

(Aus dem Universitätsinstitut für gerichtliche Medizin in Kopenhagen.
Direktor: Prof., Dr. med. *Knud Sand.*)

Selbstmord mit Stichverletzung im Rücken.

Von

W. Munck,

Assistent des Universitätsinstitutes für gerichtliche Medizin in Kopenhagen.

Mit 2 Textabbildungen.

Der Selbstmord durch Schnitt- und Stichwunden ist bekanntlich im Vergleich mit anderen Selbstmordmethoden verhältnismäßig selten; gewöhnlich wird er mit etwa 3,5% aller Selbstmorde angegeben, und die gefundenen Verletzungen sind alsdann häufig sehr kombinierter Art.

Zu den am seltensten vorkommenden Stichverletzungen bei Selbstmördern gehören Verletzungen im Rücken, und zwar sind solche anscheinend so selten, daß ich in der mir zugänglichen gerichtsmmedizinischen Literatur keinen einzigen solchen Fall kasuistisch beschrieben gefunden habe. Nachstehend werde ich nun den Fall eines mutmaßlichen Selbstmörders mitteilen, der gerade eine höchst eigentümliche Verletzung des Rückens aufwies und den Obduzenten daher große Schwierigkeiten bereitete.

Am 14. VII. 1925 fand ein Fischer im Öresund vor Hv., etwa 80 m vom Ufer entfernt, die Leiche eines jüngeren Mannes. Die Leiche schwamm in halbwegs aufgerichteter Stellung im Wasser, so daß sich das Haar an der Wasserfläche befand und die Füße den Tangboden berührten. Jacke und Weste, die vorn aufgeknöpft waren, schwammen auf dem Wasser. Die Leiche wurde mittels eines Seils an Land gezogen.

Bei der kurz danach erfolgten Leichenschau wurden folgende Befunde erhoben:

Der Tote trug Jacke und Weste, die vorn aufgeknöpft waren, sowie ein ebenfalls vorn aufgeknöpftes Hemd. Der Hemdkragen war vorn gelöst und die Krawatte aufgebunden, und diese hing hinten an dem im Nacken festsitzenden Kragen. Der Tote hatte außerdem Wolljacke, Unterhose, Beinkleider, Strümpfe und Schuhe an. In der Tasche fand man unberührt Portemonnaie und Taschenbuch.

Die Leiche wurde schnell als ein seit dem Abend vorher vermißter, 22jähriger Geschäftsmann identifiziert.

Bei der am nämlichen Tage um 1 $\frac{1}{2}$ Uhr im Institut für gerichtliche Medizin vorgenommenen, legalen Obduktion wurden folgende Befunde erhoben:

Die Leiche ist die eines Mannes, dessen Aussehen dem angegebenen Alter (22 Jahre) entspricht. Das Gewicht beträgt 67 kg und die Körperlänge 172 cm. Der Leichnam wird uns in nacktem Zustande überliefert, da die Kleider bei der Leichenschau entfernt worden sind. Fast überall findet sich Totenstarre der

Muskulatur, aber nur sehr spärliche Leichenflecke von bläulichroter Farbe an der Rückfläche des Körpers. Die Unterleibswand ist nicht grünlich gefärbt, und Leichengeruch ist nicht zugegen. Aus der Blase werden mittels Katheter 200 ccm gelblicher Harn entleert. Punktförmige Blutungen finden sich weder in den Bindehäuten der Augen noch irgendwo auf der Haut. In beiden Nasenlöchern sitzt etwas weißlicher Schaum („Wattepfropfen“) mit vereinzelt Blutstreifen. Weder an der Mundöffnung noch an den Augenöffnungen ist etwas zu bemerken.

An äußeren Verletzungen finden sich folgende:

1. An der Vorderseite des Halses findet sich eine 9 cm lange, bis 3—4 cm breite Wunde (siehe Abb. 1). Dieselbe ist ungefähr quer verlaufend, jedoch in ganz wenig schräger Richtung von links oben nach rechts unten. Der obere Rand der Wunde liegt 5 cm von der Kinnschuppe entfernt. Dieser Rand ist ganz glatt und scharf. Im rechten Wundwinkel finden sich 2 große Scharten von reichlich 2 cm Länge, die nach der rechten Seite hin allmählich seichter werden und sich einige Zentimeter als feine Ritzer in der Haut nach der rechten Seite hin

