

(Aus dem Institut für gerichtliche Medizin und Kriminalistik der Universität
Göttingen. — Direktor: Prof. Dr. *Jungmichel*.)

Mordversuch durch perorale und perkutane Beibringung von Nähnadeln mit histologischem Nachweis der Stichverletzungen einzelner Organe.

Von

Dr. Rudolf Manz,

I. Assistent am Institut.

Mit 6 Textabbildungen.

Tötungen Neugeborener oder kleiner Kinder durch Einstechen von Nadeln verschiedenster Art sind heute selten geworden. Man muß schon im älteren Schrifttum nachsehen, um entsprechende Fälle beschrieben zu finden. Fast ausschließlich kommt hierbei ein Einbohren der spitzigen Werkzeuge in die *Kopfhöhle* durch eine Fontanelle, weniger häufig durch Ohr- oder Nasenöffnungen bzw. durch das Rachendach oder ein Eingehen in das *Halsmark*, zur Anwendung. *Vofß* gibt einen Überblick über die Darstellung dieser Tötungsart im Schrifttum bis zum Jahre 1935 mit eingehender Schilderung zweier weiterer Fälle. Als Todesursache findet man bei dieser Methode der Kindestötung, die anscheinend in früheren Zeiten von den französischen „Engelmacherinnen“ zuerst angewandt wurde, gewöhnlich eine eitrige Hirnhautentzündung, meist fortgeleitet von einer eitrigen Sinus-Thrombophlebitis; es kann aber auch einmal eine tödliche subdurale Blutung aus einem verletzten Blutleiter dabei erfolgen. Diese Tötungsart wird auch gelegentlich mit anderen Methoden kombiniert, wie ein von *Meixner* mitgeteilter Fall zeigt, in welchem Einstechen einer Nähnadel in die große Fontanelle bei gleichzeitiger tödlicher Vergiftung durch Schweinfurter Grün angewandt wurde.

Bei zwei außergewöhnlichen Beobachtungen, mitgeteilt von *Meixner* bzw. *Hahn*, ist der Nachweis einer auf solche Art versuchten Kindestötung noch bei *Erwachsenen* (Männern von 49 bzw. 70 Jahren) gelungen, indem Reste von ehemals eingestochenen Nadeln, in einem Falle der stark eisenpigmenthaltige Stichkanal, nachgewiesen werden konnten.

Beim Einbringen von Nadeln in *andere Körperteile* als die Kopfhöhle handelt es sich meist um zufällige Ereignisse, so z. B. wenn bei Erwachsenen Nähnadeln bei der Kleideranprobe, abgebrochene Injektionsnadeln bei Rauschgiftsüchtigen u. ä. in den Körper gelangen und dann vom Chirurgen nach mehr oder weniger umfangreicher Wanderung im Gewebe mühsam aufgesucht werden müssen. Vorsätzliche Tötungen

durch Einstoßen von Nadeln in andere Körperteile finden wir nur in folgenden 2 Fällen erwähnt: *Sury* berichtet über eine Beobachtung, bei der ein 2jähriges Mädchen von der eigenen Mutter durch mehrfaches Einstechen einer Stricknadel in die Bauchhöhle von der Vagina aus getötet wurde. Es fanden sich ausgedehnte Stichverletzungen verschiedenster Organe der Brust- und Bauchhöhle, u. a. des Herzens und beider Lungen. Todesursache war eine massive einseitige Hämatothoraxbildung. Einen weiteren ungewöhnlichen Fall schildert *Ucke*: Einem 10 Tage alten Kinde wurden von seiner Mutter mehrere Nähnadeln und abgebrochene Sicherheitsnadeln in Brust- und Bauchhöhle eingestoßen. Das Kind starb nach weiteren 10 Tagen. Bei der Sektion wurden die Nadeln zum Teil noch in den Organen (Leber, Herz, einer Lunge) steckend vorgefunden. Es fand sich eine ausgedehnte eitrige Pleuritis und Perikarditis und ein einseitiges Pleuraempyem als Todesursache.

Beim *Verschlucken* von Nadeln liegt wohl am häufigsten Selbstbeschädigung von Gefängnisinsassen oder psychopathischen Persönlichkeiten vor. *Jungmichel* hat eine Reihe einschlägiger Fälle hiervon zusammengestellt. Über gleichzeitige *perorale* und *anderweitige* Beibringung von Nadeln zum Zwecke einer vorsätzlichen Gesundheitsbeschädigung oder Tötung haben wir in der uns zugänglichen Literatur keine Angaben finden können. Ein solches Vorgehen ist ja überhaupt nur denkbar gegenüber hilflosen Kindern und Bewußtlosen, die sich sowohl nicht wehren als auch noch keine entsprechenden Aussagen machen können. Und doch kommt solches vor, wie ein kürzlich vor dem Sondergericht abgeurteilter Fall zeigt, bei welchem wir durch eingehende histologische Untersuchungen wesentlich zur Klärung der Sachlage beitragen konnten. Um ein wenig wäre nämlich dieser Fall, der einzig in der Mitteilung von *Ucke* ein gewisses Gegenstück besitzt, ungesühnt geblieben, da infolge eigenartiger Sektionsbefunde, die zunächst nicht richtig beurteilt werden konnten, ein Tod aus natürlicher Ursache angenommen wurde.

Über die *Vorgeschichte* unseres Falles war zu dem Zeitpunkt, als wir die Bearbeitung des uns übergebenen Leichenmaterials beendet hatten, folgendes bekannt:

Das uneheliche Kind Renate S., geboren 14. V. 1939, war am 3. I. 1941 plötzlich verstorben, nach der Todesbescheinigung an „Erlahmen des Herzens“ bei unbekannter mittelbarer Todesursache. Die Totenfrau stellte eigentümliche rote und blaue Flecke am Körper des Kindes fest. Es ergab sich, daß der Erzeuger des Kindes, L., als „Verlobter“ der Kindesmutter mit dieser zusammen wohnte. Eine Eheschließung war nicht möglich, da bei dem Mann eine starke erbliche Belastung vorlag (Vater Trinker, Mutter geisteskrank, zwei Schwestern sterilisiert) und ihm vom Gesundheitsamt daher das Ehefähigkeitszeugnis nicht erteilt wurde.

Die Mutter des Kindes war am Todestage nachmittags von ihrem Verlobten gegen ihren Willen aus der Wohnung geschickt worden. Bei der Heimkehr am Abend fand sie ihr Kind tot im Bett liegend vor. Sie gab später u. a. an, das Kind wäre seit etwa 3 Wochen nicht gut auf dem Damm gewesen, es hätte öfters geweint und nicht viel essen wollen. Vor einigen Wochen hätte sich aus dem Oberschenkel des Kindes eine schwarze, sehr brüchige *Nähnadel* abgestoßen. In den letzten 3 Wochen hätte das Kind häufig Durchfall gehabt. Im Stuhl hätte sie vor 3 Wochen eine blanke, geschlossene *Sicherheitsnadel* gefunden. In eben dieser Zeit hätte auch in der Leistengegend des Kindes sich eine harte, schmerzhaftige Schwellung entwickelt. Am Morgen des Todestages hätte das Kind noch vergnügt gespielt. Es hätte ihm da noch nichts wesentliches gefehlt.

Der „Verlobte“ gab zunächst an, keine Erklärung für den plötzlichen Tod seines Kindes zu haben. Auch die Herkunft der Flecke am Körper des Kindes wußte er angeblich nicht zu erklären. Schließlich legte L., nach einiger Zeit Untersuchungshaft und nach eingehendem Vorhalt der bis dahin vorliegenden Ergebnisse der Leichenöffnung, folgendes Geständnis ab: Anfang Oktober 1940 hätte er schon einmal mit der Kleinen zusammen aus dem Leben gehen wollen, etwas später hätte er diesen Vorsatz noch einmal gefaßt. Etwa in den letzten 3 Wochen hätte er dem Kinde zwei Nähadeln, eine Pinzette und zwei große Knöpfe *eingegeben*, und zwar hätte er die Fremdkörper dem Kinde zusammen mit Kartoffeln beigebracht. Er hätte dabei mit dem Finger nachgefühlt. Das Kind hätte dabei „gequarkt“. Er hätte dem Kinde außerdem eine Nadel ins Gesäß und eine oder zwei in den Bauch oberhalb des Nabels gesteckt, bis sie nicht mehr zu sehen gewesen wären. Zuletzt hätte er dem Kinde noch Nadeln in den Rücken eingestochen. Bei den weiteren Vernehmungen war von L. nie mit Sicherheit zu erfahren, wann er die Nadeln und wieviele er seinem Kinde beigebracht hatte. Über sein Vorgehen am Todestag der kleinen Renate S. gab L. zwei abweichende Darstellungen: einmal wollte er das Kind mit den Armen über die Schulter gefaßt und mit dem Gesicht so lange gegen seine obere rechte Brustseite an sich gedrückt haben, bis es beim Loslassen leblos ins Bett gefallen wäre; nach einer anderen Darstellung hätte er das Kind im Bett auf den Bauch gelegt und es etwa 10 Minuten fest in das Kissen gedrückt, bis es erstickt wäre (die letztere Darstellung trifft nach dem Ergebnis der Hauptverhandlung zu).

