

Aus dem Institut für gerichtliche Medizin und Kriminalistik der Universität Würzburg (Direktor: Prof. Dr. H. SAAR).

Septischer Spontanabort und fragliche Abtreibung*.

Von

HEINRICH SAAR.

Vom Standpunkt des Gerichtsarztes ist jeder septische Abort auf einen kriminellen Eingriff zum Zwecke der Fruchtabtreibung verdächtig. Mit Recht wird bei allen einschlägigen Obduktionen auch dann, wenn keine Verletzungen an den Geburtswegen den Verdacht bestätigen, ein entsprechender Hinweis im vorläufigen Gutachten verlangt. MERKEL formuliert ihn mit den Worten, daß „trotz des Fehlens von Abtreibungsverletzungen ein verbrecherischer Eingriff mit Infektion nicht ausgeschlossen sei, sondern — nach gerichtsarztlicher Erfahrung — als wahrscheinlich zu bezeichnen wäre . . .“.

Trotzdem kann, um ungerechte Unterstellungen zu vermeiden, nicht eindringlich genug gefordert werden, daß durch sorgfältigste Obduktion und eingehende mikroskopische und bakteriologische Untersuchung jede anderweitige Entstehungsursache der Sepsis oder der Peritonitis ausgeschlossen wird (PIETRUSKY, MERKEL u. a.). Dies gilt auch für die Fälle, bei denen eine sichere Endometritis vorliegt. Die Erfahrung lehrt, daß latente Entzündungen an den inneren Genitalien oder andernorts durch die Belastung der Schwangerschaft aktiviert werden und zu einer vorzeitigen Beendigung der Gravidität führen können. Ferner dürfte es nicht zu den Seltenheiten gehören, daß akute und selbständige Infekte entweder unmittelbar fortschreitend oder embolisch-mykotisch einen septischen Fruchtabgang zur Folge haben. Es mag dabei dahingestellt bleiben, ob hier eine bakteriell-toxische Schädigung des keimenden Lebens die Schwangerschaft beendet, oder ob sich der mütterliche Organismus der zusätzlichen Belastung, der Frucht, entledigt, um mit der größeren, dem Infekt, besser fertig werden zu können. Fest steht, wie u. a. MERKEL an Hand einer einschlägigen Beobachtung dar tun konnte, daß gerade der puerperale Uterus für die Absiedlung von pathogenen Keimen einen vorzüglichen Boden darstellt und daß unter Umständen erst nach Infektion des uterinen Wundbettes eine zunächst scheinbar banale Erkrankung katastrophale Formen annimmt. Es ist offenbar, daß auf diese Weise eine Priorität eines Infektes vorgetäuscht werden

* Die Arbeit wurde noch während der Tätigkeit des Verfassers im Institut für gerichtliche Medizin und Kriminalistik in Heidelberg unter der Leitung von Prof. Dr. F. PIETRUSKY 1944 verfaßt. Der vorbereitete Satz wurde aber durch Kriegseinwirkung vernichtet.

kann, die in Wirklichkeit nicht besteht, ganz abgesehen von den Fällen, bei denen die lochialen Blutungen zur Aufwanderung von pathogenen Keimen in die Gebärmutterhöhle und zu Entzündungen führen.

In Anbetracht dessen kann weder das Auftreten septischer oder peritonealer Symptome vor Einsetzen der Zeichen des Fruchtabgangs, noch ein Nebeneinander der Erscheinungen oder ein Nacheinander in umgekehrter Reihenfolge als *Beweis* für das Vorliegen eines kriminellen Fruchtabgangs gelten. *Lediglich das Ergebnis der Leichenöffnung* ist in Würdigung der gesamten Vorgeschichte geeignet, diesbezügliche Fragen zu klären.

