

Über Obduktionsbefunde bei Selbstmordfällen¹⁾.

Von
Prof. Julius Bartel.

Der Schwierigkeiten und großen Verantwortung gerade über dieses traurige Kapitel der Humanpathologie zu sprechen, bin ich mir voll bewußt. Speziell für einen Vertreter der pathologischen Anatomie bestehen besondere Schwierigkeiten, da diese Frage ja einer Klarlegung auch auf Grund eingehender klinischer Studien bedarf, die Morphologie allein für eine zureichende Beantwortung nicht ausreichen kann. Immerhin aber hoffe ich doch darlegen zu können, daß es gelingt, wenigstens aufmerksam zu machen, daß diesem tief in das Getriebe der menschlichen Gesellschaft einschneidenden Problem volle Beachtung seitens aller interessierten Kreise zuzuwenden sei. Wenn ich dabei heute über *meine Erfahrungen bei Obduktionsbefunden von Selbstmordfällen in ihren Beziehungen zu konstitutionellen Momenten* das Wort ergreife, so geschieht es mit aller gebotenen Reserve vorbehaltlich der weiteren Bestätigung auf Grund weiteren Beobachtungsmaterials, wo heute trotz mancher Bestätigung der bereits vorhandenen positiven Ergebnisse doch immer noch zweifelnde Stimmen sich vernehmen lassen.

Zunächst mag es etwas paradox erscheinen, wenn ich sage, daß das auf breiter Basis aufgenommene Studium der Tuberkulosefrage auslösend gewirkt hat, wenn ich neben vielen anderweitigen Untersuchungen auch zur Analyse des Obduktionsbefundes von Selbstmordfällen angeregt worden bin.

Nachdem ich einmal (es war i. J. 1900), von meinem verehrten Lehrer *Weichselbaum* aufmerksam gemacht, den impulsiven Thesen *Behrings* hinsichtlich der Tuberkuloseentstehung gefolgt war, wurde ich sehr bald auf die eminente biologische Bedeutung des lymphatischen Gewebes für die gesamte Tuberkulosefrage hingelenkt.

Damit ergab sich naturgemäß der weitere Anstoß, diese spezielle Fragestellung von verschiedenen Seiten zu studieren und somit auch den rein morphologischen Verhältnissen des lymphatischen Apparates nachzugehen, und zwar zunächst unter den normalen Bedingungen und hierauf bei anormalem Verhalten.

Mit meinem Mitarbeiter *Stein* habe ich hierüber im Jahre 1905 und im Jahre 1906 berichtet.

¹⁾ Nach einem Vortrage in der Gesellschaft für Kriminalistik und Kriminalpsychologie in Wien am 13. I. 1921.

Hinsichtlich der heute zu erörternden pathologischen Verhältnisse galt mein Hauptaugenmerk der neuestens wieder heiß umstrittenen Frage des sog.

Status thymicolymphaticus,

wie ihn *Arnold Paltauf* im Jahre 1889 näher definiert hat.

Er drückte sich folgendermaßen aus:

„*Vergrößerung der Tonsillen, der Lymphfollikel, ausgedehnter Lymphdrüsenkomplexe, der Follikel des Zungengrundes, der Milz und endlich das Vorhandensein einer verschieden großen Thymusdrüse zu einer Zeit, wo diese sonst ganz geschwunden zu sein pflegt.*

Hierzu wäre noch in meinen Fällen eine zwar stets, aber in verschiedenen Graden ausgebildete Veränderung der Aorta beizufügen.

In diesen Veränderungen zusammen mit der akuten Herzerweiterung ist zweifellos die Todesursache zu suchen.“

A. Paltauf nimmt mit dieser Definition einen *allgemein* krankhaften Zustand des Körpers, die „*lymphatische Konstitution*“ an, wozu er allerdings bemerkt, daß man damit noch keine klare anatomische Vorstellung verknüpfen könne.

In Anlehnung an *Rudolf Virchow* spricht *A. Paltauf* auch von einer „*Konstitution lymphatisch-chlorotischer Natur*“. Auf Basis dieses von *A. Paltauf* zum ersten Male klarer definierten somatischen Zustandes, den wir in seinen verschleierte Umrissen bereits durch *Rokitansky* in Wien um die Mitte des vorigen Jahrhunderts und auch schon früher angedeutet finden, begann ich nun i. Jahre 1902 ganz besonders prägnante Fälle zu sammeln und mikroskopisch genauer zu untersuchen.

Eine Reihe dieser Fälle verdanke ich dem Entgegenkommen von Hofrat *Kolisko*, damals noch Vorstand des Gerichtlich-Medizinischen Institutes in Wien.

