

(Aus der Anatomie des Hafenkrankehauses in Hamburg. — Leiter: Ob.-Med.-Rat
Dr. Koopmann.)

Der Tod in der Geburt.

Von
Dr. G. Hansen.

Wenn ein Ereignis, das neues Leben bringen soll, an dem alle Beteiligten voll Freude und Erwartung teilnehmen, plötzlich und unerklärlich ein, wenn nicht gar zwei Menschenleben vernichtet, so ist das eine Katastrophe, die nicht nur menschliches, sondern auch medizinisches und anatomisch-pathologisches, im höchsten Grade aber gerichtsmmedizinisches Interesse hat: nämlich der Tod in der Geburt. Solche Fälle zu analysieren und daraufhin zu untersuchen, ob sie zu vermeiden sind oder ob zu diesen fremdes Verschulden in Beziehung steht, ist im Interesse der Volksgesundheit eine vordringliche Aufgabe der Gerichtsmedizin.

Einige Fälle von Tod unter der Geburt der letzten Zeit und das Interesse, das von höchsten Stellen diesen Fällen geschenkt wurde, veranlaßten uns, die in den Jahren 1927—1938 in Hamburg gemeldeten Fälle von Geburten mit tödlichem Ausgang zusammenzustellen und, wenn möglich, zu analysieren. Aus der Statistik der Hamburger Gesundheitsverwaltung konnten 160 Fälle herausgezogen werden, bei denen die Voraussetzungen des Todes unter der Geburt vorzuliegen schien. Unter diesen 160 Fällen fanden sich 102 wirkliche Todesfälle in der Geburt. Als solche sah ich die Fälle an, bei denen der unerwartete Tod in der Zeit vom Abfließen des Fruchtwassers bis zur Ausstoßung der Placenta eintrat, und solche Fälle, bei denen Komplikationen oder Eingriffe in dieser Zeit begannen und zum unglücklichen Ausgang führten. In den Jahren 1927—1938 kamen im ehemaligen Hamburg somit 102 Todesfälle auf etwa 190000 normale Geburten, das sind 0,5 p. m. Diese Zahl zeigt uns, daß der Tod in der Geburt ein seltenes Ereignis ist.

Bei der Sichtung der 102 Todesfälle in der Geburt ergaben sich drei große Hauptgruppen und eine Gruppe von Sonderfällen. Diese drei großen Gruppen sind:

1. Tod aus genitalen, durch die Geburt an sich bedingten Ursachen;
2. Tod aus innerer Ursache, ausgelöst und begünstigt durch die Geburt;
- und 3. Tod durch Toxikosen und Infektionen. Die Gruppe der Sonderfälle umfaßt Narkosetode, Vergiftungen und andere ungewöhnliche Zufälle. Die Fälle mit genitalen Todesursachen sind die zahlreichsten, nämlich 44. An zweiter Stelle stehen die Toxikosen mit 29 Fällen.

Es folgen 24 innere und durch körperliche Verbildungen der Mutter bedingte Fälle und 5 Sonderfälle.

Die genitalen Todesursachen beruhten auf Geburtskomplikationen; sie waren bedingt 13mal = 30% durch Placentaanomalien, 17mal = 39% durch Atonie, 7mal = 16% durch Rupturen an Uterus und Cervix, im übrigen in 15% der Fälle durch seltenere Zufälle, wie 2mal Inversio uteri, 2mal Luft- und 3mal Lungenembolie.

Unter den 24 Fällen von Tod aus innerer Ursache wurden Herz- und Kreislaufinsuffizienz, Lungen- und Nierenerkrankungen und schwere körperliche Verbildungen der Mutter als Todesursachen gefunden. Die Herztode waren bedingt 4mal durch Mitralvitien = 17%, 12mal durch Insuffizienz und Shockwirkung = 50%. 2mal mußten schwere Nierenerkrankungen und einmal eine alte Lungentuberkulose mit Bronchiektasen für den Tod in der Geburt verantwortlich gemacht werden. Als Verbildungen sah ich an 5 Fälle mit Beckenverengerung und Skoliose nach Rachitis oder Chondrodystrophie. Die eben genannten Leiden mußten in 33% der inneren Fälle als Todesursache aufgefaßt werden. Die Gruppe der Toxikosen und Infektionen weist 28 Fälle von Eklampsie und nur einen Fall von Gasbrand auf.