Eine Übersicht unserer einschlägigen Obduktionen des vergangenen Jahres bestätigt dies. Von 12 Fällen, bei denen auf Grund des Sachverhaltes der Verdacht auf Abtreibung ausgesprochen wurde und werden mußte, konnte nur siebenmal diese Vermutung durch das Ergebnis der Leichenöffnung bestätigt werden. Zweimal handelte es sich dabei um eine einwandfreie Luftembolie, einmal um eine schwere Seifennekrose des Uterus, die über eine Peritonitis zum Tode führte, und in 4 Fällen fanden sich schwerste selbständige eitrige und nekrotisierende Endometritiden bzw. Peritonitiden. Unter den restlichen 5 Untersuchungen führte bei einer Virgo eine schwere, von den Tonsillen ausgehende Keimblutvergiftung zu einer septischen Uterusapoplexie und täuschte so einen Fruchtabgang vor. In den übrigen 4 Fällen konnte zwar sowohl die Sepsis bzw. Peritonitis als auch ein Zustand nach Abort festgestellt werden. Die Annahme, daß die Gebärmutter Ausgangspunkt des Infektes sei, bestätigte sich nicht. Es wurden andere Primärherde nachgewiesen.

Fall P. (Sekt.-Nr. 43/43): Die 16 Jahre alte Ostarbeiterin P. wurde in hochfieberhaftem Zustand und mit Unterleibsblutungen zur Krankenhausbehandlung eingewiesen. Sie verstarb schon am nächsten Tag. Wegen Schwierigkeiten in der Verständigung konnte eine eingehende Anamnese nicht erhoben werden. Auf Grund der Unterleibsblutungen wurde der Verdacht auf einen kriminellen Fruchtabgang geäußert.

Obduktionsbefund: Rezidivierende Endokarditis der Mitrals mit frischen thrombotischen Auflagerungen. Vaskularisation der Klappenränder, Verdickung und Verkürzung der Sehnenfäden. Dilatation des linken Vorhofes und des linken Ventrikels, akute Dilatation des rechten Ventrikels. Multiple Ausscheidungs herde in den Nieren. Diffuse konfluierende Bronchopneumonie, hochgradiges Lungenödem. Status infectiosus, parenchymatöse Degeneration des Herzmuskels, der Leber und der Nieren. Infektiöse Milzschwellung. Multiple Blutungen in die Meningen. Virgo intacta, Hypoplasie des Uterus, Apoplexia uteri septica. (Kein Corpus luteum.)

Die mikroskopische Untersuchung bestätigte den Befund. Keine Schwangerschaft.

Hier konnte der Verdacht der Abtreibung ohne weiteres entkräftet werden, da keine Schwangerschaft vorlag. Eine allgemeine Keimblutvergiftung hatte zu einer septischen Uterusapoplexie geführt, die im

Verein mit den übrigen Symptomen der Keimblutvergiftung das Augenmerk in eine falsche Richtung lenkte.

Bevor auf die übrigen Fälle näher eingegangen werden soll, sei noch eine weitere Beobachtung angeschlossen, bei der zwar ein Verdacht auf Abtreibung nicht ausgesprochen wurde, die aber das Übergreifen des Infektes von Mutter auf Fet veranschaulicht.

Die 20 Jahre alte Ostarbeiterin L. wurde in hochfieberhaftem Zustand in Klinikbehandlung genommen. Es bestand gleichzeitig eine ungestörte Schwangerschaft im 6. Monat. Zwei Tage später verstarb die Patientin unter den Erscheinungen einer Sepsis. Die Schwangerschaft blieb ungestört.

Obduktionsbefund: Abscedierende Tonsillitis mit Einbruch der Eiterung ins retropharyngeale Gewebe rechts. Multiple Lungenabscesse, Lungenödem. Status infectiosus, parenchymatöse Degeneration des Herzmuskels und der Leber. Infektiose Milzschwellung. Völlig intakte Gravidität mens VI—VII.

Die Obduktion der 33 cm langen Frucht ergab keine erwähnenswerten Befunde.

Tonsillenabstrich bakterioskopisch: Staphylokokken.

Vom Fetus wurden bei der Sektion unter sterilen Bedingungen aus dem Herzen mehrere Kulturen angelegt. Es wuchsen jeweils hämolsierende, tierpathogene Staphylokokken.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigte den Befund bei der Mutter. An den Tonsillen fand sich eine abscedierende Entzündung mit breitem Einbruch ins retrotonsilliäre Gewebe und zahlreichen Bakterienkolonien. Uterus und Placenta zeigten keine entzündlichen Veränderungen. Dagegen konnten zwischen einzelnen Zotten Bakterienhaufen nachgewiesen werden.

