarren Katheters lediglich in den Cervicalkanal hinein nötig sein, um die Flüssigkeit dem Gesetz des geringsten Widerstandes folgend mittelst Spritze in die Gebärmutter hineinzutreiben. Leider werden, wie Sie alle wissen, auch diese Intrauterinkanülen samt Spritzen zwar nicht in den Schaufenstern dem Publikum dargeboten, wohl aber dürfen sie in den genannten Läden durch das Verkaufspersonal den Kundinnen gezeigt und verkauft werden.

Es ist vielleicht nicht genug bekannt geworden, daß wir in der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin bereits auf der Tagung in *Hannover* 1934 eine energische Entschließung<sup>1</sup> gegen den freihändigen Verkauf dieser nur zur Abtreibung dienenden Instrumente gefaßt haben und der Reichsregierung empfohlen haben, alle diese Instrumente dem freien Handel zu entziehen und dem Rezeptzwang zu unterstellen — *so wie es bereits für die Laminariastifte seit langem der Fall ist*. Dieser unser *Vorschlag* hat leider noch keinen Erfolg in Form einer reichsgesetzlichen Anordnung gehabt. Wir hatten diese Entschließung

<sup>1</sup> Münch. med. Wschr. 1934, S. 1676 u. a.

bekanntlich auch in der medizinischen Tagespresse veröffentlicht, aber ohne eine entsprechende Resonanz zu finden!

Wichtig ist hier für die kriminalistische Beurteilung derartiger Abtreibungen die Kenntnis der dazu notwendigen und unter Umständen von der Kriminalpolizei vorgefundenen oft ganz raffinierten Instrumente, die Ihnen ja allen in ihren verschiedenen Formen meist bekannt sind. Als Eintreibungsinstrument der in Anwendung kommenden Flüssigkeiten (Wasser, Kernseifenwasser, Alaunlösung, sowie die noch dazu giftig wirkenden verdünnten Lysol- und Lysoformlösungen — selten Quecksilberpräparate) werden am häufigsten gefunden neben größeren Rekordspritzen, die kleinen *Ballspritzen* mit dem etwa pfirsichgroßen Rundball, ferner die größeren birnförmigen *Ballonspritzen*, welche letztere häufig mit einer ganz charakteristischen Tarnung im Schaukasten und im Laden ausgestellt und verkauft werden, in dem der dicke, für Abtreibung natürlich ungeeignete hülsenartig darübergestülpte Kanülenansatz abgenommen werden kann, so daß dann die dünne Intrauterinkanüle, die allein geeignet ist zur Abtreibung, zum Vorschein kommt. Nicht dagegen werden jene bekannten großen *Mutterduschen* zu gebrauchen sein, da sie meist nicht mit solchen dünnen Intrauterinkanülen armiert werden können (sie dienen lediglich zu hygienischen und antikonzeptionellen Zwecken!). — Besonders gefährlich sind unserer Erfahrung nach endlich die bekannten sog. *Klyso-pompapparate* (ein eiförmiger Rundball mit je einem etwa 30 cm langen Gummischlauch am oberen und unteren Ende angefügt, der ein Saug- bzw. Druckventil enthält, wobei das eine Ende in die mit der Einspritzungsflüssigkeit gefüllte Schüssel getaucht wird, während das andere Ende, mit der Intrauterinkanüle armiert, in den Cervixkanal eingeführt wird). Alle diese Apparate sind käuflich zu haben! Die sämtlichen genannten Spritzen und insbesondere der Klyso-pompapparat gestatten — wovon man sich leicht überzeugen kann — einen ganz erheblichen Druck auszuführen, so daß — wie schon erwähnt — durch die Eintreibung der Flüssigkeit die Eiablösung am unteren Eipol im Bereich des unteren Uterinsegmentes beginnt und von da aus fortschreitend allmählich zur totalen Ablösung des Eies und damit reflektorisch zu Wehen und zur Ausstoßung des evtl. in Blutklumpen eingehüllten Gesamtinhalts führt. Kriminalistisch wichtig ist, daß in solchen Fällen bei der Sektion, wenn der Abort vor dem Tod nicht vollendet wurde, nach der noch evtl. im Uterus befindlichen zur Abtreibung benutzten Flüssigkeit gefahndet, deren Reaktion festgestellt und die Substanz selbst möglichst der chemischen Untersuchung zugeführt werden muß!

Mehrfach wurde — bei nicht tödlichem Verlauf einer derartigen vollendeten Abtreibung von der Angeklagten die freche Behauptung aufgestellt, eine *Hebamme*



oder ein *Arzt* habe ihr solche „Ausspülungen der Gebärmutter“ *verordnet* (!); die Betreffenden werden dann auf weitere Fragen des Sachverständigen als nicht mehr bekannt oder als in der Zwischenzeit verstorben angegeben.

Die *kriminalistische Beurteilung der vorgefundenen und beschlagnahmten Instrumente* wird häufig schon im Ermittlungsverfahren oder erst in der Verhandlung selbst vom Gerichtsarzt verlangt; wir müssen uns daher oft bei all den geschilderten und uns vorgelegten Instrumenten über die *Frage der Tauglichkeit* äußern; oft werden uns typische und auch atypische Instrumente vorgelegt. Es handelt sich dabei zuerst um die *allgemeine Beurteilung der Eignung*, und da finden wir zuweilen neben den bekannten Spülapparaten und Spritzen ganz unglaubliche Apparaturen:

Z. B. besitzen wir in unserer Münchner Sammlung ein Abtreibungsinstrument, das besteht aus zwei Teilen, nämlich aus einer alten *Tripperspritze*, an der oben die Olive weggeschnitten war, und an welche die Abtreiberin einfach einen *halbstarren dünnen Katheter* zur Einspritzung ansetzte (!), womit sie den Tod der Schwangeren an Luftembolie beim dritten Abtreibungsversuch verschuldete. — Ein anderes Behelfsinstrument, das ich aus dem Landgerichtsbezirk Passau über-erignet erhalten habe, benutzte ein Bauer zu gewerbsmäßiger Abtreibung in vielen Fällen mit Erfolg: es stellte *sein Tabakspfeifenrohr* dar mit einem entsprechenden Ansatz, zu dem er sich als Behelfsmittel aus Weichholz einen Stempel geschnitzt hatte. Auch in diesem letzteren Fall wurden dem Angeklagten eine ganze Reihe von erfolgreichen Abtreibungen — ohne tödlichen Verlauf! — nachgewiesen, die er im Wald draußen an Frauenspersonen gegen Bezahlung ausgeführt hatte.

Der *kriminalistische Nachweis von Spuren an dem beschlagnahmten angeblich benützten Instrument* betrifft den Restinhalt (Seifenwasser usw. ?) in der Spritze und die Spuren an der Kanüle; diese Untersuchungen können natürlich nur im Laboratorium durchgeführt werden — so finden wir evtl. angetrockneten Scheiden- oder Cervixschleim, die entsprechenden Epithelien (glykogenhaltigen Vaginalepithel!), dann evtl. Blut, das noch als Menschenblut — vielleicht noch zu einer bestimmten Blutgruppe gehörig — nachgewiesen werden kann usw.