Die letzte und kleinste Gruppe der Sonderfälle umfaßt nur 5 Fälle, davon 3 Narkosetode, 1 Fall von fraglicher Vergiftung durch Chinin und 1 Fall, in dem es sehr wahrscheinlich zu einer Chloroformvergiftung kam, nachdem bei einer Sectio aus Versehen 35 ccm Chloroform statt Äther in die Bauchhöhle gegossen wurden.

Zusammengefaßt ergibt sich, daß die unmittelbaren Geburtskomplikationen mit fast der Hälfte und die Eklampsie mit fast einem Drittel die Haupttodesursachen stellen, während die inneren Leiden und Gebrechen nur ein Viertel der Todesfälle bedingen.

Mehr Bedeutung als für die Gynäkologie und pathologische Anatomie hat die Aufklärung der Fälle von Tod in der Geburt für die Gerichtsmedizin. Ihr ist die Aufgabe gestellt, fremdes Verschulden bei dem tragischen Ausgang einer Geburt auszuschließen oder nachzuweisen. Diese Aufgabe kann die Gerichtsmedizin nur erfüllen, wenn alle Leichen von in der Geburt Verstorbenen seziert werden. Die Analyse der von mir zusammengestellten Fälle war dadurch erschwert, daß in einer nicht geringen Anzahl die Sektion unterblieben war. Im Interesse der Rechtssicherheit ist für die Zukunft zu fordern, daß alle Leichen von in der Geburt Verstorbenen zum mindesten sanitätspolizeilich seziert werden (Verwaltungssektion).

Eine kritische Sichtung meines Materials ergab 22 Fälle, bei denen zunächst an fremdes Verschulden gedacht werden mußte. Die genaue Analyse der einzelnen Fälle zeigte aber, daß fremdes Verschulden in vielen Fällen auszuschließen oder zum mindesten nicht nachzuweisen

war. Die Narkosefälle konnten nicht als schuldhaft angesehen werden, da vitale Indikationen zur Narkose zwangen und diese in den Kliniken stets sachgemäß ausgeführt wurden. Ebenso konnten die Emboliefälle bei der dringend angezeigten manuellen Lösung der Placenta nicht als schuldhaft entstanden angesehen werden. In dem Fall von fraglicher Chininvergiftung war unter der Geburt eine Tagesdosis von 1,25 g gegeben worden. Daß eine solche Dosis tödliche Wirkung ausgelöst hat, ist sicher nie beweisbar. Es bleiben noch einige Fälle, die fremdes Verschulden nicht sicher ausschließen ließen: so 2 Fälle von Inversio uteri nach *Credé*, 1 Fall von arterieller Nachblutung nach Uterusamputation, 2 Fälle von Uterusruptur nach reichlich Wehenmitteln und 1 Fall des Eingießens von Äther in die Bauchhöhle. Aber auch diese Fälle ließen nach genauer Analyse nur das Urteil zu: fremdes Verschulden mit Sicherheit nicht nachweisbar.