Wenn in diesem Falle auch von vornherein keine Unklarheiten bestanden und wenn von einem kriminellen Eingriff nicht die Rede war, so beweist er doch das Übergreifen der Infektion von der Mutter auf den *Fet* (BARFURTH). Es ist ohne weiteres verständlich, daß bei einer milder verlaufenden Primärinfektion die Frucht absterben und ausgestoßen werden kann und daß erst dann von sich aus oder durch Resistenzänderungen begünstigt, eine sehr schwere, scheinbar uterogene Sepsis einsetzt.

Die Vermutung liegt nahe, daß der Infekt beim nächsten Fall ähnlich verlief.

Fall B. (Sekt.-Nr. 11/43). Die verheiratete B. wurde in hochfieberhaftem Zustand mit drohender Frühgeburt mens VII zur Klinikbehandlung eingewiesen. Noch am gleichen Tage erfolgte der Partus eines 35 cm langen toten Kindes. In den nächsten Krankheitstagen krystallisierte sich rasch das Bild einer schwersten Keimblutvergiftung heraus, der die Patientin am 6. Tage erlag. Der Verdacht auf einen abtreiberischen Eingriff stützte sich nicht nur auf die klinischen Unterlagen, sondern es wurde gemunkelt, daß die Schwangerschaft nicht vom Ehemann stammte.

Bei den erst später durchgeführten Ermittlungen stellte sich heraus, daß Frau B. schon die letzten 8 Tage vor der Krankenhausaufnahme kränkelte und über Fieber und gelegentliche Schüttelfröste klagte. Die Erscheinungen sollten im Anschluß an ein Bad in der kalten Küche erstmalig aufgetreten sein.

Obduktionsbefund: Status post partum, nekrotisierende deciduale Endometritis. Status infectiosus, parenchymatöse Degeneration und seröse Entzündung der Leber und des Herzmuskels, albuminöse Degeneration der Nieren, infektiose Milzschwellung. Konfluierende Bronchopneumonie, hochgradiges Lungenödem, Herz-dilatation, katarrhalische Pharyngo-Tracheo-Bronchitis.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigte den Befund: Am Uterus fand sich eine deciduale Endometritis. Eine Propagation der Entzündung in die Tiefe konnte nicht nachgewiesen werden. Die Parametrien waren frei von entzündlichen Veränderungen; auch an den Blut- und Lymphgefäßen fand sich nichts Krankhaftes.

Bakteriologisch blieben alle Abstriche des Endometriums und der Parametrien steril. Dagegen konnten aus Blut und Milz hämolyserende Staphylokokken gezüchtet werden.

Es ist zuzugeben, daß auf Grund der Vorgeschichte und des Krankheitsverlaufes der dringende Verdacht bestand, daß die Schwangerschaft artifiziell beendigt wurde. Die mikroskopische Untersuchung hätte ihn nicht voll entkräften können. Dagegen war das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung ausschlaggebend für eine verneinende Stellungnahme. Die zum Tode führende Erkrankung hatte zweifellos von einer anderen Stelle des Körpers, die bei der Sektion nicht gefunden wurde, ihren Ausgang genommen, sei es, weil der Primärherd schon abgeheilt war, sei es, weil er sich wegen seiner Lage dem Nachweis entzog. Die nachträglichen Ermittlungen über vorausgegangenes längeres „Kränkeln“ stützten diese Annahme. Später wurde der Verdacht, daß das zu erwartende Kind die Ehe zerstören würde, entkräftet. Die Frühgeburt war als Folge der inneren Erkrankung anzusehen und schicksalhaft bedingt.

Fall R. (Sekt.-Nr. 42/43). Die verheiratete R. wurde in ausgeblutetem Zustand in ärztliche Behandlung genommen. Ein unvollständiger, weitgehend verjauchter Abort mens II—III mußte im Krankenhaus ausgeräumt werden. Eine Verletzung an den sichtbaren Geburtswegen ließ sich nicht feststellen. Zehn Tage danach verstarb die Frau an schwerer Keimblutvergiftung.

