

Kleine Mitteilung.

Über eine seltenere Form von Stichverletzung des Jejunums und dessen forensische Würdigung¹.

Von

Prof. Merkel, München.

Mit 1 Textabbildung.

Im Anschluß an eine frühere Arbeit über Stich- und Schnittverletzungen (diese Z. 12. 1928) möchte ich heute kurz einen Fall mitteilen, der wegen des gewiß seltenen *anatomischen Befundes*, wie wegen der sich daraus ergebenden *rechtsmedizinischen Fragestellung* ein überdurchschnittliches Interesse beanspruchen dürfte.

Es handelt sich um eine tödliche Dünndarm-Stichverletzung bei einem 52jährigen Mann.

Tatbestand: Bei einer Wirtshausrauferei 29. XI. 1938 nachts im Anschluß an Kartenspielen erhielt der genannte 52jährige Kontrolleur M. G. eine Stichverletzung in die linke Unterbauchgegend und außerdem eine geringfügige Schnitt-Stichverletzung an der Außenseite des linken Ellenbogengelenks. Der Gestochene brach nach einiger Zeit zusammen und wurde nach vorläufiger Wundversorgung durch einen herbeigerufenen Arzt in das Krankenhaus r. d. Isar eingeliefert, wo er am 30. XI. 0 Uhr 15 Minuten eintraf. Aus der *Krankengeschichte* ergibt sich: Starker Geruch nach Alkohol; Patient stark erregt. In der linken Unterbauchgegend eine etwa 1,5 cm lange, glattrandige Wunde (Stichwunde), aus der es etwas blutet. Der ganze linke Bauch ist stark druckempfindlich, es besteht peritoneale Abwehr. Da der Verdacht auf eine Darmverletzung besteht, wird sofortige *Operation* vorgeschlagen, die aber vom Patienten trotz eindringlichster wiederholter Vorhaltung vor Zeugen abgelehnt wird. (Erste schriftliche Erklärung im Krankenblatt.) Jodierung der Wunde, steriler Verband. — Morgens 4 Uhr: Pulsbeschleunigung, verstärkte peritoneale Symptome im Abdomen. *Abermalige Ablehnung der als dringend nötig dem Patienten vorgestellten Operation.* (Zweite schriftliche Erklärung.) — In den Morgenstunden weiteres Ansteigen des Pulses, mehrfache Verhaltungen, Zunahme der Bauchdeckenspannung, heftigste Schmerzen. Patient verlangt aus dem Krankenhaus entlassen zu werden! — Erst um 9 Uhr vormittags läßt sich der Patient nach heftigsten Vorhaltungen durch die Ärzte zur Operation bewegen!

Klinische Diagnose: Stichverletzung im linken Unterbauch, Stich-Schnittverletzung am linken Ellenbogen. Beginnende Peritonitis.

Operation 10 Uhr in Chloräthyl-Äther: Excision der Einstichstelle der linken Unterbauchgegend, hierbei zeigt sich eine Dünndarmschlinge in der Mitte verletzt, daher breite Baucheröffnung durch einen zweiten hohen Medianschnitt: bereits fibrinöse Auflagerungen an einem Teil der Dünndarmschlingen, Peritoneum stark injiziert, in der Bauchhöhle reichlich Exsudat mit Galle vermischt. Die eine *perforierte Dünndarmschlinge* (Jejunum) wird vorgezogen, übernäht, durch Serosa an Serosa; 3 Querfinger etwa oberhalb dieser findet sich eine zweite etwas *kleinere Perforationsstelle*, die ebenfalls mit Serosa übernäht wird; keine weitere Verletzung. Verschuß des Medianschnittes, Einlegen eines Gummidrains durch die erweiterte Stichwunde bis hinunter zum Douglas. Lockere Naht, steriler Verband, Leibchen. Narkose ohne Zwischenfall, Puls etwas klein, verschlechtert sich aber während der Operation nicht.

Unter entsprechender Behandlung (Traubenzucker-Tropfeinlauf, Normosalinfusion, Cardiazol-Veritol) ist das Befinden in den nächsten Tagen relativ zu-

¹ Herrn Kollegen Prof. Dr. Meizner zu seinem 60. Geburtstag zugeeignet.

friedenstellend. Am 2. XII. 1938 Verbandwechsel, aus dem Drain entleert sich etwas seröse Flüssigkeit. Erneuerung der Gazestreifen. Bauch ist wohl aufgetrieben, hart und druckempfindlich, doch gehen Winde ab. Später *Spontanentleerung von viel Stuhl*. Mittag einmal Erbrechen. Puls frequent weich. Peritonitissserum intravenös.

Am 4. XII. 1938 Puls beschleunigt, Temperatur 39°, Stuhl und Winde gehen aber ab; Verbandwechsel, Strophanthin-Normosol-Infusion.

Am 5. XII. 1938 Puls und Temperatur *nähern sich wieder der Norm*, trotz Stuhl und Winden aufgetriebener Leib. Darmrohr eingelegt, Strophanthin. Verbandwechsel.