Wir verdanken *Kolisko* auch eine präzisere Fassung und einen sehr maßgebenden Ausbau der von *A. Paltauf* gegebenen Definition. Die damals von mir gesammelten Fälle betrafen Individuen im Alter von 2 Tagen (ein frühreifes Kind!) bis zu 71 Jahren.

Neben einer überstarken Proliferation von Lymphzellen konnte mikroskopisch eine besonders beschaffene fibröse Umwandlung im Lymphdrüsengewebe beobachtet werden, die ich auf eine Unterentwicklung der Arterien zurückführen zu dürfen glaubte.

In dieser Reihe von 30 Fällen mit ausgesprochenem Status thymicolymphaticus fanden sich neben anderweitigen, sehr auffallenden Krankheitsbildern und Todesarten wie plötzlicher Tod anscheinend gesunder Menschen aus unbekannter Ursache (Narkosetod, Basedowsche Krankheit usf.) 3 Todesfälle durch Selbstmord:

Fall XIV. 18jähriger Mann, Kopfschuß, St. thl., Thymus 30,5 g, Aorta an der weitesten Stelle 5 cm (März 1905).

Fall XVIII. 19jähriges Mädchen. Vergiftung mit 100 bitteren Mandeln, St. thl. (November 1904).

Fall XXI. 21jähriges Mädchen, Sturz aus der Höhe; St. thl. (Dezember 1904).

Die in vieler Hinsicht auffälligen Krankheitsbilder und Todesarten dieser Fallreihe waren für mich Anlaß, dem St. thl. in seiner biologischen Bedeutung auch weiterhin nachzugehen, und ich betrat damit das Gebiet des Studiums des konstitutionellen Momentes in der Humanpathologie.

Meine Erfahrungen von Stufe zu Stufe ergänzend, baute ich meine Beobachtungen auf immer *breiterer* Basis auf.

So konnte ich im Jahre 1908 gelegentlich eines Vortrages: „Über die hypoplastische Konstitution und ihre Bedeutung“ bereits über eine Zahl von mehr als 100 Fällen verschiedener, zumeist aber ganz besonderer Natur berichten, bei welchen durchaus ein ausgesprochener St. thl. zu konstatieren war, bei welchen Fällen aber auch anderweitige Anzeichen eines von der Norm abweichenden somatischen Verhaltens im Sinne konstitutiveller pathologisch-anatomisch nachweisbarer Abwegigkeit beobachtet werden konnten.

Ich nenne eine besondere Körpergröße, hohes Hirngewicht, Persistenz embryonaler Wege im Herzen und an anderweitigen Stellen des Organismus, verschiedentliche Anzeichen verzögerter Entwicklung, sowie viele andere anscheinend „*belanglose Nebenbefunde*“.

Auf Grund dieser 2. Beobachtungsreihe habe ich damals in Erweiterung des St. thl. den Begriff eines

„*Status hypoplasticus*“

im allgemeinen biologischen Sinne aufgestellt.

Ich wies dabei auf verschiedene Anzeichen eines von der Norm abweichenden Verhaltens der sonst anscheinend gesunden Organe und Organkomplexe mit dem markantesten „Teilsymptom“, dem St. thl. hin und konstatierte auch hier eine auffallende Kombination mit *besonderen* Krankheitsbildern und auffallenden Todesarten.

Damit war neuerlich die Bedeutsamkeit der in der ersten Beobachtungsreihe gemachten Erfahrungen vor Augen geführt.

Nun *auch in dieser 2. Fallreihe* fanden sich *Fälle von Selbstmord*, und zwar 6 Fälle: 2 bei Männern im Alter von 18 bzw. 21 Jahren und 4 bei Frauen im Alter von 19 (2 Fälle) bzw. 21 und 23 Jahren.

Diese neuerliche Erfahrung veranlaßte mich nun, die im Institute seit dem Jahre 1900 obduzierten Selbstmordfälle übersichtlich zusammenzustellen.

Je nach der Genauigkeit des Obduktionsbefundes demonstrierten 122 Fälle, in 3 Gruppen angeordnet, daß im Gegensatz zu den bisherigen oft *unbefriedigenden* Resultaten der Obduzent und mit ihm alle mitinteressierten Faktoren bei Beachtung der angeführten konstitutionellen Verhältnisse eines St. thl. bzw. St. h. doch einen Schritt *weiter* in das oft

so rätselhafte Dunkel so vieler Selbstmordfälle vorzudringen vermögen.

Damit wäre die Aufstellung einer einigermaßen verlässlichen pathologisch-anatomischen Grundlage für die Beurteilung von Selbstmordfällen auf konstitutioneller Basis angebahnt.

Die Festigung der diesbezüglichen Überzeugung wäre auch geeignet, die Aufgaben des Obduzenten zu erleichtern und das Streben aller Kreise zu einem klaren Urteile zusammen zu fassen, wo heute die vollendete Tatsache so oft mit einem Verlegenheitsbefund und dann mit einer gezwungenen Erklärung registriert wird.