Wenn ich nunmehr zu dem dritten Hauptabschnitt meiner Darlegungen, nämlich zum **Nachweis und zu den Folgen der Abtreibungseingriffe** komme, so gestatten Sie mir wenigstens eine kurze Bemerkung über die gesetzwidrigen, von *Ärzten, Hebammen oder sonstigen* — also mehr oder weniger sachkundigen — *Medizinalpersonen* durchgeführten Abtreibungen und Abtreibungsversuche; hierbei möchte ich nur bemerken, daß die Feststellung der jeweils gewählten Methode in jedem einzelnen Fall infolge der mehr oder weniger geschickten Verschleierung von seiten des sachkundigen (!) Abtreibers uns oft größte Schwierigkeiten bereitet; wir sind bei unseren Feststellungen, zumal da die Angaben der Patientinnen dabei begreiflicherweise meist versagen (sie wissen nicht, was mit ihnen geschehen ist, weil sie tatsächlich nichts

gesehen und gespürt *haben* oder nichts sehen *wollten*!) lediglich auf Erfahrungen und Vermutungen angewiesen. Nach unseren Erfahrungen handelt es sich, abgesehen von Einspritzungen von Jodtinktur, meistens — soweit man das aus den klinischen Erscheinungen schließen darf — zuerst um instrumentelle Eröffnungen der Eibläse durch Sonden oder Kornzangen — evtl., wenn nötig, nach kurzer und möglichst schonender Erweiterung des Cervicalkanals (letzterer Eingriff muß bekanntlich bei der Schwangeren — zumal der Mehrgebärenden — durchaus *nicht als besonders schmerzhaft* empfunden werden, während hinwiederum die Anhackung und das Herunterziehen der Portio zum Zweck der Auswischung der Scheide — also eine harmlose Maßnahme — als ein recht intensiver Schmerz von den Patientinnen verspürt und als Abtreibungshandlung vielfach mißdeutet wird!). Andererseits haben wir auch mehrfach beobachtet das wiederholte und feste Tamponieren des Scheidengewölbes mittels eines mit stark wirkenden und lokal reizenden Substanzen getränkten Tampons; diese Art der Methode wurde u. a. von einem Arzt durch das höchst verdächtige öftere Wiederbestellen der Schwangeren in die Sprechstunde durchgeführt, bis die betreffende Person Blutungen hatte. Daß dann — gleichviel welche Methode vorher angewendet wurde: Sondierung oder Eihautstich oder Tamponade oder intrauterine Injektion — nach Eintritt der von der Schwangeren und dem betr. Abtreiber erwünschten Blutungen und Wehen die Ausräumung des als „Abortus incipiens“ in der Kartothek aufgeführten Falles durchgeführt wurde, ist ja bekannt. Meist liegt in solchen Fällen, wenn die Frauen nicht selbst genaue Angaben über die vermutete Eingriffsart machen wollen oder auch wahrheitsgemäß nicht machen können, kein Geständnis des oft gut geschulten Abtreibers vor, sondern es wird eben ein „Abortus incipiens“ behauptet, der keine Möglichkeit der Erhaltung der Schwangerschaft gegeben, wohl aber im Interesse der Mutter eine rasche Beendigung verlangt hätte! Hatten wir früher solche Fälle mehrmals, bei denen die *ganzen* Eingriffe in der Sprechstunde gemacht wurden, so hat sich in den späteren Jahren die Vorsichtsmaßnahme herausentwickelt, daß nach glücklich eingetretener provozierter Blutung die „notwendige“ Beendigung des Abortus in einer Privatklinik unter Assistenz eines zweiten Kollegen durch Ausräumung und Ausschabung zuwege gebracht wurde.

*Was die Erfassung solcher Schädlinge in unserem eigenen Stand betrifft*, so hat ja hier die Kriminalpolizei und die Geheime Staatspolizei ihr mit besonderem Erfolg bearbeitetes Wirkungsfeld; man beobachtet ja meistens, daß es nicht bei einem einzelnen Fall bleibt, und gerade der größere Zulauf schwangerer Frauenspersonen, lediger und verheirateter, d. h. solcher, denen „die Regel ausgeblieben ist“, zu solchen Abtreibern bzw. der Abtreibung verdächtigen Ärzten ist ja schon höchst auffallend. Wir wissen ja — und brauchen das an dieser Stelle nicht zu betonen —

daß für den gewissenhaften Arzt bei intakter Gravidität das oberste Gesetz ein „Noli me tangere“ ist und daß auch beim „Abortus imminens“ die Erhaltung der Schwangerschaft oberste ärztliche Pflicht bedeutet! Die Unverantwortlichkeit, eine solche Schwangere, die — wie es so oft behauptet wird — angeblich schon „blutete“, immer wieder in die Sprechstunde zu bestellen und herumlaufen zu lassen, zeigt am besten die strafwürdige Absicht!

Wir kommen nunmehr zu der Besprechung des **anatomischen Nachweises der Abtreibung und der Abtreibungsfolgen**, wenn der Eingriff durch *Laienabtreiber* oder *durch die Schwangere* selbst vorgenommen worden ist. Wir unterscheiden dabei auch wieder zwischen den nicht tödlichen, d. h. in Genesung ausgehenden Fällen und den zum Tod *der Schwangeren führenden Eingriffen*; mit den letzteren haben wir uns gerichtsärztlich ja meist zu beschäftigen. Hier sei vorausgeschickt, was ja allgemein bekannt ist, daß auch die *lege artis nach Genehmigung durchgeführte ärztliche Schwangerschaftsunterbrechung*, auch die in besten Kliniken geleitete, *nicht eine Mortalität von 0 Prozent hat*, sondern nach den vorliegenden Veröffentlichungen von 1,1<sup>1</sup> bis zu 2,5% Todesfälle aufweist, d. h. daß eben insbesondere auch unter solchen Umständen Komplikationen leichter oder schwerer Art vorkommen können! Die ungeheuer interessanten Berichte über die Ergebnisse aus den sog. „Abortarien“ in Rußland sprechen auch in dieser Hinsicht eine schreckliche und beredte Sprache!

Zur gerichtsärztlichen Begutachtung kommen ja seltener solche *nicht tödlich verlaufende Fälle*, weshalb ich sie nur ganz kurz erwähne: Man hat sich daran gewöhnt — besonders oft hört man das von den Polizeiorganen und auch von den Gerichtsärzten und vom Richtertisch her — *jeden* fieberhaft verlaufenden Abortus als sicher kriminell oder als mindestens höchst verdächtig zu erachten; etwas Wahres ist daran, aber ich möchte doch warnen, auf Grund eigener völlig einwandfreier Erfahrungen, in der Skepsis hier zu weit zu gehen.

Schon die Feststellung, daß die betreffende ledige oder verheiratete Frau *wirklich schwanger gewesen* wäre und kürzlich erst oder vor längerer Zeit *einen Abgang gehabt hatte*, ist selbstverständlich nicht immer leicht — auch oft für den Facharzt, der statt oder neben der gerichtsärztlichen Untersuchung stets noch zweckmäßigerweise herangezogen werden sollte! In frischen Fällen mag diese Feststellung — zumal bei Erstschwangeren — möglich sein, bei Mehrgebärenden werden wir auch aus der Vergrößerung und der Weichheit der Gebärmutter und dem evtl. noch etwas geöffneten Muttermund allein keinen sicheren Schluß ziehen können; vielleicht ist es uns noch möglich, bei der vagi-

<sup>1</sup> Nach einer Rundfrage des R.G.A. an den deutschen Kliniken für 1938!

nalen Inspektion im Inhalt der Scheide *Gewebsbestandteile vorzufinden*, deren *mikroskopische Untersuchung* evtl. die Möglichkeit einer Abortfeststellung — wenn auch nicht deren kriminelle Veranlassung! — gestattet. Selten nur — ja höchst selten! — wird man auch von einem Facharzt die Feststellung einer — mehr oder weniger sicheren — *Abtreibungsverletzung* hören. Auskratzen lediglich zu forensisch-diagnostischen Zwecken sind — darin dürfen wir uns wohl alle miteinander in Übereinstimmung befinden — abzulehnen. Die evtl. nötige therapeutische Ausschabung und die dabei jetzt vorgeschriebene histologische Untersuchung des Geschabsels ergibt ja unter Umständen eindeutig die Diagnose des stattgehabten Abortus oder läßt den Beweis offen. Begreiflicherweise werden uns die Angaben der betreffenden Patientin selbst, wie schon oben erwähnt wurde, nur selten zur Diagnose verhelfen können. In solchen Fällen müssen wir ein bestimmtes Gutachten ablehnen, die Diagnose „Schwangerschaft und vollendeter Abortus“ offen lassen, und es kann in solchen Fällen der Richter oft nur aus der Gesamtheit der polizeilichen Erhebungen dann zur Feststellung eines *Abtreibungsversuches* (bei vermuteter, aber nicht erwiesener Schwangerschaft) kommen.

