

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

Blutvergiftung mit Erkrankung der Herzklappen bei Fehlgeburten.

Von
Dr. Tassilo Antoine,
Assistent am Institut.

Gar oft ist die Aufgabe des Arztes als Sachverständiger vor Gericht eine äußerst schwierige. Um so schwieriger dann, wenn es sich um Dinge handelt, über die die Meinung der Autoren noch auseinandergeht und wo der Arzt mehr auf allgemein medizinisches Denken angewiesen ist, als auf schwarz auf weiß bewiesene Tatsachen. Zu den heikelsten Dingen gehören in dieser Beziehung die Fruchtabtreibungsprozesse; um so mehr, als sich hier im Laufe der Zeit ein richtiges Spezialistentum unter den Verteidigern herausgebildet hat, die über ein Scheinwissen in der Medizin verfügen und daher eine Fülle von Fragen aufwerfen, die dem Gutachter ziemliche Schwierigkeiten bereiten können. Hiezu gehört auch die Frage, wie der ursächliche Zusammenhang zwischen Fehlgeburt und Blutvergiftung bei bestehender Herklappenentzündung ist, d. h. ob die Fehlgeburt die Ursache der Blutvergiftung und der Endokarditis oder ob die Endokarditis das Primäre, die Sepsis und der Abort das Sekundäre ist. Im folgenden sei der Versuch unternommen, zu dieser Frage auf Grund des im Wiener gerichtlich-medizinischen Institute in den letzten Jahren seziierten Materiales etwas beizutragen.

Es fanden sich bei der Durchsicht der Protokolle seit 1900 6 Fälle. *Noch* einer, gleich der 1., ist ein Beispiel einer nicht vom Genitale ausgehenden mit Endokarditis verbundenen Sepsis, die aber klinisch für eine puerperale gehalten wurde. Von diesen Fällen wird nun ein kurzer Auszug aus den Sektionsprotokollen und das Wesentliche der Gutachten mitgeteilt.

Fall I. 206/1904. Obduzent Prof. Kolisko.
30 Jahre alt, Dienstmädchen.

Anamnese: Erste Krankheitserscheinungen am 6. II. Abtreibungsversuch zugestanden. Curettage und Tamponade des Uterus auf der Klinik. Tod am 13. II.

Befund: Die zweizipfelige Klappe am Schlußrand mit einer Reihe dunkelroter, warziger, weicher Auflagerungen besetzt, die zum Teil bis über hanfkorngroß sind. Die übrigen Klappen zart. Der septierte Uterus in seiner rechten Hälfte mit einem

Jodoformgazestreifen tamponiert. Keine Veränderung der Gebärmutter. Pneumonie und eitrige Bronchitis links, Milzschwellung.

Gutachten: E. K. ist an einer akuten mykotischen Herzklappenentzündung, die zur septischen Blutvergiftung geführt und offenbar von einem entzündlichen Prozeß der linken Lunge ihren Ausgang genommen hatte, eines natürlichen Todes gestorben. Eine Schwangerschaft hatte in letzter Zeit nicht bestanden und auch ein Abortus nicht stattgefunden, wie in vollkommen zweifelloser Weise aus dem Zustande der Gebärmutter bei der Obduktion entnommen werden konnte. Sollte die Angabe der K., wonach sie die Hilfe einer Hebamme zur Abtreibung der Leibesfrucht in Anspruch genommen habe, auf Wahrheit beruhen, so müßte sie selbst sich irrtümlicherweise für schwanger gehalten haben.

Fall II. 406/1918. Obduzent Prof. Meixner.
32 Jahre alt, Wirtschafterin.

Anamnese: Beginn der Erkrankung am 27. XI. mit starken Blutungen, Fieber, Schüttelfrost, Schmerzen im Bauch. Da die Erscheinungen bedrohlicher wurden, wurde sie am 4. XII. ins Spital gebracht. Dort wurde bei der Untersuchung der Muttermund für einen Finger durchgängig gefunden. Tod am 13. XII.

