

(Aus dem Universitätsinstitut für gerichtliche Medizin in Wien [Vorstand:  
Hofrat Prof. A. Haberda].)

## **Folgen und Ausgänge perforierender Gebärmutterverletzungen nach mechanischen Eingriffen mit Einwandern des verletzenden Werkzeuges in die Bauchhöhle.**

Von

**Dr. Heinrich Katz,**

emer. Assistent am Institut.

Bei der großen und stetig steigenden Zahl von künstlich erzeugten Fehlgeburten sind tödliche Ausgänge nur zu häufig. Wurden doch in *Haberdas* Institut in einem zwölfjährigen Zeitraum (1908—1919) nicht weniger als 330 Frauen obduziert, die an den Folgen eines Fruchtabtreibungseingriffes verstorben sind.

Weitaus die Mehrzahl erliegt einer rasch tödlich gewordenen Infektion, ohne daß sich bei der Leichenöffnung Spuren eines verbotenen Eingriffes nachweisen ließen, obwohl auch derartige Fälle durch die in wenigen Tagen voll ausgebildete Sepsis und den zeitlichen Ablauf der Krankheitserscheinungen — die Zeichen der septischen Erkrankung gehen der Fehlgeburt voraus — zu künstlich erzeugten gestempelt sind. Verletzungen werden dagegen bei den mechanischen Fruchtabtreibungseingriffen, wie *Haberda*<sup>1)</sup> ausdrücklich betont, seltener; das hat darin seinen Grund, daß die Hebammen, welche sich gewerbsmäßig mit der Fruchtabtreibung befassen, gelernt haben, Werkzeuge zu handhaben, welche im allgemeinen nur ausnahmsweise Verletzungen setzen, nämlich elastische männliche Harnröhrenkatheter oder solide Kautschukbougies. Mit der zunehmenden Blutung, allenfalls mit der Frucht wird der in die Gebärmutter eingeführte und meist durch Tamponade der Scheide in seiner Lage erhaltene Katheter ausgestoßen, wenn ihn die Schwangere nicht schon selbst auf Anraten der Abtreiberin mit dem Einsetzen der Blutung entfernt und als verräterisches *Corpus delicti* vernichtet hat.

Doch kommen gelegentlich Fälle vor, wo der Katheter oder ein anderes zum Zwecke der Fruchtabtreibung in die Gebärmutter eingeführtes Instrument entweder ganz oder teilweise in utero verbleibt und dann von ärztlicher Hand entfernt werden muß, womit die Fruchtabtreibung bzw. der Versuch einer solchen erwiesen ist. Solche Fälle sind aber hinsichtlich

des Schadens an Leib und Leben für die Frau nicht so schlimm, wenn sie nicht von vorneherein infiziert sind.

Ganz anders steht es mit jenen, in welchen die Gebärmutter bei dem Eingriff perforiert wird. Meist sind es ärztliche Hände und ärztliche Instrumente, welche die oft durch gleichzeitige Verletzung von Bauchorganen so besonders folgenschwere Wunde im Uterus setzen. Schon seit geraumer Zeit mehren sich die Fälle von Uterusperforation mit Vorziehen des Darmes, die, wie *Haberda*<sup>2)</sup> ausgesprochen hat, darauf hinweisen, daß der kriminelle Abort leider auch häufig durch Ärzte eingeleitet wird, dessen Berechtigung der betreffende Arzt, der eine solche Verletzung erzeugt, dann in foro durch eine fadenscheinige Indikation zu stützen sucht, wie uns *Haberda*<sup>3)</sup> dargetan hat.

Perforation der Gebärmutter durch elastische halbsteife Katheter und Bougies sind entschieden ungewöhnliche Ereignisse und gar die Fälle, in denen das perforierende Werkzeug in der Bauchhöhle verschwand, haben von jeher so großes forensisches und klinisches Interesse erweckt, daß die meisten dieser Beobachtungen in der Literatur niedergelegt sind. Es sind ihrer nicht viele, weshalb es sich wohl lohnt, sie um zwei in *Haberdas* Institut auf dem Sektionstisch beobachtete zu vermehren und die in der Literatur verstreuten zu sammeln, um so mehr als eine größere Reihe solcher Beobachtungen nicht zusammengetragen ist.

1. Unser erster Fall betrifft eine 37 jährige verheiratete Frau vom Lande, die neun Kinder geboren hatte. Sie fuhr Mitte Oktober, angeblich um Einkäufe zu besorgen, von Oberösterreich zu einer Wiener Freundin und hatte noch vor, auf der Rückreise eine Provinzstadt aufzusuchen, wurde aber in Wien vom Tode ereilt. Als bald nach ihrer Ankunft in Wien soll die Frau nämlich über Schmerzen im Unterleib geklagt haben, die sich so steigerten, daß sie am 18. Oktober 1921 auf eine gynäkologische Abteilung einer Krankenanstalt aufgenommen werden mußte. Dortselbst gab sie an, daß sie Mitte August zum letzten Male menstruiert gewesen war und 8 Tage vor der Aufnahme ins Spital eine schwache Blutung gehabt habe. Sie klagte über Kreuz- und Bauchschmerzen, Fieber und Schüttelfrost und eine mäßige Blutung.

Bei der Aufnahme der schwächlichen Patientin wurde eine Temperatur von 39,4 und ein subikterisches Hautkolorit festgestellt. Puls 112 von normaler Qualität. Über der rechten Lunge war hinten unten eine Dämpfung bei abgeschwächtem Atmen und verstärktem Stimmfremitus feststellbar. Herz in normalen Grenzen, zwei Pulmonalton akzentuiert. Abdomen ohne Resistenz weich, der linke Unterbauch druckempfindlich. Das Genitale das einer Multipara. In der Vagina blutiger Schleim, Portio laceriert, Cervix geschlossen, Uterus von annähernd normaler Größe, in retroversio-flexio, nicht aufrichtbar. Die Gegend der linken Adnexe sehr druckempfindlich, ohne nachweisbaren pathologischen Befund. Das Zustandsbild des fieberhaften Abortus blieb bis in die 3. Novemberwoche durch die Erscheinungen von seiten der Lunge kompliziert, die offenbar einen pleuropneumonischen Prozeß bedeuteten. Unter entsprechender Behandlung und Kräftigung des Herzens besserte sich die Krankheit wenigstens so weit, daß Pat. am 3. Dezember auf ihr eigenes Verlangen aus dem Spital entlassen

wurde. Doch kaum 3 Wochen später wurde sie wieder auf dieselbe Abteilung gebracht, diesmal in ganz elender Verfassung: Sensorium getrübt, Puls 120, Temperaturen subfebril. Man erfuhr, daß zu Hause Fieber und Fröste bestanden hatten und daß seit einigen Tagen Stechen in der Brust und ein quälender Husten aufgetreten war. Durch reichliche Gaben von Exzitantien wurde das Leben der Pat. weiter erhalten. Symptome von seiten des Genitaltraktes oder der anderen Bauchorgane bestanden *nicht*. Am 12. Januar wurde aus einer Schwellung am linken Oberarm Eiter entleert, die Diagnose einer Septikopyämie post abortum war mithin außer Zweifel. Einige Tage später ergab die Punktion einer von der rechten Spina scapulae nach abwärts reichenden Lungendämpfung ein hämorrhagisches Exsudat, die Auscultation über dem Herzen knarrende Geräusche, alsbald traten Schwellungen an den unteren Gliedmaßen auf, die nahezu pulslos waren und am 21. Januar — einen Monat nach der zweiten Aufnahme — trat der Tod ein.

Da sich bei der pathologischen Obduktion ein *Katheter* in der Bauchhöhle befand, wurde diese abgebrochen und die Anzeige erstattet. Bei der nun von Hofrat *Haberda* vorgenommenen gerichtlichen Leichenöffnung ergab sich nachstehender, auszugsweise mitgeteilter Befund.

A. Äußerlich: Weibliche Leiche, 162 cm lang, schwächlich, mager, abgemagert, mit blasser Haut und mäßig reichlichen Totenflecken rückwärts . . . Äußere Scham klaffend, am Scheideneingang rückwärts in der Mittellinie innerhalb der schiffchenförmigen Grube ein linsenförmiges Loch, durch welches die Sonde anscheinend in den Mastdarm hineingelangt. Schambändchen narbig . . .

Beide Unterschenkel etwas wassersüchtig geschwollen. An der Hinterfläche des rechten Oberschenkels und in der Kniekehle ist die Haut bräunlich verfärbt und darunter sind die Blutadern erweitert und mit schwarzbräunlichen festhaftenden Gerinnseln ausgefüllt. Das Zellgewebe stark wässrig durchfeuchtet.

B. Innerlich: Obere Luftwege leer, Schleimhaut blaß. Lungen frei, ihre Vorderränder gedunsen, blutarm, die hinteren Anteile von dunkler Farbe, dichter, in den kleinen Luftröhrenästen Eiter, Schleimhaut gerötet. Der rechte Unterlappen in den hinteren Anteilen fleischähnlich dicht, luftleer, mit glatter Schnittfläche. Im linken Unterlappen einzelne kleine, den Läppchen entsprechende, auf der Schnittfläche vorgewölbte, nicht gekörnte, entzündliche Herde. Gewebe überall stark durchfeuchtet. Im eröffneten Herzen haften rechts einzelne Faserstoffgerinnsel. An der zweizipfeligen Klappe und an der Verbindungsstelle zwischen hinterer und rechter Aortenklappe kleinwarzige, festhaftende Auflagerungen. Aorta glatt, Herzfleisch bräunlich gelb, morsch.

*In der freien Bauchhöhle kein fremder Inhalt. Bauchfell glatt und glänzend. Das große Netz über die Darmschlingen ausgebreitet, im rechten Anteil des unteren Randes verdickt und in der Gegend des Blinddarmes mit dem wandständigen Bauchfellüberzug verklebt. Beim Abheben des Bauchfelles sieht man an der Vorderwand des Blinddarmes eine kreisrunde Lücke mit glatten Rändern, die etwas grau pigmentiert sind, und ihr entsprechend an der vorderen Partie der seitlichen Beckenwand einen Abklatsch, an welcher Stelle offenbar eine Verklebung stattgefunden hatte. Nach Zurückschlagen des großen Netzes wird ein schwarzer elastischer, 5 mm breiter, am unteren Ende quer abgesetzter rauher Katheter sichtbar, welcher durch eine Lücke des großen Netzes am Ansatz desselben in den queren Teil des Dickdarmes nach innen von der Leberkrümmung hindurchgeht, rechts hinauf unter die Leber führt, unter welcher in der Höhe des Zwerchfellansatzes das obere abgerundete Ende des Katheters, der 25 cm in der Länge mißt, liegt. Hierselbst findet sich unter der Leber rötlich-brauner Eiter, welcher in einer Höhle angesammelt ist, die durch Verlötung der unteren Leberfläche mit dem wandständigen hinteren Bauchfell gebildet ist. In*

*diesen Hohlraum hinein führt eine Rinne, welche durch den aufliegenden Katheter veranlaßt ist.*

*Auch zwischen Magen und unterer Leberfläche liegt ein solcher kleiner Absceß. Das Lebergewebe daselbst verquollen und erweicht.*

Leber groß, glatt, plumprandig, etwas derber, außen von braunroter Farbe. Leberläppchen groß, deutlich umgrenzt, mit zentralen roten und graugelben, peripheren Anteilen, auf dem Durchschnitt mäßig blutreich, brüchig, mit derselben Zeichnung, die an einzelnen Stellen in den peripheren oberen Anteilen des rechten Lappens verquollen ist, wobei die rötliche Farbe vorwiegt. Gallenblase geschrumpft, in ihrer Wand verdickt, enthält zahlreiche größere und kleinere, an der Oberfläche rauhe in Schleim eingebettete Steine, die Wandung verdickt, Schleimhaut fleckig gerötet. Milz und eine vor ihr gelegene Nebenmilz von Walnußgröße weich, recht blutreich, Gewebe austreifbar . . .