Viel wichtiger sind natürlich für den Gerichtsarzt die *Abtreibungsfälle mit tödlichem Verlauf*: hier handelt es sich darum, daß wertvollstes Volksgut durch verbrecherischen Eingriff zugrunde geht, und in solchen Fällen muß schon auch wegen der Feststellung und Bestrafung von mitbeteiligten gewissenlosen „Anstiftern“ und „Beihelfern“ die restlose Klärung des Tatbestandes verlangt werden. Diese können wir aber natürlich nur erbringen *durch eine Sektion der Leiche*, die mit allem Rüstzeug der pathologisch-anatomischen und gerichtlich-medizinischen Erfahrung durchgeführt werden muß. Nicht unerwähnt will ich hierbei lassen, daß wir immer wieder ab und zu von auswärts eingelieferte weibliche *Feuerbestattungsleichen* antreffen, bei denen ein oft — durchaus nicht absichtlich — falsch oder mangelhaft — weil allzu vertrauensselig — ausgestellter Leichenschein zu einer Verschleierung und zu einer Nichtentdeckung führen würde, wenn nicht der aufmerksame *amtsärztliche* Leichenschauer am Einäscherungsort z. B. durch den vorhandenen, oft bei der Leiche nur angedeuteten septischen *Ikterus*, die *peritonitische Leibesauftreibung*, die auffallend rasch eintretende Fäulnis, den *Ausfluß von Blut* und den *Foetor* der Genitalien usw. aufmerksam darauf würde, daß hier ein dringender Abtreibungsverdacht vorliegt, und die Leiche beschlagnahmen ließ.

Die *Sektionsmethoden* bei Verdacht einer Abtreibung mit Todesfolge sind natürlich von Fall zu Fall verschieden, je nachdem ob — was freilich auch nicht immer von vorneherein zu beurteilen ist — eine Abtreibung zum sofortigen Tod geführt hat (also Versuch) oder ob sich bis

zum Tod ein kürzeres oder längeres Krankheitsbild (also nach vollendeter Abtreibung) abgespielt hat! Hier muß unbedingt *schleunige Aufklärung durch die polizeilichen Organe* über die Krankheitsdauer usw. in Gemeinschaft mit dem behandelnden oder dem die Leichenschau ausführenden Arzt richtunggebend sein. Mit der Sektion aber von seiten der Staatsanwaltschaft oder der Kriminalpolizei deswegen zu warten, wäre falsch, weil eben gerade durch *zu spät vorgenommene Leichenöffnungen* der Tatbestand oft nicht mehr restlos geklärt werden kann; aus dem Sektionsbefund ergeben sich zudem oft wertvolle Weisungen für die Polizei. Andererseits muß aber, wie immer wieder betont sei, nach Abschluß der Sektion — wenn irgendwie möglich — ein klares Bild von den Vorgängen bzw. Befunden und deren Auswertung gewonnen sein, oder mindestens müssen alle noch notwendig werdenden, zur Klärung *beitragenden* (mikroskopischen, chemischen, bakteriologischen) *Untersuchungen* in die Wege geleitet sein!

Die Voraussetzungen, um überhaupt einen Fall von fraglicher Frucht-abtreibung mit Todesfolge einwandfrei zu klären, sind natürlich in erster Linie eine *zielbewußte, den wissenschaftlichen Anforderungen entsprechende und dem jeweiligen Fall angepaßte Sektionsmethode*. Dies setzt natürlich Kenntnisse und Erfahrungen voraus! Wir verlangen entsprechend den „bayerischen Vorschriften“ immer in derartigen Fällen von kürzerem oder längerem Krankheitsverlauf eine exakte und äußerst vorsichtige Herausnahme der inneren und äußeren Geschlechtsteile im Zusammenhang unter Spaltung der Schamfuge, nachdem *vorher* schon zweckmäßigerweise in situ genau die zu den Geschlechtsorganen zugehörigen Blutgefäße (*Venae spermaticae* usw.) auf ihren Inhalt untersucht worden sind (siehe *Merkel* und *Walcher*: Gerichtsarztl. Diagnostik u. Technik usw.).

Die durch die *Sektion* zu *treffenden Feststellungen* sind kurz zusammengefaßt:

1. *Woran ist die Sezierte gestorben?*
2. *Ist der Tod die Folge einer Schwangerschaftsunterbrechung?*
3. *War diese eine spontane oder eine kriminelle?*

Alle diese Fragen sind erst nach völlig durchgeführter *Sektion der drei Körperhöhlen* im „vorläufigen Gutachten“ zu beantworten; besonders wird man die Feststellung der letzten *direkten Todesursache* erst nach Abschluß der Sektion treffen können!

Der *Nachweis* einer zur *Unterbrechung gekommenen Schwangerschaft* wird an der Leiche in der Regel unschwer evtl. durch mikroskopische Untersuchungen — gelingen, da es sich ja bei Abtreibungen meist um Schwangerschaften von mehr als 2 Monaten handeln dürfte; der sog. gelbe Schwangerschaftskörper im Eierstock findet sich allerdings nach unserer Erfahrung nicht länger mehr als allerhöchstens 14 Tage nach

Beendigung der Schwangerschaft (nach der Geburt eines ausgetragenen Kindes ist er bei normalem Wochenbettverlauf nach 3—4 Wochen — makroskopisch wenigstens — nicht mehr erweislich).

Bei den *Fällen mit kürzerem oder längerem Krankheitsverlauf* müssen wir in erster Linie an die **Möglichkeit instrumenteller Abtreibungsverletzungen** mit anschließenden septischen Infektionen denken, wenn uns auch eine reiche gerichtsarztliche Erfahrung am Sektionstisch zeigt, daß nur *in einem relativ geringen Prozentsatz* solche selbst bei *tödlich verlaufenden Abtreibungen* gefunden werden. Wir selbst haben allerdings an unserem zusammengestellten *Material von München* bei etwa *152 tödlichen Abortfällen doch 46 mal, d. h. in 30,2% der Fälle Verletzungen* vorgefunden, während andere Autoren über viel geringere Zahlen von Verletzungsbefunden bei tödlicher Abtreibung berichten; hier scheinen lokale Verhältnisse eine bedeutsame Rolle zu spielen.

Bei dem Vorfinden von Verletzungen muß man auch immer an die Möglichkeit denken, — zumal bei solchen an der Portio, im Cervicalkanal und in der Gebärmutter selbst —, ob solche nicht gelegentlich *ärztlichen Maßnahmen* (Anhacken, Ausschabung usw.) entstanden sein könnten; darüber muß der behandelnde evtl. zur Sektion zuzuziehende Arzt Auskunft geben.