Befund: An der zweizipfeligen Klappe warzige, stellenweise hahnenkammartige Auflagerungen. Ebensolche an der Innenfläche des linken Vorhofes an einer Stelle in der Gegend der linken Herzkante.

Über dem Abgang des linken Eileiters wölbt sich der Gebärmuttergrund halb-haselnußgroß vor. Beim Einschneiden fließt Eiter aus. An der Innenfläche des Gebärmutterkörpers haften vorne auf einer ungefähr kronenstückgroßen weichen Stelle ziemlich fest schmutzig dunkelrote, kleinlappige Gewebsmassen, die stellenweise schmierig graugelb belegt sind.

In der Niere miliare Abscesse. Weiche Milzschwellung.

Gutachten: M. M. ist an Blutvergiftung gestorben. Sie hatte, wie der Zustand der Geschlechtsorgane beweist, einige Zeit vor dem Tode in den ersten Monaten einer Schwangerschaft abortiert. Es liegt nahe anzunehmen, daß die Gebärmutter die Eintrittspforte der Infektion war. Ein strafbarer Eingriff ist wahrscheinlich.

Fall III. 141/1920. Obduzent Prof. Meixner.
25 Jahre, Elektrikersgattin.

Anamnese: Hatte den Wunsch geäußert, sich das Kind nehmen zu lassen. Schmerzen und Blutabgang seit Ende März, bettlägerig seit 1. IV., gestorben am 24. IV.

Befund: An der dreizipfeligen Klappe sind die Segel durch blasse, festhaftende Auflagerungen mit feinwarziger Oberfläche stark verdickt. Die Innenhaut im rechten Vorhof und an den Klappen leicht schmutzigrot. Geschlossenes Foramen ovale.

In der Höhle der Gebärmutter findet sich rückwärts eine 10 hellerstückgroß graue Stelle, an welcher kleine, leicht ablösbare, gelbliche, weiche Beläge haften. In der Gebärmutterwand mit Eiter gefüllte Gänge und in der Nähe des inneren Muttermundes die Eihafstelle.

In der Lunge und den Nieren septische Infarkte. Beiderseitiges Empyem, mächtige Milzschwellung. An Stelle der Gaumenmandeln Wundflächen.

Gutachten: I. F. ist an Blutvergiftung gestorben. Diese hat von der Gebärmutter ihren Ausgang genommen. Von hier aus war es durch Verschleppung der Eitererreger zu einer Entzündung der dreizipfeligen Klappe gekommen, von wo aus dann Gerinnselmassen mit Eiterregern weiter in den Kreislauf gekommen sind. Die Verstorbene hat eine Fehlgeburt, wahrscheinlich in einem der ersten Schwangerschaftsmonate, getan. Die weitgediehene Rückbildung der Gebärmutter und des Schwangerschaftskörpers im rechten Eierstock lassen erkennen, daß seit der

Fehlgeburt schon einige Zeit, vielleicht 2 Wochen oder mehr, vergangen war. Das Zusammentreffen der Gebärmutterinfektion mit der Fehlgeburt läßt auf einen künstlichen Eingriff schließen. Die wunden Stellen im Rachen nach einer Tonsillektomie kommen bei dem erhobenen Gebärmutterbefund als Eintrittspforte nicht in Betracht.

Fall IV. 207/1920. Obduzent Prof. Meixner.

29 Jahre, Arbeitergattin.

Anamnese: Eingriff am 17. VI. Krankheitsbeginn am nächsten Tage, gestorben am 4. VII.

Befund: Die zweizipfelige Klappe etwas geschrumpft, verdickt. Nahe dem freien Rande an mehreren Stellen lappige und breit aufsitzende, weiche, graugelbe Auflagerungen. Ausgedehnte derartige Auflagerungen finden sich auch an den Klappen der Körperschlagader, von denen die rechte bis an den unteren Rand der Klappenbucht in ihrer ganzen Höhe frisch zerstört ist. Auch die äußere Wand der Klappenbucht von tiefen Geschwüren durchsetzt. Die hintere Klappenbucht durch eine Geschwürslücke mit der rechten im Bereich der großen Zerstörung verbunden. Auch die linke Klappe vom freien Rand an mehreren Stellen zwischen den Auflagerungen angefressen etwas ausgeweitet. Der freie Rand der hinteren Klappe etwas verkürzt und verdickt.