Bei der von anderer Seite vorgenommenen *gerichtlichen Leichenöffnung* des Kindes (3 Tage nach dem Tode) waren diese Umstände der Vorgeschichte noch nicht bekannt. Es bestanden da erst unklare Verdachtsmomente.

Die *Sektion* hatte auszugsweise folgendes Ergebnis:

80 cm lang, kräftiger Körperbau, mittleres Fettpolster, ziemlich gute Muskulatur. An den Wangen und auf der Stirn mehrere blutunterlaufene Stellen von braunroter bis bläulichroter Farbe, unregelmäßig begrenzt. Beim Einschnitt keine Blutergüsse im Unterhautzellgewebe. An der Haut der Brust, ebenso des Rachens mehrere linsen- bis pfennigstückgroße, rötlich verfärbte Stellen. Bei einigen davon Blutaustritt in das Unterhautzellgewebe. In Höhe des Schwertfortsatzes des Brustbeines sowie in der Lebergegend je ein strichförmiger, etwa 1 cm langer, quergestellter Hautdefekt. Größere blutunterlaufene Stellen in der linken Leistengegend und auf dem Rücken in Höhe des ersten Lendenwirbels und auf der rechten Gesäßhälfte. Beim Einschneiden deutliche Blutergüsse. Im linken großen Brustmuskel ein fünfmarkstückgroßer, unregelmäßig begrenzter Blutaustritt. Im linken Brustfellraum 40—50 cm blutige Flüssigkeit. Der rechte Brustfellraum leer. Im Herzbeutel kein ungehöriger Inhalt. Auf der Oberfläche des Herzens, besonders in der Gegend der Herzspitze, mehrere linsengroße, rund-

liche Blutungen, die sich nicht wegwischen lassen, und von denen einige im Zentrum stecknadelkopfgroß weißlich verfärbt und etwas eingesunken sind. Vorhöfe und Kammern mit nur geringer Menge flüssigen Blutes. Beide Mandeln vergrößert und zerklüftet. Beim Einschneiden entleert sich an einigen Stellen eitriges Inhalt. Speiseröhre leer. In der oberen Luftröhre eine größere Menge rötlichen Schleimes. Kehlkopf und Zungenbein unverletzt. An einzelnen Stellen des Ober- und Unterlappens der linken Lunge mehrere bis linsengroße, tiefdunkelblaurot verfärbte Stellen, deutlich abgegrenzt gegen die Umgebung, mit dem Messer nicht abwischbar. Auch hier ist das Zentrum an mehreren Stellen eingesunken und gegen die blaurote Umgebung weißlich verfärbt. Beim Einschneiden gehen diese Herde etwas in die Tiefe des Lungengewebes. Im Innern der Lunge derartige Herde nicht festzustellen. In der rechten Lunge sind diese Blutpunkte spärlicher als links. Milzmaße: 9:4:2 cm. Zeichnung auf der Schnittfläche nicht mehr deutlich zu erkennen. Im Milzgewebe einige nicht abspülbare Blutungen. In der Fettkapsel der rechten Niere an der Außen- und Hinterseite eine schwarze, 5 cm lange *Nähnadel*. Im umgebenden Gewebe mehrere Blutaustritte. Im Mastdarm etwas grün-schwärzlich gefärbter Kot. Im Magen 100 cem grauschwarzen Speisebreies und eine 8 cm lange anatomische *Pinzette* sowie eine zweite 3½ cm lange *Nähnadel*. Leber: dorb, von braunroter Farbe. An der Zwerchfellfläche an der Grenze zwischen linkem und rechtem Lappen eine zehnpfennigstückgroße, unregelmäßige, tiefblaurote Verfärbung. Beim Einschneiden im Lebergewebe unter dieser Blutung eine dritte, 4½ cm lange, schwärzliche *Nähnadel*. Dünndarmoberfläche glänzend, graurot. Dickdarm mit wenig bräunlich-flüssigem Kot. Wurmfortsatz o. B. Becken ohne Besonderheiten. Kopfhaut an der Innenfläche blaßgelblich, an der Hinterseite rötlich verfärbt.

Im *vorläufigen Gutachten* ist folgendes vermerkt:

1. Das Kind ist infolge einer Blutvergiftung gestorben, die wahrscheinlich ihren Ausgang von Eiterherden in den beiden Gaumenmandeln genommen hat. Als Folgeerscheinung dieser allgemeinen Blutvergiftung fanden sich kleine Eiterherde und Blutungen unter der Außenseite des Herzens und unter dem Lungenfell, besonders der linken Lunge. Ferner fanden sich im Magen mehrere Fremdkörper (eine *Pinzette* und eine *Nähnadel*) sowie in dem Nierengewebe und in der Leber je eine *Nähnadel*. Die beiden letztgenannten Fremdkörper sind vermutlich von außen unter die Haut gebracht und in das Körperinnere gedrunken. Ein Zusammenhang dieser Fremdkörper mit der allgemeinen Blutvergiftung, die den Tod herbeigeführt hat, ist unwahrscheinlich, da in der Umgebung dieser Fremdkörper Eiterherde oder erhebliche Entzündungserscheinungen nicht festgestellt sind.

2. Ob die *Nähnadeln* und die *Pinzette* von dem Kinde selbst verschluckt sind, und ob die in den Geweben gefundenen Nadeln von dem Kinde selbst eingestochen sind, oder ob sie etwa von fremder Hand dem Kinde beigebracht worden sind, hat sich durch die Leichenöffnung nicht einwandfrei feststellen lassen und muß durch weitere Vernehmungen geklärt werden. Es ist aber unwahrscheinlich, daß die Fremdkörper unmittelbar den Tod des Kindes herbeigeführt haben.

Als Nachtrag ist noch vermerkt, daß beim Aufräumen des Bauchinhaltes in der Nähe der Leber und des Magens eine vierte *Nähnadel* gefunden wurde, die sich wahrscheinlich im Mageninhalt befunden hatte.

Da dieses Ergebnis der gerichtlichen Sektion die Untersuchungsbehörde nicht recht befriedigte, wurde auf Antrag der Staatsanwaltschaft eine *nochmalige Leichenöffnung* vorgenommen, wobei zunächst eine Röntgenaufnahme der Leiche angefertigt wurde. Hierbei wurde das Vorhandensein von 4 weiteren *Nadeln* in der Beckengegend festgestellt. Eine 3 cm lange *Stahlnadel* ohne Kopf, 2 mm breit,

sowie eine gleich lange, aber dünnere Nadel konnten nach mühsamem Suchen in der Tiefe der linken Gesäßhälfte gefunden werden.

Nummehr wurden die gesamten Halsorgane und die Organe der Brust- und Bauchhöhle, dazu Dünn- und Dickdarm mit Mesenterium zur histologischen Untersuchung dem Institut übersandt. Wir veranlaßten zunächst eine bakteriologische Untersuchung (der Milz), die trotz der Diagnose einer Septicopyämie bei der ersten Sektion versäumt worden war. Es ergab sich, daß in der Milz *keinerlei obligat pathogene Keime* nachzuweisen waren. Eine von uns nochmals vorgenommene Röntgenuntersuchung der Organe verlief ergebnislos, es waren keine weiteren Nadeln vorhanden.

Die *histologische Untersuchung* hatte folgendes Ergebnis:

Herz: Am Herzmuskel konnte makroskopisch kein wesentlicher krankhafter Befund erhoben werden. An der Herzspitze fanden sich zwei der im Sektionsprotokoll erwähnten Blutaustritte unter dem Herzüberzug in Gestalt etwa linsengroßer, verwaschen rötlicher Flecke. Eine zentrale eitrig-einschmelzende Herde konnte nicht nachgewiesen werden. In den übrigen Herzabschnitten waren weitere solche Blutungen nicht festzustellen. Es wurden zunächst drei verschiedene Stücke der rechten und linken Kammerwand untersucht. Die Querstreifung der Herzmuskelfibrillen ist überall deutlich erhalten. Nirgends finden sich irgendwelche entzündliche Reaktionen des Gefäßbindegewebes. Bei *van Gieson* keine Vermehrung des Bindegewebes, keine auf abgelaufene Entzündung hindeutende Schwielenbildung (etwa nach einer der nicht gar zu seltenen frühkindlichen bzw. fetalen Herzmuskelentzündungen). Bei der Fettfärbung gleichfalls kein krankhafter Befund, d. h. nirgends degenerative Verfärbungen von Muskelfasern.