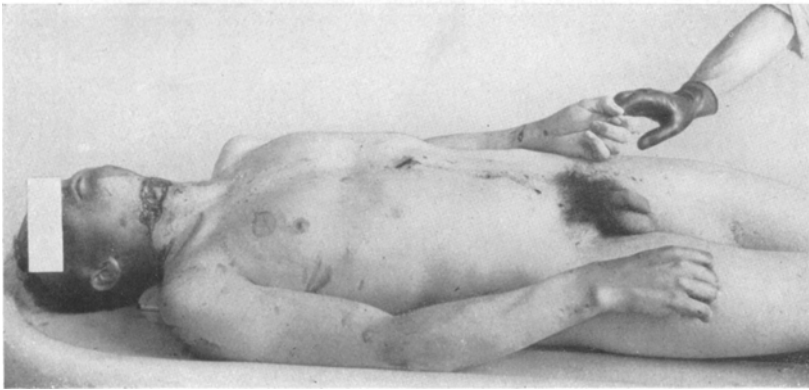


Abb. 1.

fortsetzen. Der linke Wundwinkel zeigt 4 Scharten, die von links nach rechts allmählich tiefer werden, aber ohne die den auf der rechten Seite entsprechenden Ritzer. Der untere Rand ist unregelmäßiger und weist nach der rechten Seite hin 2 kleine Scharten auf. Die Wunde ist klaffend, am Grunde derselben sieht man den Schildknorpel bloßgelegt, und $\frac{1}{2}$ cm von dem obersten Rand entfernt findet sich eine 3 cm tiefe Scharte im Knorpel selbst. Dadurch wird eine klaffende Spalte gebildet, durch die man die Stimmritze gerade oberhalb des Schnittes liegen sieht. An dieser Stelle strömt bei Druck auf den Brustkorb reichlicher Schaum heraus. $\frac{1}{2}$ cm unterhalb besagter Scharte ist eine oberflächliche Scharte im Knorpel zu sehen. Übrigens sieht man am Grunde der Wunde die durchschnittenen Muskeln. Die Wunde reicht an beiden Seiten knapp bis an den *Musc. sternocleidomast.*, und die großen Gefäße und Nervenstämmen sind nicht durchschnitten. In und um das durchschnitene Gewebe in der Wunde findet sich reichlicher Blutaustritt.

2. In der Mittellinie, $\frac{1}{2}$ cm unterhalb der großen Halsverletzung ist eine querverlaufende, $1\frac{1}{2}$ cm lange, scharfrandige Wunde sichtbar (siehe Abb. 1). Dieselbe erweist sich als in die Tiefe gehend, so daß sie einer reichlich griffeldicken Öffnung in die *Membrana cricothyroidea* entspricht.

3. Eine ähnliche Wunde findet sich linkerseits der großen Wunde, mit welcher sie in der Tiefe in Verbindung steht.

4. 12 cm oberhalb des Nabels, dicht links neben der Mittellinie, findet sich eine 3 cm lange, $1\frac{1}{2}$ cm breite Wunde (siehe Abb. 1), in der Richtung von rechts oben nach links unten; die Ränder derselben sind ganz scharf und glatt, sie geht durch sämtliche Schichten der Bauchwand sowie durch das Bauchfell, die unterhalb liegenden Organe aber sind nicht verletzt.

5. Auf dem Rücken findet sich 2—3 cm links von der Mittellinie entfernt, in Höhe der 11. bis 12. Rippe, eine ganz glattrandige, $2\frac{1}{2}$ cm lange, in der Mitte etwas klaffende Wunde, die in schräger Richtung von links oben nach rechts unten verläuft (siehe Abb. 2). Bei näherer Untersuchung des Verlaufs und der Richtung des Wundkanals stellt sich heraus, daß derselbe sich durch die langen Rückenmuskeln erstreckt und ungefähr ganz inwendig bei der Columna zwischen der 11. bis 12. Rippe durch die Brustwand geht, die Richtung ist somit ungefähr ge-