In der Gebärmutterschleimhaut Blutaustritte. An der Vorderwand auch feinkörnige bräunlichgraue Faserstoffauflagerungen.

Milzschwellung.

Gutachten: K. G. ist an einer sehr bösartigen Herzklappenentzündung und allgemeiner Blutvergiftung gestorben. Sie hat in der letzten Zeit eine Fehlgeburt, offenbar in der ersten Hälfte der Schwangerschaft getan. Hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen Fehlgeburt und Tod sind zwei Möglichkeiten zu erwägen. Es könnte die Fehlgeburt eine Folge der schweren Erkrankung gewesen sein; es können andererseits bei einem Eingriff, durch den die Fehlgeburt herbeigeführt worden ist, die Krankheitserreger eingebracht worden, in den Kreislauf gelangt sein und sich auf den schon vorher durch eine gutartige Entzündung geschädigten Herzklappen angesiedelt haben. Auf Grund des Leichenbefundes allein ist die Entscheidung zwischen diesen beiden Möglichkeiten nicht zulässig; denn die Entzündung der Gebärmutterinnenwand könnte sich auch als Teilerscheinung der Blutvergiftung nach der Fehlgeburt entwickelt haben. Später nachdem die Einführung eines Katheters erwiesen war, wurde das Gutachten dahin ergänzt, daß der künstlich herbeigeführte Abortus als Ursache der Blutvergiftung angenommen wurde.

Fall V. 364/1920. Obduzent Prof. Meixner.

20 Jahre, Hilfsarbeiterin.

Anamnese: Fehlgeburt im 7. Monat. Kind einige Stunden nach der Geburt gestorben. Fieber seit dem 14. XI. Geburt am 15. XI. Tod am 24. XI.

Befund: An der zweizipfeligen Klappe entlang des Schlußsaumes weiche, graurote, hahnenkammartige Auflagerungen. Die Klappe ist nicht verdickt.

Die Gebärmutter mit Faserstoff und Eiter belegt. Die Innenfläche der Gebärmutterkörperhöhle rückwärts wulstig uneben, von feinfaseriger Zeichnung. Am Abgang des linken Eileiters ein haselnußgroßer Absceß.

Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Das Bauchfell vielfach gerötet, mit Faserstoff bedeckt. Die Eingeweide ausgedehnt mit einander verklebt. Milzschwellung.

Gutachten: A. B. ist an allgemeiner eitriger Bauchfellentzündung gestorben. Diese war ausgegangen von einer Entzündung der Gebärmutter, in deren Wand sich Abscesse befanden. Eine frische Herzklappenentzündung war Teilerscheinung der von der Gebärmutter ausgegangenen allgemeinen Infektion. Wenige Tage vor dem Tode ist eine Geburt in einem späteren Abschnitt der Schwangerschaft erfolgt.

Die Infektion ist durch einen Eingriff oder unsachgemäßes Vorgehen während der Geburt zustande gekommen. Später wurde im Gutachten, nachdem die Einführung eines Katheters und Beginn des Fiebers einen Tag vor der Frühgeburt erwiesen war, der Eingriff als das schuldtragende Moment erklärt.

Fall VI. 34/1921. Obduzent Prof. Meixner.

23 Jahre, Hilfsarbeiterin.

Anamnese: Kriminelle Abtreibung zugestanden. Beginn der Erkrankung am 14. I. Tod am 18 I.

Befund: Die zweizipfelige Klappe verengt, für den Daumen durchgängig. Der Saum besonders am hinteren Zipfel abgerundet und mit graurötlichen, festhaftenden, warzigen Verdickungen versehen.