Schnitte durch das Zentrum der beiden an der Herzspitze aufgefundenen verwaschenen Blutungen zeigen folgendes Bild: Der Herzüberzug erscheint hier etwas aufgelockert und anscheinend mit gelöstem Blutfarbstoff durchtränkt, welcher im *van Gieson*-Bild zu einem Farbumschlag (ins grüne) geführt hat. Die Eisenfärbung dieser Stelle hatte negatives Ergebnis. In der Muskulatur unmittelbar unter dem Überzug sieht man an dieser Stelle eine stärkere Füllung der capillären und präcapillären Blutgefäße mit einer Ansammlung von weißen Blutkörperchen und Randstellung derselben in den Gefäßen, wobei ein Reichtum an eosinophilgekörnten Leukocyten auffällt. Im Herzüberzug selbst sieht man an der Stelle der rötlichen Verfärbung eine geringfügige entzündliche Reaktion dergestalt, daß kleinste, aus wenigen Rundzellen, Histiocyten oder gelapptkernigen Leukocyten bestehende verstreute Infiltrate nachzuweisen sind. Unter einer dieser rötlichen Verfärbungen des Herzüberzuges sieht man an einer Stelle einen eigentümlichen scholligen Zerfall der Herzmuskulatur, welche hier aus kleinen und kleinsten, dicht zusammenliegenden Bröckeln besteht (vgl. Abb. 1). Dieser Herd zeigt große Freßzellen, zugrundegehende Herzmuskelkerne sowie in der Umgebung eine geringfügige Reaktion des Gewebes in Gestalt einer Ansammlung gelapptkerniger Leukocyten. Keine Kokkenembolie! In der nächsten Umgebung des Herdes im perivascularären Gewebe Auswanderungen und umschriebene Ansammlung gelapptkerniger weißer Blutzellen. Etwas tiefer unter dem Herzüberzug findet sich keinerlei entzündliche Reaktion mehr. Der Herzmuskel zeigt hier vielmehr die gleiche unauffällige Beschaffenheit wie in den drei anderen, beliebig entnommenen Herzkammerabschnitten.

Lunge: Makroskopisch wurden zwei der von den Obduzenten beschriebenen und von ihnen eingeschrittenen linsengroßen Blutungsherde im Oberlappen der linken und Mittellappen der rechten Lunge festgestellt und zur mikroskopischen Untersuchung entnommen. Ferner wurden aus weiteren Stellen beider Lungen

verschiedene Stücke untersucht. Ein größerer Lungenabschnitt, der makroskopisch keine wesentlichen Veränderungen aufwies, zeigte einen unveränderten Überzug, sehr gut erhaltene und keinerlei entzündliche Veränderungen aufweisende Schleimhaut der größeren und kleineren Luftröhrenäste. Die Blutgefäße, und zwar gleichmäßig Arterien und Venen, sind blutgefüllt, wobei der Reichtum des Gefäßinhaltes an eosinophilen Leukocyten auffällt. Die Lungencapillaren sind in den untersuchten Abschnitten im allgemeinen nur mäßig blutgefüllt. Auch hier heben sich die eosinophilen Leukocyten deutlich ab. Irgendwelche Entzündungsherde sind nicht festzustellen.

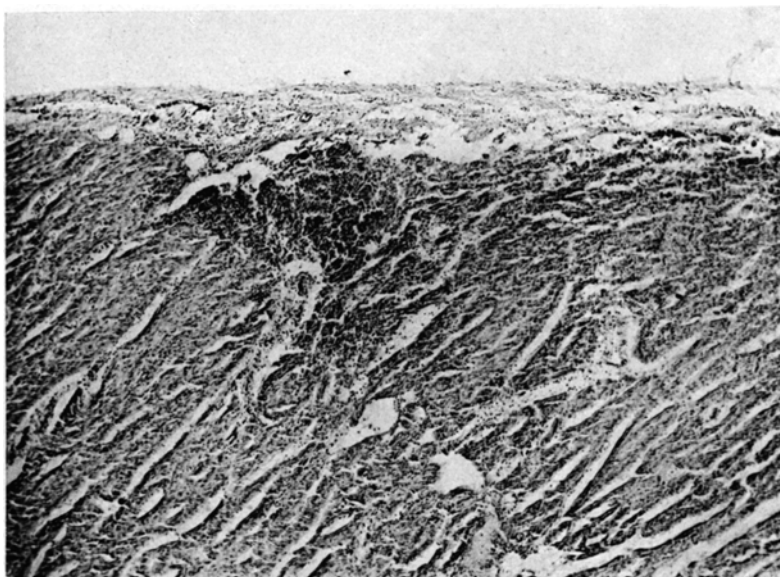


Abb. 1. Umschriebene subepikardiale Nekrose der Herzmuskulatur. Hämatoxylineosin, 45fach.

In einem Schnitt durch eine makroskopisch erkennbare Blutung unmittelbar unter der Oberfläche bot sich folgendes Bild: Man sieht mikroskopisch den von den Obduzenten ausgeführten sehr seichten Einschnitt und zu beiden Seiten desselben eine im ganzen nicht ganz kleinfingernagelgroße, blutige Durchtränkung des Lungengewebes. Gleich neben dem Schnitt finden sich zwei (ein größerer und ein kleinerer) rundliche Blutungsherde in Gestalt je einer Kugelblutung, einem Blutsee, welcher an geformten Bestandteilen nur vereinzelte weiße Blutkörperchen und Fibrinschlieren enthält. Eine entzündliche Reaktion ist in der Umgebung dieser beiden Blutungen nicht nachzuweisen. Die unmittelbar anschließenden Lungenbläschen sind kollabiert und komprimiert und des weiteren in der dann folgenden Zone zum Teil von Fibrin ausgegossen. Weiter in der Umgebung kommen dann die bereits beschriebenen Veränderungen des Lungengewebes. Bei einem Schnitt aus einer etwas tieferen Stelle sieht man die Leukocyten eines Blutungsherdens in den Randpartien zusammengesintert, ohne daß auch hier im anschließenden Lungengewebe entzündlich-eitrige Veränderungen erkennbar wären. Ein weiterer Schnitt, ebenfalls aus einer Blutung des rechten Mittellappens, zeigt den eindrucksvollen Befund einer scharf gegenüber dem umgebenden Lungengewebe

abgegrenzten Kugelblutung, und hier ist deutlich die Quelle der Blutung mikroskopisch nachweisbar. Man sieht hier nämlich die *Zerreißung einer Lungenschlagader*, deren Wande sich zurückgezogen und gefaltet haben, und die nun diesem Blutungsherd kappenartig unmittelbar anliegt (vgl. Abb. 2).

Neben dieser Arterie liegt der zugehörige Luftrhrenast. Dieser zeigt auf dem Querschnitt deutlich die Zerstörung einer umschriebenen Wandpartie, und sein Lumen ist von Blut völlig ausgefllt. In einem weiteren in der Umgebung liegenden etwas groeren Luftrhrenast sieht man halbmondförmig der Wand anhaftend gleichfalls Blut. Eine entzündliche Reaktion fehlt auch hier in der

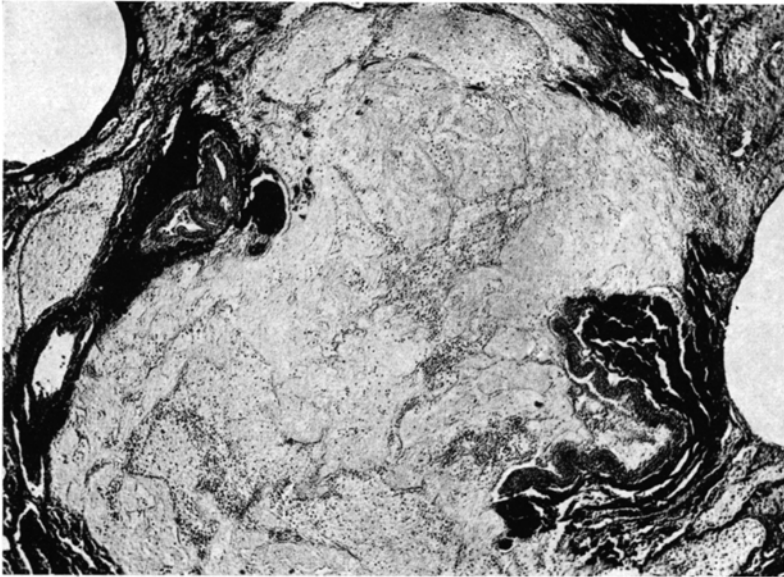


Abb. 2. Ruptur einer kleinen Lungenarterie mit groerer Kugelblutung. *Van Gieson*, 38fach.

