

Aus der Abteilung für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe
des Bezirkskrankenhauses in Rimavská Sobota, ČSSR
(Vorstand: Prim. Dr. med. I. Mičko)

Versuch einer Geburtsverheimlichung durch eigenmächtigen Eingriff der Gebärenden im Verlauf der Geburt

Von M. Tomica und I. Mičko

Mit 1 Abbildung

Einen bedeutenden Beitrag zum Sinken der Häufigkeit der Abortus leistet die populäre Aufklärungstätigkeit unter den Frauen und richtige Information der heranwachsenden Jugend in geschlechtlichen Fragen. Mit einem großen Prozentsatz am Sinken der Häufigkeit beteiligt sich auch die Antikonzeption. Durch die breite Aufklärungstätigkeit sind die Frauen mehr über die Möglichkeiten der Schwangerschaftsverhütung informiert, wodurch (wenn auch nicht sehr ausschlaggebend) die Zahl der ungewollten Graviditäten sinkt. Trotzdem kommen, wenn auch nicht oft, Fälle vor, in denen die Frauen, um die Graviditätsbeendigung zu erzielen, den illegalen Weg betreten. Sie versuchen — sehr oft ohne Erfolg —, medikamentös einzugreifen. Ofters suchen sie eine zweite Person auf, welche dann mit Hilfe moderner, »öfter aber weniger moderner«, Instrumente die Gesundheit ihrer Klientin gefährden. Zum Glück der Betroffenen enden solche Fälle größtenteils im Spital. Es werden aber auch Fälle vermerkt, bei welchen die Frauen entweder aus Furcht oder aus anderen Beweggründen nach dem mißglückten Abtreibungsversuch keine ärztliche Hilfe aufsuchen, oder wenn es dazu kommt, ist es oftmals schon zu spät, um das Leben der gefährdeten Frau retten zu können.

Beinahe alle diese Fälle kommen in der Zeit der relativen instrumentellen Eingriffsmöglichkeit zur Schwangerschaftsunterbrechung vor. Um so seltsamer sind Fälle, wo es zum Unterbrechungsversuch im späten Graviditätsstadium kommt, worüber unser Fall berichten soll. Nach logischer Überlegung bleiben nur die Motive unerklärt, welche die Gravide dazu verleiten, nicht alle Möglichkeiten des legalen Weges zur Erfüllung ihres Verlangens auszunützen, wobei sie sich so gegenüber dem Gesetz schuldig macht.

In den Nachtstunden (23.15 Uhr) des 15. 5. 1960 wurde in unsere Abteilung die 23jährige J. B. eingeliefert (Kr.-Nr. 3944/1960); die Diagnose des Distriktarztes lautete: Graviditas mens. VIII, Metrorrhagie. Die Familien- und Personenanamnese ist nicht bemerkenswert; 1956 Abortus im II. Graviditätsmonat, 1957 zu Hause spontane Geburt eines lebenden Mädchens, normales Wochenbett. Sie menstruiert ab 13. Lebensjahr, regelmäßig, schmerzlos, 28/5. Die letzte Menstruation am 30. 9. 1959; den Zeitpunkt der ersten Kindsbewegungen kann sie nicht angeben. Wahrscheinlicher Geburtstermin: 7. 7. 1960. Gynäkologische Erkrankungen gibt sie nicht an, operiert wurde sie nicht. Die Beratungsstelle besuchte sie nicht, im Laufe der Gravidität wurde sie von keinem Arzt untersucht; sie spürte oft Schmerzen im Unterleib und in der Kreuzbeingegend, ist oft schlaflos. Zu Hause hatte sie kein Fieber, sie versuchte nie, die Schwangerschaft zu unterbrechen, nahm auch keine Abortiva. Von den sozialen Verhältnissen ist zu bemerken, daß sie seit etwa 4 Jahren mit dem Ehegatten Zwistigkeiten hat; er ist Alkoholiker und bedrohte wiederholt ihr Leben, weshalb er verurteilt wurde; z. Z. ist er im Gefängnis. Die Kranke gibt an, daß die Schwangerschaft ungewollt ist und daß sie trachtete, sie zu verheimlichen. In den Abendstunden des 14. 5. 1960 bekam sie schwache Unterleibsschmerzen; es schmerzte sie auch die Kreuzbeingegend. Am nächsten Tage morgens (7.30 Uhr) kam es zum Fruchtwasserabfluß; sie spürte Druck in der Genitalgegend, namentlich in der Scheide. Sie ging zu Bette und führte die Hand in das Genitale ein, wo sie die Kindeshand erfaßte. Sie dachte, es werde ihr gelingen, durch Zug an der Hand das Kind herauszubefördern, aber es gelang ihr nur, die Hand bis zum Ellenbogengelenk heraus-