Gebärmutter von Form und Größe wie nach mehrfachen Geburten. Die Oberfläche im allgemeinen glatt, nur am Gebärmuttergrund in der rechten Hälfte grau verfärbte bindegewebige Stränge von Spinnwebendünne, welche zum rechten Eileiter ziehen. Das Bauchfell in der Bucht zwischen Gebärmutter und Mastdarm rechts mit ebensolchen spinnwebendünnen Häutchen überzogen. Eierstöcke klein, geschrumpft, Eileiter zart. Am äußeren Ende des linken eine taubeneigroße Cyste. *Gebärmutter zeigt am Grunde knapp nach innen von der rechten Eileiterecke eine ovale, schiefergraue, narbige Stelle von 2:2 mm Ausdehnung; ihr entspricht an der Innenfläche im Grunde hoch oben von der Mittellinie etwas nach rechts gelagert, eine etwas erhabene schwarzgrau pigmentierte Stelle, auf welcher weißliche, faserige Massen auflagern.* Eben dieser Auflagerung entspricht rechts eine kleine Einziehung. Die Körperhöhle der Gebärmutter erweitert, Schleimhaut dünn, von grauer Farbe. Gebärmutterwand im Körperteil 14 mm dick, Gewebe brüchig. Der äußere Muttermund querspaltig. Scheide ausgeglättet, als solche unverletzt. Das schon erwähnte Loch im Scheidenvorhof hat narbig-glatte Ränder und von seinem unteren Rand geht eine lineare weiße Narbe in das Scheidenbändchen. Die entsprechende Lücke im Mastdarm liegt knapp oberhalb des Afters und ist von oben durch eine Schleimhautfalte gedeckt. Die Schleimhautfalten, im untersten Teil des Mastdarmes geglättet, bilden tiefe, nach unten gerichtete Taschen . . .

Der wurmförmige Darmanhang erhalten, nach hinten umgeschlagen, mit dünnem bindegewebigen Häutchen an den Blinddarm angewachsen. Mit dem Blinddarm ist auch eine unterste Schlinge des Grimmdarmes verlötet. Dünndarm mäßig ausgedehnt, enthält gallig gefärbten Brei, Schleimhaut recht blutreich. Im Dickdarm brauner, breiiger Kot. Nieren gelockert, Rinde breit, gerunzelt, rötlich gestrichelt, mit der Kapsel vielfach verwachsen, Pyramiden blaßrot, ihre Grenzen aufgefasert . . .

Das von *Haberda* erstattete Gutachten lautete folgendermaßen:

Frau M. V. litt an Blutvergiftung, wie sich aus der Schwellung und Weichheit der Milz, der Entartung der Leber, der Nieren und des Herzfleisches und den Auflagerungen an den Herzklappen ergibt. Sie ist im Verlaufe dieser Erkrankung an eitrigem Lungenkatarrh und Lungenentzündung gestorben.

Die Blutvergiftung ging von einer Eiterung im Bauchraume unterhalb der Leber aus, welche durch einen Fremdkörper im Bauchraume veranlaßt und unterhalten wurde.

Es fand sich nämlich ein 25 cm langer, halbstarrer männlicher Gummikatheter in der Bauchhöhle, der unterhalb des großen Netzes lag und mit seinem oberen Ende bis unter die Leber an deren oberen Rand heranreichte. Hier und zwischen Leber und Magen war eine Absceßhöhle gebildet. Der Katheter war

durch die Gebärmutter hindurch in den Bauchraum eingeführt worden. An dem Grunde der Gebärmutter war neben der rechten Eileiterecke eine Narbe zu sehen, die der verheilten Perforation der Gebärmutter entspricht.

Solche Katheter werden zum Zwecke der Fruchtabtreibung in die schwangere Gebärmutter eingelegt, wobei eine Verletzung der Gebärmutter hervorgerufen werden kann. Die Verstorbene hat im Oktober 1920 im Spital die Zeichen eines Abortus gezeigt, der zweifellos durch den Katheter verursacht worden war.

Der Tod der Frau steht zweifellos mit dem fruchtabtreibenden Eingriff in ursächlichem Zusammenhang.

Die durch lokale Entzündung verklebte Öffnung im Blinddarm ist durch den Druck des im Bauche liegenden Fremdkörpers entstanden.

Die Verstorbene hatte mehrmals geboren und bei einer Entbindung infolge Einreißung des Scheideneinganges eine Fistel zwischen Scheidenvorhof und Mastdarm davongetragen.

Wie so oft in Fällen verbrecherischer Fruchtabtreibung, ist auch in diesem die Täterschaft unerkant geblieben. Aus der Zeugenaussage der Wiener Freundin der Verstorbenen ging nur hervor, daß die M. V. nicht zur festgesetzten Stunde auf dem Westbahnhof ausstieg. Sie kam erst 1½ bis 2 Stunden später in Begleitung einer fremden Frauensperson in der Wohnung der Freundin an. Kaum angelangt und mit dem Schreiben von Karten an ihre Angehörigen beschäftigt, wird ihr übel. Das Unwohlsein geht rasch vorüber. Sie plaudert im Kreise der Familie, plötzlich muß sie aufstehen und das Klosett aufsuchen, um sich „Watte einzulegen“, denn das aus den Geschlechtsteilen herabtropfende Blut besudelt den Boden. Und damit beginnt die Erkrankung der Frau, die alsbald den eingangs geschilderten Verlauf nimmt.

Wer diese Zeugenaussage liest und als Schüler *Haberda*s dessen unvergleichliche Vorlesungen über die Fruchtabtreibung gehört hat, erinnert sich lebhaft seiner Schilderungen von jenen in den Tageszeitungen annoncierenden Hebammen, die in der Nähe eines Bahnhofes wohnen, in dem Inserat die Nummer der Straßenbahn angeben, mit der ihre Wohnung vom Bahnhofe am raschesten zu erreichen ist und gelegentlich auch ihre Helfer auf dem Bahnhofe postiert haben, um die vom Lande „Hilfe und Rat suchenden Frauen“ zu empfangen und ihnen die Leibesfrucht abzutreiben<sup>4</sup>).

So wird es wohl auch in diesem Falle zugegangen sein. Statt zur Freundin ging die Frau zuerst offenbar zu einer Hebamme, deren Wohnung sie aus der Zeitung erfahren konnte — es blüht bereits wieder das Annoncenunwesen wie vor dem Kriege — und mit der verhängnisvollen Verletzung kam sie 2 Stunden später zu ihrer Freundin.

Darnach hat der Katheter durch 14 Wochen im Bauchraum gelegen. Es ist auf Grund der Erfahrungen, die *Haberda* in vielen Jahren ausgedehntester gerichtsärztlicher Tätigkeit sammeln konnte, nur wieder etwas gewöhnliches, daß die Frau ihr Geheimnis bei sich behielt und damit verstarb, obwohl gerade in diesem Falle eine richtige Mitteilung des Geschehenen vielleicht den Schlüssel zu einer operativen Therapie hätte liefern können.

Auf Grund des objektiven Befundes allein wäre die richtige Diagnose natürlich niemals zu stellen gewesen. Bei dem ersten Spitalaufenthalte war der Befund nicht anders wie er soundso oft bei einem fieberhaften Abortus ist, der, eben infiziert, die Grenzen des Uterus bereits überschritten hat und keinen Anlaß zu einer aktiven Therapie gibt. Überdies waren die Erscheinungen von seiten der Lunge im Vordergrund und man kann wohl annehmen, daß die bereits beim ersten Spitalaufenthalte beobachtete Dämpfung des rechten Unterlappens in ursächlichem Zusammenhange mit den unter dem rechten Leberlappen durch den

Fremdkörper sich vorbereitenden Krankheitserscheinungen stand. Als die Pat. dann zum zweiten Male ins Spital kam, waren bereits aus der Absceßhöhle, die den Katheter umgab, die Infektionserreger in die Blutbahn eingebrochen.

II. Der zweite im Wiener gerichtlich-medizinischen Institute beobachtete Fall trug sich folgendermaßen zu:

Die 37jährige M. P., die Frau eines Schneiders, welche vier Kinder geboren und zwei Fehlgeburten getan hatte, litt angeblich seit längerer Zeit an einem Magentübel. Darum wollte sie weiteren Kindersegen vermeiden und trug einen sog. „Frauenschutz“, den sie vor jeder Menstruation selbst entfernte, während sie die Einführung desselben von einer Hebamme besorgen ließ. Um den 25. März 1922 hatte die Frau, welche stets regelmäßig menstruiert war, zum letzten Male die Regel. Mitte April soll sie von einer starken Blutung und heftigen Kreuzschmerzen befallen worden sein, weshalb sie wieder die Hebamme aufsuchte, die eine Schwangerschaft nicht habe feststellen können und Spülungen mit Lysoform verordnete. Diese machte sich die Frau mit einem Irrigator mit gläsernem Mutterrohr. Bei einer Spülung am Abend (6 Uhr) des 2. Mai, so gab die M. P. an, verschwand plötzlich das gläserne Ansatzstück und kam nicht mehr zum Vorschein! Als am nächsten Vormittag Bauchschmerzen und Brechreiz die Frau beunruhigten, ließ sie einen Arzt holen, dem sie den Hergang erzählte. Der ließ sie sogleich ins Spital schaffen, woselbst sie um  $\frac{3}{4}$  3 Uhr desselben Tages ankam. Man erhob folgenden Befund: Temperatur 37,7, Puls 124, Zunge leicht belegt. Abdomen diffus gespannt, empfindlich, Dämpfung in den Flanken rechts stärker als links ausgesprochen, Aufhellung bei Seitenlagerung. Genitale einer Multipara, in der Vagina eitriges Sekret. Portio steht vorne an der Symphyse, die Cervix für den Finger offen, Corpus uteri gut mannsfaustgroß, weich, stark retroflektiert. Bei der Sondierung wird eine Perforation der vorderen Uteruswand festgestellt.