Die Gebärmutter vergrößert. Die Innenfläche der Körperhöhle bedeckt mit weichen, teilweise faserstoffigen, schmutzigen, größtenteils leicht abzustreifenden Auflagerungen, unterhalb deren die Muskelschicht bloßliegt. An der Rückwand der Körperhöhle links oben eine fast 6 cm im Durchmesser haltende, beertartig erhabene Stelle, auf welcher und in deren Umgebung fetzige Gewebstücke zu sehen sind. Vom inneren Muttermund ausgehend in der Gebärmutterwand zwei rinnenartige Vertiefungen mit graugelbem Grunde. Die linke Eierstocksblutader von weichen schmutzigen, der Wand festhaftenden Gerinnseln erfüllt. Im Eierstockgekröse eine nußgroße Verdichtung mit Eiterherden im Innern und Faserstoffbelag an der Oberfläche.

Zahllose miliare Abscesse im Herzfleisch, Niere und Leber. Milzschwellung.

Gutachten: E. H. ist an einer Blutvergiftung gestorben, welche von einer eitrigen Entzündung des linken breiten Mutterbandes ausgegangen war. Im Verlaufe dieser hatte sich an der zweizipfeligen Klappe des Herzens, welche infolge einer schon früher einmal abgelaufenen Entzündung leicht verengt war, eine frische Entzündung entwickelt, von der aus dann die Gewebe des großen Kreislaufes infiziert worden sind. Aus dem Befunde an der Gebärmutter, ihrer starken Vergrößerung, dem Vorhandensein einer Eiansatzstelle in ihrer Höhle, in der sich auch noch Eihautreste fanden, war zu erkennen, daß die Verstorbene vor dem Tode eine Fehlgeburt getan hatte. Das Zusammentreffen einer schweren Infektion der inneren Geschlechtsteile mit einer Fehlgeburt weist auf einen strafbaren Eingriff hin.

Fall VII. 209/1922. Obduzent Prof. Meixner.

33 Jahre alt, Hausfrau.

Anamnese: Curettage wegen Lungenspitzenkatarrh und Herzfehler durch einen Arzt am 20. VII. Beginn der Erkrankung am 24. VII. Tod am 27. VII.

Befund: Die Lichtung der zweizipfeligen Klappe verengt, für den Daumen bequem durchgängig. Die Segel etwas verkürzt und am Rande verdickt, nicht schlußfähig. Sie weisen am Rand mehrfache rötliche, leicht wegwiszbare Flecken auf. Daneben finden sich hie und da trübe, blasse Würzchen. Auch an den linken Taschenklappen finden sich im Bereich der freien Klappenteile flächenhafte, wie Abklatsch aufeinanderpassende Verdickungen. Die Klappen ganz wenig verkürzt, anscheinend überall schlußfähig.

In der Höhle des Gebärmutterkörpers die Innenfläche vielfach mit dünnen Faserstoffhäuten bedeckt. Im Grunde haftet an einer fünfkronenstückgroßen Stelle ein ungefähr kirschgroßes Stück rötlichgrauen, brüchigen Gewebes. Das Bauchfell der Gebärmutter überall glatt.

Miliare Abscesse im Herzfleisch, Leber und Nieren. Die Milz vergrößert, weich.

Gutachten: S. N. ist an Blutvergiftung gestorben. Der Ausgangspunkt der Infektion war die Gebärmutter, in der sich noch ein Stückchen zurückgelassenen Mutterkuchens befand. Ein Klappenfehler an der zweizipfeligen Klappe als Folge

einer vor langer Zeit abgelaufenen Klappenentzündung hat die Ansiedlung der Eitererreger an den Klappen begünstigt. Lungenkrankheit bestand keine. Die Schwangerschaft war in den ersten Monaten durch einen Arzt unterbrochen worden.

Diese unsere Fälle. Bei der Durchsicht der einschlägigen Literatur finden wir ein Heer von Arbeiten über puerperale Sepsis und Sepsis post abortum. In allen diesen ist die Endocarditis als eine nicht so seltene Begleiterscheinung erwähnt.