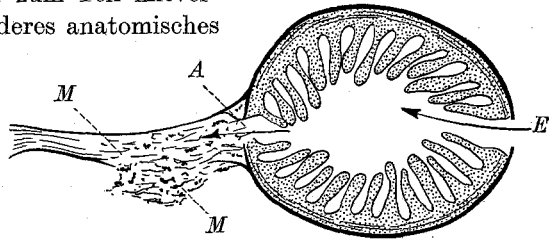
Am 7. XII. 1938: Seit gestern Abend Ansteigen der Temperatur. Über beiden Lungen katarrhalische Bronchitis und über den Unterlappen deutliches Bronchialatmen. Bauch aufgetrieben, trotz Stuhl und Winden. Geringe trübseröse Absonderung aus dem Darmrohr. Es scheint sich um einen ganz leichten peritonitischen Ileus zu handeln.

7. XII. 22 Uhr 35 Min. rasche Verschlechterung, in den Abendstunden Exitus.

Die *gerichtliche Sektion* (9. XII. 1938) ergab, wie erwartet, eine katarrhalisch-eitrige Tracheobronchitis und mäßige Bronchopneumonie des rechten Unterlappens mit beginnender fibrinöser Pleuritis, daneben eine alte Endokarditis der Aortenklappen mit Verwachsung und Verkalkung der Klappentaschen. Als Todesursache eine diffuse fibrinös-eitrige Peritonitis mit besonderer Beteiligung der Dünndarmschlingen und paralytischem Ileus. Die beiden Operationswunden, sowohl die Median-Schnittwunde, wie auch die excidierte Stichwunde der linken Unterbauchgegend, waren nur ganz wenig schmierig belegt, jedenfalls keine Muskelphegmone vorhanden. Die beiden durch Operation geschlossenen Stich-Schnittwunden des Dünndarmrohrs waren vollständig tadellos, auch bei Druck völlig suffizient; sie lagen im oberen Teil des Jejunum, 4 Finger breit voneinander entfernt. Die eine Wunde war ungefähr 12—15 mm lang, die andere etwa 8—10 mm, sie lagen beide an der Konvexität gegenüber dem Mesenterialansatz. Als man den Darm auseinanderlegte, fand sich an der, der kleineren Stichwunde entsprechenden Stelle gegenüber derselben im Mesenterialansatz eine vollständig eitrig-zunderig erweichte Partie; beim Drücken auf das Darmrohr *entleerte sich hier aus dieser eingeschmolzenen Stelle Eiter und galliger Darminhalt*. Als man den Darm an den 2 Stich-Schnittwunden durch Lösung der Nähte eröffnete, fand sich, daß die größere Stichöffnung einen reinen Tangentialschnitt oder -stich darstellte, im Bereich der kleineren Stichwunde dagegen wurde an der dem Durchstichloch gegenüberliegenden, also dem Mesenterialansatz entsprechenden Stelle eine etwa 3—4 mm große Ausstichöffnung festgestellt, welche offenbar noch die Muscularis an der Durchstichstelle durchsetzt hatte und direkt in den Mesenterialansatz hineinführte. Der Befund der übrigen Bauchorgane ist belanglos, der wurmförmige Fortsatz erwies sich vollständig normal. — Im *vorläufigen Gutachten* wurde festgestellt: I. daß der Tod des verletzten Mannes durch eine akute eitrige Bauchfellentzündung zustande gekommen war, wozu noch vor

dem Tod eine katarrhalische Lungenentzündung hinzugetreten war. II. Die tödliche Bauchfellentzündung war durch 2 Stich-Schnittverletzungen des oberen Dünndarms verursacht, die beide operativ kunstgerecht geschlossen waren. III. Dadurch, daß der Patient die ersten 10 Stunden nach der Verletzung die Operation verweigert hat, wurden zweifellos durch seine Schuld die Operationsaussichten erheblich verschlechtert. IV. Der Tod ist die direkte Folge der am 29. XI. 1938 erlittenen Stichverletzung.

Epikrise. Im allgemeinen wird man in der Tat sagen müssen, daß der Verletzte zweifellos durch sein völlig unvernünftiges Verhalten den ungünstigen Ausgang sicher zum Teil mitverschuldet hat. Ein besonderes anatomisches Interesse beansprucht aber doch der Fall insofern, als bei der Operation trotz sorgfältiger Durchsuchung des ganzen Dünn- und Dickdarms nur die beiden im oberen Ileum gelegenen und lediglich 4 Querfinger voneinander entfernt befundenen Stich-



Schematische Darstellung der Durchstichstelle. *E* = Einstich an der Konvexität des Darmrohres; *A* = Ausstich durch das Darmrohr an der gegenüberliegenden Stelle hinein in die Mesenterialplatte; *M* = Mesenterium mit der jauchigen Phlegmone und Durchbruch in die Bauchhöhle.

