

(Aus dem Institut für Gerichtliche und Soziale Medizin der Universität Kiel.)

Oesophagusatresie als Zeichen der Lebensunfähigkeit¹.

Von

Prof. Ernst Ziemke.

Mit 2 Textabbildungen.

Die Mißbildungen der Neugeborenen sind auch für die Gerichtliche Medizin von Interesse.

Nach unserer Strafprozeßordnung § 90 soll bei der Obduktion eines Neugeborenen festgestellt werden, ob das Kind reif oder *wenigstens fähig gewesen ist, das Leben außerhalb des Mutterleibes fortzusetzen*.

Die *Lebensfähigkeit* des Kindes hängt nun 1. von dem *Grad der Reife* und 2. davon ab, daß es *frei von Mißbildungen und krankhaften Veränderungen* ist, die eine Fortsetzung des Lebens außerhalb des Mutterleibes ausschließen.

Werden solche angeborenen Mißbildungen bei der gerichtlichen Obduktion angetroffen, so muß dies ausdrücklich im Gutachten hervorgehoben werden.

Die Anwendung des Kindsmordsparagraphen 217 StGB. hat zwar die Lebensfähigkeit des Kindes nicht zur Voraussetzung, es wird nur verlangt, daß das Kind in oder gleich nach der Geburt getötet worden ist; auch wenn das Kind nicht *lebensfähig* war, aber *lebend geboren und gewaltsam getötet* wurde, werden die Voraussetzungen des Kindesmordes als erfüllt angesehen. Gleichwohl ist die Feststellung der Lebensunfähigkeit auch eines gewaltsam getöteten Kindes für den Richter von Bedeutung, weil diese Tatsache für ihn bei der Zumessung der Strafe einen Milderungsgrund abgeben kann.

Die *Lebensunfähigkeit* eines Neugeborenen kann nun durch eine Reihe von *angeborenen Mißbildungen* und *Hemmungsbildungen innerer Organe* verursacht werden, die äußerlich nicht wahrzunehmen sind. Hierher gehören neben vielen anderen auch die *Atresien des Verdauungskanals*.

Ich hatte kürzlich Gelegenheit, eine solche Mißbildung in Form einer *Oesophagusatresie* bei der gerichtlichen Obduktion eines Neugeborenen zu beobachten.

¹ Vorgetragen auf der 18. Tagung der Dtsch. Ges. gerichtl. Med., Heidelberg, September 1929.

Das Kind war am 13. VI 1929 unehelich geboren. Es machte nach der Geburt den Eindruck eines gut entwickelten reifen und lebensfähigen Kindes, hatte eine Länge von 50 cm, wog über 3000 g und zeigte alle Zeichen der Reife, einen Kopfumfang von 33 cm, Kopfdurchmesser von 12:10:8 cm, einen 5 mm breiten Knochenkern in der unteren Epiphyse des rechten Oberschenkelknochens. Die Nabelwunde war fast verheilt.

Nach Mitteilung der Mutter hatte das Kind nach der Geburt Nahrung zu sich genommen, die ersten 2 Tage Zuckerwasser, dann Muttermilch mit Zuckerwasser vermischt; es hatte jedoch nach jeder Aufnahme die Nahrung sofort wieder erbrochen. Es hatte auch Stuhlentleerungen gehabt, die nach Angabe der Mutter ganz schwarz aussahen (Kindspech), aber nur sehr wenige. Die Windeln waren fast nie naß gewesen. Am 25. VI 1929 wurde es auf Anordnung des Arztes in die Kieler Kinderklinik gebracht, war aber bei der Einlieferung bereits tot.