Soviel bei der Obduktion bekannt war, hatte die Frau die letzten 2 Tage, bevor sie sich in ärztliche Behandlung begab, stark geblutet. Vor Einsetzen der Blutung war sie in einer benachbarten Großstadt gewesen. Es wurde gemunkelt, daß die Schwangerschaft nicht vom Ehemann stamme.

Erst später stellte sich heraus, daß diese Bezeichnung haltlos war. Vielmehr war der Ehemann zur mutmaßlichen Konzeptionszeit einige Tage auf Urlaub gewesen. Der Besuch in der Nachbarstadt hatte, wie ebenfalls nachgewiesen werden konnte, geschäftlichen Charakter. Gleichzeitig hatte die Frau dort die Poliklinik wegen einer „Blutgeschwulst“ am Arm konsultiert. (Über den Krankheitsverlauf vor der Aufnahme in stationäre Behandlung konnte nichts näheres in Erfahrung gebracht werden, weil die zugezogene Ärztin in der Zwischenzeit verstorben war.)

Obduktionsbefund: Status post abortum, eitrige-nekrotisierende und weitgehend verjauchte deciduale Endometritis. Multiple, teils frische, teils in Abheilung begriffene Ulcera cruris und ausgedehnte Ulcusnarben an beiden Unterschenkeln. Eitrige Thrombophlebitis der rechten Vena saphena parva. Ausgedehnte und weitgehend rekanalisierte Thrombose der rechten Vena femoralis, iliaca externa und communis bis in die Cava inferior. Verschluß der rechten, distal stark gestauten Iliaca interna. Multiple eitrige Erweichungsherde im Bereich der Thrombosen, vor allem dicht unterhalb der Cava inferior. Status infectiosus, parenchymatische Degeneration der Leber, der Nieren und des Herzmuskels, infektiöse Milzschwellung. Verjauchter Lungenabsceß, hochgradiges Lungenödem, Dilatation des Herzens. Hämorrhagischer Absceß am linken Oberarm.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich neben entsprechenden Veränderungen am Herzmuskel, der Leber, Nieren und Lungen eine eitrige deziduale Endometritis und eine Myometritis. Die Vena iliaca communis bot das Bild einer Endo- und Periphlebitis bei alter rekanalisierter Thrombose.

Auch hier mußte zunächst die Vorgeschichte im Verein mit dem klinischen Befund und dem Krankheitsverlauf den Verdacht auf eine Abtreibung erwecken. Der Besuch der benachbarten Großstadt und eine ablehnende Haltung gegen die Zuziehung eines Arztes konnten ihn nur bestätigen. Besonders schwer fiel dabei in die Waagschale, daß die Blutungen nach der Rückkehr aus der Stadt einsetzten. Auf Grund des Ergebnisses der Leichenöffnung konnte diese Annahme jedoch nicht mehr aufrecht erhalten werden. Als Ausgangspunkt der Sepsis wurde die auf dem Boden alter und ausgedehnter Ulcera cruris entstandene Thrombophlebitis festgestellt. Damit war weiter naheliegend, daß es sich bei der Infektion der Gebärmutterhöhle bzw. der gesamten Schwangerschaft um eine sekundäre handelte. Der Besuch der Nachbarstadt wurde für den Abgang und seine Folgen auslösendes Gelegenheitsereignis. Begünstigt wurde der Abortus sicher nicht nur durch den Infekt, sondern auch durch die Thrombose und die dadurch bedingte Stauung im Bereich der Iliaca interna und ihres Abflußgebietes.

Fall H. (Sekt.-Nr. 4/43). Die ledige H. erkrankte aus völliger Gesundheit mit Frösteln und allgemeiner Mattigkeit. Am nächsten Tage setzten Unterleibsblutungen ein. Noch am gleichen Tage kam es zum Abgang. Zwei Tage später verstarb die Patientin unter dem Bild einer schweren Sepsis.