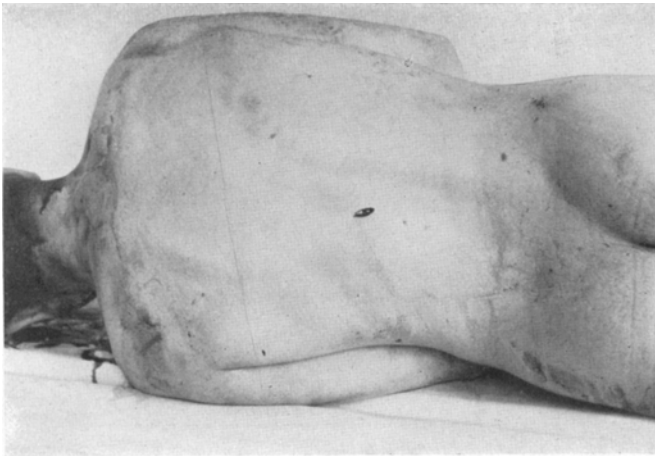


Abb. 2.

rade von hinten nach vorn. Es findet sich keine Verletzung der linken Lunge. In der linken Pleura finden sich 75 ccm blutiger Flüssigkeit.

6. 5 cm oberhalb des rechten Handgelenks an der ulnaren Seite findet sich eine etwas unregelmäßige, nahezu dreieckige, etwa $\frac{1}{2}$ cm lange, 2 cm in die Tiefe gehende Wunde, aber keine Verletzung von Sehnen oder Gefäßen.

7. 3 cm rechts von der vorhergehenden Wunde finden sich 2 reichlich 1 cm lange und 1 cm breite, seichte, querverlaufende Ritzer in der Haut.

8. 5 cm oberhalb des linken Handgelenks, nahezu an der Radialseite, findet sich eine 2 cm lange Wunde in der Richtung von rechts oben nach links unten. Die Arteria radialis ist nicht durchschnitten, es findet sich aber ein Blutaustritt in die Gewebe.

9. Ganz radial gegenüber der vorigen Wunde finden sich 2 ganz kleine quer gestellte, $\frac{1}{4}$ cm tiefe Wunden.

Die übrige Sektion ergibt folgendes:

In der Luftröhre steht sehr reichlicher Schaum ebenso wie in den Bronchien der großen, blassen Lungen, die reichlich schäumende Flüssigkeit enthalten.

In der Speiseröhre und im Magen befinden sich reichlich Speisereste, die *unverkennbar nach Spiritus riechen*.

An den übrigen Organen läßt sich nichts Abnormes nachweisen.

Die mitgeschickten Kleidungsstücke weisen folgenden interessanten Sachverhalt auf:

Jacke und Weste, die, wie bereits erwähnt, aufgeknöpft waren und bei dem Leichenfund auf der Wasserfläche schwammen, zeigten *keine* den Verletzungen an der Leiche entsprechende Löcher; im Hemd und in der Wolljacke hingegen fanden sich Löcher, die der Wunde im Rücken genau entsprachen, und in der Unterjacke fand sich vorn ein der Wunde im Unterleib entsprechendes Loch; hier war jedoch kein Loch im Hemd. Es war reichlich Blut an den Kleidern.

Im Anschluß an die Obduktion wurde folgendes *Gutachten* abgegeben:

Bei der Obduktion wurden verschiedene Schnitt- und Stichwunden am Hals mit teilweiser Durchschneidung des Schilddrüsenschilddrüsenknorpels nachgewiesen; ferner eine Stichwunde im Unterleib ohne Verletzung der Unterleibsorgane sowie eine Stichwunde im Rücken, die bis in die linke Brusthöhle reicht, ohne die Lunge zu verletzen; und schließlich wurden Stich- und Schnittwunden oberhalb der beiden Handgelenke nachgewiesen.

Die vorhandenen Verletzungen weisen sämtlich Anzeichen auf, daß sie bei Lebzeiten zugefügt worden sind; es ist nicht auszuschließen, daß der Tote die Verletzungen selbst hervorgebracht hat.

Es sind außerdem sichere Anzeichen dafür vorhanden, daß Ertrinken als Todesursache anzunehmen ist.

Es wurden keine Krankheitssymptome an dem Toten gefunden.

So wie die Sache den Obduzenten vorlag, die die Leiche 6 Stunden nach dem Leichenfund obduzierten, war der Fall, da nur sehr spärliche anamnestiche Aufschlüsse zur Verfügung standen, vom gerichtsmmedizinischen Gesichtspunkt aus recht schwierig.