In Gruppe I dieser 122 Fälle sind 70 Obduktionsbefunde vereinigt, bei welchen das Hauptgewicht auf den durch die Art des Selbstmordes bedingten Veränderungen ruht; sonst aber nur die bei Suicidfällen so häufigen geringfügigen Residuen entzündlicher Prozesse verzeichnet sind, oder die Angabe: „Alle übrigen Organe normal“ zu finden ist.

Gruppe II und namentlich Gruppe III enthalten Befunde, bei denen auch Angaben hinsichtlich konstitutioneller Verhältnisse in der oben angedeuteten Richtung Beachtung fanden.

So konstatierte ich in den 27 Fällen der Gruppe III, welche durchaus von mir protokolliert worden waren, in 36% der Fälle einen St. thl., in 26% St. l.

Mannigfache anderweitige Befunde vervollständigten das Bild eines häufigen St. h. in dieser Gruppe und beleuchteten die Wichtigkeit dieser Konstatierung für das Gesamtbild des betreffenden Selbstmordfalles.

Hinsichtlich der Morbiditätsverhältnisse bei Selbstmordfällen machte ich gelegentlich dieser 122 Sektionsfälle speziell auf das Verhalten der Tuberkulose aufmerksam.

Nur in 21% der Fälle waren Zeichen einer abgelaufenen tuberkulösen Infektion kenntlich: 20 mal waren es Schwielen mit eingelagerten Kalk- und Käseherden in Bronchialdrüsen und Lungen (2 Fälle zeigten fibröse Granulartuberkulose), 2 mal waren kleine tuberkulöse Kavernen in Schwielengewebe, 1 mal außerdem ein vernarbendes tuberkulöses Darmgeschwür zu sehen, 1 mal endlich fand sich bei freien Lungen überhaupt nur ein vernarbtes tuberkulöses Geschwür im Darm.

Ein Fall typischer chronischer Lungentuberkulose der sonst so häufigen Art wurde überhaupt nicht gesehen, und man kann füglich beim Selbstmordfall von einem *Tuberkuloseantagonismus* im Sinne von *Rokitansky* sprechen.

Auch bei meinen weiteren Studien ließ ich diese Frage des konstitutionellen Momentes namentlich beim Selbstmordfall Jugendlicher nicht außer acht und habe meine Erfahrungen fortlaufend ergänzt.

Neben anderen konstitutionellen Stigmen spielte jetzt auch die Hirnhypertrophie (das übergroße Gewicht) eine bedeutende Rolle.

Ich lernte bei solchen Fällen die tiefen Furchen an der Innenfläche des Schädeldaches beachten und deren klinische Bedeutung, wie Fieberdelirien, Erregungszustände anderer Art, Neigung zu entzündlichen Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute, erkennen.

Als sehr illustrativ sei nur erwähnt, daß ich in einer 1912 erschienenen Abhandlung über 530 genau protokollierte Sektionsfälle durch stufenweise Steigerung in der Häufung konstitutioneller Stigmen im Einzelfall schließlich zu einer kleinen Gruppe von nur 8 Fällen gelangte, welche die höchsten Grade eines St. h. unter der Gesamtzahl von 530 Fällen in sich vereinigten.

Dieses Gruppenbild war ein recht *prägnantes*:

Fall 411. Ein 14-jähriger Knabe erliegt einem Darmkatarrh.

Fälle 345 und 304. Ein 17-jähriger, bzw. 18-jähriger Knabe erliegen der Tuberkulose unter dem seltenen Bilde des Morbus Addisonii (chronische Nebennierentuberkulose).

Fall 303. Ein 16-jähriges Mädchen stirbt an einem bösartigen Neugebilde, einem Sarkom.

Fall 73. Eine 23-jährige Frau stirbt an Krämpfen unter der Geburt (Eklampsie).

Fall 311. Ein erst 33-jähriger Mann geht durch einen Krebs zugrunde.

In 2 Fällen unter 8 aber wird Selbstmord zur Todesursache!

Fall 213. Ein 15-jähriges Mädchen, Hirngewicht 1570 g, Th. 40 g, Unterentwicklung des Genitales, sehr ausgesprochener Lymphatismus.

Fall 83. Ein 28-jähriger Mann, Hirngewicht 1670 g, Th. 20 g, Unterentwicklung des Genitales, Etat mamelonné des Magens, offenes Foramen ovale im Herzen, mächtiger Lymphatismus.

Ein ruhiger, unbefangener Blick auf diese gleichsam durch Konzentration aus einem halben Tausend von Fällen hervorgegangene eigenartige Gruppe scheint mir nun genügend lehrreich dafür zu sein, daß mein *Gedanke an eine konstitutionelle Basis so vieler Selbstmordfälle namentlich bei Jugendlichen gewiß kein Phantom* sein kann.