Sofortige Laparotomie (ausgeführt von *Zelnik*, derz. Leiter der gynäkol. Abteilung der „Rudolfstiftung“). Mediane Eröffnung der Bauchhöhle durch Schnitt vom Nabel bis zur Schoßfuge. In der Bauchhöhle trüb serös-hämorrhagisches Exsudat. Die Darmschlingen und das Netz düsterrot verfärbt. *Am Uterus findet sich an der Vorderfläche eine zweihellerstückgroße Perforationsöffnung, an der das Sigmoid angelötet ist. Das Mesenterium hart am Übergang vom Sigmoid ins Rectum ist bis auf eine schmale Brücke durchtrennt, durch welche Lücke man das Ende des Mutterrohres, das zwischen den Darmschlingen liegt, tastet.* Es wird entfernt. Bei der Revision des Darmes an einer Dünndarmschlinge eine Abschürfung der Serosa. Typische Totalexstirpation des Uterus mit Entfernung der linken Adnexa. Drainage durch die Vagina. Peritonealisierung des Wundbettes mit Zuhilfenahme der Flexur. Naht des Mesenteriums und der Serosaverletzung. Kochsalzspülung, Äthereingießung. Drainage in beiden Flanken. Schluß der Bauchdecken. Tropfklysma mit Adrenalinzusatz. Am nächsten Tag andauernd arhythmischer Puls. Kochsalz mit Adrenalin intravenös. Campher, Coffein, Physostigmin. In der Nacht wiederholtes fäkulenten Erbrechen. Magenspülung. Unter zunehmender Verschlimmerung am 24. V., 6 Uhr morgens, Eintritt des Todes, 96 Stunden nach der Verletzung und 75 Stunden nach der Laparotomie.

Bei der gerichtlichen Obduktion wurde von Prof. *Meixner* folgender im Auszuge mitgeteilter Befund erhoben:

A. Äußerlich: Weibliche Leiche, 160 cm lang, 61,4 kg schwer, ziemlich schwächlich gebaut, mäßig genährt, die Haut von schmutziger Tönung, blaß-gelblich, mit spärlichen blauroten Totenflecken rückwärts... Bauch flach, mit zahlreichen Dehnungstreifen. In der Mitte des Unterbauches zieht vom

Nabel bis auf den rasierten Schamberg eine 17 cm lange, durch Nähte und Wundklammern geschlossene Leibschnittwunde, aus welcher etwas oberhalb ihrer Mitte und nahe dem unteren Winkel je ein Gummischlauch herausgeleitet ist. Scheideneingang sehr weit. Schleimhaut mißfarbig. Aus der Scheide quillt dickflüssiges Blut vor . . .

B. Innerlich: . . . Unterhautzellgewebe am Bauche daumendick, eigelb. Därme stark gebläht, besonders der Dickdarm und der Magen. Die Därme im Bereiche des Unterbauches mit der Bauchwand und auch untereinander vielfach verklebt; der obere Gummischlauch ist mit einem Verbandstoffstreifen von der vorderen Bauchwand gegen die Milz zu geleitet, liegt in einem von einer dicken faserstoffigen Haut ausgekleideten Gang an der Vorderseite des großen Netzes. Der untere Schlauch ist in der rechten Flanke bis an den vorderen Rand des rechten Leberlappens geführt. Das Bauchfell der Därme in Längsstreifen entsprechend den Grenzen der aneinanderklebenden Flächen gerötet. Freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle nicht nachweisbar. Am mittleren Dünndarm findet sich eine Stelle von ungefähr 10 cm Länge, die durch Blutunterlaufung dunkel gefärbt ist und durch dicke Faserstoffmassen mit einer Nachbarschlinge verklebt ist. An der Oberfläche des verklebten Bezirkes finden sich drei das Bauchfell der Schlinge vereinigende Kopfnähte.

Im Becken fehlen die inneren Geschlechtsteile mit Ausnahme der rechten Gebärmutteranhänge.

Das Bauchfell durch eine quere Naht, die durch Blutgerinnsel und Faserstoffmassen bedeckt ist, geschlossen . . .

Beide Lungen mit den Spitzen und sonst mehrfach locker angewachsen, sehr faul. Ihre Gefäße von geronnenem Blut erfüllt, Gewebe stark durchfeuchtet, überall lufthaltig. Die Luftröhrenäste enthalten dicke, gallige Flüssigkeit. Herz von gewöhnlicher Größe, schlaff, faul; in seinen Höhlen Blut- und Speckgerinnsel, Kammern von gewöhnlicher Weite und Wanddicke, Klappen zart und schlußfähig, die Innenfläche der Körperschlagader glatt.

Leber vielfach mit dem Zwerchfell verwachsen, ihre Oberfläche faulgrün. Schnittfläche gelblichbraun. Auch die Milz mit dem Zwerchfell mehrfach verwachsen, von gewöhnlicher Größe, zähe, mit glatter Oberfläche. Schnittfläche glatt, Gewebe von ihr nicht abzustreifen. Nieren von gewöhnlicher Größe, schlaff, Rinde graugelb, Pyramiden schmutziggroßrot. Kapsel festhaftend, Oberfläche glatt. Die Rinde der Nebennieren gelblichgrau . . .

Magen enthält etwas gallige Flüssigkeit, Schleimhaut blaßgallig gefärbt. Im Magengrunde, durch Gas abgehoben, findet sich näher dem Pförtner eine stumpfwinkelige, breit klaffende Zusammenhangstrennung von im ganzen 5 cm Länge, welche sich in ihrem dem Magengrund zugekehrten Schenkel zu einem ins Zellgewebe hinter dem Ansatz des kleinen Netzes hinaufreichenden zwanzighellerstückgroßen Geschwür mit dünnem schwarzbraunen Grunde vertieft, das gegen den Netzbeutel zu nur von einer dünnen Haut überdeckt ist. An der Hinterwand liegt nahe diesem Geschwür noch ein zweites kleineres rundes Geschwür mit gleichfalls mißfarbigem Grunde. Auch hier die Wandschichten treppenförmig sowie bei dem größeren Geschwür bis auf eine dünne äußere Wandschichte durchbrochen . . .

Der obere Dünndarm mit dünner, braunschwarzer Flüssigkeit gefüllt. Im unteren Dünndarm dicke, gelbe Flüssigkeit. Im Dickdarm spärlicher Kot. Der aufsteigende Dickdarm und die S-Schlinge zusammengezogen. Scheide weit, klaffend, Schleimhaut faulgrün. Am oberen Ende der Scheide ringsum Kopfnähte, darüber befindet sich über dem durch quere Naht vereinigten Bauchfell noch ein kleinapfelgroßer, von Blutgerinnseln erfüllter Hohlraum. In den Ver-

klebungen finden sich der rechte Eierstock und der rechte Eileiter, im Eierstock kein gelber Körper.

*Der Leiche liegt bei die in Formalin gehärtete Gebärmutter mit den linken Anhängen. Die Gebärmutter, welche 12 cm lang, 9 cm breit und etwas über 15 mm dick ist, ist der ganzen Länge nach an der Rückseite durch einen Längsschnitt eröffnet. Aus der Körperhöhle wölbt sich ein Gebilde wie eine Eiblaste vor. Der Schnitt trifft den an der Hinterseite haftenden Mutterkuchen. Neben dem unteren Pol der sich vorwölbenden Blase liegen in der Gegend des inneren Muttermundes Blutgerinnsel. Das Bauchfell der Gebärmutter ist fleckweise sehr blutreich, vielfach fein rauh, durch eine Lücke links von der Mitte der vorderen Wand ist ein federkielicker Glasstab herausgeführt, der andererseits im Halsgange liegt. Die Schleimhaut des Halsganges zeigt an der Rückwand einige längsgestellte Zusammenhangstrennungen. Nach vollständiger Härtung wird die Gebärmutter in zwei Hälften entzweigeschnitten. Die die Eiblaste vollständig ausfüllende mit dem Kopfe nach unten liegende Frucht hat eine Steißcheitellänge von ungefähr 5 cm. Der Mutterkuchen haftet an der Vorderwand. Hinter dem Ei liegt in der noch erhaltenen Höhle des Gebärmutterkörpers ein dunkles dünnes Blutgerinnsel. Der Gang, in welchem der Glasstab steckt, geht schräg nach oben durch die Vorderwand in der Höhe des inneren Muttermundes beginnend.*

Das auf Grund der Erhebungen und des Obduktionsbefundes erstattete Gutachten lautete folgendermaßen:

M. P. ist an allgemeiner Bauchfellentzündung gestorben. Die Ursache derselben war eine Durchlöcherung der vorderen Gebärmutterwand. Durch die Lücke und eine Lücke im Gekröse des untersten Dickdarmes war ein gläsernes Mutterrohr in die Bauchhöhle gelangt, das 3 Tage vor dem Tode im Spital auf dem Wege des Leibschnittes entfernt wurde. Es wurde auch die verletzte Gebärmutter mit den linksseitigen Gebärmutteranhängen entfernt, doch hat, wie dies nach Entwicklung einer allgemeinen Bauchfellentzündung so häufig ist, der Eingriff die Frau nicht mehr gerettet. Diese war nach der Größe der in der entfernten Gebärmutter noch enthaltenen Frucht ungefähr 3 Monate schwanger gewesen. Da sie ja schon geboren hatte, ist es nicht wahrscheinlich, daß ihr die neue Schwangerschaft entgangen ist. Wenn sich auch die Frau durch das Tragen eines Pessars zur Verhütung der Empfängnis sicher gefühlt haben mag, und wenn es auch vorkommt, daß während der ersten Monate einer Schwangerschaft zu den Zeiten, zu welchen ohne Schwangerung die Monatsblutung fällig wäre, schwache Blutungen auftreten, wenn ferner auch unregelmäßige Blutungen während einer Schwangerschaft sich einstellen können, ohne daß letztere unterbrochen wird, so ist die Angabe, daß Mitte April starke Blutungen aufgetreten sind, doch sehr unglaubwürdig und erinnert zu auffällig an die ständige Verantwortung der Abtreiberinnen, die immer bestrebt sind, eine Blutung als Ursache ihrer Zuziehung hinzustellen. Das Einführen eines Rohres bis in die Gebärmutter kann nur den Zweck gehabt haben, die Frucht abzutreiben, denn bei einer Scheidenspülung wird, wie eine erfahrene Frau wissen muß, das Rohr nicht so weit eingeführt.

Es ist möglich, daß sich die Verstorbene das Rohr selbst eingeführt hat. Die Verletzung war durch eine bei der Aufnahme ins Spital festgestellte regelwidrige Lagerung der Gebärmutter, Knickung nach rückwärts, begünstigt.