Obduktionsbefund: Status post abortum (makroskopisch keine Endometritis). Eitrige, abscedierende Tonsillitis beiderseits. Rezidivierende Endokarditis der Mitralis mit frischen thrombotischen Auflagerungen auf den Klappen. Multiple Lungenabscesse, hochgradiges Lungenödem, Herzdiatation. Ausscheidungsherde in beiden Nieren. Status infectiosus, parenchymatöse Degeneration und seröse Entzündung der Leber und des Herzmuskels, albuminöse Degeneration der Nieren. Infektiöse Milzschwellung.

Mikroskopisch boten die Tonsillen das Bild einer eitrigen Entzündung mit breitem Einbruch ins retropharyngeale Gewebe. Am Uterus fanden sich ein Zustand nach Fruchtabgang, jedoch keine entzündlichen Veränderungen, keine Bakterienkolonien. Myometrium und parametrale Blut- und Lymphgefäße an allen untersuchten Stellen frei.

Man könnte auch hier nach Vorgeschichte und klinischem Verlauf fast vom klassischen Bild des kriminellen septischen Fruchtabganges sprechen. Trotzdem widerlegte die Obduktion diese Annahme, da als Ursache der Sepsis eine eitrige Gaumenmandelentzündung festgestellt werden konnte, während sich am Uterus, abgesehen von einem Zustand nach Abort, keinerlei krankhafte Veränderungen nachweisen ließen. Der Abgang mußte mangels anderer Beweise auf die Sepsis und die dadurch bedingte Keim- und Toxineinschwemmung zurückgeführt werden (toxischer Fruchttod!).

Fall Ba. (Sekt.-Nr. 8/44). Die ledige Ba. erkrankte mit Frösteln und Kopfschmerzen. Am folgenden Tag stellten sich Unterleibsblutungen ein. Die Regelblutung hatte angeblich vorher 6—7 Wochen sistiert. Der Zustand des Mädchens verschlechterte sich rasch zunehmend, wobei im Vordergrund abdominelle Symptome wie Stuhl- und Windverhaltung und Erbrechen standen. Zu Hause sperrte sich das Mädchen gegen die Zuziehung eines Arztes und kam deswegen erst am 5. Krankheitstage in Behandlung. Wegen Verdachts auf Ileus und Peritonitis wurde sie sofort ins Krankenhaus eingewiesen. Dort wurde mit der Diagnos- „Appendicitis“ laparotomiert. Am Wurmfortsatz konnten scheinbar keine krankhaften Veränderungen erkannt werden. Dagegen stand eine schwere eitrige Peritonitis im Vordergrund, die offenbar ihren Ausgang von den inneren Genitalien nahm. Am Tage nach der Operation verstarb die Patientin. (Ein abtreiberischer Eingriff wurde von ihr ebenso bestritten wie von den anderen Frauen.)

Obduktionsbefund: Zustand nach Laparotomie, diffuse eitrige Peritonitis mit stärkster Entwicklung im rechten Unterbauch und im kleinen Becken. Eitrige Salpingitis. Status post abortum, eitrige, deciduale Endometritis und Myometritis. Diffuse kleinfleckige Bronchopneumonie, Lungenödem, akutes Lungenemphysem. Paralytischer Ileus. Fragliche perforierte Appendicitis.

Mikroskopisch fand sich eine chronische rezidivierende Appendicitis mit älterer Perforation. Der Uterus bot das Bild einer decidualen Endometritis, Myo- und Perimetritis.

Das Sträuben gegen die Zuziehung eines Arztes war zunächst, wie überhaupt die ganze Vorgeschichte als Ausdruck des Schuldbewußtseins und damit als Hinweis auf das Vorliegen eines abtreiberischen Eingriffes zu deuten. Krankheitserscheinungen und Befund berechtigten unter diesen Voraussetzungen zur Annahme, daß es bei einem Eingriff zur Beseitigung der Schwangerschaft, vielleicht zur Perforation, zumindest zu einer Infektion der Gebärmutterhöhle und weiter zur Peritonitis gekommen war. Das Operationsergebnis war durchaus geeignet, diese Vermutung zu bestätigen. Durch die Sektion und vor allem durch die mikroskopische Untersuchung wurde der Verdacht voll entkräftet. Eine verkannte Appendicitis mit nachfolgender Peritonitis und anschließender sekundärer Infektion der Gebärmutter war die Ursache der zum Tode führenden Erkrankung und des Fruchtabganges.