So will ich auch fernerhin in steter Erweiterung und mit immer größerer Genauigkeit dieser menschlich bedeutsamen Frage folgen und hoffe, die bisherigen Resultate durch weitere Befunde erhärten zu können.

Als *praktisches* Beispiel der weitgehenden Klärung eines Selbstmordfalles, den ich vor einiger Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte, lasse ich eine meiner Beobachtungen folgen:

17-jähriger junger Mann, Lungenschuß, Status digestionis, tuberkulosefrei, St. thyl. mit großer dicker grauroter Thymus, ausgesprochene Hyperplasie des lymphatischen Rachenringes, der Darm- und Milzfollikel, Etat mamelonné des Magens, Wurmfortsatz 13 cm lang, anormale Leberfurchung, Tierform der Milz, Verdickung der Innenhaut der linken Herzkammer, zarte Aorta, Hirngewicht 1600 g, deutliche Abdrücke der Hirnwindungen an der Innenseite des Craniums, Rachitis der langen Röhrenknochen, gut entwickeltes Fettpolster.

Befunde hoher Hirngewichte mit speziellem histologischen Befund bei Selbstmordfällen und Dementia praecox von *Fankhauser* ließen mich

auch im vorliegenden Falle an ein Frühstadium der *Dementia praecox* denken.

Nach längerem Kontakt mit der Umgebung des Selbstmörders und tieferem Einblick in die näheren Umstände des Falles fand ich meine Meinung gefestigt und im Meinungsaustausch mit einem auswärtigen Psychiater bestätigt.

Dieser eine Fall mag für eine Reihe anderer sprechen, die ich im Laufe der Jahre zu verfolgen Gelegenheit hatte.

In gebotener Kürze will ich nun auf *Angaben in der Literatur* verweisen.

Die ursprünglich übliche Art der Protokollierung von Selbstmörderleichen ist durch die Arbeiten von *Heller* (1900 mit über 300 Fällen) und *Ollendorf* (1905 mit 362 Fällen) repräsentiert.

Auch die Angaben von *Egglihuber* (1910 mit 136 Fällen) gehen *nicht* über die Aufzeichnungen von *Heller* und *Ollendorf* hinaus.

Hinsichtlich der von mir berührten Punkte lassen diese Fallreihen kein positives Urteil zu, da die wenigen sporadischen Befunde keine ausreichenden Anhaltspunkte bieten.

Hingegen finden wir in der Abhandlung von *Brosch* über den militärischen Selbstmörder (1909) bereits einige Hinweise, wenn er im Anhang sagt: „Daß Veränderungen am lymphatischen Apparat bei Selbstmördern ziemlich häufig beobachtet wurden“, und weiter bemerkt: „Da aber im vorliegenden Material nicht systematisch auf diese Veränderungen geachtet wurde, können darüber auch keine präzisen Zahlenangaben gemacht werden, und bleiben dieselben einer späteren Publikation vorbehalten.“

Besonders wird von *Brosch* der Verdauungszustand (der Status digestionis) betont, in welchem er seine Selbstmörderleichen so oft vorgefunden hat.

Sonst stimmt *Brosch* mit den vorgenannten Autoren überein.

Die Befunde von *Brosch* erfahren einen Ausbau an der gleichen Arbeitsstelle durch *Miloslavich* (1912).

Dieser Autor betont „die ganz außerordentliche Bedeutung des so häufigen Befundes eines St. thl. und dessen Teilsymptome“ im Selbstmordfall.

In 47% seiner Fälle fand er einen St. thl., dann Abstufungen hinsichtlich der Intensität und Extensität der Erscheinungsform und endlich in 20% einen negativen Befund.

Miloslavich schließt sehr decidiert, daß man sich über die *auffallende Häufigkeit dieser Konstitutionsanomalie bei Selbstmördern* füglich nicht mehr hinwegsetzen könne.

Im gleichen Jahre berichtet *Pfeiffer* in einer gut ausgebauten Schrift über den Selbstmord.

Auch dieser Autor kommt hinsichtlich meiner Angaben zu vielen übereinstimmenden Beobachtungen.

So wird beispielsweise bemerkt, daß er (nämlich *Pfeiffer*) hinsichtlich der konstitutionellen Veränderungen „unter dem Eindrucke der Erfahrungen der letzten 3 Jahre die Überzeugung gewonnen habe, sie seien in Wahrheit speziell beim jugendlichen Selbstmörder viel häufiger und vor allem recht bedeutungsvoll“.

So fand sich unter 74 Beobachtungen 22 mal persistierende bzw. hyperplastische Thymus.