Man muß auch an die Möglichkeit denken, daß die Durchlöcherung der Gebärmutter schon früher, bei einem Abtreibungsversuch von fremder Hand erzeugt oder wenigstens vorbereitet wurde, während es nicht wahrscheinlich ist, daß eine geübte Abtreiberin das Rohr eingeführt hat. Die Eiblaste befand sich noch in inniger Verbindung mit der Gebärmutterinnenwand, doch war schon eine Blutung in die noch teilweise erhaltene Gebärmutterhöhle eingetreten.



Im Magen fanden sich einige Geschwüre, welche jedoch ziemlich frisch, erst in letzter Zeit entstanden waren. Doch mag eine Neigung zur Bildung solcher Geschwüre bestanden haben, welche Neigung auch Magenbeschwerden verursacht haben kann.

Angesichts der offenkundig unwahren Angaben sind Erhebungen zur Klärung des Sachverhaltes dringend notwendig. Es ist auch wünschenswert, das Pessar (Frauenschutz), das die Verstorbene getragen haben soll, zu beschaffen.

Ob die von der Gerichtsbehörde geführten weiteren Nachforschungen den Fall als eine Selbstabtreibung oder als einen mechanischen Eingriff von fremder Hand aufklären werden, ist fraglich. Jedenfalls lehnen wir mit *Meixner* die perforierende Verletzung der Gebärmutter durch das gläserne Mutterrohr als eine zufällig bei einer Scheidenspülung entstandene ab. Der Fund des 20 cm langen Mutterrohrs in der Bauchhöhle ist ein Kuriosum, dem man eine gleiche Beobachtung nicht leicht an die Seite stellen kann. Für den Kliniker ist dieser Fall aber nur wieder eine sprechende Bestätigung für die Ohnmacht unserer Therapie in den meisten Fällen rasch fortschreitender Bauchfellentzündung. Obwohl der Fall als Verletzung erkannt wurde, die Frau verhältnismäßig bald ins Spital kam und unmittelbar nach ihrer Aufnahme, allerdings 21 Stunden nach der Verletzung, operiert wurde, obwohl die Quelle der Infektion, der Uterus, durch Totalextirpation entfernt wurde, starb die Frau dennoch und alle erdenklichen Mittel im Kampfe gegen die Bauchfellentzündung, die Eingiebung von Äther in die Bauchhöhle, die wiederholten Kochsalzinfusionen mit Zusatz von Adrenalin, die Aufpeitschung der Herzkraft usw. blieben machtlos.

Die Mitteilung dieser Fälle hat mich zur Durchsicht der Literatur nach ähnlichen Beobachtungen veranlaßt, deren ich von den achtziger Jahren bis in die Gegenwart insgesamt 54 auffinden konnte, ohne damit den Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen, da die Kasuistik gerade über die kriminellen und nichtkriminellen Verletzungen der Gebärmutter unübersehbar ist. Im nachfolgenden gebe ich eine gedrängte Darstellung der einschlägigen Fälle<sup>1)</sup>:

3. Im Falle *W. A. Friends* führte sich eine Frau nach zweimaligem Ausbleiben der Regel eine *Haarnadel* in die Gebärmutter ein, die sie durch sorgfältiges Zusammendrehen der Schenkel zu einem sondenartigen — zum Zwecke der Fruchtabtreibung wohl geeigneten — Werkzeug umgestaltete. Beim Einstoßen in die Gebärmutter war die Nadel abgebrochen und dann in die linke Tube geraten, wo sie eine schwere Entzündung mit Retention und ausgedehnten Verwachsungen der Umgebung verursachte; war schließlich aus der Tube ins Peritoneum gewandert und hatte als andauernd wirkender Reiz zu reflektorischen Krampfanfällen geführt. *Freund* entfernte die Nadel durch Laparotomie 13 Wochen nach ihrer Einführung und die Frau genas.

4. *L. Hectoen* beschreibt einen Fall von doppelter Perforation des Uterus, die erste war durch Einführung eines Kautschukkatheters, die zweite durch nachträgliches Curettement entstanden. Bei der Obduktion der an Peritonitis verstorbenen 20jährigen Frau, deren Leiche zwecks Öffnung exhumiert wurde, fand sich der Uterus an zwei Stellen durchbohrt, und zwar saß an der hinteren

<sup>1)</sup> Wo mir die Originalmitteilungen zugänglich waren, sind diese benutzt worden. Zahlreiche Fälle aber mußten nach Referaten gebracht werden, namentlich diejenigen, welche in ausländischen, mir nicht zugänglichen Zeitschriften oder in Sitzungsberichten ärztlicher Gesellschaften veröffentlicht sind.

Cervixwand eine unregelmäßig gerissene Stelle, die subperitoneal von der Verbindungsstelle des S-Romanum mit dem Rectum in den Darm führte und durch die ein aus Mucosa und Teilen der Muscularis des Darmes bestehender Gewebsetzen herausging. Eine zweite runde Öffnung fand sich am Fundus uteri, und in der Bauchhöhle lag mit der Spitze unter der Leber ein 10 Zoll langer Kautschukkatheter. Der Abortus war im 3. bis 4. Monat (bereits zum zweiten Male) von einem Arzte eingeleitet worden. Offenbar hatte der Katheter den Fundus uteri durchbohrt und war in die Bauchhöhle eingedrungen. Die Verletzung des Darmes war durch die Curette veranlaßt worden, die nach dem Abortus noch verwendet wurde. Der Täter endete durch Selbstmord.

5. *Harrison* beobachtete einen Fall von Abtreibungsversuch mittels eines *Glasfederhalters*. Beim Versuche, ihn einzuführen, entschlüpfte er und konnte nicht mehr gefunden werden. In der Scheide fand sich keine Wunde oder Narbe. Bei der Laparotomie wurde der Fremdkörper in der Milzgegend unter dem Zwerchfell gefunden. Heilung.

6. *De Smitt* teilt einen Fall von Fruchtabtreibung durch eine Hebamme mit, welche ein elastisches Bougie in die Gebärmutter einführte, welches verschwand. Unmittelbar darauf trat Abortus ein. Mehr als 2 Jahre später wurde in Nabelhöhe oberhalb des mittlerweile wieder schwangeren Uterus ein Tumor gefühlt, welcher sich bei der Laparotomie als das jetzt im Darm liegende Bougie erwies, das nach Incision des Darmes entfernt wurde. *De Smitt* nimmt an, daß durch das Bougie der Uterus perforiert wurde und daß dasselbe in eine an die Perforationsstelle sich anlagernde und mit derselben verwachsene Darmschlinge eingewandert ist. Der Fall ging in Heilung aus.

7. *Johnson* berichtet über einen Fall von Durchbohrung des schwangeren Uterus durch ein Bougie, welches per laparotomiam entfernt wurde.

8. *Lewis* teilt eine kriminelle Einleitung eines Abortus durch einen Arzt an seiner eigenen Frau mittels männlichen *Silberkatheters* mit. Das Instrument durchbohrte die Gebärmutter, verschwand in den Bauchhöhle und wurde daraus durch Bauchschnitt entfernt. Ferner berichtet er auch über andere Fälle, in welchen Glasstäbe, Laminariastifte und andere Fremdkörper in der Bauchhöhle gefunden wurden oder wo solche durch den Nabel eingebohrt worden waren.

9. *Zaborowsky* berichtet über einen Fall von Selbsteinführung eines Holzfederhalters in den Uterus durch eine im 4. Monat Schwangere. Erst nach der rechtzeitig eingetretenen Entbindung wurde der 15 cm lange Federhalter aus einer in der Nähe des Nabels gelegenen Schwellung operativ entfernt. Derselbe war teilweise mit Faeces beschmutzt. Die Frau genas.

10. und 11. *Hermann* berichtet in seiner Arbeit „Über das Vorkommen von Fremdkörpern im Uterus“ unter anderen Fällen: a) über einen in der französischen Literatur mitgeteilten einschlägigen Fall. In diesem wurde eine Haarseilnadel zu Fruchtabtreibungszwecken in die Gebärmutter eingeführt. Nach 69 Tagen citierte sie spontan in der Leistengegend heraus. Derselbe Autor erwähnt auch b) den Fall *Eckmanns*, in welchem ein in den Uterus eingeführter elastischer Katheter durch den Nabel spontan ausgestoßen wurde.

12. *Bussière* beschreibt die in Französisch-Indien gebrauchten Abortivmittel, die in kräftiger Massage des Leibes oder in Einführung von Metall- oder Holzstäbchen zum Zwecke der Ausführung des Eihautstiches bestehen und teilt 3 Fälle mit, darunter einen, in welchem ein parametraner Absceß bestand, aus welchem ein Bambusstäbchen, das zur Aborteinleitung eingeführt worden war, entfernt wurde.

13. *E. W. Lewis* eröffnete durch Incision oberhalb der Symphyse einen parametranen Absceß und entfernte aus der Absceßhöhle einen Holzstift, der zwecks

Einleitung der Fehlgeburt in die Gebärmutter eingeführt worden war und dieselbe durchbohrt hatte, worauf er ins Parametrium gelangte.

14. Besonders interessant ist ein von *Liebmann* mitgeteilter Fall eines im Ovarium befindlichen und glücklich entfernten Fremdkörpers bei einer 19jährigen Frau, die bereits zweimal entbunden hatte. Bei der Untersuchung fand sich der Uterus etwas vergrößert, normal anteflektiert, beweglich, hyperämisch. Die Bewegungen schmerzhaft. Das rechte Ovar nicht nachzuweisen. Das linke erheblich vergrößert, sehr druckempfindlich, tieferstehend. Es fiel zugleich auf, daß ein mittelhartes, dünnes Stäbchen vom Ovarium zum Uterus zog. Durch das ziemlich dünne Scheidengewölbe fühlte man deutlich, daß das fast horizontal verlaufende Stäbchen sowohl mit dem Ovarium wie mit der Gebärmutter in Verbindung stand, an deren hinterer Wand, etwas links von der Medianlinie, ungefähr in der Höhe des Orificium internum, sich das Stäbchen ansetzte. Die Frau zeigte sich bei der Mitteilung, daß sie einen Fremdkörper in der Bauchhöhle beherberge, nicht weiter überrascht und gab an, sie habe sich vor *mehreren Jahren* eine Nähnadel unversehens in den Bauch gestochen. Durch eine hintere Kolpotomie wurde die in zarte Pseudomembran eingehüllte Nadel zuerst aus dem Uterus und dann aus dem Ovar entfernt. Die Nadel, welche 0,5 cm im Uterus und ebenso tief im Eierstock stak, war 4 cm lang und 1 mm dick und entsprach einem Stück einer Stopfnadel. Die Frau wurde gesund.