Bei der Obduktion war das Gewicht auf 2300 g zurückgegangen. Das Kind machte einen völlig verfallenen Eindruck, die Augen waren eingefallen, die Binde- und Lidhäute ohne jede Gefäßfüllung, die Gesichtshaut auffallend fahlgrau; am Bauch so gut wie kein Fettpolster, die Lungen stark gebläht, auf ihrer Oberfläche einige stecknadelkopfgroße Blutaustritte, die Farbe der Lungen blaßrosa. Die Thymusdrüse bildete nur ein strichförmiges auffallend kleines Gebilde von $2:1\frac{1}{2}:1\frac{1}{2}$ cm Größe, war völlig trocken und graurosa. Auch an den anderen Organen fiel die ausgetrocknete Beschaffenheit auf.

Als auffälligster Befund ergab sich nun eine Mißbildung der Speiseröhre, die zugleich die Erklärung für den Todeseintritt gab. Die Speiseröhre hörte etwa in der Mitte 4 cm von der Incisura interthyroidea plötzlich auf, indem sie sich hier verengte und in einem Blindsack endete, sie setzte sich in einen soliden muskulös-fibrösen Strang von 3 mm Länge und 2 mm Breite nach unten fort, der sich dann wieder zu einer Röhre, dem unteren Teil der Speiseröhre erweiterte und eine Lichtung von 7 mm hatte. Vom Magen aus gelangte man durch die untere Speiseröhrenhälfte in die Trachea, und zwar ging die hintere Oesophaguswand glatt in die hintere Trachealwand über, während die vordere Oesophaguswand an der Übergangsstelle in die Trachea eine 3 mm breite Querleiste bildete, welche die Mündungsstelle umrandete. Diese Öffnung der Oesophago-Trachealfistel klappte in 2 mm Breite. Die Fistelöffnung lag 2 cm über der Bifurkation der Trachea, etwa in Höhe des 10. Trachealringes.

Im Lungengewebe waren trotz genauer mikroskopischer Untersuchung keine aspirierten Nahrungsbestandteile zu finden, der Inhalt der kleinen Bronchien und des Lungenabstrichs bestand außer roten Blutkörperchen nur aus massenhaften desquamierten Zylinderepithelien.

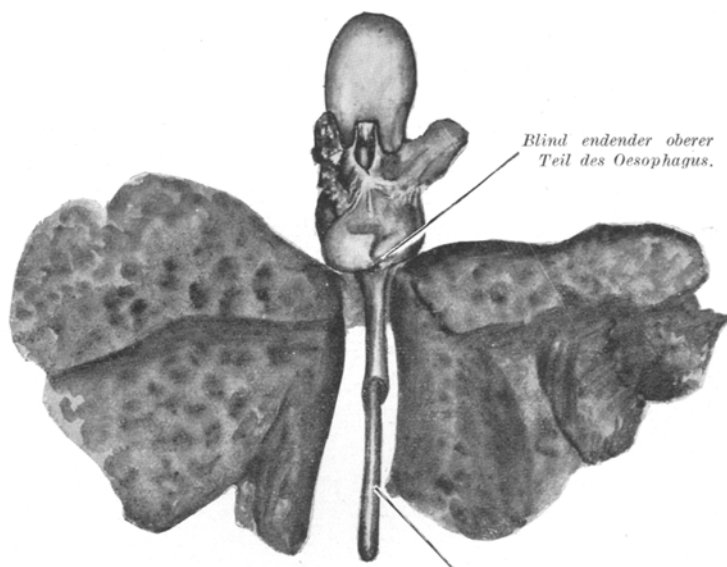


Abb. 1.



Abb. 2.