*Die Verletzungsbilder*, die wir dann bei äußerst vorsichtiger Eröffnung des herausgenommenen Geschlechtsapparates antreffen können, tragen oft den Charakter von *stich- oder rillenartigen Wunden*; es sind oberflächliche oder tiefere, mitunter kanalförmige, zuweilen vereiterte oder verjauchte Verletzungen, die bei längerem Krankheitsverlauf natürlich ihre ursprüngliche Gestalt und Größe weitgehend verändern, evtl. abgeglättet und gar in Abheilung begriffen sein konnten. Allgemein bekannt ist, daß am seltensten die Verletzung der *Scheide* selbst vorkommt (wir haben auch vereinzelt solche gesehen), schon häufiger diejenigen des *Scheidengewölbes* (vorne oder hinten; bei Selbstabtreibungen erfahrungsgemäß häufiger in der linken Seite der Schwangeren lokalisiert).

Ich erwähne hier bei den letzteren noch die relativ seltene Folge der sog. „*Fistula cervico-vaginalis laqueatica*“, einer Kommunikation zwischen Scheidengewölbe und Gebärmutterhals bzw. innerem Muttermund, wobei bekanntlich durch einen solchen erweiterten, traumatisch entstandenen Fistelgang die Ausstoßung des ganzen Fetus samt Nachgeburt — also nicht durch den äußeren Muttermund hindurch erfolgen kann.

Neben seltenen *Verletzungen der Portio* selbst (Vorsicht: Anhackungen oder vereiterte Ovula Nabothi!) sind wieder häufiger solche im *Cervicalkanal*, ferner an *Hinter- oder Vorderwand entsprechend dem inneren Muttermund* (zumal bei starker Ante- oder Retroflexio und bei sonstigen Verwachsungsverlagerungen) und in der hinteren Uteruswand selbst, oder aber bei ganz früher Schwangerschaft und Anwendung eines langen Instruments (Sonde, Wollstricknadel!) das Vorhandensein einer inkompletten oder kompletten Fundusverletzung. Solche Verletzungen

im Cervixbereich und am inneren Muttermund führen mitunter seitlich nach rechts oder links ins *Parametrium* hinein und können vereitert oder verjaucht sein. Auch hier wieder finden wir die Erfahrung bestätigt, daß bei Selbstabtreibungen die Verletzungen leichter in das *linke Parametrium*, bei Abtreibung durch dritte Hand aber leichter in das *rechte Parametrium* hinein erfolgen! *Intraabdominelle Verblutungen* durch Abtreibung haben wir selbst nicht — außer einmal durch Verletzung der Vena iliaca bei Abtreibungsversuch am nichtschwangeren Uterus — gesehen, doch sind Fälle beschrieben, wo durch *Abtreibungsversuch* eine *latente extrauterine Schwangerschaft* zur Ruptur mit Verblutung in die freie Bauchhöhle gebracht wurde. Andererseits ist genugsam bekannt, welch fürchterliche rasch tödlich verlaufene Darm- und Blutgefäßverletzungen schon von ärztlicher Seite bei Abtreibungen und Abortbehandlungen durch falschen Gebrauch der Abortzange zustande gebracht worden sind!

Trotz der Erfahrungstatsache, daß durchaus nicht jede durch einen Arzt oder Laien verursachte einfache Instrumentalverletzung zu schwerer u. U. tödlicher Komplikation führte, dürfen wir uns doch nicht über die *enorme Infektionsgefahr der inkompletten oder kompletten Perforationsverletzungen* des Genitalschlauches besonders durch einen *Laienabtreiber* täuschen lassen.

Als *Verletzungsfolgen* sind in erster Linie zu nennen der *Eintritt von Perforationsperitonitis* (vom Scheidengewölbe oder vom Uteruskörper aus) entweder foudroyant diffus oder sich langsamer entwickelnd mit Abscessen zwischen den verklebten Darmschlingen; weitere Verletzungsfolgen sind natürlich *perivaginale* oder *parametritische Abscesse*, *Phlegmonen* evtl. zu einer *septisch-eitrigen Lymphangitis* oder *Thrombophlebitis* führend, von letzterer aus fortgeleitet bis in das Beckenvenengeflecht und in die Vena spermatica der betreffenden Seite. Nicht nur eine fortgeleitete umschriebene oder diffuse Peritonitis kann auch hier wieder die Folge sein, sondern es entstehen auch sehr häufig von solchen eitrig zerfallenen infizierten Thromben aus metastatische, oft noch deutlich den Infarktcharakter tragende meist subpleural gelegene eitrige oder jauchige *Lungenabscesse* einfach oder multipel mit sekundärer Pleuritis, Empyem usw.

Gerade die Pleura- und Lungenprozesse stehen oft bei kriminellem Abort *klinisch* — wie allgemein bekannt ist — *im Vordergrund des Krankheitsbildes*, und daß solche Patientinnen *unter absichtlicher Verheimlichung ihres stattgehabten, evtl. von eigener oder fremder Hand provozierten Abganges in die innere Klinik gelangen* und dort an septischer Pneumonie und Empyem sterben, ist eine Erfahrungstatsache, die ohne Sektion natürlich unerkannt bleibt! Von weiteren Komplikationen erwähne ich noch das hämatogene Vorkommen der *Endokarditis* — am

seltensten an der Tricuspidalis oder an den Pulmonalklappen, häufiger, wenn auch bei der Gesamtzahl der Abtreibungstodesfälle unseres Sektionsmaterials immer noch als seltenere Komplikation, an den Mitralklappen oder Aortenklappen — wobei dann je nach dem Sitz der Klappenkrankung *wieder sekundäre embolische Abscesse im kleinen oder großen Kreislauf* zustande kommen. Bei spaltförmig offenem Foramen ovale finden wir *gleichzeitig* mit den Lungenabscessen oft schon frühzeitig Milz- und Nieren- evtl. auch Gehirnabscesse, doch können auch bei geschlossener Vorhofscheidewand bei protrahiertem Krankheitsverlauf Sekundärabscesse (durch Einbruch von Lungenabscessen aus in Pulmonalvenen) im großen Kreislauf entstehen (Milz, Herzmuskel, Niere, Gehirn usw.). Daß es aber auch *reine Sepsisfälle* gibt (septische Milz!) von Abtreibungsverletzungen aus, speziell durch Streptokokken verursacht und ohne Lokalisation in den Körperorganen, ist bekannt (bakteriologische Untersuchung von Blut und Milz der Leiche!). Als selteneres Bild erwähne ich noch ausgedehnte interstitielle eitrige Lymphangitis oder Thrombophlebitis in der aufgelockerten Gebärmutterwand selbst, oft allerdings in großem Umfang, sowie endlich interstitielle Abscesse der Gebärmutterwand (intramural oder subserös und oft multipel auftretend).

Eines besonderen Hinweises bedarf es hinsichtlich der *Entstehung von Gasbrand* durch Abtreibungsverletzungen — aber auch ohne solche: Wir wissen durch die Untersuchungen (im Hygienischen Institut München) von *Sittner*, daß im Vaginalabstrich sowohl von schwangeren wie von nichtschwangeren Frauen in 16% der Fälle Gasbrandbacillen nachgewiesen worden sind, und so kann es uns nicht wundernehmen, daß es nicht nur gelegentlich von *lege artis* durchgeführten Schwangerschaftsunterbrechungen, sondern erst recht bei instrumentellen Abtreibungen zu einer Gasbrandinfektion der inneren Geschlechtsorgane kommen kann, die sich bis zur Sektion im ganzen Körper der Leiche mitunter ausbreitet. Hier muß aber auf *zweierlei sehr wichtige Punkte* aufmerksam gemacht werden: nämlich 1. daß nach den Mitteilungen von *Nürnberger*, *Fraenkel*, *Cordua*, *Marx* u. a. größere und kleinere *bis in die Bauchhöhle durchgebrochene Zerfallsherde in der Gebärmutterwand* auch noch *postmortal* — also auch ohne vorherige komplette oder inkomplette Perforationsverletzung — (z. B. von der Placentationsstelle aus) vorkommen können, sowie daß der Fetus *post mortem* im Gasbranduterus schon *innerhalb von 24—26 Stunden völlig skelettiert werden kann*; 2. ist zu bemerken, daß es nicht immer leicht ist, lediglich nach dem makroskopischen Befund die *Gasbrandfäulnis* von einer fortgeschrittenen *Leichenfäulnis* abzutrennen!