zubekommen. Sie gibt an, daß sie den Versuch einige Male wiederholte; aber auch durch starken Zug gelang es ihr nicht, sich des Kindes zu entledigen. Die verspätete Spitaleinlieferung begründete sie damit, daß sie wartete, »was mit ihr geschehen wird«, und sie nicht sicher war, ob das Kind schon tot ist. Nach dem Zug an der Kindeshand blutete sie stark. Ihre Eltern suchten die ärztliche Hilfe erst in den Nachtstunden auf, kurz vor der Krankenhausaufnahme. Auf Grund der Angaben der Patientin nahmen wir an, daß ihr an dem Kind nichts gelegen ist, ja sie wollte — da es sich um eine außereheliche Gravidität handelt — die Geburt verheimlichen; durch den Zug an der Kindeshand wollte sie schnell »das Kind loswerden« und so die Geburt vor der Öffentlichkeit geheimhalten.

Die äußerliche Untersuchung ergab: normaler Habitus, die Bauchhaut stark pigmentiert, sonst rein, ohne Anzeichen von Staphylokokkeninfektion. Physikalische Untersuchung: Temperatur 36,5 °C, Blutdruck 125/80 mm Hg, Puls 82/min, Urinbefund negativ, Herz, Lungen und Gliedmaßen ohne krankhaften Befund. Die Gebärmutter zwei Finger über dem Nabel, in schwacher Kontraktion, quer-ovale Form, der Kindeskopf ist in der rechten Hüftgegend zu tasten, der Rücken ist vorne über der Schamfuge. Die Herztöne des Kindes sind nicht zu vernehmen; schwache Kontraktionen in Intervallen von etwa 7 bis 8 Min. Die Bandsche Furchen sind nicht angedeutet.

Nach gründlicher Desinfektion der äußeren Genitalien und der Kindeshand wird die vaginale Untersuchung vorgenommen. Die herausragende ganze linke obere Gliedmaße ist stark ödematös, zyanotisch, neben ihr liegt die etwa 15 cm lange vorgefallene Nabelschnur. Neben der Kindeshand gleitet die untersuchende Hand bis zum Muttermund, welcher vor dem Verstreichen ist; es bleibt nur ein etwa 1 cm breiter gut dehnbarer Saum. Im Muttermund tastet man die Kindesrippen, in der linken Armhöhle wird ein etwa 3 bis 4 cm langer Hautriß festgestellt, durch welchen man die bloßgelegten Knochenteile der Frucht fühlen kann, und zwar den proximalen Humerus-Teil, das Schlüsselbein und einen Teil des Schulterblattes. Der Kopf liegt der rechten Darmbeinschaukel an, der Rücken ist vorn über der Symphyse tastbar (dorsoanteriore Lage). Im Lauf der Untersuchung verstreicht der Muttermund, und die rechte Schulter liegt inniger dem Beckeneingang an. Um 23.50 Uhr entschließen wir uns zur Wendung mit kombinierten Griffen. Vorher gehen wir 600 000 E Penicillin und 0,5 g STM. Nach sorgsamer Desinfektion wird der Eingriff in Äthernarkose durchgeführt. Es gelingt nur sehr schwer, die Frucht vom Beckeneingang und den Kopf aus der rechten Hüftgrube abzudrücken. Etwa nach 15 Min. gelingt es uns, den linken Fuß zu erfassen, wir legen eine Schlinge aus Dührssen-Gaze an; mit Zug kommt die linke Gliedmaße bis zum Knie hervor. Dann extrahieren wir bei gleichzeitigem Druck auf den Fundus uteri die ganze Frucht. Nach der Geburt kommt es zu stärkerer Blutung, der Mutterkuchen löst sich nicht normal ab, so daß er manuell ausgeräumt werden muß. Die Blutung steht.

Die tote Frucht ist männlichen Geschlechts, auf der Haut kleine Anzeichen beginnender Mazeration; sie wiegt 2250 g; 47 cm, Kopfumfang 32 cm. Der Mutterkuchen (280 g) ist ganz, leicht gequetscht, die Häute zerrissen. Die Geburt ist um 0.15 Uhr am 16. 5. 1960 beendet. Etwa nach 15 Min. erwacht die Patientin aus der Narkose, fühlt sich wohl, hat keine Schmerzen. Blutdruck 115/75 mm Hg, Puls 92/Min. Es werden 600 000 E Penicillin und 2mal 0,5 g STM, 20 ml 2%iger Glukose mit Methylergometrin i.v. und 1mal Infusion 5%iger Glukose mit 1 Amp. Celascon i.v. ordiniert. Bei der Katheterisierung werden 60 ml reinen Urins entleert; Blutverlust 320 ml.