Es konnte allerdings schnell festgestellt werden, daß das Ertrinken die eigentliche Todesursache sein müsse, aber die Entscheidung der für die Polizei wichtigsten Frage, ob es sich um Mord oder Selbstmord handelte, ließ sich in Wirklichkeit aus dem Obduktionsbefund allein nicht erschließen; da es in Dänemark aber ein in der Praxis übliches Erfordernis ist, daß das Gutachten in unmittelbarem Anschluß an die Obduktion abgegeben wird, so mußten die Obduzenten sich vorderhand auf den obenerwähnten Ausspruch beschränken und die Sache auf sich beruhen lassen, bis zuverlässige Aufschlüsse über die Verhältnisse des Toten und über die polizeiliche Untersuchung vorlagen.

Diese ergab folgendes:

Vater und Mutter des Toten waren leibliche Geschwisterkinder. Der Vater hatte Syphilis gehabt und in der Jugend sehr stark gelebt. Die Mutter, von schwachem Charakter, war etwas romantisch veranlagt. Die Ehe der Eltern war ziemlich unglücklich. Zwei Geschwister des Toten hatten angeborene Syphilis. Der Tote selbst hatte nie daran gelitten.

Abgesehen von einem leichteren Darmleiden liegt über besondere Krankheiten des Toten keine Auskunft vor.

Der Tote war verschlossen und meist schweigsam und fühlte sich namentlich in Damengesellschaft bedrückt, worunter er sicher recht

stark gelitten hat; er grübelte zeitweilig viel über seine Abstammung und fürchtete, erblich belastet zu sein. Er hatte wenig Verkehr; soweit dies in Erfahrung zu bringen war, aber keine Unfreunde. Im Winter 1924—25 war er nach Aussage der Mutter längere Zeit sehr niedergedrückt und unlustig zu jeglicher Arbeit. Er war in einer großen Handelsgesellschaft angestellt und hatte sich bemüht, im Dienste dieser Gesellschaft Anstellung im Auslande zu erhalten, was ihm aber nicht gelungen war. Er wohnte bei seiner Mutter und hatte keine besonderen Kameraden. Er war sehr sparsam und hatte von seinem recht bescheidenen Jahreseinkommen ziemlich viel zurückgelegt.

Am 4. VII. 1925 kam er von einer Ferienreise, wo er sich wohl gefühlt zu haben schien, nach Hause zurück.

Am 13. VII. 25 (also am Tage seines Verschwindens vom Hause) ereignete sich auf seinem Bureau ein Vorfall, wobei er sich augenscheinlich sehr zurückgesetzt gefühlt hatte, ohne dies aber im besonderen Grade merken zu lassen.

Als er etwa um 6 Uhr vom Bureau nach Hause kam, aß er sogleich zu Mittag, las die Zeitung und rauchte eine Zigarette. Um 8 Uhr erklärte er, er müßte ausgehen, wobei er anscheinend guter Laune war. Auf die Frage, ob Essen für ihn bereit stehen solle, wenn er nach Hause käme, antwortete er nicht.

Die Mutter hatte des weiteren bemerkt, daß der Verstorbene an dem Abend, ehe er ausging, seine goldene Uhr, die er sonst stets bei sich trug, mit einer einfachen Metalluhr vertauschte.

Seitdem ist er mit Ausnahme von einigen Bekannten, die ihn etwa um 9 Uhr gesehen haben, von niemand gesehen worden, bis er am nächsten Tage als Leiche gefunden wurde.

Die umfassende polizeiliche Untersuchung ergab nichts, was auf einen stattgehabten Kampf deuten könnte, ebensowenig wie die Prüfung der Geldverhältnisse des Toten darauf schließen ließen, daß Geld bei ihm vermißt wurde. Die Mutter sprach schließlich als ihre feste Überzeugung aus, es müsse Selbstmord vorliegen.

Wie bereits erwähnt, stellte sich bei Untersuchung der Kleidungsstücke des Toten der interessante Umstand heraus, daß nur die innere Schicht derselben durchstoichen war. Bekanntlich pflegt dies Moment für Selbstmord zu sprechen, da Selbstmörder sich meist entblößen, ehe sie sich erstechen; dazu kommt noch der Umstand, daß die Krawatte des Toten aufgebunden und der Kragen aufgeknöpft war, welche beiden Momente durchaus nicht auf einen Kampf deuten. Ferner wurde die Brille des Toten sorgfältig zusammengelegt in seiner Tasche gefunden, und es ist aufgeklärt, daß der Tote sehr kurzsichtig gewesen ist (o. d. —7; o. s. —8) und stets eine Brille getragen hat.