Umgebung wie bei dem vorhin beschriebenen Schnitt. Bei der Fibrinfärbung dieses Abschnittes sieht man eindrucksvoll die Schichtung der Fibrinlamellen in dem Blutungsherd (vgl. Abb. 3). Auffallend auch hier wieder in dem Inhalt dieser Kugelblutung der Reichtum an Eosinophilen. In einem dritten Schnitt gleichfalls einer dicht unter der Oberfläche gelegenen Blutung sieht man die Eröffnung des Lumens eines groeren Luftrhrenastes mit Absprengrung eines umschriebenen Wandstckes mit Schleimhaut. Auch hier ist sowohl das Gewebe des Luftrhrenastes als auch die weitere Umgebung mit Blut erfüllt bzw. blutig durchtränkt. Die zugehörigen Lungenarterien bzw. die anderen Blutgefoe in der Umgebung des Herdes zeigen hier in den von uns untersuchten Schnitten keine Wanddurchtrennungen. Entzündliche Reaktionen sind in der Umgebung der Blutung nicht ersichtlich.

Ein vierter Schnitt aus einer Blutung, die bereits eingeschnitten war, zeigt eine durch das Gewebe verlaufende Röhrenblutung mit den bereits eingangs beschriebenen, auf Blutdurchtrnkung zurückzuführenden Veränderungen des Lungengewebes, wobei insbesondere die weitgehende Abstoßung von Alveolardeckzellen auffllt. Keinerlei entzündliche Reaktionen. Bei der Eisenfärbung

ist in keinem dieser Blutungsherde Eisen in nennenswerter Menge nachweisbar. Nur ganz vereinzelt ist eine geringfügige Speicherung von Eisen zu erkennen. Bei der Fettfärbung ist nirgends in den Capillaren oder den größeren Gefäßen Fett nachweisbar.

Leber: Es wurden hier Teile aus vier verschiedenen Abschnitten der Leber untersucht. Von einem Stück wurden Serien- und Stufenschnitte nach Paraffineinbettung angefertigt. Makroskopisch waren an zwei verschiedenen Stellen, und zwar am Vorderrand und an der Kuppe, Blutungen der Leberkapsel zu erkennen. Mikroskopisch zeigt das Lebergewebe zunächst stärkere Blutfüllung der Capillar-

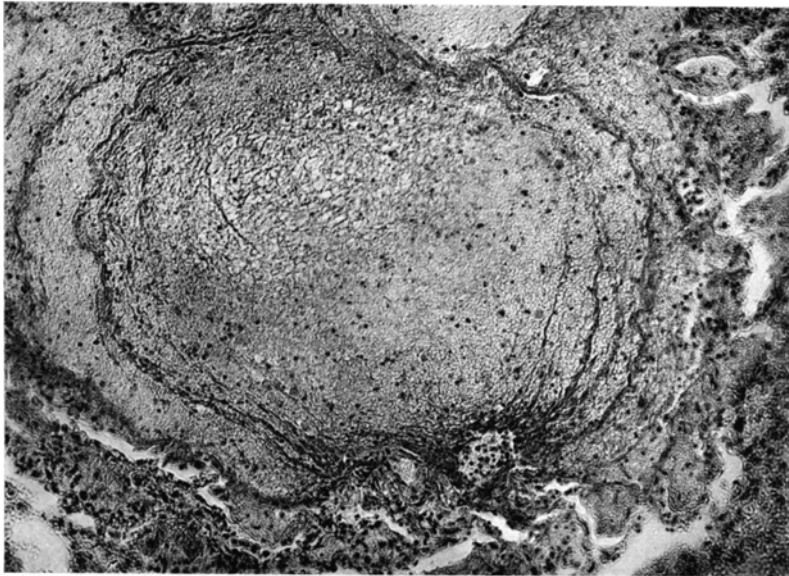


Abb. 3. Fibrinlamellen in einem kleinen zylindrischen Stichkanal der Lunge.
Weigerts Fibrinfg., 140fach.

spalten. Der Aufbau ist regelmäßig. Leberzellkerne überall gut gefärbt, im Fettpräparat keinerlei degenerative oder infiltrative Verfettungen.

Im ersten Schnitt findet sich eine ausgedehnte polsterförmige Blutung der Leberkapsel. In den anschließenden Gewebsabschnitten sind die Capillarspalten stärker blutgefüllt. Unter dieser Blutung findet sich nun ein etwa 1 mm im Durchmesser zeigender rundlicher Herd einer völligen Nekrose des Lebergewebes, welcher zahlreiche isolierte, kernlose, in Auflösung begriffene Leberzellen und Kerntrümmer enthält, außerdem zahlreiche gelapptkernige Leukocyten sowie große Freßzellen. Dieser Herd ist umgeben von einer im Hämatoxylinpräparat auffällig dunkelgrau gefärbten, dünnen, streifenförmigen Zone, die vielfach gewellt, auch unterbrochen ist, sich stellenweise verdichtet und dann wieder etwas blasser wird. In der Umgebung und im Innern des Herdes massenhaft Zellen, welche grauschwärzliches, körnelig bis staubförmiges Pigment führen. Unmittelbar neben diesem Herd liegen zwei weitere, die jedoch nur etwa ein Viertel des Umfangs aufweisen und ähnlich gestaltet sind wie der beschriebene Herd, mit dem Unterschied, daß hier die schwärzliche Randzone kaum angedeutet ist und die pigment-

führenden Zellen sich nur im Innern des Herdes befinden. In der weiteren Umgebung dieser beiden Herde sieht man im Lebergewebe zahlreiche streifen- und herdförmige Blutseen ohne erkennbare Reste von Lebergewebe, die unscharf gegenüber der Umgebung abgegrenzt sind. Im Glissonschen Gewebe der näheren Umgebung Ansammlungen von Rundzellen und Leukocyten, letztere fast ausschließlich eosinophil gekörnt. Desgleichen beobachtet man Ansammlungen eosinophiler Leukocyten in den Capillarspalten der Umgebung. Im Eisenpräparat zeigt sich, daß das gesamte, im Hämatoxylinchnitt beobachtete grauschwärzliche Pigment die Eisenreaktion gibt (vgl. Abb. 4). Der beschriebene große Herd ist schon makroskopisch im Präparat als ein fast stecknadelkopfgroßer, blauer

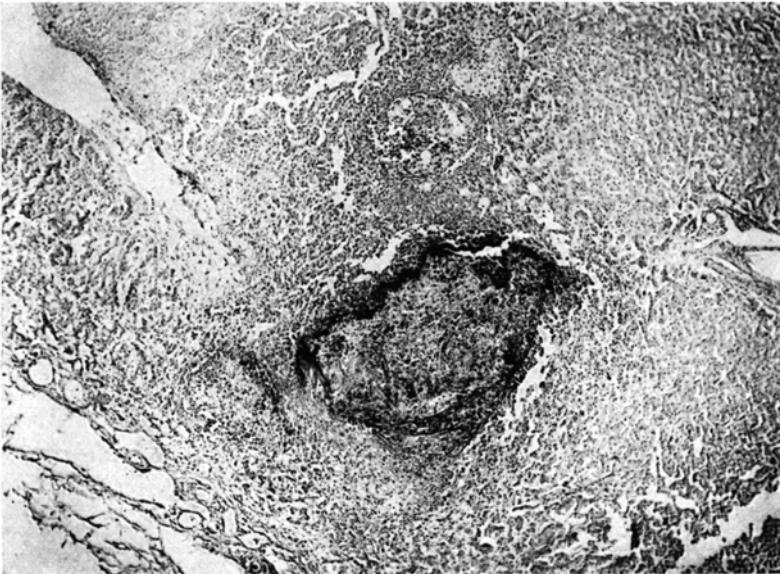


Abb. 4. Stichkanal der Leber. *Turnbull-Eisenreaktion*, Karmün, 38fach.