Die einzelnen Geburtsperioden gestalteten sich zeitlich folgendermaßen: I. — 24,50 Std., II. — 25 min (Wendung mittels kombinierter Griffe), III. — 5 min (manuelle Ausräumung). Die vernachlässigte Querlage dauerte 16,15 Stunden.

Die Sektion des toten Kindes (Dr. med. I. Blaho, Pathol.-anat. Abt. des Kreiskrankenhauses in Banská Bystrica) ergab: Haupterkrankung: Asphyxia intrauterina, Mazeration 1. Grades. Todesursache: Asphyxie. Organbefund: Abruptio capitis humeri lateris sinistri, Haematoma regionis pectoralis lateris sinistri, Hyperaemia leptomeningum, Atelectasis pulmonum lateris utriusque, Venostasis hepatis et lienis. Die feingewebliche Untersuchung zeigte leicht entfaltete Lungenalveolen mit spärlicher Menge aspirierter Massen; die Wand der näher der Oberfläche gelegenen Lungenbläschen ist zerrissen, überall in den Kapillaren viele Erythrozyten. Die epitheliale Bronchienauskleidung ist vollständig

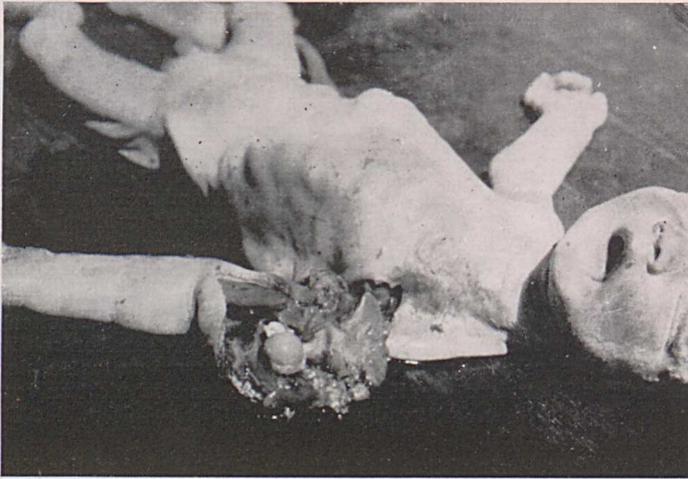


Abb. 1. Abruptio des Caput humeri lat. sin. nach präparatorischer Freilegung

desquamiert und füllt deren Lichtung aus. Klinische Diagnose: Abruptio capitis humeri lateris sinistri, Asphyxia feti interauterina wurde durch die Sektion bestätigt.

Der Pathologe ist der Meinung, daß es zum Tod der Leibesfrucht wahrscheinlich schon vor dem Eingriff der Gebärenden kam. Da sie sich nicht sicher war, ob die Frucht noch lebt oder nicht, entschloß sie sich auf Grund der oben angeführten Motive zu ihrer gewaltsamen Entfernung. Aus dem dargelegten Sachverhalt ist klar, daß die Handlung der Frau auf unlogischen gesetzwidrigen Überlegungen fußt; der Fall warnt vor der Durchführung solcher Versuche, die in anderen Fällen den Tod der Leibesfrucht direkt herbeiführen und das Leben der Gebärenden gefährden könnten.

Der Fall ruft Interesse auch deshalb hervor, da in der Gegenwarts-Literatur nur sehr wenige Fälle von Versuchen intrauteriner eigenwilliger Leibesfruchtschädigung im Verlauf der Geburt beschrieben sind.

Zusammenfassung

Wir beschrieben einen Fall von eigenwilligem Eingriff zur Entfernung der Frucht im Verlaufe der Geburt, um diese so zu verheimlichen. Im Schrifttum sind nur wenige derartige Fälle beschrieben; er ist auch vom forensischen Gesichtspunkt aus interessant.

Schrifttum beim Verfasser.

Anschr. d. Verf.:

Abt. f. Frauenkrankheiten u. Geburtshilfe des Bezirkskrankenhauses in RimavskáSobota/ČSSR

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften

Geburtshülfliche Gesellschaft zu Hamburg

Sitzung am 24. 5. 1962

Vorsitzender: W. S c h u l t z ; Schriftführer: W. M i s c h e l

Demonstration

1. O. Bandilla (Hamburg): **Drillingsschwangerschaft mit Thorakopagen.** Kasuistische Mitteilung: Bei der 26jährigen I.-para kam es am 23. 1. 1962, 45 Tage vor dem errechneten Entbindungstermin, nach vorzeitigem Blasensprung zur Geburt von Drillingen.