

(Aus dem Institute für Gerichtliche Medizin der Universität Heidelberg.)

Eine bemerkenswerte Halsstichverletzung.

Von

W. Schwarzacher.

Mit 1 Textabbildung.

Im Anschluß an einen Wortstreit erhielt der etwa 45 Jahre alte F. S. von seinem Gegner mit einem gewöhnlichen Taschenmesser einen Stich in die linke Oberhalsgegend. F. S. blutete sehr stark; er wurde sofort in die Chirurgische Abteilung des Städtischen Krankenhauses in M. verbracht. Die Zeit zwischen der erlittenen Verletzung und der operativen Hilfeleistung läßt sich nicht mehr genau ermitteln, sie hat etwa 10 bis 20 Minuten gedauert. Bei der Einlieferung in das Krankenhaus war der Verletzte benommen und wies alle Zeichen eines schweren Blutverlustes auf. Knapp unter des Ansatzes des Ohrläppchens am vorderen Rande des linken Kopfnickers, diesem parallel laufend, war eine $1\frac{1}{2}$ cm lange schlitzförmige Hautdurchtrennung zu sehen. Die ursprüngliche Wunde wurde nach unten zu verlängert, man stieß auf einen Wundkanal, der schräg abwärts nach innen führte. Alle verletzten Gefäße wurden in der Wunde unterbunden und so die Blutung zum Stehen gebracht. Bei dem begründeten Verdachte einer Mitverletzung des Schlund- und Kehlkopfes wurde sogleich eine Tracheotomie vorgenommen. Da eine Ernährung des Kranken per os unmöglich war, wurde am 2. Tage eine Witzelsche Magenfistel angelegt. Am 4. Krankheitstage starb F. S. unter den klinischen Erscheinungen einer Aspirationspneumonie.

Die gerichtliche Leichenöffnung ergab folgenden gekürzt wiedergegebenen Befund:

Männliche Leiche, 156 cm (!) lang, schwächlich, spärliche Totenflecke am Rücken. Die Wirbelsäule ist oben rechts, unten links konvex S-förmig gekrümmt. Die Bindehäute und die sichtbaren Schleimhäute sehr blaß. Entlang dem vorderen Rande des linken Kopfnickers eine 8 cm lange Operationswunde. Das obere Drittel dieses Operationsschnittes erweitert sich zu einer Wundhöhle von Haselnußgröße, deren Wandungen von einem mißfarbigen, fetzigen Gewebe gebildet werden. Der obere Wundwinkel entspricht noch der ursprünglichen, nicht operativ gesetzten Verletzung. Man kann noch sehen, daß der vordere Wundrand auf 6 mm Länge etwas abgeschrägt und der nach rückwärts liegende Rand ein wenig unterminiert

sind. Ein Hautemphysem oder Spuren einer stärkeren Gewebsblutung fehlen. In der Mittellinie des Halses ist die Luftröhre durch eine typische Tracheotomia sup. eröffnet. Oberhalb des Nabels eine 7 cm lange, frisch vernähte Bauchschnittwunde, links davon eine 2 cm lange schlitzförmige operative Durchtrennung, aus welcher ein Gummirohr herausgeleitet ist. Andere Verletzungsspuren (etwa Abwehrverletzungen) sind nicht nachweisbar. Die Eröffnung der Schädelhöhle bietet außer einer stärkeren Blutfüllung der Hirnhautgefäße und einem geringen Ödem des Gehirnes keinen bemerkenswerten Befund. Die genaue Präparation



der Halsorgane deckt zunächst einen über bleistifticken Wundkanal auf, der knapp unter der Ohrspeicheldrüse bleibend, von der vorerwähnten Halswunde in etwas schräg absteigender, leicht sich nach vorne wendender Richtung die linke seitliche Rachenwand durchsetzt. Die Wandungen dieses Kanales sind von einem teilweise zerfallenden mißfarbigen Gewebe ausgekleidet. Eine Untersuchung der Gefäße ergibt, daß die linke Drosselvene völlig unverletzt ist. Die A. carotis externa ist gerade an der Abgangsstelle der A. lingualis völlig, annähernd quer durchtrennt; auch die A. maxillaris externa ist ganz knapp hinter ihrer Abgangsstelle völlig durchschnitten; die A. occipitalis hängt noch mit dem retrahierten, peripheren Stumpf der A. carotis externa zusammen. Alle durchtrennten