Im Anhang sind auch Übereinstimmungen von hohen Orgengewichten (Gehirn, Leber) mit meinen Beobachtungen vermerkt und weiter Ermittlungen für später in Aussicht gestellt.

In jüngster Zeit hat *Nestle* (1919) über eine kleinere Zahl von Selbstmordfällen berichtet und gleichfalls die Bedeutung eines St. thl. betont. Eine, wie ich sagen zu dürfen glaube, „*anscheinende*“ Differenz besteht andererseits gegenüber den Anschauungen *Hammar*s, welche jedoch angesichts positiver Arbeitsleistungen von mustergültiger Genauigkeit, welche wir diesem Autor hinsichtlich der Thymusforschung verdanken, bei dem gleichen Streben nach Klarheit *zweifellos* zu einem wechselseitigen Verständnisse führen wird. *Hammar* ist geneigt, Befunde lymphatischer Hyperplasien als unter den Begriff der „Norm“ fallend zu betrachten, wo es sich ja tatsächlich vielfach um Befunde bei Menschen handelt, die bei plötzlichem Tode und „*anscheinend*“ voller Gesundheit (Unglücksfälle etc.) tatsächlich oft eine stark entwickelte Thymus und einen sehr gut entwickelten lymphatischen Apparat aufweisen. Ich bin auf diese „Differenz“ der Meinungen an anderer Stelle („Status thymicolymphaticus und Status hypoplasticus“) bereits zu sprechen gekommen. Hier will ich nur auf die *stets* eingehaltene Reserve in meinen Schlußfolgerungen, auf die Übereinstimmung mit einer Reihe anderer Autoren hinweisen und zu bedenken geben, daß wir ja erst im Anfange des Ausbaues des Obduktionsbildes stehen. Die bisherige vielfach übliche Art, allgemeine somatische Zustände (Hypoplasien verschiedener Organsysteme, mannigfache Anomalien usf.) gegenüber den allbekannten zweifellos krankhaften Veränderungen im Obduktionsbilde nicht oder nur gelegentlich in besonderen Fällen zu verzeichnen, wird unter dem Drucke der nunmehr in immer weiteren Kreisen anerkannten Bedeutung des Konstitutionsproblems zweifellos einer genaueren Abfassung unsrer Sektionsbefunde Platz machen in dem Sinne, wie es schon *Beneke* eindringlichst als unbedingtes Erfordernis bezeichnet hat. In diesem gleichen Sinne habe ich meine Selbstmordfälle auch nach dem Grade der Genauigkeit der aufgezeichneten Befunde in drei Gruppen vor Augen geführt, um stufenweise die Bedeutsamkeit zunehmender Genauigkeit im Befunde für das Fortschreiten der Erkenntnisse sinnfällig zu demon-

strieren. So bin ich weit davon entfernt, meine Befunde aus dem Jahre 1910 trotz ihrer bereits etwas genaueren Abfassung heute, als auch nur halbwegs zureichend anzusehen, und setze darum die Beobachtungen auch weiterhin fort. Ich halte angesichts der Sachlage dafür, daß auch der erfahrene Obduzent auf diesem Boden noch Schüler ist, die Zeit uns erst allmählich zu immer *genaueren* Beobachtern heranbilden kann, man also mit den Aufgaben wachsen muß. Von diesem Gesichtspunkte aus wären auch heute Differenzen im fortschreitenden Entwicklungsgange von in *positivem* Sinne tätigen Autoren zu beurteilen. Hier möchte ich nur zwei Fälle aus meinen Obduktionsbefunden einfügen, welche mir geeignet erscheinen, ein Streiflicht auf die Möglichkeit einer Lösung solcher „Differenzen“ zu werfen. Es handelt sich um die Obduktionsbefunde zweier im kräftigsten Mannesalter stehender Polizeiorgane, die in Wien bei Straßenunruhen in Ausübung ihrer schweren Pflicht vom Pferde geschossen, und nach wenigen Stunden trotz Operation verstorben von mir am gleichen Tage seziiert worden sind:

Fall 1. Gestorben 18. IV. 1919, Bauch- und Lungenschuß. *Befund:* Allgemeine Anämie nach Schußverletzung mit Einschuß 3 cm oberhalb des Nabels, 4 cm links von der Mittellinie, Durchschuß der Mesenterialwurzel und des Pankreas, Geschoßaustritt links rückwärts, 6 cm neben der Wirbelsäule, 1 Querfinger unterhalb des Rippenbogens, blutige Suffusion des retroperitonealen Bindegewebes bis in das kleine Becken hinab, in der Bauchhöhle eine mäßige Menge flüssigen Blutes. Laparotomiewunde (2 h a. m.) mit Ligatur zahlreicher Blutgefäße im Bereiche von Mesenterium und Pankreas. Das Herz schlaff, eine mäßige Menge zum Teil flüssigen, zum Teil geronnenen Blutes enthaltend, kollabiert, penetrierende Schußwunde der rechten Hand (welche die Zügel hielt) mit Fraktur des Metakarpalknochens des kleinen Fingers, Ausschuß am Daumenballen.