15. *Chr. Martin* entfernte eine beinerne *Häkelnadel* aus dem Abdomen einer 48jährigen Frau, die sie in der falschen Meinung einer bestehenden Schwangerschaft sich in die Gebärmutter selbst eingeführt und sie durchbohrt hatte.

16. *Pearl* erzählt von einer Fruchtabtreiberin, die bei einer im 4. Monate Schwangeren mit einer auf beiden Seiten zugespitzten federkielartigen Beinnadel den Eihautstich ausführte, wobei die Nadel den Uterus durchbohrte und ins parametrische Bindegewebe glitt. Nach 3 Tagen abortierte die Frau und es entstand in der rechten Leistengegend ein Absceß, der 14 Tage nach dem Abortus eröffnet und aus welchem die Nadel extrahiert wurde. Genesung.

17. Im Falle *Petrqin* und *Foltz*, den ich ebenso wie den nächstfolgenden *Hofmann-Haberdas* Lehrbuch der gerichtlichen Medizin entnehme, wurde von einer Hebamme eine Uterussonde eingeführt. Diese verschwand und der Abortus trat ein. Vier Monate später bildete sich eine kleine Geschwulst in der Nähe des Nabels, aus der durch Einschnitt die Sonde extrahiert wurde.

18. *Barwell* teilt einen ähnlichen Fall mit: Eine junge Dame hatte durch Einführen und Liegenlassen eines elastischen Katheters abortiert, wobei nur noch der Elfenbeinknopf des Instrumentes hatte entfernt werden können; 1½ Jahre darnach fand *Barwell* eine bedeutende Eiteransammlung über den Hüften, die er entleerte. Eine Woche später wurde im Douglas der Katheter gefühlt und später vom Rectum aus entfernt, nachdem er 20 Monate in der Bauchhöhle gelegen hatte. Die Genesung dauerte 6 Wochen.

19. *Thorn* beobachtete eine Frau, die sich selbst zum Zwecke der Fruchtabtreibung eine mittelstarke Bougie mit Mandrin in die Gebärmutter eingeführt hatte, worauf sie verschwand. Der Mandrin blieb in der Hand. Wenige Stunden später einsetzende peritonitische Erscheinungen führten die Pat. zu *Thorn*, der bei der Laparotomie die Bougie schräg im hinteren Douglas fand. Die Perforationsöffnung saß annähernd in der Mitte der Hinterwand des Uterus in der Höhe des Orificium internum. Genesung.

20. In dem bekannten gräßlichen Fall von *Lewis* führte sich die Frau eines Arztes eine *Schirmspange* in die Gebärmutter ein, die Uterus und Diaphragma durchbohrte und bei der Leichenöffnung in der rechten Lunge gefunden wurde, also die Bauchhöhle bereits verlassen hatte.

21. *R. Braun v. Fernwald*, dessen Vortrag über Uterusperforation ich die Fälle 16 bis 20 in obiger Reihenfolge entnehme — übrigens die einzige Arbeit, in der eine größere Zahl solcher Beobachtungen gesammelt ist —, entfernte selbst in der Gegend des Os sacrum aus einem daselbst aufgetretenen Absceß das Ende eines Glaskatheters, der bei einem kriminellen Fruchtabtreibungsversuche in die Bauchhöhle gewandert war und nicht, wie die Frau glauben machen wollte, durch ärztliche Manipulationen, nämlich durch Spülen einer vaginal incidierten Absceßhöhle nach Adnexerkrankung.

22. Ein weiterer Fall ist in Wien von *Weibel* mitgeteilt worden, der die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten derartiger Vorkommnisse deutlich widerspiegelt:

Eine seit 3 Monaten nicht mehr menstruierte Frau bot bei der Aufnahme im Spital eine rechts vom Uterus gelegene und bis in die Ileocöcalgegend hinaufreichende weiche, elastische, diffuse Resistenz. Man dachte wegen des hohen Sitzes der Resistenz zuerst an Appendicitis. Allein die Anamnese ließ die Annahme einer Extrauterin gravidität sehr begründet erscheinen. Die Colpocöliotomie posterior ergab, daß es sich nicht um einen von den Adnexen ausgehenden Prozeß handelte, sondern um eine akut entzündliche Erkrankung, die ihrer Lage nach offenbar mit der Appendix im Zusammenhang war. Der bei der explorativen Cöliotomie austastende Finger hatte einen in der Blinddarmgegend liegenden Absceß eröffnet. Bei der wegen wiederauftretenden hohen Temperaturen vorgenommenen Laparotomie in der Ileocöcalgegend gelangte man in die freie Bauchhöhle und erst bei Austastung gegen das kleine Becken zu kam der Finger auf abgekapselten Eiter; gleichzeitig fühlte man mitten im Absceß das Ende eines länglichen, bleistiftdicken Fremdkörpers, der nach seiner Exstruktion sich als ein steifer Gummikatheter erwies, welcher mit seinem unteren Ende in der Blinddarmgegend lag und dessen Spitze sich hoch oben zwischen Darmschlingen vor der Niere befand. Ein dickes Drainrohr wurde durch die Laparotomiewunde ins Abdomen eingelegt und durch schon vorhandene Öffnungen im hinteren Scheidengewölbe hinausgeleitet; tags darauf ging durch das Rohr dünnflüssiger Darminhalt ab. Da eine Verletzung des Darmes intra operationem ganz ausgeschlossen war, mußte man annehmen, daß es durch den Druck des Fremdkörpers zu einer Nekrose der Darmwand gekommen war. Die Darmfistel schloß sich im Verlaufe einiger Wochen. Der Katheter, welcher 3 Wochen im Bauche gelegen hatte, war von einer Hebamme in die Gebärmutter eingeführt worden, ohne daß die von der Hebamme vermutete Schwangerschaft bestanden hätte.

23. *v. Neugebauer* beobachtete Ausstoßung eines Federhalters durch die vordere Bauchwand mit Absceßbildung am 3. Tage post partum! Der zu Fruchtabtreibungszwecken im 3. Schwangerschaftsmonate in die Gebärmutter eingeführte Katheter war nach Perforation der hinteren Cervixwand zuerst ins Cavum Douglasii und dann in den Darm gelangt und wurde schließlich von dem wachsenden Uterus in Nabelhöhe gebracht und hier ausgestoßen.

24. *Treub* sah einen präperitonealen Absceß und in diesem ein von einer Hebamme behufs Fruchtabtreibung eingeführtes Bougie, das den Uterus durchbohrt hatte. Der Absceß wurde 3 Wochen nach der Perforation eröffnet. Der Fall ging in Heilung aus.

25. In einem zweiten Falle *Treubs*, in welchem ein Absceß im Cavum Retzii entstanden war, hatte sich die Schwangere selbst ein Bougie eingeführt und dabei den Uterus durchbohrt.

26. *Ranzi* fand bei Eröffnung eines in der Unterbauchgegend fühlbaren Tumors bei einer 22jährigen Frau einen halbweichen Katheter, den sich die Pat. ein Vierteljahr vorher in der fälschlichen Meinung einer bestehenden Schwanger-

schaft von einer Hebamme hatte einführen lassen. Das Werkzeug fand sich in Netz eingehüllt; peritonitische Erscheinungen hatte es nicht bedingt.

Die Einhüllung des Katheters ins Netz wird noch von mehreren anderen Autoren berichtet, so

27. bis 33. von *Jakobson*, der durch vordere Kolpotomie ein am Tage vorher bei einer im 2. Monat Schwangeren eingeführtes, in Netz eingehülltes Bougie extrahierte. Tierversuche ergaben, daß solche Bougies in 5 Tagen ganz von Netz umhüllt waren. Heilung.

Hierzu erwähnte *Pawlow* in der Diskussion, daß er zweimal und *Olenin*, daß er dreimal in Netz eingehüllte Katheter aus der Bauchhöhle durch hintere Kolpotomie entfernt habe. *Olenin* berichtet auch über einen Fall von Ausstoßung der Bougie durch den Damm unter Eiterung. Mithin scheinen in Rußland, woher der Bericht stammt, derartige Fälle nicht ganz selten zu sein.

34. *Roth* fand bei der Laparotomie wegen eines neben dem Nabel gefühlten Tumors und Erscheinungen von Darmverschluß in der Bauchhöhle einen *Wattebausch*, der jedenfalls durch eine bei der Fruchtabtreibung verursachte Uterusperforation in die Bauchhöhle gelangt war. Die Frau gestand, daß sie sich mehrmals selbst den Abortus eingeleitet hatte, ohne daß Zwischenfälle eingetreten wären. Man muß wohl annehmen, daß in dem Falle der *Wattebausch* an einem Instrumente (Kornzange, Holzstäbchen od. dgl.) befestigt war und bei der Perforation der Gebärmutter mit dem Instrumente beim Zurückziehen desselben abgestreift wurde.

35. *Bastian* berichtet über eine von einer Hebamme verschuldete Uterusperforation mittels einer Gummisonde, die durch das Ligamentum latum in die Bauchhöhle eindrang, hier liegen blieb und Erscheinungen von Peritonitis verursachte. Die Sonde hatte auch eine Darmschlinge angebohrt und wurde mittels Laparotomie entfernt.

36. *Eduards* erwähnt eines Falles von Uterusperforation durch Selbsteinführung einer Häkelnadel mit Beinstiel zum Zwecke der Fruchtabtreibung. Die völlig verschwundene *Nadel* wurde durch Röntgendurchleuchtung tief in der Bauchhöhle liegend erkannt und per laparotomiam entfernt; trotz mehrtägigen Liegens hatte der Fremdkörper weder objektive noch subjektive Erscheinungen hervorgerufen. Heilung.

37. und 38. *Okwitschitz* beschreibt a) einen Fall, wo sich in der Unterbauchgegend ein Absceß fand, bei dessen Incision sich ein 5 Monate vorher eingeführtes Bougie fand. Tod an Sepsis.

In einem b) Falle desselben Autors war ein Bougie eingeführt worden, das durch die Perforationsstelle im Uterus vorne rechts in die Bauchhöhle geschlüpft war und später zwischen verwachsenen Darmschlingen neben einem Spulwurm gefunden und entfernt wurde. Die Öffnung im Darm wurde durch Naht geschlossen. Heilung und ungestörter Verlauf der Schwangerschaft bis zum normalen Ende trotz Perforation und Laparotomie.

39. *Greene* entfernte aus der Bauchhöhle ein zwischen den Blättern des Mesenterium liegendes Beinhäkchen, das von der Frau selbst zum Zwecke der Fruchtabtreibung — wie schon früher einmal — eingeführt worden war und den Uterus durchbohrt hatte.

40. *Heyrovsky* entfernte aus einer Geschwulst auf der linken Darmbeinschaukel einen Katheter, der wahrscheinlich 5 Jahre vorher zum Zwecke des tatsächlich eingetretenen Abortus in die Gebärmutter eingeführt worden war.