Fleck — ähnlich einem Tintenklecks — zu erkennen. Bei stärkerer Vergrößerung sieht man die Randpartien durch mehr oder weniger dichte Schlieren scheinbar an Fibrin gebundenen Eisens gebildet, im Innern des Herdes finden sich schleierförmig niedergeschlagener Eisenfarbstoff und massenhaft ganz dicht zusammen liegende, mit Eisenpigment vollgestopfte Abraumzellen. Letztere in größerer Anzahl auch in der Umgebung des Herdes. Die beiden kleineren Herde bestehen hauptsächlich aus zahlreichen eisenpigmentführenden Zellen. An einem weiteren Schnitt war makroskopisch eine Blutung im Lebergewebe etwas tiefer unter der Kapsel festzustellen. Mikroskopisch sieht man in diesem Schnitt einen größeren, etwa bohnenförmig gestalteten Herd von gleicher Beschaffenheit wie der im vorigen Schnitt beschriebene. Auch hier um eine Nekrose des Lebergewebes ein schwärzlicher, gewellter Saum sowie in und um den Herd pigmentführende Zellen. Hier jedoch findet sich im Anschluß an diesen Herd eine ziemlich ausgedehnte Nekrose des Lebergewebes von röhrenförmiger Gestalt, von etwa 4 mm Länge und bis zu 2 mm Breite. Hier sind an Stelle des Lebergewebes massenhaft Fibrin, zum Teil in knäuelförmiger Lagerung, Detritusmassen und zum Teil auch kleine Blutseen

getreten (vgl. Abb. 5). In diesem Herd und besonders an den Randpartien Ansammlungen eosinophiler Leukocyten. Diese Veränderungen beginnen fast unmittelbar unter der Kapsel. Die Eisenfärbung zeigt auch hier eine ganz massive Blaufärbung des nierenförmigen Herdes. Hier erkennt man auch deutlich, daß sich dicke Fibrinschlieren stark mit Eisenfarbstoff imprägniert haben. Im Herd selbst tritt deutlich eine Zweischichtung der massiven kaspelförmigen Eisenablagerung zutage, die hier einen deutlichen dicken inneren und etwas dünneren äußeren Halbkreis aufweist. Dazwischen wieder sehr zahlreiche mit körneligem Eisenpigment angefüllte Makrophagen und diffus staubförmig abgelagertes Pigment. Die *van Gieson*-Färbung zeigt, daß eine bindegewebliche Abkapselung der

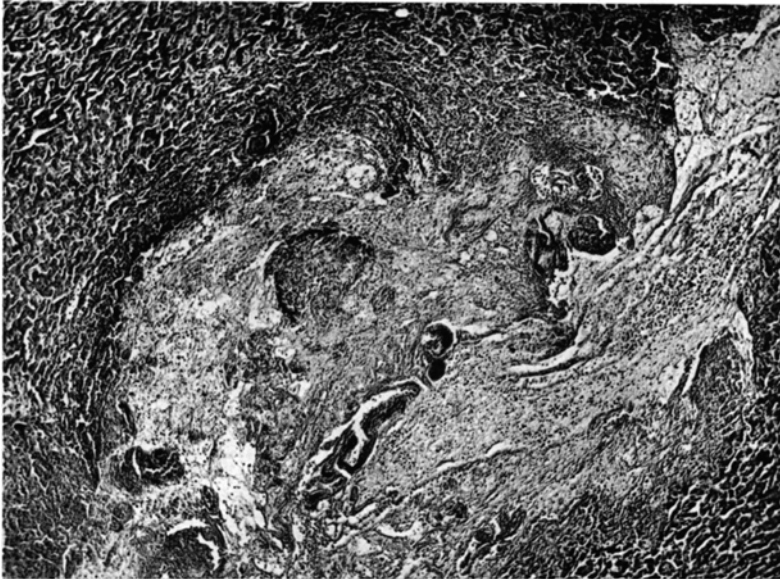


Abb. 5. Stichkanal der Leber mit zweifacher Schichtung der Eisenablagerungen. Spaltförmige Blutung mit Fibrinschlieren. *Van Gieson*, 45fach.

gesamten nekrotischen Gewebestellen auch noch nicht andeutungsweise vorhanden ist. Im Herd selbst findet man Trümmer kollagenen Bindegewebes, anscheinend aus zugrunde gegangenen Fasern des Glisson-Gewebes in den nekrotischen Bezirken stammend. Verfettung ist weder in dem Herd noch im anschließenden Lebergewebe festzustellen. Dagegen zeigen die an den nekrotischen Partien anschließenden Leberzellen eine stärkere Speicherung von Gallepigment. Die Fibrinfärbung läßt erkennen, daß dem nierenförmigen Herd kappenförmig an zwei Seiten massive Fibrinausschwitzungen von fein- und grobfädiger Form aufsitzen. Auch die den Herd durchsetzenden, zusammengesinterten Fibrinmassen sind bei dieser Spezialfärbung deutlich zu erkennen. Dieser Herd wurde auf Stufenschnitten des in Paraffin eingebetteten Gewebstückes weiterverfolgt. Es zeigt sich, daß dieser zunächst nierenförmige Herd im weiteren Verlauf immer mehr rundliche Form annimmt. Weitere wesentliche Abweichungen von dem bisher beschriebenen Bilde treten jedoch nicht auf; besonders nimmt die Ablagerung von Eisenfarbstoff eher zu als ab. Regeneratorische Wucherungen der Gallen-

gänge liegen hier, wie in den übrigen Schnitten, noch *nicht* vor. Bei einem Schnitt durch die Kapselblutung an der Leber Vorderwand findet sich ein dickes, pilzförmiges Hämatom der Leberkapsel ohne entzündliche Reaktion. Hier sind jedoch in dem Gewebe unter der Leberkapsel keine pathologischen Veränderungen der bisher beschriebenen Art festzustellen. Es fällt lediglich auf, daß es stellenweise in den stark erweiterten Capillarspalten zu einer Ansammlung von Leukocyten gekommen ist, wobei größere und kleinere eosinophilgekörnte Zellen besonders hervortreten. Eisen- und Fettfärbung ergeben an diesem Schnitt keine Besonderheiten, es sei denn, daß vereinzelt in den Capillarspalten liegende Zellen gelegentlich einmal etwas Eisenfarbstoff führen.

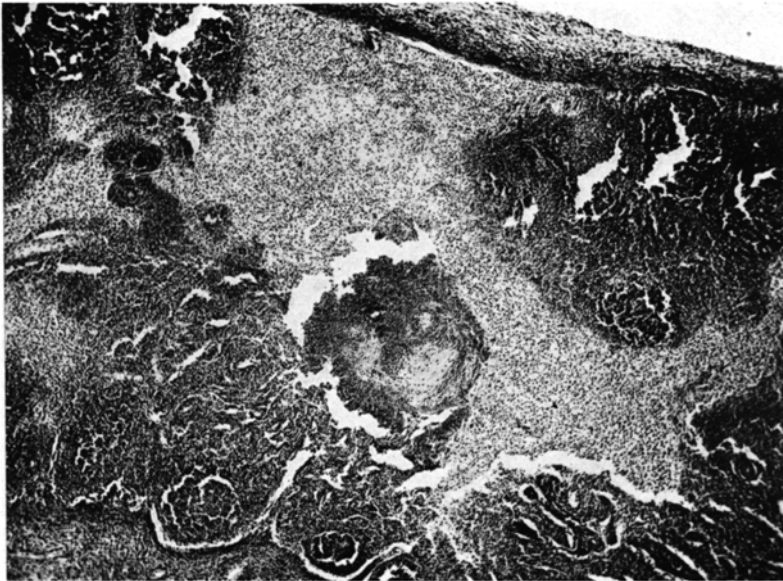


Abb. 6. Mesenteriallymphknoten mit Blutung und Fragmentierung des lymphatischen Gewebes. Van Gieson, 38fach.

Gaumenmandeln: Makroskopisch waren die Gaumenmandeln unauffällig, rechts 18:9, links 18:6 mm groß. Zur histologischen Untersuchung wurden aus 5 verschiedenen Abschnitten Teile entnommen. Die histologische Untersuchung dieser Gewebstücke, durch welche ein Überblick über alle Abschnitte beider Mandeln einschließlich des peritonsillären Gewebes erreicht wurde, ergab überall völlig normale Verhältnisse. Weder am Epithelbelag noch am lymphatischen Gewebe, noch im Stützgewebe, noch auch in der näheren und weiteren Umgebung der Tonsillen waren irgendwelche entzündliche Veränderungen mikroskopisch festzustellen. In keinem der von den Tonsillen angefertigten Schnitte war auch nur die Spur einer entzündlichen Reaktion frischerer oder älterer Art nachzuweisen. Auch nach ihrem Aufbau und der Beschaffenheit des lymphatischen Gewebes boten die Tonsillen ein durchaus normales Bild.

