

Aus dem Pathologischen Institut am Landeskrankenhaus Detmold
(Leiter: Dr. H. GRABER).

Bericht über eine ungewöhnliche Form eines Abtreibungsversuches mit sofortigem tödlichem Ausgang.

Von

H. GRABER.

Der kriminelle Abort ist in zahlreichen Abhandlungen hinsichtlich der Art seiner Durchführung beschrieben worden und somit wohl charakterisiert. Jedoch steht der Obduzent bei jeder Sektion mit der Fragestellung der Abtreibung vor einem neuen Problem. Die Zahl der Aborte zum Zwecke der Beseitigung unerwünschter Graviditäten hat nach Kriegsende wieder ein erstaunliches Maß erreicht.

Die Vielzahl der Aborte und die nicht immer ganz einfache Fragestellung hinsichtlich der ursächlichen Klärung veranlaßt mich, folgende Beobachtung eines ungewöhnlichen Abtreibungsversuches zu veröffentlichen.

Aus der Vernehmung des Abtreibenden geht hervor, daß er ein 18jähriges Mädchen geschwängert hatte, und beide beschlossen hatten, abzutreiben. Zu diesem Zwecke ging der Betreffende derart vor, daß er sich ein einadriges, gewöhnliches elektrisches Kabel besorgte, das gewöhnlich für elektrische Leitungen in Litzen benutzt wird. Diese Kabel haben eine Kunststoffhülse, in der ein vieladriger Kupferdraht verläuft. Von dem Betreffenden wurde hieraus der Draht entfernt und die Hülse in die Vagina eingeführt. Durch dieses Röhrchen wurde Luft in den Uterus durch Einführen in den Mund geblasen. Über die Art der Einbringung in den Uterus und in den Cervicalkanal ist nichts Sicheres bekannt. Nach dem kräftigen Blasen verstarb das Mädchen ganz plötzlich, so daß ärztliche Hilfe hinzugezogen wurde. Der Arzt konnte nur den eingetretenen Tod feststellen und Meldung wegen eines Todes aus unnatürlicher Ursache machen.

Die nach 32 Std gerichtlich durchgeführte Obduktion (S.-Nr. 255/50) ergab als Todesursache eine massive Luftembolie mit dem Nachweis von reichlich Luft in dem rechten Herzen, besonders im Vorhof, Anfüllung der Herzvenen mit Luftbläschen. Fernerhin waren die meningealen Gefäße mit Luftbläschen in reicher Menge angefüllt. Der Lokalbefund am Genitale zeigte eine unversehrte Scheide, die frei von fremdem Inhalt war. Der Uterus entsprach einer Schwangerschaft des 3. Monats und zeigte eine gummiballartige Konsistenz mit deutlichem tympanitischem Klopfschall. Infolge Kenntnis der Vorgeschichte wurde der Uterus mit Vagina und Adnexen in einen Eimer mit Wasser verbracht. Dabei wurde festgestellt, daß der Uterus in senkrechter Stellung schwamm. Die Eröffnung des Uterus im Wasser ergab ein deutliches Abperlen von Luftbläschen. Die weitere Inspektion des Uterus zeigte eine unversehrte Portio sowie Cervicalkanal. Die Frucht selbst befand sich in dem Eihautsack, der unbeschädigt aber teilweise

abgelöst war. Hier freies Blut. Die Placenta war in den Randteilen nahe dem inneren Muttermund von Blutungen durchsetzt und teilweise abgelöst. Die Frucht selbst befand sich, wie bereits gesagt, in einem unbeschädigten Fruchtsack und zeigte eine Länge von 10 cm.

Nun zu der Frage des Mechanismus. Die Vernehmung des Abtreibenden ergibt eindeutig, daß er die Litzenhülse als Röhrchen benutzt, dieses in die Scheide eingeführt und Luft durch Blasen hineingepreßt hat. Aus dem Nachweis einer massiven Luftembolie mit den typischen Kriterien einer solchen ergibt sich zwangsläufig der Schluß, daß das Röhrchen durch den Cervicalkanal in den Uterusfundus eingeführt worden sein muß. Beweisend hierfür ist die Tatsache der Ablösung des Eihautsackes mit Blutung in die Uterushöhle und Anfüllung mit Blut. Durch das Aufblasen des Uterus und den dadurch bedingten hohen Luftdruck ist es zu einer Ansaugung bzw. Einpressung von Luft in die eröffneten uterinen Venen gekommen, die durch das venöse System in das rechte Herz und ferner in die Hirngefäße gelangt ist. Der Tod ist ganz plötzlich eingetreten, ein weiterer Beweis dafür, daß die Anfüllung des Uterus mit Luft eine erhebliche gewesen sein muß. Dieser Abtreibungsmodus ist völlig ungewöhnlich und soweit aus der mir zugänglichen Literatur bekannt ist bisher nicht niedergelegt worden. Die Luftembolie als solche im Rahmen einer Abtreibung ist an sich wohl bekannt, jedoch nur als zusätzliche Komplikation einer Einspritzung von Flüssigkeit in die Gebärmutter, die lufthaltig ist. Im Zuge dieses Geschehens stellen sich protrahierte und fulminante Luftembolien zuweilen, aber nicht immer ein. Da die Pathogenese der Luftembolie bekannt ist, erübrigt sich hierzu eine Stellungnahme.

Von Interesse erscheint noch eine kurze Bemerkung zu der psychologischen Seite in der Richtung, wie der Abtreibende auf die Art der Durchführung verfallen sein kann. Es ist denkbar, daß der sog. Eihautstich in weiten Bevölkerungskreisen hinsichtlich seiner Technik und Wirkung bekannt ist. Auch ist die Tatsache der Verbringung von Flüssigkeit in die Uterushöhle zum Zwecke der Abtreibung in Form von Seifenwasser geläufig. Die Gefahren dieser Arten des Vorgehens sind ebenfalls wegen ihrer häufigen unerwünschten Nebenwirkungen mit tödlichem Ausgang bekannt. Wenn man sich den zur Diskussion stehenden Mechanismus im Vergleich zu den beiden oben beschriebenen Arten vorstellt, so muß zu dem Ergebnis gekommen werden, daß hier ein gleichsinniges Prinzip vorliegt, das die Gefahren des Eihautstiches sowie der Flüssigkeitseinspritzung vermeiden sollte. Möglicherweise ist aus diesem Grunde zu der Einblasung von Luft gegriffen worden, da dadurch eine Infektion verhütet werden sollte, zumal der Laie die Luft als sauber ansieht.

Zusammenfassung.

Beschreibung einer ungewöhnlichen, bisher in der Literatur nicht vermerkten Form der Abtreibung durch Einführung einer Litzenhülse in den Uterus und Einblasung von Luft durch diese in die Gebärmutter. Dieses Geschehen hatte den sofortigen Tod nach Durchführung infolge einer massiven Luftembolie zur Folge. Die anatomischen Kriterien bestanden in einer Anfüllung des rechten Herzens insbesondere des Vorhofes, der Herzvenen und der meningealen Gefäße mit Luft. Der Uterus selbst zeigte eine teilweise Ablösung der Fruchtblase, Blutung in die Uterushöhle sowie eine Anfüllung des Cavum mit Luft mit deutlicher Tympanie, Abperlen von Luft bei Eröffnung unter Wasser.

Dr. H. GRABER, Detmold,
Pathologisches Institut am Landeskrankenhaus.