Zum Schluß sei bemerkt, daß es trotz genauer Untersuchung, weder an

der Stelle, wo der Tote gefunden wurde, noch anderswo, gelungen ist, eine Waffe zu finden.

Wenn man auf Grund der anamnestischen Aufklärungen, die in so hohem Grade auf Selbstmord deuten, die Verletzungen von neuem betrachtet und untersucht, ob es denkbar ist, daß es sich um Selbstmörderverletzungen handelt, so machen sich, wenn man jede einzelne Verletzung für sich betrachtet, folgende Vernunftgründe geltend.

Die große Halschnittwunde bestand, nach den Scharten an den Rändern derselben zu urteilen, in Wirklichkeit aus 4 Schnittwunden, von denen eine mit sehr großer Wucht zugefügt sein muß, da $\frac{3}{4}$ des äußersten Umkreises des Schildknorpels durchschnitten war. Sie ist ferner mit 2 in unmittelbarer Nähe befindlichen Stichwunden kombiniert. Ihre Richtung, etwas schräg von links abwärts nach rechts und die kleinen Ausläufer im rechten Wundwinkel kennzeichnen sie, wie dies in der Literatur oft angeführt wird, vorwiegend als Selbstmörderverletzung; daß sie aus mehreren Schnittwunden zusammengesetzt ist, schließt den Selbstmord nicht aus, da man sehr häufig sieht, daß ein Selbstmörder wiederholt schneidet; in der Literatur begegnet man denn auch zahlreichen Beispielen von sehr tiefen Schnittwunden bei Selbstmördern. *Dittrich* betont auch ständig, bei Selbstmördern Stichverletzungen neben der großen Halschnittwunde gesehen zu haben, genau so wie sie sich in dem vorliegenden Falle fanden, und ähnliche Fälle sind von *Rud. Schulz* beschrieben. Die Halsverletzung kann demnach sehr wohl als Selbstmörderverletzung gedeutet werden.

Die an der Volarseite der Handgelenke befindlichen Verletzungen lenken den Gedanken wohl in erster Linie auf Selbstmord hin. Man trifft dieselben so überaus häufig bei Selbstmördern an, daß viele Verfasser sie geradezu als für Selbstmord charakteristisch bezeichnen. In diesem Falle liegt außerdem das interessante anamnestische Moment vor, daß der Verstorbene am Tage vorher im Gespräch mit der Mutter den Sitz der Pulsadern in den Handgelenken erörtert und dabei geäußert hat, sie lägen an der ulnaren Seite; es zeigt sich nun, daß die Verletzung an dem rechten Handgelenk gerade an der ulnaren Seite zugefügt ist.

Hin und wieder begegnet man diesen Verletzungen allerdings auch beim Mord; beispielsweise wurde im hiesigen Institut die Leiche einer alten Frau obduziert; dieselbe war von zwei Personen ermordet worden und wies einerseits tiefe von Hammerschlägen herrührende Verletzungen am Kopfe und andererseits eine Schnittwunde an der Volarseite des rechten Vorderarmes oberhalb des Handgelenks auf.

Die Stichwunde im Unterleib kann natürlich unschwer als Selbstmörderverletzung gedeutet werden, obwohl man in diesem Bereich wohl meist auf mehrere mehr oder weniger parallel verlaufende Wunden stößt.

Diejenige Verletzung, die man wohl am schwersten als Selbstmörderverletzung aufzufassen vermochte, war die Verletzung im Rücken.

Stichverletzungen auf der Hinterfläche des Körpers sprechen eigentlich, wie das auch von sämtlichen gerichtsmmedizinischen Autoren betont wird, gegen Selbstmord.

Schnitt- und Stichwunden an der Hinterseite des Halses und im Nacken sieht man hin und wieder bei Selbstmörderverletzungen; so hat *Althoff* gerade vor kurzem einen Fall beschrieben, wo ein Selbstmörder sich 10 Wunden im Nacken zugefügt und danach ertränkt hatte. Schnitt- und Stichwunden sind hingegen, wie bereits erwähnt, als Selbstmörderverletzungen sehr selten.

In dem vorliegenden Falle saß die Wunde etwas links neben der Mittellinie in Höhe der 11. bis 12. Rippe. Ihre Richtung war ungefähr horizontal, gerade von hinten nach vorn, die Brustwand durchbohrend, ohne jedoch die Lunge zu verletzen. Durch Selbstversuche kann man sich schnell davon überzeugen, daß dies ungefähr die einzige Stelle ist, wo ein Selbstmörder mittels einer mit der rechten Hand geführten Waffe sich mit einiger Kraft eine Stichwunde im Rücken zuzufügen vermag. Die Richtung dürfte in solchem Falle allerdings eher etwas schräger aufwärts gehen, beugt man aber den Rücken etwas hinten über, so wird man sich ohne Zwang eine Verletzung wie die vorliegende zufügen können.