Gefäße sind dicht unterbunden. Die Hauptstämme des N. hypoglossus und des N. vagus sind unverletzt. Der in Kadaverstellung befindliche Kehledeckel weist eine scharfrandige fast horizontale, schwach oben konvex-bogenförmige, 18 mm lange Durchtrennung auf, so daß sein oberer Rand in der Breite von durchschnittlich 5 mm frei weghängt und nur von einer 8 mm breiten Gewebsbrücke gehalten wird (vgl. nebenstehende Abbildung). An der linken aryepiglottischen Falte befindet sich noch knapp oberhalb des Tuberculum Wrisbergi eine scharfandige, 5 mm tiefe, klaffende Kerbe. Die Lungen sind allseits fädig mit der Brustwand verwachsen; entsprechend der Verteilung des Bronchialbaumes finden sich mehrfache, zum Teil zusammenfließende, graugelblich gefärbte, zerfallende Herde mit verdichteten, schwarzrot aussehenden Randzonen, daneben auch deutlich sich abhebende, völlig luftleere, dunkelrot erscheinende Gruppen von Lungenläppchen. In den Bronchien reichlich mißfarbiger eitriges Schleim. Unter der Innenauskleidung der linken Herzkammer sind mehrere streifige Blutaustritte zu sehen. Von dem übrigen Befunde wäre noch zu erwähnen, daß in den Magen nach Art der Witzelschen Fistelbildung eine Schlauchsonde kunstgerecht eingenäht ist, die durch einen Schlitz des linken geraden Bauchmuskels nach außen führt. An den Organen fällt eine hochgradige Blutarmut der Gewebe auf. Eine deutliche Milzschwellung besteht nicht.

Die geschilderten Verletzungen waren durch einen Stich in die linke Oberhalsgegend erzeugt worden. Als Werkzeug fand ein gewöhnliches Taschenmesser Verwendung, dessen Klinge knapp 8 cm lang und an der Angel 14 mm breit war. Die Schneide und die Spitze waren scharf. Aus der Form der Verletzung, besonders aus der Verletzung am Kehledeckel ist zu schließen, daß das Messer so geführt worden sein mußte, daß es mit der Schneide — immer in bezug auf den Verletzten — nach vorne und rechts gekehrt am unteren Ohransatze nach schief vorn und abwärts gerichtet, eingestoßen wurde. Die Form und Anordnung der 2 Verletzungen am Kehlkopfeingange lassen wohl nur die eine Deutung zu, daß im Augenblicke des Stiches die Epiglottis heruntergeklappt war. Die so auffallend hohe Lage des Einstiches erklärt sich vielleicht durch den Hinweis auf den Umstand, daß der Angegriffene im Verhältnis zum Angreifer viel kleiner gewesen ist; die Körperhöhe des Verletzten betrug — in der Hauptsache bedingt durch die bestehende Skoliose — nur 156 cm, während der Täter ein übermittelgroßer Mann war. Bezüglich der Todesursache besteht wohl kein Zweifel, daß letzten Endes die ausgedehnte Aspirationspneumonie bei der gleichzeitig bestehenden Schwächung des Organismus durch den schweren Blutverlust den tödlichen Ausgang bewirkt hat. Die Entstehung dieser Aspirationspneumonie ist darauf zurückzuführen, daß bei der vorliegenden Verletzung des Kehlkopfeinganges, bei dem gestörten Schluckmechanismus eine Ansaugung erbrochener Massen schlechterdings unausbleiblich gewesen ist. Ein Erbrechen erfolgte mehrmals schon kurz nach der Verletzung offenbar infolge des Blutverlustes und auch noch später während des Spitalaufenthaltes. Bemerkenswert erscheint an der mitgeteilten Beobachtung der Umstand, daß trotz der vollständigen Durchtrennung

mehrerer, auch größerer Schlagadern keine in kürzester Zeit zum Tode führende Verblutung eingetreten ist; durch die rasch einsetzende operative Hilfe ist es noch im letzten Augenblicke gelungen, diese Gefahr zu bannen. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang noch der Befund von subendokardialen Blutungen, deren Entstehung auf den akuten Blutverlust zurückzuführen ist. Die rasche Versorgung der Verletzung hat auch verhindert, daß sich etwa eine bis zur Erstickung führende Blut-aspiration ausbilden konnte.

Bei der Durchsicht der gerichtlich-medizinischen, der laryngologischen und chirurgischen Literatur konnte keine Mitteilung über eine Halsstichverletzung gefunden werden, bei der es zu ähnlichen Verletzungsfolgen wie im beschriebenen Falle gekommen wäre. Möge die Seltenheit dieser Form eines Halsstiches dessen kurze Mitteilung rechtfertigen.