41. In der Diskussion zu einem Vortrage *Halbans*: „Zur Kasuistik der Uterusperforation“ gab *Lindenthal* einen Fall von Uterusperforation durch einen Mercierkatheter bekannt, der zur Aborteinleitung in der 8. bis 10. Woche von einem

Arzte eingeführt worden war und durch die Perforationsöffnung in die Bauchhöhle schlüpfte. Nach 24 Stunden Laparotomie, der Uterus gut kontrahiert, die Perforationsöffnung kaum stecknadelkopfgroß, die Suche darnach schwierig. Da bereits 24 Stunden vergangen waren und am Uterus keine Reaktionserscheinungen zu sehen waren, Naht. Heilung.

42. *Douglas* entfernte bei einer Schwangeren, die sich 10 Wochen vorher selbst eine Bougie eingeführt hatte, weil die Menses um 2 Wochen überfällig waren, die 30 cm lange Bougie aus einer abgesackten Absceßhöhle, die, mit jauchigem Eiter angefüllt, dicht unter dem Bauchfell gelegen war. Nach 12 Wochen erfolgte die Fehlgeburt. Der Autor nimmt an, daß die Bougie wahrscheinlich ohne Verletzung des Eis den Uterus in seinem unteren Abschnitte durchbohrt hatte und vielleicht mit einem Ende noch im Uterus stak, so daß bei seiner Entfernung der Abortus zustande kam.

43. Von *Schwarzwaller* wurde Absceßbildung in der Nierengegend durch das abgebrochene Stück der Kanüle einer Braunschens Spritze beobachtet, die bei einem Selbstabtreibungsversuch den Uterus durchbohrt hatte und in die Bauchhöhle eingedrungen war. Das abgebrochene Stück wurde nach einigen Tagen beim Verbandwechsel entfernt und die Frau genas.

44. und 45. *Lasagna* fand bei zwei Laparotomien je einen in entzündliche Schwarten eingebetteten Katheter, der zu Fruchtabtreibungszwecken in den Uterus eingeführt worden war.

46. *Williams* fand bei einer 30jährigen Frau, die er wegen eines mit leichten Temperatursteigerungen und unregelmäßigen Schmerzanfällen einhergehenden Tumors in der rechten Unterbauchgegend operierte, ein fixiertes und ödematöses Coecum und Colon ascendens mit infiltriertem retrocöcalen Drüsentumor und einen 5 Zoll langen, die Wand des Coecum durchbohrenden Schieferstift, der nach dem Geständnis der Operierten von ihr vor Jahren behufs Fruchtabtreibung eingeführt worden war. Die Frau war außerdem ein Jahr früher wegen doppelseitiger Salpingitis und eines linksseitigen großen Pyovariums operiert worden.

47. *Lee* entfernte aus einem Bauchabsceß eine  $4\frac{1}{2}$  Zoll lange Stricknadel, die  $1\frac{1}{2}$  Jahre vorher der Schwangeren *unter den Kleidern* eingeführt worden war. Die Einführung war von einer *starken*, mehrere Tage anhaltenden *Blutung* begleitet gewesen.

48. *Talmey* fand bei einer Laparotomie inmitten der Bauchhöhle eine Bougie, die zu Fruchtabtreibungszwecken eingeführt worden war und den Uterus durchbohrt hatte.

49. *D. W. Kemperdick* berichtet von einer Witwe, die sich eine Gänsefeder in den Uterus stach, da sie sich schwanger fühlte. Die Feder war plötzlich verschwunden. Wenige Tage später wurde die Frau laparotomiert, als sich bereits deutliche Zeichen von Bauchfellentzündung fanden. Am nächsten Tage starb die Frau, bei deren Leichenöffnung die Gänsefeder aus der freien Bauchhöhle entfernt und im Fundus uteri zwei große Perforationsöffnungen festgestellt wurden.

50. *Ill* behandelte eine Frau, die sich zwecks Fruchtabtreibung eine 14 cm lange Häkelnadel in den Uterus eingeführt hatte, die spurlos verschwand. Obwohl durchaus keine ersten Symptome auftraten und auch bei genauer Untersuchung sich krankhafte Erscheinungen nicht feststellen ließen, eröffnete *Ill* trotzdem die Bauchhöhle und fand in der Uteruswand eine Perforation und nach mühevolem Suchen die Nadel, die auf der rechten Niere am *Diaphragma* lag. Heilung.

51. Ein weiterer Fall von Selbstabtreibung und Perforation des Uterus mit Einwandern des Bougies in die Bauchhöhle ist von *Schönbek* genau beschrieben und wird auch von *Haberda* im Lehrbuch erwähnt. Eine 35jährige, von ihrem

Manne getrennte Hebamme, die zum fünften Male schwanger war, wurde ins Spital gebracht, da sie seit 2 Tagen unter hohem Fieber, Schüttelfrösten und Erbrechen erkrankt war. Die Gebärmutter erwies sich einer 3 monatlichen Schwangerschaft entsprechend vergrößert und bei der Austastung des Uterus nach Erweiterung des Halskanals mit Quellstiften fand sich ein ca. 3 Monate alter frischer Foetus samt Placenta. Eine Verletzung der Gebärmutter konnte nicht festgestellt werden. Am nächsten Tage trat Erbrechen, Meteorismus und Bauchschmerz in verstärktem Maße auf und am folgenden Morgen war der Verfall der offensichtlich an Bauchfellentzündung erkrankten Frau nicht mehr aufzuhalten. In diesem Zustand gestand die Patientin, daß sie sich 2 Tage vor ihrer Erkrankung einen in Lysol geweichten, vielleicht nicht genügend desinfizierten Katheter unter Leitung der Finger in den Muttermund eingeführt habe, wobei er plötzlich ihrer Hand entglitt. Sieben Tage nach dem Selbstabtreibungsversuch starb die Frau. Bei der Leichenöffnung fand sich als Todesursache eine diffuse eitrige Bauchfellentzündung. Handbreit unter der Leber lag unter Darmschlingen ein 13 cm langes, 3 mm dickes, abgebrochenes elastisches Bougie. An der Hinterwand des Uterus in der Höhe des inneren Muttermundes fand sich eine suffundierte, ca. hellergroße Partie, von der aus ein Kanal gegen die Cervix zu sondierbar war, welcher  $1\frac{1}{2}$  cm oberhalb des äußeren Muttermundes endete.

52. Besonders interessant und in diagnostisch-therapeutischer Hinsicht von Bedeutung ist der im Rahmen eines Fortbildungsvortrages über „Abortus“ von *Kermauner* mitgeteilte Fall, der sich folgendermaßen zutrug: „Eine 26 jährige Frau war, da sie glaubte, gravid zu sein, zur Hebamme gegangen und hatte sich ein Bougie einlegen lassen. Etwas Blutung, Schmerzen. Die Schmerzen hielten an, auch zeitweise Unbehagen, Gefühl von Kranksein; aber weder eine Frucht noch das Bougie kamen zum Vorschein. Nach 2 Monaten entschloß sie sich, ärztlichen Rat zu suchen und erzählte uns alles. Wir wollten es zunächst kaum glauben. Befund: Das Becken ausgemauert von bretharten Massen, die hinaufreichen bis in die Mitte zwischen Symphyse und Nabel. *Eine Röntgenaufnahme in Rückenlage war negativ; auf einer zweiten in Bauchlage war das Bougie deutlich zu sehen.* Eine mediane Incision, die direkt auf die härtesten Schwielen vordrang, förderte dann auch ohne große Mühe das äußerst übelriechende, aber sonst gut-erhaltene 30 cm lange elastische Bougie zutage. Nach etwas wechselndem Verlauf, zeitweise Sekretretention, Heilung.“

53. und 54. *S. M. Mironowa* berichtet in jüngster Zeit über 2 Fälle von Uterusperforation mit Austritt der Bougie in die Bauchhöhle, die sich in seiner russischen Heimat, in der die Aborte erschreckend überhandnehmen, ereignet haben.

In dem einen Falle wurde von einer Hebamme wegen Schwangerschaftsverdacht (ohne daß eine Gravidität bestand) einer 21 jährigen Pat. eine Bougie eingeführt, welche in den nächsten Tagen verschwand. Bei der nach 12 Tagen vorgenommenen medianen Laparotomie fand sich das Instrument in Verwachsungen eingebettet in der Bauchhöhle. Am Uterus war eine kleine Vertiefung mit Blutgerinnseln sichtbar. Entfernung des Fremdkörpers, Naht des Peritoneum, glatte Heilung.

Im anderen Falle *Mironowas* wurde einer 26 jährigen,  $2\frac{1}{2}$  Monate Schwangeren von einer Hebamme *zweimal* eine Bougie eingeführt. Da die Bougie verschwand, so führte die Hebamme im Glauben, daß sie verlorengegangen sei, eine *dritte* Bougie ein. Da Schmerzen eintraten, wurde sie wieder entfernt. Am 4. Tage trat die Pat. in die Behandlung des Autors. Bei der Laparotomie fand er eine lokale Peritonitis und im hinteren Douglas lag frei der Fremdkörper zum eiterbedeckten Coecum und Appendix gerichtet. Am Uterus sah man in dessen Hinterwand

die Perforationsöffnung, weshalb er entfernt wurde. Die Pat. genas nach glattem Wundverlauf.

Es hat sich demnach eine stattliche Anzahl von Uterusperforationen mit Austritt des Werkzeuges in die Bauchhöhle aus aller Herren Länder zusammenstellen lassen. Immer und überall setzen die Frauen eben Gesundheit und Leben aufs Spiel, wenn es gilt, eine ihnen lästige Schwangerschaft zu beseitigen, ja sie sind zu einem solchen Eingriff, und wäre er auch noch so gefahrlos, schon auf die unsichere Vermutung einer Schwangerschaft entschlossen, wie fünf der mitgeteilten Fälle beweisen, in denen eine Schwangerschaft nicht vorlag. Diese Fälle sind auch forensisch deswegen von Bedeutung, weil nach geltendem österreichischen Recht der Versuch der Fruchtabtreibung am nicht schwangeren Uterus, also an einem untauglichen Objekt, nicht strafbar ist. Doch erkennen die Richter in Anbetracht der Gefahren eines intrauterinen Eingriffes auch an dem nicht schwangeren Organ — solche Eingriffe werden oft mit langer Krankheit oder gar mit dem Leben bezahlt — wie wir wiederholt erfahren haben, auf Vergehen gegen die Sicherheit des Lebens und belegen die Schuldigen mit einer entsprechenden Freiheitsstrafe.

Während also in 5 Fällen eine Schwangerschaft überhaupt nicht vorlag, kann in den übrigen der Bestand einer solchen teils mit Sicherheit, teils mit mehr minder großer Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Wie in den meisten Fällen krimineller Fruchtabtreibung, geschah auch in den gesammelten der Eingriff ausnahmslos in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, in der Mehrzahl sogar in den allerersten Monaten, ja hin und wieder sogar nach Überfälligkeit der Regel um wenige Wochen.