Allgemein somatischer Befund: 171 cm großer Kadaver mit kräftigem Knochenbau und Muskulatur von starker Entwicklung, Fettpolster (Abdomen) 3 cm dick, ausgesprochen männlicher Behaarungstypus, Haare blond, Tonsillen knapp mandelgroß; die Zungengrundfollikel mäßig reichlich bis hanfkorngroß, stellenweise mit Dellenbildung, Geschmackspapillen klein, im Oesophagus spärliche mohnkorngroße Follikel, Magenschleimhaut glatt, im Ileum einzelne etwa mohnkorngroße Follikel, an Stelle der Thymus Fettgewebe mit geringfügigen Parenchymresten, Thyreoidea 4,5 cm lang, 2,5 cm dick, auf der Schnittfläche leicht gekörnt, Kehlkopf gut entwickelt. Die Lungen bei normaler Konfiguration völlig intakt, das Herz kräftig entwickelt, links 15 mm, rechts 8 mm dick, linker Ventrikel 9 cm hoch, Foramen ovale geschlossen, die Klappen normal, Aorta über den Klappen 6,5 cm weit, am Arcus 6 cm, am Zwerchfellschlitz 5 cm, an der Teilungsstelle der Abdominalis 4 cm weit, die Intima bis auf einzelne degenerierte Stellen zart, desgleichen die peripheren Arterien. Milz 200 g ohne sichtbare Milzfollikel, Leber 1700 g, linke Niere 130 g, rechte Niere 120 g, Nebennieren mit deutlich entwickelten Schichten, alle Organe normal konfiguriert, Appendix 6 cm lang, Testikel 5 cm lang, 3,5 cm breit, alle Lymphdrüsen klein.

Fall 2. Gestorben 18. IV. 1919, Bauch- und Lungenschuß. *Befund:* Allgemeine Anämie nach Schußverletzung mit Einschuß links nahe der Vereinigung des Rippenknorpels der 7. mit der 8. Rippe, 8 cm neben der Mittellinie, 5 cm unterhalb des Proc. xyphoideus mit Zertrümmerung des Rippenknorpels, Durchschuß der hinteren und vorderen Magenwand im unteren Drittel, Durchschuß der Mesenterial-

wurzel mit schrägem Anschluß des Darmes am Übergang vom Duodenum ins Jejunum, Verletzung der Milz an der Unterseite vom vorderen Pol bis zum Milzhilus, Verletzung des retroperitonealen Gewebes und Zertrümmerung des unteren Poles der linken Niere; Ausschußöffnung rückwärts ca. 7 cm neben der Mittellinie in der Höhe des 2. Lendenwirbels, blutige Suffusion des Zellgewebes in der Umgebung des Schußkanales. Laparotomie mit Naht der Magenwunde (kurze Zeit a. m.). Das Darmlumen offen, mäßig reichlich Blut in der Bauchhöhle, Naht einer Verletzung am linken Leberrand 2 Querfinger neben dem Lig. suspens., Herz fast völlig blutleer, kollabiert, desgleichen die großen Blutgefäße.

Allgemein somatischer Befund: 177 cm langer Kadaver mit kräftigem Knochenbau und gut entwickelter Muskulatur, Fettpolster (Abdomen) bis 8 cm dick, deutlich männlicher Behaarungstypus, Haare hellbraun, Tonsillen kirschengroß, Zungengrundfollikel reichlich bis über erbsengroß, zum Teil mit Dellenbildung, im Sinus pyrif. gleichfalls bis erbsengroße Follikel mit Dellenbildung in mäßiger Zahl, Geschmackspapillen klein, im Oesophagus reichlich bis hirsekorngroße Follikel, Etat mamelonné des Magens mäßigen Grades, daneben mäßig reichlich gut sichtbare Follikel, im untersten Ileum etwas reichlichere bis hirsekorngroße Follikel, deutlich entwickelte Milzfollikel, an Stelle der Thymus Fettgewebe mit spärlichen Parenchymresten, Thyreoidea beiderseits adenomatös, (links 3, rechts 1 walnußgroßer Knoten), der Kehlkopfeingang schmal, der Kehlkopf klein, Lungen bei normaler Konfiguration mit schwieliger Verdickung beider Pleurakuppen, rechts eine narbig eingezogene Stelle mit einem bohnen großen Käseherd, Bronchialdrüsen anthrakotisch, das Herz links 12—14 mm, rechts bis 5 mm dick; linker Ventrikel 9 cm hoch, Foramen ovale geschlossen, Klappen normal, Aorta über den Klappen 7 cm, am Arcus 6, A. thoracica $5\frac{1}{4}$ cm weit, A. abdom. an der Teilung 4 cm, Art. pulm. 8 cm über den Klappen, Aorta und periphere Arterien zart, Milz 260 g, Leber 1500 g, rechte Niere 170 g (linke Niere durch Schuß defekt). Nebennieren deutlich geschichtet, Appendix 12,5 cm, Testikel 5,5 cm lang, 3 cm breit mit deutlichen Septen, innere Organe normal konfiguriert, alle Lymphdrüsen klein.