Für uns gerichtliche Mediziner ist nun von wesentlichem Interesse, ob und in welchem ursächlichen Zusammenhang die Fehlgeburt und die mit Herzklappenentzündung verbundene Blutvergiftung steht. Wir müssen uns klar darüber werden, was das Primäre ist. Ist von der Fehlgeburt bis zum Tode längere Zeit vergangen und verfügen wir über eine genauere Krankengeschichte, so ist häufig auf Grund derselben die zeitliche Aufeinanderfolge der Erscheinungen und der ursächliche Zusammenhang zu erkennen. Leider trifft diese Bedingung in den uns beschäftigenden Fällen nur selten zu. Stellen sich nach einem frucht-abtreibenden Eingriff Fieber oder andere beunruhigende Erscheinungen ein, so ist die Abtreiberin — meist handelte es sich ja um Hebammen oder ehemalige solche, denen die Gewerbeberechtigung entzogen wurde — gewöhnlich bestrebt, dies zunächst als harmlose Begleiterscheinung hinzustellen, zu mindestens ist sie für ein Zuwarten. Daher kommt es, daß die Frauen oft erst so spät zur Behandlung gelangen. Fälle, in welchen der Tod 1—2 Tage nach der Aufnahme ins Spital erfolgt, sind etwas ganz gewöhnliches. Häufig sind die Frauen bei der Einlieferung schon in so elendem Zustand, daß die Ärzte keinen Eingriff mehr wagen. Auch in unserem Falle 3, wo das vollentwickelte Bild einer Pyämie sich ergab, wäre die Frau nach dem Ergebnis der ersten Erhebungen erst 6 Tage vor dem Tode erkrankt, während die weitere gerichtliche Untersuchung ergab, daß sie schon vor einem Monat Blutungen aus der Gebärmutter und krampfartige Schmerzen im Bauche gehabt habe.

Wo wir es gar mit ärztlichen Abtreibern zu tun haben, bekommen wir gefälschte Krankengeschichten, in welchen Widersprüche nicht mehr so leicht aufzudecken sind, wie in den Verantwortungen der Hebammen. Durch den raschen Verlauf vieler hierhergehöriger Fälle wird die verwertbare Beobachtungszeit noch weiter verkürzt. Wir sind also häufig nur auf den Leichenbefund angewiesen. In Fällen, die rasch verlaufen sind, können wir einen ursächlichen Zusammenhang nur dann beweisen, wenn an den inneren Geschlechtsteilen krankhafte Veränderungen als Spuren des Eindringens der Krankheitserreger sich finden und eine andere Eintrittspforte nicht aufzudecken ist, Bedingungen, die in unserem Fall 1 nicht gegeben waren. Die Veränderungen an den inneren Geschlechtsteilen brauchen aber bei kurzer Krankheitsdauer nicht auffallend zu sein. Ein dünner Faserstoffbelag, wie er in Fall 7 sich fand, ist

leicht zu übersehen, besonders bei dem Erhaltungszustand, in welchem zur Zeit der gerichtlichen Leichenöffnung diese rasch faulenden Leichen sich meist schon befinden. Ist aber seit der Fehlgeburt schon längere Zeit vergangen, so können die Veränderungen an den Geschlechtsteilen besonders an der Gebärmutter schon rückgebildet sein und es ist dann, wenn die Krankengeschichte keine verlässlichen Hinweise auf die Infektion der inneren Geschlechtsteile enthält der Ausgang der tödlichen Erkrankung von dieser Stelle oft nicht zu beweisen. Ebenso schwierig kann, wenn der Tod erst nach vielwöchigem Krankenlager eingetreten ist, die Entscheidung sein, ob entzündliche Verwachsungen der inneren Geschlechtsteile erst von der Abtreibung oder schon von einer früheren Infektion herrühren, was manchmal auf Grund genauer Erhebungen über frühere Erkrankungen zu beantworten ist. Aber auch hier wird man sich vor Augen halten müssen, daß Erkrankungen, die sich an eine Abtreibung oder eine voreheliche Infektion angeschlossen haben, gerne geheim gehalten werden.