Nieren: Schnitte aus beiden Nieren zeigen übereinstimmend völlig normale Verhältnisse.

Milz: Zeigt zunächst einen normalen Aufbau des Organes, große Keimzentren

der Lymphfollikel. Auffällig ist eine unterschiedliche Blutverteilung des Organes, welche stellenweise eine starke Blutüberfüllung der Bluträume deutlich werden läßt. Man bemerkt ferner eine Vermehrung der aus dem Reticulum stammenden Zellen und die Anwesenheit auffallend zahlreicher eosinophiler Zellen in den Bluträumen.

Das *Mesenterium des Dünndarms* war schon makroskopisch auffällig, da fast die gesamte Gekrösewurzel von einer polsterförmigen Blutung eingenommen wird. Im mikroskopischen Bild sieht man die Lymphdrüsen des Gekröses entsprechend dem Alter des Kindes außerordentlich stark entwickelt. Das Fettbindegewebe ist in ausgedehntem Maße von Blutungen durchsetzt. Im allgemeinen sieht man keine Reaktionen des an die Blutungen anschließenden Fettbindegewebes, nur an einzelnen Stellen ist es zu einer umschriebenen diffusen Durchsetzung des Gewebes mit Leukocyten gekommen. An einer solchen Stelle besteht eine derartige ausge dehntere Infiltration fast ausschließlich aus eosinophilen Zellen. An einer Stelle ist außerdem eine Blutung in einem großen Lymphknoten mit partieller Zerstörung des lymphatischen Gewebes nachzuweisen (vgl. Abb. 6). Die Eisenfärbung zeigt im Fettgewebe kleine Ansammlungen großer Abraumzellen, welche ganz grobkörniges Eisenpigment in erheblicher Menge gespeichert haben.

Es wurden ferner Schnitte aus beiden *Zwerchfellkuppen* angefertigt, in welchen makroskopisch Blutungen erkennbar waren. Mikroskopisch wurden diese Blutungen in Gestalt großer Blutseen zwischen den Muskelschichten nachgewiesen. Irgendwelche entzündlichen Reaktionen waren in den Gewebsstücken nicht festzustellen (keine Blutresorption im Sinne von *Walcher*). Die Fibrinfärbung zeigte in den Randpartien des Niederschlag fädigen Faserstoffes.

Die Schleimhaut des *Magens* ist noch gut erhalten, ebenso die des *Duodenum* und des *Dünn- und Dickdarmes*. Keine entzündlichen oder degenerativen Veränderungen. Auch die Muskulatur und der Bauchfellüberzug zeigen in den untersuchten Abschnitten keine Besonderheiten. Bemerkenswert ist lediglich, daß im Dünndarm, wo infolge des Verdauungszustandes die Blutgefäße der Zotten stärker mit Leukocyten gefüllt sind, unter diesen wieder die eosinophilen auffallend hervortreten.

Auf Grund der nun im Zusammenhang vorliegenden Befunde kamen wir zu folgender *Beurteilung*: Unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände ist eine *natürliche Todesursache mit Sicherheit auszuschließen*. Bestimmt waren in beiden Gaumenmandeln keine Eiterherde vorhanden, eine Septicopyämie hat gleichfalls mit Sicherheit *nicht* vorgelegen. Bei dem falsch gedeuteten Befund der Mandeln hat es sich dabei wahrscheinlich um Detrituspröpfe oder Retentionscysten gehandelt. Bekanntlich wird ja der gelblichflüssige Inhalt solcher Cysten, der aus verflüssigtem Detritusmaterial, Mikroorganismen und Cholesterinkristallen besteht, oftmals fälschlich als Eiter angesehen. Aber auch ohnehin hätte eine eitrige Mandelentzündung als Ausgangspunkt einer Septicopyämie wie im vorliegenden Falle bei dem sicher nur ganz minimalen makroskopischen Befund nicht ohne histologische Untersuchung gestellt werden dürfen. Daß bei dem Kinde keine Septicopyämie bestanden haben *konnte*, war schon aus den Angaben der Mutter zu entnehmen: Beim Vorliegen einer so schweren Erkrankung hätte das Kind unmöglich wenige Stunden vor seinem Tode noch vergnügt spielen können.

Die Veränderungen der Lungen und der Herzspitze, die zunächst als metastatische Eiterherde, als embolische Abscesse angesprochen wurden, haben sich nach der histologischen Untersuchung gleichfalls als etwas völlig anderes herausgestellt. Bei den Herden in den Lungen hat es sich um Blutungen ohne jegliche entzündliche Reaktion der Umgebung gehandelt. Bei den Veränderungen an der Herzspitze fand sich zwar eine umschriebene entzündliche Reaktion um einen kleinen scholligen Zerfallsherd der Muskulatur. Bei der Entstehung eines metastatischen Abscesses hätte jedoch gerade das umgekehrte Bild vorliegen müssen: vom Zentrum eines solchen Herdes müßte die Eiterung ausgehen und dann erst auf das umliegende Gewebe übergreifen. Kokkenembolien waren in unserem Falle nicht zu finden. Von einem Absceß konnte in keinem Falle gesprochen werden.

Auch die Milz ließ jede Reaktion auf einen septischen Allgemeinzustand vermissen. Sie bot lediglich das Bild eines chronischen Reizzustandes des Reticulums, leicht erklärlich bei den im Körper des Kindes vorliegenden multiplen Blutungen und Gewebszerstörungen verschiedenster Organe mit daraus resultierenden Abwehr-, Organisations- und Resorptionsvorgängen.

Die gesamten in den Körperorganen des Kindes S. festgestellten Veränderungen, wie sie eingehend im histologischen Befund geschildert sind, sind unmöglich auf ein schicksalsmäßig verlaufendes Leiden, eine Krankheit, zurückzuführen. Sie sind samt und sonders als artifiziell, d. h. durch eine von außen einwirkende Verletzung, entstanden oder als Reaktion des Organismus auf diese Verletzungen zu betrachten. Den eindrucksvollsten Beweis hierfür bietet die *Leber*. Alle die hier festgestellten Veränderungen sind verursacht durch das Eindringen von Nadeln bzw. infolge Durchwanderung des Organs von Nadeln, wie sie zugegebenermaßen dem Kinde von L. beigebracht wurden. In der Leber war völlig eindeutig eine röhrenförmige, kanalähnliche Blutung zu verfolgen, welche dem Durchtritt der in der Leber ja auch aufgefundenen Nadel entspricht. Zum Beweis dafür, daß die Nadel längere Zeit in dem Lebergewebe gelegen hat, dient der Nachweis einer ebenfalls röhrenförmigen Ablagerung massiver Mengen von Eisen, welches direkt einen Ausguß des von der Nadel durchwanderten Kanals bildet und das auf Rostbildung (vgl. die Schwarzfärbung) der Nadel zurückzuführen ist. An einer Stelle in unseren Präparaten ist sogar durch den Nachweis zweier schalenförmiger Ablagerungen von Eisen mit unterschiedlichem Durchmesser das *Weiterwandern* der Nadel klar ersichtlich. Es geht hieraus hervor, daß dieser Fremdkörper zunächst mit einem größeren Umfange und dann mit einem kleineren (Nadelspitze!) an der gleichen Stelle längere Zeit gelegen hat. Auch die Reaktion des Lebergewebes auf den Fremdkörper läßt den Schluß auf seine längere Verweildauer im Organ zu. Die um-

fangreichen Blutungen in der Umgebung des Kanals stammen zweifellos von Gefäßverletzungen her, die bei dem Durchtritt der Nadel erzeugt wurden.