Überblickt man die vorliegenden Beobachtungen gemeinsam, so ist zuzugeben, daß (vielleicht mit Ausnahme des 2. Falles) zunächst der Verdacht auf einen kriminellen Eingriff zum Zwecke der Beseitigung der Schwangerschaft durchaus berechtigt war. Die Tatsache des Fruchtabganges im Verein mit den Krankheitszeichen mußte in diese Richtung deuten. Durch den Obduktionsbefund und durch die mikroskopische bzw. bakteriologische Untersuchung wurde dieser Verdacht jedoch nicht bestätigt. Es konnten jeweils andere Einbruchspforten des Infektes nachgewiesen werden, und zwar handelte es sich dabei um Erstherde, die erfahrungsgemäß häufig zum Ausgangspunkt schwerer und tödlicher Keimblutvergiftungen oder Peritonitiden werden können.

Für die Obduktion fraglicher krimineller Abtreibungen lassen sich jedenfalls folgende Forderungen zusammenfassen:

Auch dort, wo scheinbar typische Veränderungen an der Gebärmutter dafür sprechen, daß der Infekt von hier seinen Ausgang nahm, ist auf das sorgfältigste nach einem eventuellen anderen und älteren Fokus zu suchen. Zu denken wäre hier in erster Linie an Affektionen der Mittelohren, der Nasennebenhöhlen, an entzündliche und entzündlich-eitrige Erkrankungen im Bereich des Pharynx, vor allem der Tonsillen. Scheinbar belanglose Hautverletzungen, die zur Zeit der Obduktion bereits längst ausgeheilt sein können, führen erfahrungsgemäß nicht selten zu schwerster Sepsis. Thrombophlebitiden, ausgehend von Ulcera cruris und anderen Orten, vereiterte Hämorrhoiden usw. können für eine Keimblutvergiftung ursächlich werden. Steht im Vordergrund die Peritonitis, so darf sich die Untersuchung nicht nur auf den Ausschluß einer Appendicitis oder eitrigen Cholecystitis beschränken. An eine Durchwanderungsperitonitis bei Grippe und anderen Darminfektionen, an eine Divertikulitis und eine sog. primäre Pneumokokken-peritonitis junger Mädchen muß unter allen Umständen gedacht werden. Erwähnt sei, daß das bei der Obduktion oft stiefmütterlich behandelte Pfortadergebiet einschließlich des BAUMGARTENSchen Restkanals gelegentlich zum Ausgangspunkt einer Sepsis oder einer diffusen Peritonitis werden kann. Daß eine Keimeinschwemmung von den ableitenden Harnwegen erfolgen kann, braucht ebensowenig betont zu werden, wie die Tatsache, daß es bei einer frischen oder rezidivierenden Endokarditis ohne sonstigen Fokus oft schwer ist, die Frage zu entscheiden, ob die Herzkappenentzündung Folge der Endometritis ist oder ob das Gegenteil anzunehmen ist. Schließlich sei auf die Möglichkeit der rezidivierenden Entzündung der Gebärmutter und ihrer Anhänge hingewiesen. Alte Erkrankungen des Endometriums verhindern ja häufig die genügende Einbettung des Eies, indem sie eine innige Verwachsung von Vera und Reflexa unmöglich machen. Fruchttod, Abort u. a. sind die Folgen. Eine Aktivierung der latenten Entzündung ist wie überhaupt bei der Schwangerschaft möglich und kann, wenn anders, zu Fehlbeurteilungen Anlaß geben.

Erst wenn durch die Leichenöffnung und durch eine sorgfältige mikroskopische, bakteriologische und bakterioskopische Untersuchung jede andere Infektionsquelle ausgeschlossen ist, besteht der wohl begründete Verdacht auf das Vorliegen eines abtreiberischen Eingriffes, der dann durch die Ergebnisse der Vorgeschiede und des Krankheitsverlaufes erhärtet wird. Typisch lokalisierte Verletzungsspuren genügen natürlich allein zum Beweise, falls nachträglich instrumentelle Behandlung als deren Ursache auszuschließen ist.