Von größter Wichtigkeit ist die Frage ob entzündliche Veränderungen an den inneren Geschlechtsteilen ein sicherer Beweis für den Ausgang der Infektion von dieser Stelle sind, oder ob sich solche Entzündungen in Gefolge einer allgemeinen Infektion entwickeln können. Finden wir eine eitrige Lymphgefäßentzündung der Gebärmutter oder eine eitrige Entzündung der Blutadern der breiten Mutterbänder oder der Eierstocksblutadern, so weist dies wohl mit Sicherheit auf die Infektion der Geschlechtsteile von außen hin. Schwer fieberhafte oder tödliche Infektionen der inneren Geschlechtsteile kommen im Zusammenhang mit Fehlgeburten fast nur nach fruchtabtreibenden Eingriffen oder im Anschluß an Eingriffe bei der Behandlung der Fehlgeburt vor. Dagegen sind Krankheitszustände, die sich an sicher von selbst erfolgte Fehlgeburten anschließen, meist gutartig.

Wenn auch das Alter einer Entzündung auf Grund des Augenscheines nur in ganz weiten Grenzen geschätzt werden darf, so wird man doch große Eiterherde und Gänge in der Wand der Gebärmutter und in den breiten Mutterbändern wie sie sich in den Fällen 2, 3, 5 und 6 finden oder eine weit hinaufreichende Blutaderentzündung mit vorgeschrittenem Zerfall den miliaren Abscessen in Leber, Nieren und Herzfleisch, wie in den Fällen 2, 6 und 7 an Alter nicht gleichstellen. In letzterem Falle, in welchem die Gebärmutter in zwei Sitzungen unter Verwendung der Curette ausgeräumt worden war, gab der beschuldigte Arzt selbst an, daß Fieber erst 4 Tage vor dem Tode aufgetreten sei. Auch in Fall 6 soll die Erkrankung nur 4 Tage gedauert haben.

Wenn also auch an die Möglichkeit zu denken ist, daß die Erscheinungen an den inneren weiblichen Geschlechtsteilen nur sekundäre sind, so wissen wir doch, daß diese nicht zu den Eingeweiden gehören, an

welchen sich bei von anderer Quelle ausgegangenen Blutvergiftungen Eiterherde bilden. Dennoch hat der Gutachter in Fall 4 nicht gewagt den dünnen Faserstoffbelag an der Innenfläche der Gebärmutter mit Bestimmtheit als die Spur des Eindringens der Erreger von dieser Stelle aus zu erklären und hat erst später, als die Abtreibung eingestanden war, den Eingriff auf Grund unserer schon erwähnten Erfahrungen mit größter Wahrscheinlichkeit als Ursache der tödlichen Infektion bezeichnet.

Die Verteidigung klammert sich oft daran, daß Erscheinungen der Infektion schon vor der Fehlgeburt — als solche wird gewöhnlich der Fruchtabgang bezeichnet — dagewesen seien. Doch läßt sich häufig beweisen, daß Abtreibungsversuche durch Einführung von Werkzeugen in die Gebärmutter schon längere Zeit vorher begonnen haben. Solche müssen nicht immer rasch zum erwünschten Erfolg führen, vielmehr werden sie nicht so selten mehrmals wiederholt. In unserer Anstalt sind Fälle beobachtet worden, wo trotz schwerer bei einem Fruchtabtreibungsversuch erzeugter Gebärmutterverletzungen, die erst nach Tagen zum Tode führten, das Ei samt Frucht noch in der Gebärmutter der Leiche festhaftete.