Der von den schwangeren Frauen erstrebte Erfolg, die Beseitigung der Gravidität, tritt meist, doch keineswegs immer ein. Finden sich doch in unserer Zusammenstellung 3 Fälle, in denen trotz der schweren Verletzung der Gebärmutter die Schwangerschaft ungestört bis zum normalen Ende gedieh, gewiß ein ungewöhnliches Vorkommnis. Man muß in derartigen Fällen annehmen, daß das Ei als solches trotz der Durchbohrung der Gebärmutter unverletzt geblieben ist und die Wunde des Uterus nicht von einer zu beträchtlichen Blutung begleitet war, da bei einer starken Blutung die Ablösung des Eies und damit der unaufhaltsame Abort zu gewärtigen ist. Eine schöne Bestätigung dafür, daß selbst bei einer großen Perforationsöffnung in der Gebärmutter das Ei unverletzt bleiben kann, liefert der zweite der aus dem Institute mitgeteilten Fälle, dessen konserviertes Präparat das wohlerhaltene Ei in seinen unversehrten Hüllen, zugleich aber auch den Beginn der Blutung ins Cavum uteri zeigt.

Wie bei uns wird auch an anderen Orten der Eingriff meist von gewerbmäßigen Fruchtabtreiberinnen ausgeführt, die in der großen Mehrzahl



der Fälle gelernte und oft bereits wegen Fruchtabtreibung vorbestrafte ehemalige Hebammen sind. In den mitgeteilten Fällen sind Hebammen 20 mal für den Eingriff verantwortlich zu machen gewesen, wie aus den Geständnissen der Frauen oder anderweitigen Umständen hervorgeht, wobei aber jene Fälle nicht mit erfaßt sind, in denen solche Anhaltspunkte nicht vorlagen, weil die Frauen eben geschwiegen haben. Leider sind auch Ärzte als Fruchtabtreiber in drei der gesammelten Fälle schuldig geworden, darunter einer, der den mechanischen Eingriff mit Perforation des Uterus und Austritt des Metallkatheters in die Bauchhöhle an seiner eigenen Frau vornahm. Auffallend hoch ist die Zahl der Frauen, die sich nach eigenem Geständnis die Leibesfrucht selbst abtrieben oder abzutreiben versuchten und dabei die Gebärmutter perforierten, ohne das perforierende Instrument wieder aus dem Uterus entfernen zu können. Solcher Fälle habe ich 18 zusammenstellen können. Diese Zahl beweist, daß Selbstabtreibungen häufig sind, wie dies auch *Haberda* hervorhebt, dem sie in seiner ausgedehnten strafgerichtlichen Praxis in nicht geringer Zahl begegnet sind. Während es Erstgeschwängerten kaum möglich ist, sich selbst ein Instrument in den äußeren Muttermund einzuführen, wiewohl auch solche Versuche bekannt sind, gelingt es Mehrgeschwängerten ziemlich leicht. Wenn sie in Rückenlage oder in hockender Stellung die Bauchpresse wirken lassen, so erreichen sie mit einem oder mit zwei Fingern das „Grübchen“ — den äußeren Muttermund — und können sich mit der anderen Hand, allenfalls unter Leitung eines Spiegels, das Abtreibungsinstrument einführen, wie dies *Haberda* von geständigen Frauen erfuhr und in seinem Lehrbuche mitteilt.

Was nun die zu dem mechanischen Eingriffe verwendeten Werkzeuge anlangt, so steht obenan der elastische männliche Harnröhrenkatheter und das solide Kautschukbougie, das in seiner Beschaffenheit jenem recht nahe kommt. 31mal wurde mit diesen Instrumenten die Perforation erzeugt und das Werkzeug in der Bauchhöhle gefunden. Damit ist einwandfrei bewiesen, daß auch diese nachgiebigen und biegsamen Instrumente, wenn sie nur mit einiger Kraftanwendung eingeführt werden, nur zu leicht perforierende Verletzungen setzen können. Häufig (7 mal) werden auch von den Frauen, die den Eingriff an sich selbst ausführen, Nadeln verschiedenster Art, wie sie zu Handarbeiten verwendet werden, gebraucht. Sie bestehen meist aus Bein oder Stahl oder es steckt die Nadel aus Stahl in einem Griffe aus Bein. Auch Federhalter aus verschiedenem Material, Holzstäbchen, eine Regenschirmspange, eine Uterussonde, eine Gänsefeder, ein 20 cm langes gläsernes Mutterrohr in unserem zweiten Falle, Bleistifte, kurz alle erdenklichen sondenartigen, langen und mehr minder spitzen Werkzeuge sind in den gesammelten Beobachtungen als durchaus taugliche Instrumente für

die Abtreibung der Leibesfrucht erwähnt. Ganz eigentümlich ist der Fund eines Wattebausches nach krimineller Perforation im Falle *Roths*, den wir uns auf die oben geschilderte Weise erklären. Auch davon, daß die Fruchtabtreibungswerkzeuge bei der Einführung abbrechen und Teile derselben in die Bauchhöhle gelangen, berichten einige der gesammelten Fälle. (Abgebrochenes Stück einer Braunschen Spritze im Falle *Schwarzwällers*, das Ende eines Glaskatheters im Falle *Brauns*.) Das geschieht bei Gegenständen aus sprödem Material begreiflicherweise besonders leicht, aber auch bei Verwendung elastischer Katheter ist dieses Ereignis eingetreten, wie z. B. der Fall von *Schönbek* beweist.

Die nach der Perforation des Uterus in den Bauchraum gelangten Instrumente können entweder *extra-* oder *intraperitoneal* gelagert sein. Sowohl bei diesem wie bei jenem Verhalten können sie im kleinen Becken oder in der großen Bauchhöhle gefunden werden. Extraperitoneal finden wir die Fremdkörper meist dann gelagert, wenn die Wunde im Uterus so gelagert ist, daß das Instrument, ohne Widerstand zu finden, ins subseröse Gewebe nachgleiten kann, was bei Durchbohrungen der Cervix, die so häufig seitlich sitzen, besonders leicht der Fall ist. Im Parametrium erzeugt nun der Fremdkörper, mit dem gleichzeitig mehr minder virulente Keime eingeschleppt zu werden pflegen, die Zeichen und Beschwerden einer Beckenzellgewebsentzündung, die die Frauen zum Arzte führt, manchmal aber bleibt er gänzlich symptomlos liegen. In der Regel kommt es zu größeren und kleineren Exsudaten, die leicht vereitern und zu Absceßhöhlen werden, welche die Frauen durch das remittierende Fieber, die Schmerzen, die häufigen Blasen- und Mastdarmbeschwerden schwer herunterbringen. In nicht wenigen der mitgeteilten Fälle kam es zum spontanen Durchbruch der Abscesse. Sie entleeren sich dort, wo parametranne Eiterhöhlen durchzubrechen pflegen, die hochsitzenden meist oberhalb des Poupartschen Bandes, auf einer Darmbeinschaukel, bei Ausbreitung des Prozesses im Cavum Retzii oberhalb der Symphyse, in den Darm, die Blase, die Scheide, das Mittelfleisch, in seltenen Fällen bei Aufsteigen der Eiterung gegen das Lager der Niere als paranephritischer Absceß und endlich, was das Schlimmste ist, nach der freien Bauchhöhle zu.

Bei intraperitonealer Lage des Fremdkörpers ist der Sitz in der großen Bauchhöhle entschieden häufiger, wenn auch im hinteren Douglas und in der Gegend der Adnexe die perforierenden Instrumente gefunden wurden. Für die Wanderung des Fremdkörpers im Cavum peritonei ist wieder die Lage der Perforationsöffnung von wesentlichem Belang, da eine fundale Verletzung dem Werkzeug ganz besonders leicht den Weg in die Bauchhöhle bahnt. Darmbewegungen, von denen das Instrument mitgenommen werden kann, eine glatte Oberflächenbeschaffenheit, allenfalls auch aktive oder passive Lageveränderungen des Körpers tun:

ein übriges, und so kann es nicht wundernehmen, wenn wir den Fremdkörper weitab von der Perforationsstelle zwischen den Därmen, oder unter der Leber, der Milz, unter dem Zwerchfell und sogar jenseits desselben finden. Mit dem Fremdkörper können im Bauchraume mannigfache Veränderungen einhergehen. Die Fälle, in denen sie frei in der Bauchhöhle liegen, sind die Ausnahmen. Meist hat dann das Instrument nur ganz kurze Zeit bewegungslos gelegen und besitzt eine *glatte* Oberfläche, wie *H. v. Bayer*<sup>5)</sup> in seiner experimentellen Arbeit gezeigt hat. Viel häufiger sind sie eingekapselt, wobei meist das Netz die Hülle bildet, die schon nach wenigen Tagen des Verweilens im Bauche vorhanden sein kann. Verklebungen mit der Bauchwand, mit den verschiedensten Organen der Bauchhöhle, Drucknekrosen der Darmwand, Einwandern in die Darmlichtung unter Erscheinungen örtlich begrenzter Bauchfellentzündung sind häufige Vorkommnisse, wie die Durchsicht der zusammengestellten Fälle lehrt. Des öfteren wird ein Bauchwandabsceß gefunden, der an der Stelle des geringsten Widerstandes durch die Bauchdecken durchbricht, nämlich in der Gegend des Nabels, womit die Selbstheilung durch Ausstoßen des Fremdkörpers bewerkstelligt wird. Während solche Prozesse eine langwierige und schmerzhaftere Erkrankung bedingen, machen andererseits wieder Fremdkörper in der freien Bauchhöhle keinerlei Beschwerden. Ob sie aber dauernd symptomlos getragen werden können, läßt sich im voraus nicht bestimmen, selbst wenn sie auch lange Zeit keine Störungen verursacht haben.

Hinsichtlich der Dauer des Verweilens der Fremdkörper nach Perforation der Gebärmutter sind in den mitgeteilten Fällen gewaltige Unterschiede zu verzeichnen. Von solchen, in denen das Instrument kaum einen Tag lag, bis zu Beobachtungen mehrjährigen Verweilens sind Beispiele vorhanden. Am längsten dürfte sich wohl das Instrument, ein Katheter, im Falle *Heyrovskys* in der Bauchhöhle befunden haben, nämlich wahrscheinlich mehr als 5 Jahre! Aber auch die Fälle von *Williams*, *Barwell*, *Lee*, *de Smitt* sind in dieser Hinsicht besonders bemerkenswert.

