

(Aus dem Institut für gerichtliche Medizin [Vorstand: Prof. Dr. B. Mueller] und aus dem Pathologischen Institut [Vorstand: Prof. Dr. A. Schmincke] der Universität Heidelberg.)

Zur gerichtlich-medizinischen Bedeutung der Eklampsie.

Von

Dr. Herbert Elbel.

Mit 1 Textabbildung.

Der *Eklampsietod* kann in mehrfacher Beziehung gerichtlich-medizinisch bedeutsam werden. Zunächst ist an die Möglichkeit der Provokation einer (echten) Eklampsie durch eine straffbare Handlung zu denken, auch ohne daß die Handlung mit einer versuchten oder vollendeten Abtreibung in Verbindung gebracht zu werden braucht (z. B. Kunz). Weit wesentlicher ist die bekannte Tatsache, daß eine Eklampsie klinisch eine Abtreibung durch innere Mittel vortäuschen kann. Dabei besteht die Voraussetzung, daß die Eklampsie nicht klinisch diagnostiziert wird. Diese Voraussetzung ist natürlich dann um so eher gegeben, wenn das Krankheitsbild der Eklampsie atypisch ist, d. h., wenn eines oder mehrere Kardinalsymptome, wie Blutdrucksteigerung, Albuminurie oder gar Krämpfe, fehlen oder wenn der Tod plötzlich ohne auffällige eklamptische Vorboten auftritt. Eine in differentialdiagnostischer Hinsicht besondere Stellung nimmt die sog. „Eklampsie ohne Krämpfe“ ein, weil sie klinisch recht oft das Bild einer schweren Vergiftung darbietet (*Haberda, Haller*) und nur sehr selten (*Caffier*) am Krankenbett erkannt wird. Die Zahl der Erkrankungen dieser Form ist recht gering, nach *Zangemeister* verlaufen weniger als 1% der Eklampsien krampflos. In der Literatur sind rund 60 Fälle (*Biró*) mitgeteilt. Die krampflose Eklampsie hat eine besonders ungünstige Prognose, die Angaben über die Letalität schwanken zwischen $\frac{2}{3}$ (*Nikolaev*) und mehr als $\frac{3}{4}$ (*Zangemeister*). In besonders seltenen Fällen fehlen nicht nur die Krämpfe, sondern auch die Bewußtlosigkeit. Es ist klar, daß der Verdacht einer Abtreibung um so näher liegt, je früher die Eklampsie innerhalb der Schwangerschaft auftritt. Dabei ist es bemerkenswert, daß gerade die seltenen Fälle von Früheklampsie einen besonders raschen Verlauf und relativ oft einen ungünstigen Ausgang haben (*Zangemeister, Eisenreich und Schmincke, Ziemke, Offergeld* u. a.).

Einen derartig klinisch abartig verlaufenen und unter der Diagnose „Vergiftung bei Abtreibung“ zur Sektion gekommenen Fall von Früheklampsie ohne Krämpfe und ohne Bewußtlosigkeit haben wir in der letzten Zeit beobachtet.

Die 40jährige L. L., nach größerem Zwischenraum zum fünftenmal schwanger im 6. Monat, wurde am 29. XI. 1939 moribund in die Klinik aufgenommen. Im Vordergrunde des Aufnahmebefundes standen eine schwere Leber- und Nierenschädigung; das Bewußtsein war nicht getrübt. Die Frau gab an, sie habe geblutet und deshalb Schlaftabletten und Chinin eingenommen. Der Urin war rein blutig, keine genitale Blutung, Muttermund für 1 Finger eingängig. R.R. 145/90, Rest-N 72. Keine Zeichen von Peritonitis. Trotz Kreislauftherapie nach einigen Stunden Exitus mortalis durch Herzversagen. Die klinische Vermutungsdiagnose lautete: Sepsis, Vergiftung.