Der Vollständigkeit halber sei auch noch der — wenn auch seltensten — Verletzungskomplikation gedacht, nämlich eines von der Ge-



bärmutter *durch Abtreibung ausgehenden Starrkrampfes*. Wichtig wäre hier für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Abtreibung und Tod der Nachweis, daß in der Tat im Uteruscavum oder an einem evtl. dortselbst aufgefundenen Fremdkörper Tetanusbacillen und -Sporen vorhanden sind, oder ob nicht etwa der Starrkrampf von einem Verletzung der Körperoberfläche aus — unabhängig vom ev. sekundären Fruchtabgang — entstanden ist.

Viel häufiger sind wie erwähnt *die tödlich verlaufenden Abtreibungsfälle ohne vorhandene Verletzungen* im Genitalschlauch; wenn wir nach unserem Material 70% derartiger tödlich verlaufender Abtreibungsfälle gefunden haben, so zeigen die Veröffentlichungen anderer Autoren — wie schon bemerkt wurde — noch höhere Zahlen.

Es ist nun aber dringend zu mahnen, bei *der Fassung des vorläufigen Gutachtens* sich in allen solchen Fällen dahin zu äußern, daß I. eine Schwangerschaft vorlag, die zur Unterbrechung gekommen ist und von dieser aus die und die zum Tode führende Infektion vermutlich zustande kam; II. daß trotz des Fehlens von Abtreibungsverletzungen ein verbrecherischer Eingriff mit Infektion nicht ausgeschlossen sei, sondern — nach gerichtsärztlicher Erfahrung — als wahrscheinlich zu bezeichnen wäre —; sonst stellt nämlich unserer Erfahrung nach, wenn eine solche Feststellung im vorläufigen Gutachten *nicht* getroffen wird, der Staatsanwalt meist das Verfahren ein!

Wie bei vorhandenen Verletzungen, so finden wir *bei diesen Abtreibungstodesfällen ohne Verletzungen* sehr häufig — in Übereinstimmung mit anderen Statistiken — auch wieder die akute eitrige *Peritonitis*, die evtl. durch Fortleitung von Eiterherden aus der Nachbarschaft entstanden ist (eitrige Prozesse in den Parametrien, lymphogene subseröse Uterusabscesse, geplatzte Eierstockabscesse usw.). Eine zweite Form ist die — wir möchten sie nennen „*transstübare Peritonitis*“, bei welcher wir annehmen, daß die infizierende Einspritzungsflüssigkeit durch die Tuben in die Bauchhöhle hineingepreßt wurde, was wohl hauptsächlich bei ganz frühen Schwangerschaftsstadien möglich ist. Mitunter sind dann schon charakteristische Veränderungen des Bauchfells und des Netzes durch die in die Bauchhöhle eingedrungene Seifen- oder Alaunflüssigkeit usw. bei Laparatomien wegen Perforationsverdacht (*Polano* u. a.) festgestellt worden; auch abdominaler Shocktod ist bei solchen Fällen beobachtet. Ferner kann lediglich eine *eitrige* (durch Staphylokokken oder Streptokokken oder Mischflora) oder *jauchige Endometritis* mit oder ohne fortgeleitete Peritonitis *durch allgemeine Sepsis* von der Gebärmutter aus zum Tode führen (bakteriologische Blut- und Milzuntersuchung!). Das gleiche gilt für den schon einmal erwähnten, *auch ohne Verletzung vorkommenden*

*Gasbrand des Uterus.* Als seltene Fälle haben wir *totale hämorrhagische Infarzierung* der einseitigen Adnexe (samt Tuben und Eierstöcken) gefunden und endlich sei nochmals an die von einer infizierten Gebärmutterhöhle aus hämatogen entstandene *Endokarditis* erinnert — sei es in der Form der leichter übersehbaren (!) ulcerösen Streptokokken-Endokarditis oder unter dem Bild der oft mächtig entwickelten Thrombo-Endokarditis, deren Alter freilich nicht immer mit Sicherheit abzuschätzen ist (ob schon primär latent vorhanden oder erst sekundär post abortum entstanden?).

Wurden *stark chemisch reizende Substanzen* in die Gebärmutter eingespritzt, wie z. B. bei Chlorzink-Lysoforminjektionen oder Alaunspülung, so können neben *schweren Verätzungen der Gebärmutterinnenwand* mit lokaler Wandthrombose auch allgemeine typische *Blutveränderungen (Daunderer)* festgestellt werden. Einmal sahen wir eine *ausgedehnte hämorrhagische Infarzierung* eines großen Teiles der Gebärmutterwand, verursacht vermutlich durch Lysoformeinspritzung, auch die sog. *Seiffennekrose* des Uterus (*Tilcher*) muß hier als Einspritzungsfolge erwähnt werden. Endlich sei auch noch darauf hingewiesen, daß unter Umständen durch eine Einspritzung von *Seifenwasserlösung*, die in eröffnete Blutgefäße gelangt, auf dem *Blutweg* eine schwere allgemeine, *zum Tode führende Blutschädigung* zustande kommen kann, wie wir solches aus den bekannten Unterbrechungsmethoden mit Interruptin usw. (*Salbenabort!*) wissen; letztere Technik wurde bekanntlich auch eine Zeitlang sehr warm von Gynäkologen zu legaler Unterbrechung empfohlen, bis diese gefürchteten tödlichen Begleiterscheinungen gerade bei gerichtlichen Sektionen zur Beobachtung kamen!

Ein von *Wiese* unlängst beschriebener Fall von tödlicher Encephalitis ist meines Erachtens nach den ganzen Tatumständen zweifellos viel eher auf eine solche hämatogene Seifenschädigung des Gehirns zurückzuführen, als auf einen zufällig mit der Schwangerschaft zusammenfallenden und plötzlich tödlich endenden genuinen encephalitischen Prozeß.

Wir kommen nunmehr zu der besonders krassen Form *der plötzlichen Todesfälle bei und nach Einspritzung, nämlich zur Luftembolie!* Unter unseren 152 Todesfällen bei Abtreibung haben wir *solche 30mal festgestellt = 19,6%!* Man sieht daraus schon die außerordentliche Wichtigkeit dieser verheerenden Komplikation! In früheren Jahrzehnten sind zweifellos solche Luftembolie-Todesfälle, bei denen es sich selbstredend immer um einen *Abtreibungsversuch* in Konkurrenz mit fahrlässiger Tötung handelt (weil die Frucht vor dem Tod der Mutter nicht mehr ausgestoßen wird und sicher auch erst nach dem Tod der Mutter abstirbt!) als *Shocktodesfälle* gedeutet worden, wenn solch letztere auch zweifellos wirklich vorkommen können.

v. Hofmann hat z. B. einen Fall von Shocktod beschrieben, der angeblich schon (!?) bei Einführung eines Instruments in den Cervicalkanal zustande gekommen sein soll, *Haberda* schildert einen solchen Shocktod bei zu heißer Wassereinspritzung in die Gebärmutter, auch *Dawidowicz* berichtet über 2 Shocktodesfälle bei Abtreibungsversuch usw.