Wenn auch der Tod nur wenige Tage nach Beendigung der Fehlgeburt ja selbst *vor* Beendigung derselben eingetreten ist, kann eine Herzklappenentzündung doch Folge des fruchtabtreibenden Eingriffes sein. Es sind deshalb Erhebungen in dieser Richtung notwendig. Schwieriger schon scheint die Aufgabe des Gutachters in Fällen, wo die frische Entzündung an durch frühere Erkrankungen veränderten Klappen sich findet. Denn wir wissen, daß diese, einmal von einer Entzündung befallen, zu Rückfällen neigen. Und man wird sich in solchen Fällen immer die Frage vorlegen müssen, ob nicht die frische Entzündung ohne ursächlichen Zusammenhang mit der Infektion der Geschlechtsteile sich früher als diese entwickelt hat. Findet man doch an erkrankten Klappen oft Veränderungen verschiedensten Alters. Neben weichen, roten, leicht ab lösbaren Auflagerungen blässere, fester haftende, derbe, kleine nicht ab lösbare Wärzchen und dazwischen vollkommen geglättete geschrumpfte Stellen. Doch verlaufen diese Rückfallentzündungen, soweit sie nicht durch Mißstaltung der Klappen oder durch Verschwemmung abgelöster Auflagerungen in die Gefäße des Herzens oder des Gehirnes und Rückenmarkes gefährlich werden, verhältnismäßig gutartig. Bei den hier besprochenen Fällen aber handelt es sich, auch wenn die neue Erkrankung das Bild der warzigen Entzündung zeigt, um bösartige Infektionen, wie die in unseren Fällen stets vorhandene frische Milzschwellung und die Eiterherdchen im großen Kreislauf (Fall 2, 3 6, 7) lehren. Und auch dort, wo solche fehlen, zeigt ja der bösartige Verlauf, daß hochwirksame Erreger im Spiele sind. Es würde daher, wenn die Klappenentzündung

wirklich einmal bloß ein Rückfall einer gutartigen Entzündung in zufälligem Zusammentreffen mit der Infektion der Geschlechtsteile wäre, die Schwere des Krankheitsbildes auf *diese* und nicht auf die Weiterverbreitung der Keime durch die Klappen zurückzuführen sein. Die Klappenentzündung hätte dann für uns kein weiteres Interesse, weil sie für das Zustandekommen der Blutvergiftung nicht in Betracht kommt.

Schließlich nehmen wir allgemein an, daß eine alte Entzündung an den Klappen eine besondere Empfänglichkeit derselben für die Ansiedlung von Erregern begründet, und wir werden daher in unserem Falle nur unter besonderen Ausnahmsbedingungen berechtigt sein, die neuerliche Entzündung der Herzklappen auf eine andere Quelle als auf eine Infektion der Geschlechtsteile zu beziehen.

Bemerkenswert ist der rasche Verlauf in der Überzahl der Fälle. *Herff*¹⁾ nimmt den Beginn der Klappenentzündung bei Blutvergiftung im Wochenbett nicht vor der 2. Woche an. Bei unseren Fällen sehen wir 3 mal schon in der ersten Woche den Tod eintreten, 2 mal in der 2. und je einmal in der 3. und 4. Über den Beginn der Klappenentzündung wissen wir dabei leider nichts; jedenfalls liegt er früher, so daß wir ihn mit gutem Recht in der Mehrzahl der Fälle in die erste Woche verlegen können. Also ein sehr zeitiges Einsetzen der Klappenschädigung. Dieses Abweichen von *Herff*s Beobachtung kommt vielleicht daher, daß die von ihm beschriebenen Fälle Geburten am normalen Schwangerschaftsende waren, während bei uns meist Fehlgeburten in den ersten Schwangerschaftsmonaten in Frage kommen, wo der Zustand der inneren Geschlechtsteile ein ganz anderer ist. Auch wird sicher das Lichtscheue der Fruchtabtreibung der Asepsis nicht förderlich sein.

Die mit Klappenentzündung einhergehenden Vergiftungen nach Fehlgeburt bedeuten also für den Gerichtsarzt häufig eine sehr schwierige Aufgabe, weil hier eine Konkurrenz der Ausgangstellen der Blutvergiftung in Frage kommen kann. Wir sehen aber doch, daß eine übergroße Ängstlichkeit in der Begutachtung gerade beim Zusammentreffen von bösartigen Herzklappenentzündungen mit Infektion der Geschlechtsteile durch Fruchtabtreibung nicht am Platze ist und wir in solchen Fällen den ursächlichen Zusammenhang mit jener Wahrscheinlichkeit, über die wir ja im ärztlichen Gutachten selten hinauskommen, annehmen dürfen. Dem altbewährten Grundsatz, im ersten Gutachten recht zurückhaltend zu sein und erst auf Grund umfassender Erhebungen ein weitergehendes Gutachten zu erstatten, brauchen wir darum nicht untreu zu werden.

¹⁾ In *Winckels Handbuch der Geburtshilfe*.