Die gerichtliche Sektion lieferte u. a. folgende Befunde: Starker Ikterus. Der Uterus steht knapp unter dem Nabel. Am äußeren — unverletzten — Genitale Blut, in der Scheide jedoch kein Blut, Muttermund geschlossen. — Hirnödem, punktförmige bis über pfefferkorngroße Blutungen im Nucleus caudatus, einige kleinere Blutungen in der Brücke. Bronchitis, Lungenödem. Linkssseitige Herzhypertrophie, Mitralinsuffizienz. Mäßige Sklerose der Coronarien und der Aorta. Stauungsmilz; zahlreiche Blutungen in der Leber mit Bevorzugung der Oberfläche. In der Markscheid der rechten Nebenniere eine Blutung. Die Nierensubstanz ist graugelb und trübe, die Organe bieten das Bild einer schweren parenchymatösen Degeneration. — Schwangerschaft im 7. Monat, ungestört. Kein Blut in den inneren Geschlechtsteilen, keine Verletzung. Die Harnblase enthält 1 cm blutig getrübe Flüssigkeit, die Schleimhaut ist im allgemeinen graugelb und zeigt überall punktförmige bis kleinhandtellergröße, blutrot gefärbte Flecken.

Die histologische Untersuchung ergab in der Leber kleinere und größere Gewebsdurchblutungen bei stärkster Fülle der Capillaren und fleckig zur Entwicklung gekommenen, verschieden stark ausgedehnten Thrombenbildung. Die Thromben enthalten Plättchen und Fibrin. Zum Teil starke Vergrößerung der Kupffer-Zellen. Feintropfige Leberzellenverfettung. In den Nieren fand sich eine hochgradige Epitheldegeneration mit Abstoßung der Epithelien. In den Lichtungen der Harnkanälchen hyaline Gerinnsel. Teilweise Glomerulonephrose mit Verfettung von Glomerulusepithelien, Gerinnselbildung im Kapselraum. Kleine Gewebsdurchblutungen der Rinde. Gelegentlich hyaline Thromben in Arteriolen mit kleinen Nekrosen. Die Milz zeigte an einzelnen Stellen fleckig zur Entwicklung gekommene stärkste Reaktion der Sinusepithelien (Zellenvergrößerung mit Vergrößerung und Hyperchromatose des Kerns). Im Gehirn fanden sich kleine Kapselblutungen und ein hochgradiges Ödem mit Abbau, besonders perivascularulär mit Entwicklung gemästeter Gliazellen.

Der makroskopische und der mikroskopische Befund berechtigen also zu der Diagnose „Eklampsie“. Es waren aber wichtige Gründe vorhanden, diese Diagnose einer strengen kritischen Prüfung zu unterziehen. Die nächste Veranlassung dazu war der Befund in der Klinik, wo man bewußt die Diagnose Eklampsie ausgeschlossen hatte. Von der Klinik aus war ja die Beschlagnehmung der Leiche veranlaßt worden. Auch anatomisch zeigte der Fall eine Besonderheit, nämlich die Blasenblutung. Derartige Blutungen sind in den einschlägigen Lehr- und Handbüchern nirgends konkret beschrieben, wenn auch ihr Vorhandensein nach der herrschenden Ansicht über die Pathologie der Eklampsie durchaus verständlich erscheint (nach G. B. Gruber sind gerade die Capillaren der Blase einer toxämischen Schädigung nicht gewachsen). In der ganzen umfangreichen Eklampsieliteratur der letzten 2 Jahr-

zehnte haben wir nur eine einzige derartige Erwähnung gefunden (*Caffier*). Auch über eine klinische Hämaturie bei Eklampsie ist nichts bekannt (*Henning* und *Lechnir*). Andererseits weiß man, daß derartige Schädigungen der Blase außer bei Erkrankungen des blutbildenden Systems und bei Infektionskrankheiten sowohl bei septischen Zuständen (*Gruber*, *Putzchar*), als auch bei Vergiftungen mit Substanzen auftreten, die als innere Abtreibungsmittel eine Bedeutung haben: Kantharidin, Sadebaumöl, Thuyaöl (*Putzchar*). An die lokal irritierende Wirkung einer Abtreibungsspülung mit NaCl. Borsäureessig, essigsäure Tonerde usw. war weniger zu denken, weil diese meist zu einer hämorrhagisch