Was den *Entstehungsmechanismus der tödlichen Luftembolie* anbetrifft, so gibt es recht merkwürdige Fälle, die in der Literatur beschrieben und auch von uns beobachtet worden sind. *Leditznig* beschreibt eine tödliche Luftembolie bei einer im 4. Monat Schwangeren, welcher der Geliebte zu Abtreibungszwecken (!) *mit Hilfe eines Mutterrohrs* Luft in die Scheide einblies; wir selbst haben 2 Fälle beschreiben lassen (*Süß*), wo ein Abtreibungsversuch mittels einer *Radfahrlluftpumpe* ausgeführt worden ist, indem der Luftschauch das eine Mal allein von der Schwangeren selbst, das andere Mal mit Hilfe ihres Bräutigams in die Scheide eingeführt wurde. Abgesehen von solchen sicher einzigartigen Fällen ist der Mechanismus bei tödlicher Luftembolie dabei meist derartig, daß sich die Luft in einer mangelhaft gefüllten Abtreibungsspritze — sei es nun eine Ball- oder Ballonspritze, eine Mutterdusche oder ein Klysofompapparat — befindet und mit erheblicher mechanischer Gewalt neben und gleichzeitig mit der Flüssigkeit durch den Gebärmutterhals in das Gebärmutterinnere hineingepreßt sind.

Ein ganz merkwürdiger, allerdings eigentlich nicht hierher gehöriger Fall von zufälligem Luftembolietod ist Ihnen aus der Literatur bekannt, weil von Herrn Kollegen *Heid* im Öff. Gesdh.dienst mitgeteilt; dort, wo der Bräutigam seiner schwangeren Geliebten „späbeshalber“ mit dem Mund die Scheide aufblies, verursachte er dadurch — sicher ohne jede Abtreibungsabsicht! — den Tod derselben an Luftembolie — wohl begünstigt infolge des leicht geöffneten Muttermundes.

Die *tödliche Auswirkung der Lufteinspritzung* ist, wie ich auch kurz erwähnen muß, eine 3fach mögliche: Wir kennen 1. *die sog. fulminante Luftembolie*, 2. *die Form der sog. protrahierten oder retardierten Luftembolie* und 3. *die cerebrale Luftembolie*.

Bei der *sog. fulminanten Luftembolie*, bei welcher nach Ablösung des unteren Eipoles durch die luftenthaltende Flüssigkeit, alsbald die Luft in eröffnete Venen der Gebärmutterwand oder der Placentarstelle hineingelangt, kommt es offenbar sofort zur Verschleppung der eingepreßten Luft auf dem Venenweg in das Herz, zum sofortigen Zusammenbruch, Cyanose und Tod. Der Mechanismus des Herztodes beruht hierbei in der Schaumbildung innerhalb des Herzens und in der Pulmonalarterie, wodurch die normale <sup>Herz</sup>Herzkontraktion und Dilation unmöglich wird, ein *Leerpumpen des linken Herzens und der Aorta entsteht*, die zum Tod (Herzkammerflimmern?) führt. Eine ganz wesentliche Mitwirkung beim Herztod spielt zweifellos nach neueren, zum Teil tierexperimentellen Untersuchungen *Kerbers* die retrograde Lufteinpressung in die Coronarvenen hinein, von der Vena magna

cordis aus, die bekanntlich in den rechten Vorhof neben der Valvula Thebesii einmündet. Der aufmerksame Beobachter sieht bekanntlich sehr häufig in solchen Fällen schon bei der Frühsektion nicht nur im rechten Herzen und in der Lungenschlagader wie auch in den großen Leber-venen schaumiges Blut, d. h. rückgestaute Luft, sondern auch in den Coronarvenenverzweigungen an der Herzoberfläche die verbreiteten Luftbläschen. Die dadurch bedingte Blutzirkulationsstörung im Herzmuskel soll mit ein ganz wesentliches Moment an der durch akute Coronarinsuffizienz bedingten Herzlähmung darstellen.

Da bei dieser fulminanten Luftembolie mit Sekundentod meist die Schwangere alsbald beim Abtreibungsversuch stirbt, so sehen wir bei *Selbstabtreibung* oft einen ganz *charakteristischen kriminalistischen Befund am Tatort*, d. h. die benutzten Instrumente, das hergerichtete Seifenwasser usw. — vielleicht auch eine Blutlache unter den Geschlechtsteilen der zusammengebrochenen tot am Boden liegenden Person oder im Nachtgeschirr blutigen Harn — vorausgesetzt natürlich, daß die Abtreibung nicht *von dritter Hand versucht* wurde und nach eingetretener Katastrophe jede Spur (Instrumente, Blutflecken usw.) von dem Abtreiber selbst beseitigt worden ist.

*Die 2. Form ist die sog. Spätembolie, die protrahierte oder retardierte Luftembolie;* hier müssen wir uns den Vorgang so vorstellen, daß bei der betreffenden Schwangeren sich die Luft mit der Flüssigkeit zusammen zwischen dem abgelösten Eipol und der Gebärmutterwand zunächst verklemmt und erst nach kurzer Zeit bei irgendeiner Tätigkeit — die vielleicht eine Druckminderung im Venensystem der Bauchhöhle mit sich bringt, z. B. beim Hinaustragen eines Eimers aus dem Zimmer oder beim Verlassen des Hauses, auf der Treppe, beim Hinlegen auf einen Divan usw. — in die offenen Venen hineingelangt und dann zum Tod führt. In solchen Fällen von protrahierter Luftembolie — die natürlich meist nur eine relativ geringe Zeitspanne nach dem Eingriff eintreten wird — kann selbstverständlich auch in Fällen von Selbstabtreibung noch eine Beiseiteschaffung der Instrumente (Verräumen, Verbrennen, Werfen in den Abort usw.) und aller sonstigen, den Tatbestand klärenden Gegenstände von der Schwangeren selbst durchgeführt worden sein. Dies muß nicht nur dem Gerichtsarzt, sondern auch der Kriminalpolizei bekannt sein. Wichtig ist, daß man gerade an solche Fälle von Spätluftembolie auch dann denken muß, wenn überhaupt im Fortpflanzungsalter stehende verheiratete oder unverheiratete Frauenspersonen etwa auf einer Treppe oder im Hausflur, auf der Straße oder in einer Anlage plötzlich kollabieren und angeblich an Herztod sterben. Bei uns in München z. B. ist die Kriminalpolizei, wie ja eingangs erwähnt, durch unsere Schulungskurse so unterrichtet, daß alle derartigen plötzlichen Todesfälle, und zwar beschleunigt (!) zur gerichtlichen Sektion gebracht werden.

Endlich haben wir noch *die 3. Form*, das ist die *sog. cerebrale Luftembolie*. Sie ist relativ selten, jedenfalls viel seltener wie die beiden erstgenannten Formen; sie kann noch verbunden sein mit der gleichzeitigen kardio-pulmonalen Form; sie kommt, da eine Luftpassage durch den Lungenkreislauf hindurch — wie es doch bekanntlich bei der Fettembolie erwiesenermaßen oft der Fall ist — nicht möglich ist (*Kerber* steht auch auf diesem Standpunkt), nur dann zustande, wenn ein offenes Foramen ovale — es braucht nur spaltförmig offen zu sein und beim Sondieren etwa für einen Bleistift oder für einen kleinen Finger durchgängig — vorhanden ist. Bekanntlich ist dies (bei richtiger Untersuchungstechnik!) an jeder 4. bis 5. Leiche in der Vorhofscheidewand nachweisbar! Bei Überdruck, wie er durch Schaumbildung im rechten Herzen bei der Luftembolie zustande kommt, öffnet sich dann offenbar dieser spaltförmige Defekt nach Art eines Notventils und läßt — ganz analog wie bei der paradoxen Fettembolie und Thrombenembolie — Blut und Luft gemischt in Form von Schaum vom rechten in den linken Vorhof und von da in den großen Kreislauf hinübertreten. Während in den anderen Körperorganen keine nennenswerten Störungen dadurch eintreten und die Luft wahrscheinlich nach kürzerer oder längerer Zeit resorbiert wird, wirkt sich die Lufteinschwemmung evtl. im Herzmuskel und ganz besonders im Gehirn katastrophal aus: Der tödliche Verlauf ist, wie Ihnen bekannt sein dürfte, somit bei der cerebralen Luftembolie ein ganz anderer wie bei der fulminanten Luftembolie: die Schwangere verfällt alsbald nach der Einspritzung in den Zustand der Bewußtlosigkeit mit wechselnden Krampf- und Lähmungserscheinungen, zeigt Jaktationen, brüllt oft usw., bis schließlich in der Mehrzahl der Fälle nach einigen wenigen Stunden (nach einer Beobachtung von *Hausbrand* erst nach 17—18 Stunden) der Tod im Koma eintritt.