Ein ungeübter flüchtiger Blick auf die Organe der beiden gleichalten Individuen könnte, die Veränderung durch Tuberkulose und die Thyreoideaadenome abgesehen, leicht an den zweifellosen sonstigen Differenzen im Befunde vorübergleiten und anscheinend „normale“ Verhältnisse in beiden Fällen annehmen lassen, wo Differenzen bei *genauerem* Zusehen *doch* hervortreten. Histologisch nun zeigte Fall 1 tatsächlich normale Verhältnisse im Bilde der Testikel und Mesenterialdrüsen, während Fall 2 an beiden Stellen deutliche „Fibrose“ erkennen ließ, im Testikel mit diffuser Bindegewebsvermehrung bei unterentwickeltem Parenchym, in den Mesenterialdrüsen nach Art jener Befunde, wie ich sie mit *Stein* beim Status thymicolymphaticus beschrieben habe! Es besteht also *zweifellos* eine Differenz bei diesen beiden gleichaltrigen kräftigen, in voller Gesundheit umgekommenen Männern, die sehr zur Vorsicht in der Klassifikation: „Normal“ bzw. „nicht krankhaft“ mahnt. Am Amsterdamer Material ist endlich *Fokke Meursing* zu Konklusionen gekommen, welche gleichfalls für den Selbstmordfall wie überhaupt für forensische Verhältnisse die Beachtung des Status thymicolymphaticus, damit konstitutioneller Ver-

hältnisse im allgemeinen als notwendiges Postulat bezeichnen, wie ich selbst auch bereits auf diese Verhältnisse in Kürze hingewiesen habe. So weit die bemerkenswerten Leistungen *positiver* Arbeit auf diesem Gebiete.

Vor kurzer Zeit (1920) erschien noch eine *rezensierende* Besprechung verschiedener Arbeiten auf dem Gebiete des vielbesprochenen St. thl. bzw. des L. von *Löwenthal*, wobei auch die Frage des Selbstmordfalles berührt erscheint. Ein Eingehen auf die von diesem Autor berührten Fragen bzw. geäußerten Meinungen muß der wohl künftigen Veröffentlichung seines diesbezüglichen Materiales vorbehalten bleiben.

Immerhin erinnere ich hier an die gebotene Reserve in *allen* meinen Schlüssen, meine Ablehnung jedes dogmatischen Standpunktes und die Betonung der Erfahrungstatsache, daß auch die Beschaffenheit des Materiales an einem bestimmten Orte eine bedeutsame Rolle spielt!

Speziell dieser letztere Umstand wird auch von *Pfeiffer* betont.

Daß ferner lymphatische Hyperplasie an und für sich nur ein Zeichen von Proliferationskraft ist, liegt auf der Hand.

So habe ich auch in meinen Schriften die Existenz eines Lymphatismus gleichsam auf physiologischer Basis und andererseits auf pathologischer Grundlage als zur Diskussion stehend betont und die Meinung ausgesprochen, daß die von mir beobachtete „Fibrosis“ beim St. thl. im Sinne von *A. Paltauf* vielleicht zur Differentialdiagnose beitragen kann.

So steht auch die Meinung *Wiesels*, daß „bloßer Nachweis von Vergrößerung der Lymphapparate absolut nicht für die Diagnose eines primären St. thl. verwendet werden dürfe, wenn sonst keinerlei Zeichen einer abnormen Konstitution gefunden werden“, in gutem Einklang mit meiner Hypothese hinsichtlich der hypoplastischen Konstitution.

So gibt es auch nach *meiner* Meinung und Beobachtung einen Selbstmord bei *normal veranlagtem* Organismus.

Dann aber wäre es verlockend, auch das Milieu des traurigen Ereignisses näher zu prüfen!

Das sei *Löwenthal* gerne eingeräumt.

Wichtiger als diese *Polemik* erscheint mir aber heute, was für

praktische Konsequenzen

wir in dieser Frage heute schon zu ziehen berechtigt und auch bis zu einem gewissen Grade verpflichtet sind.