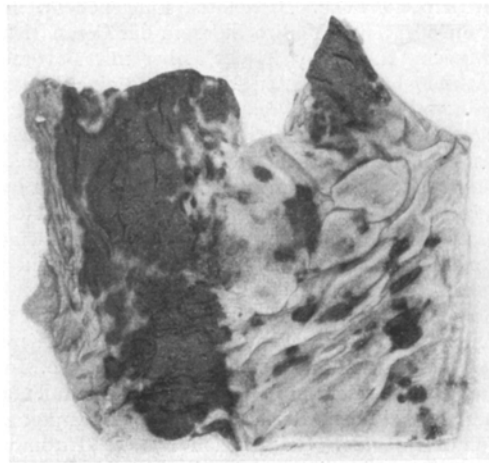


Abb. 1. Blutungen in der Blasenschleimhaut bei Eklampsie.

gangränészierenden Cystitis führen; in unserem Falle hat es sich aber um eine „echte“ Blasenpurpura gehandelt (s. Abb. 1).

Jedenfalls hielten wir es für erforderlich, nähere Ermittlungen durch die Staatsanwaltschaft zu veranlassen; dies besonders deshalb, weil der Schwängerer der L. L. auf Grund der Diagnose des einweisenden Arztes und der Klinik in Haft genommen worden war. Diese Ermittlungen ergaben im wesentlichen folgendes (A.Z. IIa Js. 2228/39 St.A. Mannheim): Aussage der Frau Dr. M. (auszugsweise): „Bei einem Hausbesuch bei der L. L. am 3. XI. 1939 fand ich eine starke Blutung und langsame Wehen vor. Der Nachtopf war reichlich mit hellrotem Blut gefüllt. Ich nahm eine drohende Fehlgeburt evtl. mit vorliegender Nachgeburt an und riet zum Krankenhaus, bzw. beauftragte den anwesenden Mann, eine Hebamme zu besorgen. Es kann sein, daß ich zur Verstärkung der Wehen Chinin verschrieben habe. Am 20. XI. 1939 kam die L. L. in meine Sprechstunde, die Schwangerschaft bestand noch. Patientin klagte über Atemnot, ich stellte ein Herzgeräusch fest und verschrieb Valodigan. Am 27. XI. kam die L. L. wieder und klagte über Atemnot und Schlaflosigkeit. Ich ordnete Bettruhe an und verschrieb Phanodorm.“ Herr Dr. B. gab u. a. an: „Ich wurde am 27. XI. 1939 zur L. L. gerufen. Sie hatte krampfartige Schmerzen im rechten Oberbauch. Bei der Untersuchung bestand

an entsprechender Stelle Druckempfindlichkeit und starke Abwehrreaktion. Ich verordnete ein krampflösendes Mittel und Phanodorm. Am 28. XI. 1939 war der Druckschmerz geringer, beginnender Ikterus. Gebärmutterstand in Nabelhöhe. Äußere Genitalien etwas blutbeschmiert. Keine genitale Untersuchung. Am 29. XI. fand ich die L. L. somnolent, doch ansprechbar, vor. Starker Ikterus. Äußere Genitalien blutbeschmiert, keine genitale Blutung. Kreislaufschwäche. Von dem am 27. XI. 1939 verschriebenen Phanodormtabletten fehlten 5, von den seinerzeit (am 3. XI. 1939) durch Frau Dr. M. verordneten Chinintabletten Chin. hydrochl. 0,25) 6 Stück. Ich hatte den Verdacht einer Abtreibung, und zwar durch ein akut leberschädigendes Mittel.“ Die Hebamme L. erklärte: „Ich habe am 28. XI. 1939 die L. L. in schwer krankem Zustand angetroffen. Es waren keine Wehen, auch keine Blutung aus den Geschlechtsteilen vorhanden. Am gleichen Abend wurde ich wieder geholt. Die L. L. klagte über Blutabgang, das war aber nicht der Fall. Die Patientin erklärte ferner, sie sei so nervös, sie könne die Fingerspitzen nicht mehr halten, ‚so würde es zappeln‘. Es bestanden Atemnot und Herzbeschwerden.“ Der Schwängerer Sch., der bei der L. L. wohnte, hat nach seiner Angabe in der Nacht vom 28. zum 29. XI. 1939 beobachtet, daß die Frau aufstand und wie eine Betrunkene im Zimmer herumtorkelte. Er dachte, sie hätte zu viel von den Tabletten genommen und nahm ihr diese deshalb weg. Am 29. XI. 1939 morgens sei die L. L. ebenfalls wie betrunken gewesen, sie redete wirr und zusammenhanglos. Sch. erklärte noch, daß die L. L. eine der Chinintabletten Anfang November genommen habe. Es sei ihr aber daraufhin schlecht geworden.