Wegen der relativen Häufigkeit und der außerordentlichen Wichtigkeit dieses katastrophalen Geschehens der Luftembolie beim Abtreibungsversuch in ihren geschilderten 3 Arten beansprucht *der autopsische Nachweis an der Leiche eine ganz ungeheure Bedeutung*:

Die unbedingte Voraussetzung der Klärung eines solchen Falles ist, daß der Gerichtsarzt das Krankheitsbild kennt, daß er aber auch bei tot aufgefundenen Frauenspersonen, die sich im fortpflanzungsfähigen Alter befinden — auch ohne daß verdächtige Nebenumstände vorliegen —, überhaupt an diese Möglichkeit denkt. Nur dann wird ihm auch die restlose Klärung am Leichentisch gelingen.

Notwendig ist gerade in diesen Fällen allerdings — und das müssen wir uns und unseren jüngeren Kollegen und auch besonders den Polizeiorganen eindringlichst einprägen — *daß eine solche Leiche möglichst umgehend zur Sektion kommt!* Das ist ja bekanntlich die größte Crux

aller gerichtlichen Sektionen, daß durch die polizeilichen Erhebungen so oft ungeheuer viel Zeit verstreicht! Wenn wir nämlich erst einmal bei einer solchen Leiche Erscheinungen von Fäulnis haben, dann ist der Sektionsbefund nicht mehr eindeutig und wir kommen kaum mehr als über eine „Wahrscheinlichkeitsdiagnose der Luftembolie“ hinaus.

Unter Hinweis auf so mannigfache Veröffentlichungen — auch aus unserem Münchner Institut<sup>1</sup> — möchte ich nur ganz kurz *auf die Sektionstechnik* hinweisen, die in solchen Fällen die einzig mögliche Klärung bieten kann und die in erster Linie von der Wiener Schule, darunter auch von meinem Vorgänger *Max Richter* beschrieben und für solche Fälle eindringlichst gefordert worden ist: Das allererste Erfordernis in einem solchen verdächtigen Fall ist, zunächst nur die Bauchhöhle zu eröffnen und die Schwangerschaft feststellen [denn tödliche Luftembolien von der Gebärmutter aus kommen bei nichtschwangerem Zustand überhaupt nicht vor, sind freilich auch bei künstlich beendeter Geburt (innere Wendung usw.) und in der Nachgeburtsperiode (Placentarlösung usw.) beobachtet worden]; bei positivem Schwangerschaftsbefund wird oftmals schon bei der Inspektion der Bauchhöhle das Vorhandensein von Luft in den subserösen Uterusvenen und vielleicht auch in der einen oder anderen Vena spermatica auf den Tod durch Luftembolie hinweisen. Aber in allen Fällen von vorhandener Schwangerschaft muß dann sofort als erstes die *Sektion der Brusthöhle* angeschlossen werden, die Wegnahme des Brustbeins — aber nur bis zum Brustbeinhandgriff (Absägen!) hinauf (sonst artifizieller Lufteintritt durch evtl. Verletzung der Vena anonyma!) —, dann Eröffnung des Herzbeutels; die rechte Herzhälfte ist oft deutlich balloniert, Luftbläschen sind in den Coronarvenen schon meist sichtbar; der Herzbeutel wird vom Diener mit Pinzetten hochgezogen, *mit Wasser gefüllt und das unter dem Wasserspiegel hinuntergedrückte Herz* wird im Bereich der rechten Herzkammer und der Lungenschlagader mit Messer oder Schere eröffnet, wobei bei positivem Befund neben großen Luftblasen auch schaumiges Blut aus der rechten Herzkammer, der Pulmonalarterie und evtl. aus dem rechten Vorhof sich entleeren; unter Umständen kann man noch nach neuer Füllung des blutig gewordenen Wassers auch den linken Vorhof und die linke Herzkammer auf die Anwesenheit von Luft bzw. Schaum prüfen: *Innerhalb der Gebärmutter ist meist keine Luft mehr vorhanden*; man findet aber in ihr die in der Regel völlig unverletzte Eiblaste samt Frucht, der untere Eipol mehr oder weniger weit abgelöst, hier etwas Blut vorhanden, — evtl. Seifenwasser — oder sonstige zur Einspritzung verwendete Flüssigkeitsreste, die einer chemischen Untersuchung — wie erwähnt — zuzuführen sein dürften.

<sup>1</sup> *Merkel u. Walcher*, Gerichtsärztliche Diagnostik und Technik.

Wenn auch bei diesen Todesfällen an fulminanter und retardierter Luftembolie *in der Regel Verletzungen fehlen*, so haben wir doch in unserem Leichenmaterial 2 Beobachtungen, wo mit der Intrauterinkanüle eine tiefe kanalförmige Wunde in der hinteren Gebärmutterwand gesetzt wurde, so daß hier die Flüssigkeit und Luft zum Teil direkt in die aufgelockerte Gebärmutterwand (Venen!) eingetrieben worden ist; bei Druck auf die Gebärmutter entleerte sich bei der Sektion aus *diesen Einstichkanälen* in beiden Fällen noch Blut und Luft gemischt.

Im Gegensatz zu dieser kardio-pulmonalen, teils fulminanten, teils retardierten Luftembolie, sind die anatomischen *Befunde bei der cerebralen Luftembolie* auch nach unserer Erfahrung makroskopisch negative; während *das klinische Krankheitsbild* und das bei der Sektion als *spaltförmig offen gefundene Foramen ovale* schon eindeutig den dringendsten Verdacht auf die tödliche cerebrale Luftembolie hinlenken. Man lasse sich ja nicht etwa durch Luftbläschen, die in den Venen der Meningen gefunden werden und die *stets Artefakte* sind, irreführen; man findet aber in der Tat im Gehirn makroskopisch keine Veränderungen, keine purpuraartigen Blutungen wie bei der cerebralen Fettembolie — offenbar weil sich zu rasch die tödliche Gehirnlähmung einstellt —, dagegen gelingt es manchmal (wie bei der Fettembolie eingeschwemmtes Fett,) so auch bei der Luftembolie mikroskopisch im frischen Zupfpräparat in den *Plexus chorioidei* der Gehirnkammern die Luftembolie nachzuweisen; wie *Spielmeier* als erster experimentell gezeigt hat und auch *Hugo Spatz* u. a. bestätigten, gelingt es auch nach unserer Erfahrung, wenn mehrere Stunden lang die Katastrophe überlebt wurde, die charakteristischen histologischen Veränderungen in der Hirnrinde und in der subcorticalen weißen Substanz nachzuweisen. Man muß also unter solchen Umständen den in den neuro-histologischen Untersuchungen erfahrenen Pathologen Gehirnmaterial von der Leiche übergeben. Da meist der Tod hier erst nach mehreren Stunden eintritt, ist natürlich keine Luft mehr innerhalb der Gebärmutter zu erwarten (möglicherweise aber noch Spuren der Einspritzungsflüssigkeit).