Im Kehlkopfeingang lag ein kleiner bräunlicher Schleimpfropf, der außer Zylinderzellen einzelne Fetttröpfchen (Milch?) enthielt. Die Magenhöhle, die etwas durch Gas aufgetrieben war, enthielt nur wenig zähen Schleim, der ganze Dünndarm, der nur 3 mm dick und eng zusammengezogen war, war vollständig leer, die Schleimhaut mit wenig galligem Schleim bedeckt. Auch der Dickdarm war eng zusammengezogen und enthielt im unteren Teil noch Reste grünlichen Kindspechs. Mikroskopisch wurden im Dünn- wie Dickdarmschleim nur kleine gelbgrüne Gallenkügelchen ohne jede Beimengung von Hauttalgzellen oder Lanugohaaren oder Cholesterinkristallen gefunden. Zusatz von Jodlösung verursachte nirgends Blaufärbung (keine Fruchtwasserbestandteile, keine Nahrungsaufnahme). Im Mastdarm fanden sich gleichfalls spärliche Reste von Kindspech, die Harnblase war leer. Im Gehirn fiel die reichliche Blutstauung auf; in frischen Präparaten sah man zahlreiche rote Blutkörperchen durch die Capillarwandungen durchgetreten in der Hirnsubstanz liegen.

Die obere Hälfte der Speiseröhre war taschenartig erweitert, ihr Lichtungsdurchmesser betrug 12 mm, die Breite im aufgeschnittenen Zustand 2 cm.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß der Tod des Kindes durch Verhungern zu erklären ist. Hierauf wies die starke Reduktion des Fettgewebes, die trockene Beschaffenheit sämtlicher Organe und die bis auf einen geringen Rest geschwundene Thymusdrüse, sowie der Mangel jedes Nahrungsrestes im Magen und Dünn- und Dickdarm hin. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, daß nicht einmal Spuren von Fruchtwasser oder Nahrungsbestandteilen in den Magen und Darm gelangt waren. Der Verschluß der Speiseröhre hatte also jede Nahrungsaufnahme unmöglich gemacht.

Die *Oesophago-Trachealfisteln* sind unter den schweren Bildungsfehlern der Speiseröhre wohl die häufigsten, weitaus häufiger als das völlige oder teilweise Fehlen des Oesophagus. Etwa 150 Fälle davon sind in der Literatur mitgeteilt und man rechnet, daß gut doppelt soviel beobachtet worden sind.

In der überwiegenden Zahl der Fälle bilden sie nicht die einzige Mißbildung, sondern finden sich mit anderen Bildungsfehlern, Atresia duodeni, Atresia ani, Spaltbildungen der Blase usw., kombiniert.

Der Tod solcher Neugeborenen tritt meist schon frühzeitig ein, doch ist auch ein längeres Leben beobachtet worden. Gewöhnlich tritt der Tod schon in den ersten 2—7 Tagen ein; in einem Fall erlebte das Kind noch den 10., in einem anderen sogar den 14. Tag.

Die Todesursache ist meist in pneumonischen Entzündungen der Lungen gegeben, die durch die Aspiration der in die Trachea gelangten Nahrung entstanden sind.

Über die kausale Genese herrscht nach neueren Anschauungen noch völlige Unklarheit; alle bisher aufgestellten Theorien sind wenig befriedigend. Nachdem *Schridde* nachgewiesen hat, daß der embryonale Oesophagus stets ein Lumen hat und daß die zu beobachtenden Epithelleisten, die die Abschnürung der Trachea von dem Oesophagus im Schlunddarm vorbereiten, in ihrer Verbreitung nicht mit dem am häufigsten vorkommenden Sitz der Atresie zusammenfallen, ist man geneigt, die Atresie nicht mehr auf eine embryonale Störung zurückzuführen (Entstehung durch entzündliche Prozesse während des Embryonallebens!).

Der vorliegende Fall hat insofern besonderes Interesse, weil die Oesophagusatresie:

1. als *einzigster Bildungsfehler* bei einem im übrigen *völlig normal entwickelten und gebildeten Kinde* gefunden wurde.
 2. der *Tod* nicht bereits in den ersten Tagen nach der Geburt, sondern erst *nach 12 Tagen eingetreten ist*.
 3. weil der *Tod durch Verhungern eingetreten ist* und nicht wie gewöhnlich durch eine Aspirationspneumonie.
 4. weil aus der *mikroskopischen Untersuchung* hervorgeht, daß das Kind in den 12 Tagen seines Lebens *keine Spur von Nahrung* aufgenommen hat.
-