Schnittverletzungen festgestellt wurden und als Tangentialverletzungen erscheinen mußten; denn eine Ausstichöffnung war nicht vorhanden. Die Sektion hat dagegen festgestellt, daß nur der eine größere Schnitt offenbar ein Tangentialschnitt war, während an der zweiten Stelle ein Durchstich erfolgte, wobei jedoch — was sicher ganz ungeheuer selten ist — der Ausstich (s. Abb., *A*) direkt gegenüber im Bereich des Mesenterialansatzes und in die Mesenterialplatte direkt hinein erfolgte. Durch diese Lokalisation des Ausstiches trat dann der Dünndarminhalt in das Gekröse über und führte zu der bei der Sektion gefundenen eitrig-jauchigen Einschmelzung (*MM*) mit sekundärem Durchbruch in die Bauchhöhle.

Zweifellos war — das darf man auch aus dem klinischen Verlauf schließen — diese Mesenterialphlegmone mit ihrem Durchbruch in die freie Bauchhöhle letzten Endes die Ursache für die Peritonitis. Denn die Tatsache, daß trotz der relativ späten Operation der Verlauf in den ersten Tagen bis zum 5. XII. ein relativ günstiger war und erst vom 6. Tag an — nach der Operation — die Erscheinungen immer schlechter wurden, spricht für diese unsere Deutung. Der Täter hatte sich vor dem Schwurgericht zu verantworten und wurde wegen Körperverletzung mit Todesfolge zu 4 Jahren und 3 Monaten Gefängnis verurteilt.

Bei der *Erstattung des Gutachtens* durch den Sachverständigen waren auf die Frage des Richters 2 Punkte zu erläutern: nämlich 1., ob nicht wegen Nichtversorgung der Durchstichstelle ein ärztlicher Kunstfehler

vorläge und 2., ob dann, wenn die Operation alsbald hätte gemacht werden können, mit Sicherheit oder wenigstens mit einer größeren Wahrscheinlichkeit eine Heilung des Verletzten möglich gewesen wäre.

Hinsichtlich der *ersten Frage* wurde festgestellt, daß ein Kunstfehler von Seite des operierenden Arztes nicht als vorliegend zu erachten ist; denn man mußte unbedingt bei der Operation den Eindruck gewinnen, daß im Dünndarm lediglich 2 tangentielle Stich-Schnittverletzungen vorlagen, und es schien eigentlich außerhalb des Bereiches aller Wahrscheinlichkeit zu liegen, daß nun gegenüber der an der Konvexität gelegenen kleinen Schnittverletzung eine Ausstichöffnung in den Mesenterialansatz hinein vorhanden sein könnte. Jedenfalls habe ich bei den außerordentlich zahlreichen Darmstichverletzungen mit Todesfolge, die wir sezirt haben, niemals eine derartig intermesenterial gelagerte Ausstichöffnung gesehen. Eine solche hätte man lediglich dann bei der Operation feststellen können, wenn man an den Einstichstellen das ganze Darmrohr eröffnet hätte, um die Innenfläche zu besichtigen. Dazu wäre noch zu bemerken, daß man bei einer Stichverletzung des an der hinteren Leibeswand fixierten Dickdarms (z. B. beim Colon descendens) eher noch an eine solche Möglichkeit denken könnte, nämlich, daß der Ausstich retroperitoneal gelegen sein könnte, als wie beim Dünndarm, der doch ein so leicht bewegliches Organ darstellt und somit leicht ausweicht!

Die *zweite Frage* ging also dahin, ob wesentlich oder allein durch die Weigerung des Patienten, sich sofort operieren zu lassen, der unglückliche Ausgang der Verletzung zustande gekommen ist — es wäre das natürlich beim Urteilsspruch und beim Strafausmaß sehr wichtig gewesen für den Täter. Auch diese Frage mußte meinerseits verneint werden; denn ich bin fest überzeugt, daß auch dann, wenn sofort nach der Einlieferung die Laparotomie hätte vorgenommen werden können, auch nur wieder diese beiden als tangentielle Stich-Schnittverletzungen des Jejunum aufgefaßten Stichlöcher gefunden und ärztlich versorgt worden wären; der Ausstich im Mesenterium wäre ebenfalls entgangen und es hätte sich die intermesenteriale eitrige Kotphlegmone ganz in der gleichen Weise entwickelt und hätte zur tödlichen Bauchfellentzündung geführt. Um so mehr ist das anzunehmen, als das nach einigen Tagen auftretende Fieber höchstwahrscheinlich oder nur wenigstens in erster Linie auf die Lungenkomplikation bezogen worden wäre und nicht zu einer Relaparotomie Veranlassung gegeben hätte.

Wir konnten also sagen, daß bei der besonderen Art der Stichverletzung auch dann, wenn der Patient sofort operiert worden wäre, mit absoluter Sicherheit oder mindestens mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit der tödliche Ausgang an Peritonitis eingetreten wäre.

So bietet meines Erachtens sowohl in anatomischer Hinsicht, wie auch in Rücksicht auf die vom Gericht gestellten rechtsmedizinischen Fragen diese Beobachtung ein ganz besonderes Interesse.