In der *Lunge* ist in einem Schnitt eindrucksvoll die Aufreißung eines umschriebenen Gefäßabschnittes und der Wandung eines Luftröhrenastes nachzuweisen. Solche Veränderungen können nur durch direkte stich-schnittartige Verletzungen des Lungengewebes bedingt sein. Die im Schnitt als Kugelblutungen imponierenden, etwa dem Durchmesser der Nadel (unter Berücksichtigung des Elastizität des Gewebes) entsprechenden Veränderungen sind räumlich kleine, zylindrische Höhlen entsprechend einem von der Nadel gebohrten Kanal. Auch für die Veränderungen an der *Herzspitze* (d. h. die beiden untersuchten Blutungen des Überzuges) läßt sich eine andere Erklärung als die einer Entstehung durch Verletzung nicht finden. Solche Veränderungen können durch kein irgendwie bekanntes natürliches Krankheitsbild hervorgerufen sein. Es liegt weder ein embolischer Absceß noch eine diffuse oder umschriebene Herzmuskelentzündung, noch eine gefäßbedingte Nekrose der Muskulatur vor, sondern eben eine nur durch traumatische Entstehung zu erklärende umschriebene Zerstörung des Herzmuskels mit einer Reaktion des umgebenden Gewebes auf diese Verwundung. In den massiven Blutungsherden der Gekrösewurzel ließ sich noch Eisenfarbstoff nachweisen; der nicht durch Abbau des Blutfarbstoffes zu erklären ist, also auch vom Rost einer Nadel stammen muß. Die beschriebene Blutung in den Lymphknoten kann ebenso nur traumatisch entstanden sein und zwar durch einen Stich. Bei keinem bis heute bekannten Krankheitsbild kommen derartig umschriebene Blutungen mit Abspaltung von Gewebsteilen in sonst histologisch normalen Lymphknoten vor. Für die Blutungen im Zwerchfell läßt sich gleichfalls eine andere Erklärung als die der traumatischen Entstehung infolge Anspießung mit einer Nadel für den vorliegenden Fall nicht finden.

Es war jedoch festzustellen, daß alle durch die eingebrachten Nadeln gesetzten Veränderungen insgesamt noch nicht den Tod des Kindes herbeigeführt haben konnten. Die beigebrachten Nadelstiche und die Einführung dieser Fremdkörper in den Körper des Kindes wären natürlich an sich geeignet gewesen, tödliche Veränderungen hervorzurufen: es hätte unter Umständen zu einer inneren Verblutung bei Verletzung eines größeren Gefäßes kommen können, ferner hätte, wie im Falle *Ucke*, eine Infektion den Tod des Kindes verursachen können. Endlich wäre noch die Möglichkeit gewesen, daß durch das Eindringen einer Nadel eine tödliche funktionelle Störung eines lebenswichtigen Organes bedingt worden wäre (z. B. Beschädigung des verlängerten Markes oder nervöser Zentren des Herzens. In einem solchen Falle hätten dann aber auch eine Nadel oder zumindest entsprechende Veränderungen an sol-

chen Stellen bei der Sektion aufgefunden werden müssen). Aber solche ernstesten Folgen waren hier nicht bzw. noch nicht eingetreten.

Wenn aber die Fremdkörperbeibringung daher als unmittelbare oder mittelbare Todesursache nicht in Frage kommt, so doch in dem Sinne einer durch sie bedingten allgemeinen Schwächung des kindlichen Organismus mit Herabsetzung seiner Widerstandskraft. Klinisch trat dies nach den Angaben der Mutter insofern hervor, als das Kind in seinen letzten Lebenswochen wenig aß, öfters schlechter Stimmung war, gelegentlich erbrach und vor allem an hartnäckigem Durchfall litt. Pathologisch läßt sich die Wirkung der eingebrachten Nadeln durch dauernden Fremdkörperreiz, Setzen immer neuer kleiner Blutungen bei der Nadelwanderung, Resorption der Blutungen, Verarbeitung des Eisenfarbstoffes, Reiz der Fremdkörper auf die Magendarmschleimhaut und die Peristaltik leicht erklären. In gleicher Weise ist auch die Tatsache zu beurteilen, daß das Kind sicher bei den dauernden Verlagerungen der verschiedenen Nadeln bei Bewegungen der Oberschenkel, ferner bei Atmung und Peristaltik *Schmerzen* hatte.

Als *Todesursache* des Kindes kam schließlich auf dem Wege des Ausschlusses irgendeiner natürlichen oder anderen unnatürlichen Todesursache lediglich die Erstickung durch Eindrücken der kindlichen Atemöffnungen in das Kissen in Frage. Anhaltspunkte, die Hinweise auf das hierfür notwendige brutale Niederhalten und Anpressen des kindlichen Körpers gaben, sind durch die Sektion in genügendem Umfang gegeben, einschließlich der durch Andrücken und Reiben des kindlichen Kopfes auf der Unterlage verursachten Veränderungen an Wangen und Stirn.

L. wurde vom Sondergericht wegen Verbrechens nach § 1 der V.O. gegen Gewaltverbrecher in Verbindung mit § 211 StGB. zum Tode verurteilt, und es wurden ihm die bürgerlichen Ehrenrechte auf Lebzeiten abgesprochen. Es ist bemerkenswert, daß mit diesem Urteil die von L. verwandten Werkzeuge, also in der Hauptsache die Näh-nadeln, als *gefährliche Werkzeuge* im Sinne des § 1 der VO. gegen Gewaltverbrecher anerkannt wurden.

L. hatte zuletzt unumwunden zugegeben, er glaubte, das Kind durch die Beibringung der Nadeln vernichten zu können, er wollte es dadurch umbringen. L. hatte die verabscheuungswürdige Tat begangen, um nach der in Aussicht stehenden Trennung nicht für den Unterhalt des Kindes aufkommen zu müssen.

Bei der Hauptverhandlung versuchten wir nach Möglichkeit zu klären, zu welchem Zeitpunkt und an welchen Körperstellen L. die Nadeln eingestochen hatte, bzw. *wann* er die einzelnen Nadeln dem Kinde eingegeben hatte. Eine Klärung war jedoch nicht möglich. L. versteifte sich jetzt darauf, erst „zu Weihnachten“ mit der Beibrin-

gung der Nadeln begonnen zu haben, eine Darstellung, die schon nach der Angabe der Mutter des Kindes nicht zutreffen konnte. Man wird nicht fehlgehen, wenn man annimmt, daß die Beibringung der Nadeln im vorliegenden Falle auf die Zeit von 3—4 Wochen vor dem am 3. I. 1941 erfolgten Tode des Kindes verteilt war.

Durch die histologische Untersuchung war eine weitere Klärung dieser Fragen nicht zu erwarten, da ja in jedem Falle mit einer Nadelwanderung im Organismus gerechnet werden muß. Selbst wenn es möglich wäre, das Alter einer von einer Nadel gesetzten Veränderung, z. B. eines Stichkanals in der Leber, genau zu bestimmen, so würde man damit immer noch nicht sagen können, daß die Nadel auch zu diesem Zeitpunkt *eingestoßen* sein mußte, denn die Nadel konnte ja erst nach längerer Wanderung durch den Körper an die Stelle des untersuchten Stichkanals gelangt sein. Die Nadeln selbst waren bei unseren Untersuchungen nicht mehr an Ort und Stelle, wo sie bei der Sektion gefunden worden waren. Aus dem Verhalten dieser Fremdkörper lassen sich auch verhältnismäßig wenig Schlüsse ziehen, denn sie verhalten sich im Organismus ganz verschieden je nach ihrer Zusammensetzung und Beschaffenheit der Oberfläche. So sehen wir z. B., daß die vernickelte Sicherheitsnadel in völlig blankem Zustande wieder abgeht, während reine Stahlnähnadeln in kürzester Zeit infolge der Oxydationswirkung schwarz und brüchig wie Holz werden.

Die Reaktion des Gewebes schließlich auf solche Fremdkörper ist verschieden nach Art des Organs, nach der jeweiligen allgemeinen Reaktionslage und auch abhängig vom Alter des betreffenden Individuums. Es erscheint hier angebracht, nochmals kurz auf den von *Ucke* angeführten Fall zurückzukommen, weil er in dieser Hinsicht die einzige Vergleichsmöglichkeit für unseren Fall überhaupt bietet. *Ucke* hatte bestimmtere Anhaltspunkte als wir insofern, als zweifellos feststand, daß die Nadeln dem Kinde genau 10 Tage vor dem Tode eingestoßen waren. In der Leber steckte die Nadel noch zum Teil außerhalb der Kapsel. Histologisch ergaben sich in einem senkrecht auf den Stichkanal angelegten Schnitt als innerste Schicht konzentrisch angeordnete Fibrinlagen und zwischen denselben Zeldetritus und gelbliche Schollen. Anschließend folgte eine Schicht junger Bindegewebszellen und einzelne blutgefüllte Capillaren. Anschließend kam ein bindegewebiges Netzwerk mit zahlreichen dicht gefüllten Capillaren, die in die Capillaren des Lebergewebes übergehen.