Heller meinte, man müsse verlangen, daß *prinzipiell* „die Sektion aller dem Anscheine nach durch Selbstmord Umgekommenen stattfinde“, da so Zustände aufgedeckt werden können, „welche zu vorübergehenden geistigen Störungen oder dauernder Beeinträchtigung der Zurechnungsfähigkeit erfahrungsgemäß die Grundlage geben“.

Meine eigenen Schlußfolgerungen im Anschlusse an meine besprochenen 3 Gruppen von Selbstmordfällen lauteten:

Bei der Obduktion eines Selbstmordfalles genügt es nicht, sich mit der Konstatierung der durch die Art des Selbstmordes gesetzten Veränderungen und deren Folgen, wie mit der Konstatierung allgemein als „krankhaft“ aufgefaßter Prozesse zu begnügen.

Es ist vielmehr geboten, in jedem Falle auch die allgemeinen Körperverhältnisse zu beachten und hierbei namentlich auf alle jene Punkte ein Augenmerk zu richten, welche zur Aufdeckung vorhandener konstitutioneller Momente beitragen können.

Äußere Gründe lassen es darum auch indiziert erscheinen, von einer Obduktion auch nach diesen Gesichtspunkten in Selbstmordfällen weitgehendsten Gebrauch zu machen.

Dabei ist es nur natürlich, daß im Endurteile sich die Meinungen aller interessierten Faktoren vereinigen müssen.

Soweit es beispielsweise den Psychiater betrifft, so sei nur kurz auf die Abhandlung von *Pilz* hingewiesen.

Speziell bedeutsam aber erscheint mir die Notwendigkeit, unbedingt auch das Vertrauen der direkt betroffenen Kreise aus dem Publikum zu suchen und zu erringen, da hier oft die wertvollsten Anhaltspunkte gefunden werden können.

Kommen wir so auch zur Verhütung einer Katastrophe in der Regel zu spät, so gelingt es doch nicht so selten, Trost zu bringen, ja bittere Selbstvorwürfe in der nächsten Umgebung eines solchen Falles in sich selbst zusammenfallen zu lassen und auch so die heilende Hand des Arztes und Menschenfreundes zu bewähren und vielleicht auch einmal drohendes Unheil zu verhüten.

Literatur.

- Bartel, J.*, Zur pathologischen Anatomie des Selbstmordes. Wien. klin. Wochenschr. 1910, Nr. 14. — *Bartel, J.*, Über die hypoplastische Konstitution und ihre Bedeutung. Wien. klin. Wochenschr. 1908, Nr. 22. — *Bartel, J.*, Über Morbidität und Mortalität des Menschen. Deuticke 1911. — *Bartel, J.*, Status thymicolymphaticus und Status hypoplasticus. Deuticke 1912. — *Brosch*, Die Selbstmörder mit besonderer Berücksichtigung der militärischen Selbstmörder und ihrer Obduktionsbefunde. Deuticke 1909. — *Egglihuber*, Über Sektionen von Selbstmördern. Inaug.-Diss. München 1911. — *Fankhauser*, Histologische Befunde bei Dementia praecox. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Orig. 8, 3. — *Fokke-Meursing*, Über den Status thymicolymphaticus. Geneesk. Bladen 22, Nr. 12. 1921. — *Hammar, A.* Beiträge zur Konstitutionsanomalie III. Zur Prüfung des Lymphatismus des Selbstmörders. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätsw. 53, H. 2. — *Heller*, Zur Lehre vom Selbstmord nach 300 Sektionen. Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 98. — *Kolisko, A.*, Plötzlicher Tod aus

natürlicher Ursache. Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit. Braumüller 1913. — *Löwenthal, K.*, Die makroskopische Diagnose eines Status thymicolymphaticus an der Leiche und ihr Wert für die Beurteilung von plötzlichen Todesfällen und Selbstmorden. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätsw. 59, 124. 1920. — *Mitoslavich, E.*, Ein weiterer Beitrag zur pathologischen Anatomie der militärischen Selbstmörder. Virchows Archiv 208. 1912. — *Nestle*, Beziehungen des Status thymicolymphaticus zum Selbstmord beim Soldaten. Arch. f. Psych. 60. 1919. — *Ollendorf*, Krankheit und Selbstmord. Greifswald, Kunike 1905. — *Paltauf, A.*, Über die Beziehungen der Thymus zum plötzlichen Tod. Wien. klin. Wochenschr. 1889, Nr. 46 u. 1890, Nr. 9. — *Pfeiffer*, Über den Selbstmord. Fischer, Jena 1912. — *Pilcz*, Zur Lehre vom Selbstmord. Jahrb. d. Psychiatr. u. Neurol. 26. 1905. — *Rokitansky*, Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. Wien 1861. — *Virchow, R.*, Über die Chlorose und die damit zusammenhängenden Anomalien im Gefäßapparate, insbesondere über Endokarditis puerperalis. Berlin 1872.