Wird ein Arzt vielleicht viele Monate, ja Jahre nach einem solchen Eingriff mit den geschilderten Folgen zu einer Patientin gerufen, die unbestimmte und wenig eindeutige Krankheitserscheinungen zeigt, so wird er an alles andere eher denn an einen Fremdkörper denken, zumal ihn auch die Angaben seiner Patientin fast immer im Stiche lassen werden. So ist für den Arzt aller Grund vorhanden, ebensogut an eine vom Genitale ausgehende Erkrankung entzündlicher Natur, wie an eine Appendicitis, eine Tubenschwangerschaft, einen Tumor, eine Erkrankung der Nieren, einen Darmverschluß anzunehmen, indessen ein Fremdkörper das unverständliche Krankheitsbild hervorbringt. Und in der Tat wird die richtige Diagnose so gut wie niemals gestellt, auch

nicht in Fällen von kurzem Verweilen des Instrumentes in der Bauchhöhle, es sei denn, daß die Frau selbst die Wahrheit gesteht. Das sind aber ganz seltene Ausnahmen. In solchen Fällen wird auch das *Röntgenverfahren* mit Vorteil zur Lokalisation des Fremdkörpers herangezogen werden können, wie die Fälle von *Eduards* und *Kermauner* beweisen, wobei man allenfalls mehrere Aufnahmen in verschiedenen Richtungen anfertigen muß, um den Fremdkörper sichtbar zu machen.

Der Therapie sind dort die Wege vorgezeichnet, wo sich der Körper bereits seines fremden Inhaltes zu entledigen begann. Wenn sich entzündliche Schwellungen der Oberfläche nähern, dann entleert die einfache Incision über der Kuppe der Geschwulst den Eiter und mit ihm den Fremdkörper. Vielfach ist bei Lokalisation des Fremdkörpers im kleinen Becken die Kolpotomie mit gutem Erfolge ausgeführt worden. Die Laparotomie, welche bei der Unsicherheit der Diagnose und der Lokalisation des unerkannten Leidens den meisten Erfolg für die Klärung des Einzelfalles bietet, kann einfach sein, aber auch wesentlichen Schwierigkeiten begegnen, und allenfalls durch unvermeidliche Eröffnung abgesackter Eiterhöhlen den Erfolg des Eingriffes in Frage stellen.

Eine Entfernung der Gebärmutter ist in den mitgeteilten Fällen im ganzen nur 2 mal vorgenommen worden, da dieselbe ja nur in frischen Fällen zweckdienlich ist, wo es gilt, die Infektionsquelle dauernd auszuschalten. Der eine der beiden Fälle (von *Mironowa*) endete glücklich.

Eines ist sicher: Das Schicksal der Frauen ist in der größten Mehrzahl derartiger Fälle bereits mit dem die Verletzung bedingenden mechanischen Eingriff entschieden. Sind durch diesen hochvirulente Keime in die Bauchhöhle gebracht worden, so kommt die Operation, wenn sie nicht in unmittelbarem Anschluß an die Verletzung gemacht wird — und das war in keinem einzigen der mitgeteilten Beobachtungen der Fall — fast stets zu spät. Ist aber einige Zeit hingegangen, konnte der Körper eine etwa eingetretene Eiterung durch Abkapselung und Membranbildung örtlich abgrenzen, dann darf man hoffen, daß — allerdings mit Ausnahmen, wovon der erste der von uns mitgeteilten Fälle eine solche darstellt — doch nach längerem und oftmals schwerem Krankenlager Genesung eintritt. Hier eröffnet sich chirurgischer Tätigkeit ein dankbares Feld. Eine Incision, eine Kolpotomie oder Laparotomie erschließen den Eiterherd und mit der Entfernung des unerwarteten Fundes versiegt allmählich die Eiterung.

Damit ist aber auch gezeigt, daß die Prognose derartiger Verletzungen doch nicht ganz so düster ist als es scheinen mag. Das geht auch aus den Zahlen hervor, die ich aus den zusammengestellten Fällen für die Mortalität errechnet habe: zieht man jene ab, in denen über das endgültige Schicksal der Frauen kein Vermerk sich findet, so ergeben sich

unter 48 verwertbaren Beobachtungen 7 Todesfälle, d. i. 16,6%. Von diesen waren 3 operiert worden.

Man darf aber nicht vergessen, daß dies nur ein ganz kleiner Bruchteil jener vielen unglücklichen Frauen ist, denen die immer mehr überhandnehmende Fruchtabtreibung in der Vollkraft ihrer Jahre das Leben kostet.

### Literatur.

(Allgemeines.)

<sup>1)</sup> *Haberda*, Handb. d. g. Med. v. Schmidtmann, Bd. I. — *Hofmann-Haberda*, Lehrb. d. g. Med. 10. Aufl. 1919. — <sup>2)</sup> *Haberda*, Diskussionsbem. in der Wien. geb.-gyn. Ges. v. 29. X. 1907, Zentralbl. f. Gynäkol. **32**, 749. — <sup>3)</sup> *Haberda*, Scheinindikation bei ärztlicher Fruchtabtreibung, Wien. klin. Wochenschr. 1917, Nr. 20. — <sup>4)</sup> *Haberda*, Gerichtsarztl. Erfahrungen über die Fruchtabtreibung in Wien. V. f. g. M. 3. F. 56. Bd. Suppl. — <sup>5)</sup> *Bayer, H. v.*, Fremdkörper im Organismus. Einheilung, Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. **58**.

### Literatur zur Kasuistik.

Fall 3. *Freund, W. A.*, Zentralbl. f. Gynäkol. 1887, S. 817. — Fall 4. *Hectoen. L.*, Americ. Journ. of obstetr. a. gynecol. **26**, 69. 1892 und Americ. Gyn. Journ. Toledo **2**, 623. 1892. *Frommels Jahresber.*, VI. Jahrg. 1892. — Fall 5. *Harrison*, Med. record, New York, Vol. LVI, p. 64; *Frommels Jahresber.* XIII, 929. 1899. — Fall 6. *De Smitt, B. S.*, Arch. f. Gynäkol. **67**, 743. — Fall 7. *Johnson, J. T.*, Americ. Journ. of obstetr. a. gynecol. **45**, 453 und New York med. Journ. March. 1. Jahresber. **16**, 1124. 1902. — Fall 8. *Lewis, D.*, Med. rec. New York, Vol. LXI, p. 196. Jahresber. **16**, 1125. 1902. — Fall 9. *Zaborowsky*, Zentralbl. f. Gynäkol. 1905, S. 1584. — Fall 10 und 11. *Hermann*, Münch. med. Wochenschr. 1902, S. 790. — Fall 12. *Bussiére, A. J.*, Ann. d'hyg. et de méd. leg. Serie 4, Bd. I, p. 356 und Ann. d'hyg. publ. et de méd. col. Tom. VI, p. 568. Jahresber. **18**, 1182. 1904. — Fall 13. *Lewis, E. W.*, Brit. med. Journ. **2**, 1405; Jahrb. **18**, 1182. 1904. — Fall 14. *Liebmann*, Zentralbl. f. Gynäkol. 1897, S. 421. — Fall 15. *Martin, Chr.*, Journ. of obstetr. a. gynecol. of the Brit. empire H. 8, S. 181; Jahrb. **18**, 1182. 1904. — Fall 16. *Perl*, Wien. klin.-therapeut. Wochenschr. 1904, Nr. 29. — Fall 17 und 18. Lehrb. d. ger. Med. v. *Hofmann*, 1884 und 10. Aufl. von *Haberda*, Bd. I, 1919. — Fall 19. *Thorn*, Zentralbl. f. Gynäkol. 1904, Nr. 36. — Fall 20. *Lewis*, Med. rec. 1902, Ref. Zentralbl. f. Gynäkol. 1903, Nr. 28, S. 878. — Fall 21. *Braun v. Fernwald, R.*, Wien. klin. Rundschau 1900, Nr. 17—20, und Zentralbl. f. Gynäkol. 1907, Nr. 39, S. 1161 (Über Uterusperforation). — Fall 22. *Weibel, W.*, Zentralbl. f. Gynäkol. 1908, Nr. 52, S. 1649. — Fall 23. *v. Neugebauer*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. **24**, 365; Bericht über die poln. geb.-gyn. Literatur d. J. 1905, Ref. v. Neugebauer. — Fall 24 und 25. *Treub*, Zentralbl. f. Gynäkol. **30**, 802. — Fall 26. *Ranzi, E.*, 81. V. d. Naturf. u. Ärzte, Dtsch. med. Wochenschr. **35**, 1861. 1908. — Fall 27 bis 33. *Jakobson, Pawlow, Olenin*, Geb.-gyn. G. zu Petersburg v. 20. XI. 1908; Ref. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. **32**, 229. — Fall 34. *Roth*, New York med. Journ. **92**. Jahresber. **24**, 851. 1910. — Fall 35. *Bastian*, Rev. med. de la Suisse Rom. 20. IX. 1910; Jahresber. **24**, 873. 1910. — Fall 36. *Eduards*, Americ. Journ. of med. assoc. **56**, 173; Jahresber. **25**, 847. 1911. — Fall 37 und 38. *Okuitschitz, L. L.*, Ref. St. Petersburg. med. W. **36**, 263; Jahresber. **25**, 848. 1911. — Fall 39. *Greene, L. B.*, Brit. med. Journ. **2**, 1747; Jahresber. **26**, 834. 1912. — Fall 40. *Heyrovsky*, Gesellsch. d. Ärzte Wien, Sitzung v. 8. III.

1912, Wien. klin. Wochenschr. **25**, 431. — Fall 41. *Lindenthal, O.*, Zentralbl. f. Gynäkol. 1912, S. 652. — Fall 42. *Douglas*, Americ. Journ. of obstetr. a. gynecol. **67**, 25 u. 153; Jahresber. **27**, 906. 1913. — Fall 43. *Schwarzwäller*, Berl. klin. Wochenschr. **50**, 1153. — Fall 44 und 45. *Lasgna*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. **41**, 278. — Fall 46. *Williams, F. R.*, Ref. Zentralbl. f. Gynäkol. **40**, 877. 1916. — Fall 47. *Lee, W. E.*, Phil. Acad. of Surg., Sitzung v. 7. I. 1907; Jahresber. **24**, 844. 1907. — Fall 48. *Talmay, B. S.*, Med. rec. **71**, 207. — Jahresber. **21**, 845. 1907. — Fall 49. *Kemperdick, D. W.*, Dtsch. med. Wochenschr. 1881, Nr. 5. — Fall 50. *Ill*, Ref. Zentralbl. f. Gynäkol. 1893, Nr. 37. — Fall 51. *Schönbeck*, Zentralbl. f. Gynäkol. 1905, Nr. 49, S. 1497. — Fall 52. *Kermauner, F.*, Wien. med. Wochenschr. 1921, Nr. 6 ff. — Fall 53 und 54. *Mironowa, S. M.*, Ref. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med., Bd. 1, 1922, H. 5.

---