Bei näherer Analyse schließt diese Wunde den Selbstmord denn auch nicht aus.

Wenn man sämtliche Verletzungen gemeinsam betrachtet, dürfte der Umstand, daß so viele verschiedene Verletzungen vorliegen, eher für Selbstmord als für Mord sprechen; namentlich zusammen mit Halschnittwunden finden sich häufig Verletzungen an anderen Stellen des Körpers (*Dittrich*). Daß es sich alsdann um multiple Verletzungen handeln kann, geht aus vielen in der Literatur beschriebenen Fällen hervor, wonach z. B. *Fraenckel* 24 Stichwunden, *Pfeiffer* 86 Schnittwunden und danach Erhängen, *Maschka* 285 Stichwunden, *Chevallier* 300 Stich- und Schnittwunden bei Selbstmord begegnet sind.

Man bemerkt schließlich, daß keine der Verletzungen in dem vorliegenden Falle eigentlich Abwehrverletzungen ähnlich sind; an solchen würde es bei einer so großen Anzahl Verletzungen, wenn dieselben von fremder Hand zugefügt wären, schwerlich fehlen.

Es ließ sich nichts darüber aussagen, in welcher Reihenfolge die Verletzungen zugefügt waren, wovon man sich bekanntlich hin und wieder je nach der Intensität des Blutaustritts eine Vorstellung machen kann; sämtliche Wunden zeigten in gleich hohem Grade Vitalreaktionen, was sicher damit zusammenhängt, daß keine einzige der Verletzungen absolut tödlich gewesen ist.

Nach obiger Darstellung ergibt die objektive Untersuchung der Leiche also auch das Vorhandensein verschiedener Momente, die für, und keine, die gegen Selbstmord sprechen, und wenn man dies mit der Anamnese, die durchaus für Selbstmord spricht, in Zusammenhang bringt, kann man nicht umhin, Selbstmord als wahrscheinlichste Todesart anzugeben.

Das unmittelbare Motiv dazu ist mutmaßlich in dem Vorfall zu suchen, welcher an demselben Tage in dem Bureau des Toten stattgefunden und wo er sich sehr zurückgesetzt gefühlt hatte. Unter dem Eindruck desselben hat er abends sein Heim verlassen, ist dann lange umhergeirrt und hat auch viel getrunken. Der Hergang der Selbstmordhandlung ist nicht leicht zu rekonstruieren, es ist aber wohl anzunehmen, daß er ins Wasser hinausgewatet ist oder sich vielleicht an das äußerste Ende einer Kahnbrücke gestellt hat: hier hat er sich zunächst die Handgelenkverletzungen zugefügt, danach die Verletzung am Unterleib, und, nachdem er das Zeug aufgehoben, die Verletzung am Rücken. Als dies alles nicht half, hat er sich an der Vorderseite des Halses mehrere Schnitte beigebracht, bis er, von dem Blutverlust ermattet, ins Wasser gefallen und ertrunken ist. Die Stichwunde im Rücken hat er sich möglicherweise aus reiner Verzweiflung darüber beigebracht, daß die übrigen Verletzungen nicht halfen, es ist aber auch denkbar, daß sich hinter dieser Verletzung die Lust birgt, der Sache den Anschein zu geben, daß es sich um einen Mord handle.

Literaturverzeichnis.

Althoff, Außergewöhnliche Selbstverletzungen eines geistig beschränkten Selbstmörders. Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. **6**, 421. 1926. — *Dittrich*, Handbuch der ärztlichen sachverständigen Tätigkeit. Bd. III. 1906. — *Fraenckel, P.*, Selbstmord durch Erstechen. Ärztl. Sachverst.-Zeit. 1909, Nr. 1. — *Hofmann-Haberda*, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Bd. 1. 1919. — *Marx, M.*, Die Bedeutung von Verletzungsbefunden für die Frage „Selbstmord oder Mord“. Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. **2**, 412. — *Pfeiffer*, Über den Selbstmord. Jena 1912. — *Strassmann*, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 1907. S. 367.