Bei den von uns untersuchten Stichkanälen der Leber war es noch nicht zu einer Ausbildung eines bindegewebigen Netzwerkes gekommen. Das Bild war auch insofern etwas anders, als nicht nur ein engbegrenzter Stichkanal vorhanden war, sondern in dessen Umgebung noch durch Blutung gebildete Gewebsspalten. Wir fanden hauptsächlich — neben

Gewebestrümmern — Gerinnsel und Fibrinlamellen im Stichkanal und in der näheren Umgebung umschriebene Herde typischer zellig-exsudativer Entzündung des Lebergewebes, letztere besonders eindrucksvoll durch den außerordentlichen Reichtum an Eosinophilen, die sich auch sonst im Blut und bei anderweitigen reaktiven Zellanhäufungen, z. B. im Mesenterium, in großer Menge vorfanden. In der Leber sieht man solche zellig-exsudative Hepatitis mit vorwiegend eosinophiler Zellreaktion nach *Aschoff* bei akuter und chronischer Enterokolitis der Kinder. In unserem Falle kann also die Beobachtung außerordentlicher Eosinophilie wohl mit den wochenlangen Durchfällen des Kindes, unter Umständen auch mit dem Fremdkörperreiz allein in Zusammenhang stehen (Wurmkrankheit oder eine Infektionskrankheit haben ja nicht bestanden).

Ucke beobachtet noch eine diffuse Imprägnation der Umgebung der von ihm untersuchten Stichkanäle in Leber, Lunge und Herz mit gelöstem Eisenfarbstoff. „Alles was Bindegewebe ist“, soll danach Eisenfarbstoff annehmen; und im Zusammenhang mit den von *Hawn* angestellten Erwägungen wird von ihm der Einfluß der Fixierungsflüssigkeit auf Lösung und diffuse Ausbreitung des Eisenfarbstoffes im Gewebe besprochen. In unserem Falle haben die Gewebstücke nur ganz kurze Zeit in Fixierungsflüssigkeit verweilt. Wir fanden das Eisenpigment jedoch meist schon intracellulär gelagert, von Makrophagen aufgenommen, nur ein Teil des Pigmentes lag noch feinstaubig frei zwischen den Freßzellen. Das alte Bindegewebe, das sich in Resten des *Glisson*schen Gewebes im Stichkanal in Fragmenten vorfand, hatte nirgends Eisen aufgenommen, dagegen hatten die Fibrinklumpchen, -lamellen und feinsten -fädchen sich diffus mit Eisenfarbstoff imprägniert. Eisen war auch bereits mit dem Blutstrom verschleppt und in *Kupffer*schen Sternzellen benachbarter Leberläppchen und auch schon in der Milz in durchaus nachweisbarem Maße gespeichert worden.

Ucke konnte massive Eisenpigmentablagerungen auch in den Stichkanälen der Lunge und des Herzens nachweisen. Die Tatsache, daß bei uns der Nachweis nur in der Leber und in den mesenterialen Lymphknoten, in der Lunge aber nur in kleinsten Spuren, im Herzen gar nicht möglich war, ist auf verschiedene Weise zu erklären: es kann sich einmal um verschiedenartige Nadeln gehandelt haben, von denen einzelne nicht oder nicht so rasch rosteten. Eine weitere Möglichkeit ist die, daß die betreffenden Nadeln gar nicht im Stichkanal verweilt haben, daß also eingestochen und die Nadel gleich wieder herausgezogen wurde, oder daß es sich überhaupt nur um kurze Anspießungen der Lunge an einer irgendwo in der Brustwand oder im Zwerchfell fixierten Nadel handelt. In der Lunge konnten auch die stärkeren Gewebsblutungen die etwa abgelösten Eisenpartikelchen weggeschwemmt haben.

Bei den Herzveränderungen fällt die Oberflächlichkeit der Verletzungen auf: Nur direkt unter dem visceralen Epikardblatt ist an der Herzspitze an zwei Stellen eine kleine umschriebene Zerstörung von Muskelgewebe zu sehen. Diese Veränderungen erinnern an Beobachtungen, wie sie v. *Neureiter* als Spuren endocardialer Injektionen vorfand, in Fällen, wo die Injektion nicht in eine Herzhöhle, sondern in das Myokard selbst erfolgt war. In unserem Falle lassen diese Veränderungen daran denken, daß es sich hierbei nur um eine kurzdauernde Anspießung während einer oder mehrerer Herzaktionen gehandelt hat, wobei die Nadel vielleicht beim Durchtritt durch das Zwerchfell fixiert war. In der Zwerchfellkuppe waren an entsprechender Stelle ja Blutungen gefunden worden.

Die Frage, warum keine Infektion eines Organes oder einer der serösen Höhlen von den Nadeln ausgegangen ist, läßt sich nur durch die ja auch sonst in der ärztlichen Praxis häufiger vorkommende Selbstreinigung der Nadeln beim Durchtritt durch die Haut und das Unterhautgewebe mit Abstreifen etwa anhaftender Erreger erklären. Vom Mageninnern austretende, die Magenwand perforierende Nadeln brauchen nicht zu einer peritonealen Reaktion zu führen, wie auch eine kürzlich von *Ergüder* mitgeteilte Beobachtung zeigt. Diese Tatsache wird durch eine anzunehmende relative Sterilität des sauren Mageninhaltes erklärt. Ob aber in unserem Falle überhaupt Nadeln aus dem Verdauungstractus ausgetreten sind, etwa vom Magen in die Bauchhöhle oder durch die Speiseröhre ins Mediastinum oder eine Brusthöhle, ist durchaus fraglich. Der Nachweis einer solchen Perforation hat sich nicht erbringen lassen. Erwähnenswert ist noch, daß in unserem Falle der Magen trotz längerdauernder Anwesenheit zumindest eines größeren metallenen Fremdkörpers, nämlich der Pinzette, keinerlei entzündliche Veränderungen der Schleimhaut aufwies.

In diesem Zusammenhang möchten wir ganz kurz noch einen weiteren Fall erwähnen, der hier im Jahre 1931 (gerichtliche Obduktion von Prof. Dr. *Lochte*) zur Beobachtung kam und bei welchem gleichfalls die perorale Beibringung von Nadeln eine Rolle spielte:

Das Schwurgericht in G. verurteilte im Jahre 1931 den Bäckermeister D. wegen Mordes zum Tode und zum dauernden Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte aus folgenden Gründen:

D. hatte sein am 3. I. 1931 geborenes uneheliches Kind am 17. bis 18. I. 1931 vorsätzlich mit Überlegung getötet, indem er ihm eine große Menge von Arsen sowie die abgekniffenen Spitzen zweier Stahlsicherheitsnadeln beigebracht hat. Die Nadeln waren bei der Sektion im Magen vorgefunden worden, dessen Schleimhaut infolge der Giftwirkung außerdem eine hochgradige Entzündung und Verschorfung aufwies.

Zusammenfassung.

Es wird über einen ungewöhnlichen Fall eines Mordversuches an einem 20 Monate alten Kind berichtet.

Der Täter hatte dem Kinde 3—4 Wochen vor dem dann durch gewaltsames Ersticken herbeigeführten Tod neben anderen Fremdkörpern einige Nähnadeln mit der Nahrung eingegeben und außerdem zahlreiche Nähnadeln in Rücken, Bauch und Oberschenkel eingestoßen.

Bei der von anderer Seite vorgenommenen Sektion war zunächst ein Tod aus natürlicher Ursache (Septicopyämie nach eitriger Mandelentzündung) angenommen worden. Die eingehende histologische Untersuchung zeigte jedoch, daß sämtliche von den Obduzenten als Ausdruck einer Septicopyämie angesprochenen Veränderungen durch die beigebrachten Fremdkörper hervorgerufen waren.

Das histologische Verhalten der Stichkanäle, die Lösung des Eisenfarbstoffes und einige weitere besondere Fragen werden behandelt.

Schließlich wird noch ein zweiter Fall kurz erwähnt, bei welchem die perorale Beibringung zweier Stahlnadelspitzen bei einem 14 Tage alten Kinde eine Rolle spielte.

Literaturverzeichnis.

Aschoff, Pathologische Anatomie **2**. Jena: Fischer 1936. — *Ergüder*, J. de Chir. **52**, 640 (1938). — *Hawn*, Dtsch. Z. gerichtl. Med. **10**, 58 (1927). — *Jungmichel*, Gerichtlich-medizinische Erfahrungen zum Problem der Selbstbeschädigung. Handbuch der Artefakte. Jena: Fischer 1937. — *Meixner*, Vjschr. gerichtl. Med. **47**, Suppl., 382 (1914). — *v. Neureiter*, Dtsch. Z. gerichtl. Med. **12**, 151 (1928). — *Sury*, Vjschr. gerichtl. Med. **57**, 322 (1919). — *Ucke*, Dtsch. Z. gerichtl. Med. **19**, 508 (1932). — *Voss*, Tötungen und Tötungsversuche durch Einbohren von Nadeln in die Schädelhöhle Neugeborener und kleiner Kinder. Diss. München 1935.