Ich kann dieses Kapitel nicht schließen, ohne nochmals auf die ungeheure wichtige diagnostische Feststellung dieser tödlichen Luftemboliefälle bei Abtreibungsversuchen und deren Klärung durch Sektion dringend hinzuweisen; solche Fälle von kardio-pulmonaler oder cerebraler Luftembolie werden nämlich bei Abtreibungsversuchen fast ausnahmslos zum Tod führen und in letztgenannter Form — wenn überhaupt — dann nur äußerst selten und mit Lähmungserscheinungen überlebt werden.

Die *gerichtsärztliche Gesamtbeurteilung eines vorgenommenen Eingriffs* und besonders die *kriminalistische Begutachtung* hinsichtlich der dabei *vermutlich benützten Instrumente* bietet oft sehr große Schwierigkeiten; wir

haben in unserem ganzen Sektionsmaterial nur ein einziges Mal ein kleines *Holzsplitterchen* im Cavum uteri offenbar als Rest des zur Abtreibung eingeführten Behelfsinstrumentes vorgefunden, einmal fanden wir im Uterus Restchen von *blauem Seidenpapier*, in das eine Oxycyanat-tablette eingehüllt gewesen war. *Vercesy* hat unlängst einen sehr seltenen Fall bei einer 32jährigen Gravida festgestellt, die sich ein 15 cm langes Holzstäbchen selbst eingeführt hatte, das durch die Gebärmutterwand ins Parametrium glitt und am Hüftbein entlang bis zur Lenden-gegend gelangte, wo es zu einer Vereiterung kam.

Im allgemeinen sei man sehr zurückhaltend und vorsichtig, wenn man aus der Form und Gestalt und Tiefe einer — oft noch dazu durch Eiterung usw. veränderten — Verletzung *Schlüsse auf das vermutlich in Anwendung gekommene Instrument* ziehen möchte. Und endlich sei nochmals Vorsicht anempfohlen bei Gasbrand und bei der Beurteilung der hierbei evtl. in der Gebärmutter vorgefundenen fetzigen Korpusdefekte.

Wie Sie aus meinen stark zusammengedrängten und nur das Wichtigste hervorhebenden Ausführungen entnommen haben werden, ist die Aufgabe des Gerichtsarztes bei der Feststellung einer zum Tod führenden Abtreibung eine ebenso wichtige wie äußerst schwierige und verantwortungsvolle; sie erfordert eingehende Kenntnisse über Wesen und Arten der verbrecherischen Abtreibungen und bei Todesfällen eine peinlich genaue Sektionstechnik. Wenn diese Voraussetzungen vorhanden sind, wird es gewiß möglich sein, noch tödlich verlaufende Abortfälle als kriminell bedingt nachzuweisen, die bisher als unverdächtig oder nicht klärbar erachtet worden sind.

Wenn ich auch nochmals davor *warnen* muß, den Bogen zu überspannen, und nun jeden fieberhaften Abort und auch jeden nach Abort septisch zum Tod führenden Fall als *sicher kriminell* zu erachten, so wird eingehende Kenntnis aller Verhältnisse des jeweiligen Falles und auch die Berücksichtigung der oft sehr wertvollen *kriminalpolizeilichen Erhebungen* mithelfen, um zu einem sachlich fest begründeten Gutachten zu führen. Die Gerichtsärzte und auch wir gerichtliche Mediziner müssen mithelfen, gerade einerseits durch *restlose klinische und anatomische Klärung wirklich krimineller Aborte*, wie auch andererseits durch den Nachweis, daß eine Schwangerschaftsunterbrechung schließlich in jedem Stadium auch *spontan* durch individuelle Ursachen und Allgemeinerkrankungen — letztere besonders auch septisch infektiöser Art — sekundär bedingt sein kann, den uns *zukommenden Pflichten objektiv gerecht zu werden*; *haben wir doch nicht nur die Pflicht mitzuhelfen, um begangene Verbrechen aufzudecken und zu klären, sondern auch die ebenso wichtige Aufgabe, den unter Umständen zu Unrecht Beschuldigten gegen den Verdacht einer verbrecherischen Handlung zu schützen!*



Der Schaden, der durch Schwangerschaftsunterbrechungen aller Art und besonders durch kriminelle Aborte dem Volksganzen beigelegt wird, ist ja ungeheuerlich; neben dem Verlust von Volksgut, d. h. keimendem Leben, das der Vernichtung anheimfällt und neben dem Tod von Müttern — meist in jüngeren Jahren — die ihrem Volk noch reichlich Kinder hätten schenken können, wissen wir als gefürchtete Folgen von Schwangerschaftsunterbrechungen — von spontanen und von kriminellen — *Krankheiten, Siechtum und Sterilität der Frau!*

Nach den sehr beachtlichen jüngsten Ausführungen von *Günther Schultze* am Berliner Material sehen wir, daß bei Gesamtaborten 17% der Frauen steril werden, bei fieberhaften Aborten mit Adnexitis und Parametritis tritt sogar eine 40proz. Sterilität ein, die in 15% der Fälle durch doppelseitigen, allerdings meist lockeren Tubenverschluß zustande kommen soll (operativ angehbar). Es ist aber bezeichnend für die Kenntnis der Abortursachen, daß bei *vorehelichen Aborten*, wo es sich sicher in der Mehrzahl der Fälle um verbotene Eingriffe handelt, fieberhafte Aborte und fieberhafte Nachkrankheiten doppelt so häufig sind, als wie bei Aborten verheirateter Frauen. So ist es auch begreiflich und erklärlich, daß bei Aborten Verheirateter *G. Schultze* eine Sterilität von 12—19%, nach Aborten Unverheirateter aber eine solche von 33% feststellen konnte. Die Gründe dafür sind durchsichtig genug: denn wir sehen eben, daß es offensichtlich die kriminellen Eingriffe bei vorehelichen Aborten sind, welche die häufige Infektion bedingen!

Vor einer Schwierigkeit stehen wir zur Zeit schon: Nicht selten wird nämlich, zumal wo im breiten Publikum die sonst nach verschiedenen Richtungen hin sicher berechnete und auch wirkungsvolle *gesetzliche Anzeigepflicht* aller Aborte bekannt wird, der Aborteintritt verheimlicht und damit besteht mindestens die große Gefahr, daß eine rechtzeitige ärztliche Behandlung vermieden und auch keine nach der Sachlage notwendige Schonung der Patientin erstrebt wird, um eben möglichst die eingetretene Schwangerschaftsunterbrechung zu verheimlichen — ich fürchte, daß gerade diese Faktoren die Fortpflanzungsfähigkeit in gefahrdrohender Weise zum Schaden des Volksganzen beeinflussen.

So wäre denn auch mit allen gesetzgeberischen und sozialen Mitteln, die überhaupt zur Verfügung stehen und weiter ausgebaut werden müßten, danach zu trachten, *den Schwangerschaftsunterbrechungen* — sowohl den spontanen wie auch den kriminellen — *vorbeugend zu begegnen*. Wieweit dem durch das neue Hebammengesetz und durch die darin gewünschte Überwachung der Schwangeren, wie auch noch durch andere weiter auszubauende sozialpolitische Maßnahmen zwecks Betreuung gerade der unehelich Schwangeren Rechnung getragen werden könnte, dafür zu sorgen, dies muß uns allen eine heilige Aufgabe sein!