Das wesentliche Ergebnis der Ermittlungen läßt sich dahin zusammenfassen, daß bei der L. L. sichere Zeichen einer Fehlgeburt nie nachgewiesen wurden, daß eine Hämaturie bestanden hat, und daß sie mehrere Phanodormtabletten und möglicherweise 5 Tabletten Chin. hydrochl. 0,25 auf einmal genommen hat. In den letzten 36 Stunden vor dem Tode hat die Verstorbene unbestimmte Erscheinungen von seiten des zentralen Nervensystems dargeboten (Somnolenz, Verwirrtheit, Unruhe, vielleicht Krampfaequivalente). Kurz vorher schon bestanden Zeichen einer Leberschädigung. Da die Ermittlungen auch stichhaltige innere Tatbestandsmerkmale für einen Abtreibungsversuch nicht zutage gefördert haben, durfte der pathologisch-anatomische Befund im Sinne der Annahme eines Todes durch Schwangerschaftstoxikose verwertet werden.

Es war lediglich noch die Möglichkeit einer Chininvergiftung zu prüfen. Die möglicherweise aufgenommene Einzeldosis von 1,25 g Chinin hydrochl. kommt jedoch als Todesursache nicht in Frage, auch nicht bei bestehender Überempfindlichkeit. Es ist nur auffallend gewesen, daß eine ganze Reihe der klinischen und anatomischen Erscheinungen (Verwirrtheit, Benommenheit, Schwindel, Hämaturie, Blutungen in Schleimhäute und in die Hirnsubstanz; s. dazu *Rost, Cloetta, Petri, Lewin, Husemann* u. a.) ebenso gut als Symptome einer Chininvergiftung wie als Zeichen einer Eklampsie zu deuten waren. In unserem Falle war, da die mögliche Höchstdosis bekannt gewesen ist, die differentialdiagnostische Entscheidung nicht schwierig; daß dies aber vorkommen kann, zeigt ein Fall von *Ohligmacher*.

Zusammenfassung.

Es wird über einen tödlichen Fall krampfloser Eklampsie im 7. Schwangerschaftsmonat berichtet, der infolge seines abartigen klinischen Verlaufes und der zunächst verdächtigen äußeren Umstände unter der Diagnose Abtreibung zur Sektion kam. Der anatomische Befund bewies jedoch, daß eine Eklampsie vorgelegen hatte; als Besonderheit fanden sich ausgedehnte Blutungen in der Blasen-schleimhaut; klinisch hatte Hämaturie bestanden.

Zur Differentialdiagnose der Todesursache wurde mit Erfolg das Ergebnis der Ermittlungen der Staatsanwaltschaft herangezogen.

Literaturverzeichnis.

Biró, St., Zbl. Gynäk. **1932** III, 3016. — *Caffier, P.*, Med. Klin. **1927**, 162 — Zbl. Gynäk. **1932**, 2229. — *Eisenreich* u. *Schmincke*, Mschr. Geburtsh. (Basel) **41**, H. 5. — *Gruber, G. B.*, Handbuch spezieller Pathologie und Histologie **6** (2), 188. — *Halter, G.*, Schweiz. med. Wschr. **1936** II, 1132. — *Henning* u. *Lechnir*, Münch. med. Wschr. **1934**, 330. — *Kunz*, Münch. med. Wschr. **1929**, 201. — *Nikolaev, A.*, Ber. Gynäk. **21**, 523 (1932). — *Offergeld, H.*, Zbl. Gynäk. **1934**, 1174. — *Ohtig-macher*, Münch. med. Wschr. **1935**, 438. — *Putschar, W.*, Handbuch spezieller Pathologie und Histologie **6** (2), 337 u. 350. — *Zangemeister*, Die Lehre von der Eklampsie. Leipzig 1926. — *Ziemke*, Dtsch. Z. gerichtl. Med. **9**, 129 (1927).