Nun bleiben noch 5 Fälle, bei denen man schuldhaftes Versehen oder grobe Fahrlässigkeit für sehr wahrscheinlich halten konnte. In 2 dieser Fälle war das Verhalten der Hebamme nicht einwandfrei. Trotz angeblich mehrfacher dringender Aufforderung des Ehemannes kam sie zur Geburt und später zu der stark blutenden Frau nicht. Die Folge war Verblutung trotz noch erfolgter Klinikaufnahme. Vorausgesetzt, daß die Angaben des Ehemannes der Wirklichkeit entsprachen und die Hebamme sich wie geschildert verhielt, war ihr Verschulden nicht abzuleugnen. Die Frage, ob die Hebamme, wie in dem zweiten Falle, befugt war, ohne dringende Indikation 2 Tage vor der Entbindung vaginal zu untersuchen, und ob die folgende Gasbrandsepsis als unmittelbare Folge anzusehen ist, war mit hinreichender Sicherheit nicht zu beantworten. In 2 weiteren Fällen kam ein Arzt als Schuldiger in Frage. Bei einer 2-graviden mit übertragenem Riesenkind war draußen vom Arzt ein mißlungener Zangenversuch gemacht und dann eine Spritze Pituglandol verabreicht worden. Die Folge dieser Behandlung, eine Uterusruptur, mußte mit größter Wahrscheinlichkeit auf das instinkt- und kritiklose Verhalten des Arztes zurückgeführt werden und hätte ihm als Verschulden angerechnet werden können. In dem anderen Falle befand sich eine skoliotische Gravide mit Chorea minor lange Zeit vor der Entbindung in stationärer Behandlung. Nach Krankenblatt und Kurve waren Herz und Lunge o. B. Die Sektion ergab später schwerste Mitralstenose, frische rezidivierende Endokarditis und Herzhypertrophie. Wenn auch bei der minderwertigen Konstitution der schlechte Ausgang nicht mit Sicherheit zu vermeiden gewesen wäre, so kam doch das Übersehen des Herzzustandes bei einer Skoliotikerin als unentschuld bare Fahrlässigkeit sehr in Frage.

Der letzte Fall ist zugleich auch der seltsamste. Der bisher empfohlene Brauch, nach großen chirurgischen Baueingriffen Äther in

die Bauchhöhle zu gießen, führte bei einer Sectio dazu, daß irrtümlich 35 ccm Chloroform in die Bauchhöhle gelangten. Der bald nach der Eingießung eingetretene Tod mußte mit größter Wahrscheinlichkeit auf Chloroformvergiftung zurückgeführt werden. Da die Flasche den Aufdruck „Äther“ führte und die Ermittlungen keinen Verantwortlichen finden ließen, konnte in diesem Fall nur fremdes Verschulden durch „Unbekannt“ angenommen werden.

Wie diese Fälle zeigen, ist die Frage fremden Verschuldens eine sehr schwierige und meist nicht zu beantworten. Einen Beweis wird man nur selten führen können und über ein „wahrscheinlich“ nicht hinauskommen.

Aus meinem Material ergibt sich also, daß die Zahl der Fälle von Tod in der Geburt in der Großstadt Hamburg gering ist. Zu denken gibt trotzdem, daß von 102 Fällen 10—12 unter Umständen zu vermeiden gewesen wären, und 5 Fälle fremdes Verschulden sehr wahrscheinlich machten. Hieraus ergibt sich die schon erwähnte Forderung der Gerichtsmedizin: Jeder Fall von plötzlichem Tod in der Geburt ist der Polizei sofort zu melden und von dieser ist möglichst die sofortige Sektion der Leiche zu veranlassen. Eine gerichtliche Obduktion ist im allgemeinen nicht erforderlich, es genügt eine Verwaltungssektion. Die beste Methode ist die in Hamburg geübte Sofort-Sektion dieser Fälle, die eine Klärung der oft sehr schwierigen Verhältnisse vor Eintreten der Totenstarre und beginnender Fäulnis immer möglich machte.

Diese Maßnahmen werden helfen, die dem Gerichtsarzt gestellten Aufgaben im Rahmen der Rechtssicherheit und der Erhaltung und Gesundung unseres Volkes zu erfüllen.

Aussprache zum Vortrag Hansen-Hamburg: Herr Förster-Marburg berichtet über 2 ähnliche Fälle. Bei einem handelte es sich um Tod in der Geburt bei Eklampsie, bei dem anderen um Verblutung in die Bauchhöhle infolge Uterusruptur in alter Kaiserschnittnarbe im 5. Schwangerschaftsmonat.

Herr Rücker-Hamburg: Mitteilung einer tödlichen Vergiftung durch Verwechslung eines Injektionsmittels (statt Alkohol Chloralhydratlösung). Auf Anregung des Reichsärztführers stellt die Staatsanwaltschaft Hamburg seit Anfang 1938 in jedem Falle von Tod unter der Geburt Antrag auf gerichtliche Leichenöffnung.
