

Einschußplatzwunden bei Fernschußverletzungen

J. KALTSCHEV und M. TSCHOMAKOV

Lehrstuhl für Gerichtliche Medizin bei der Medizinischen Hochschule Sofia
(Direktor: Prof. Dr. G. MICHAÏLOV)

Lehrstuhl für Gerichtliche Medizin bei der Medizinischen Hochschule Plovdiv
(Direktor: Prof. Dr. P. MIRONOV)

Eingegangen am 24. Oktober 1966

Bei Fernschuß ist die Einschußöffnung eines Geschosses gewöhnlich rund oder oval. Derformationen oder Querschläger verursachen der Form und Größe nach unterschiedliche Wunden. Im allgemeinen wird angenommen, daß für das radiale Platzen der Wunde bei absolutem Nahschuß, die Pulvergase verantwortlich sind.

Wir beobachteten vier Fälle, bei denen es sich zweifellos nicht um absolute Nahschüsse handelte und eine Einwirkung von Pulvergasen hier ausgeschlossen war.

Im ersten Fall handelte es sich um einen zufälligen Schuß, abgegeben in einem Raum, durch den vor zahlreichen Zeugen ein Mensch, der sich 6 m weit in einem anderem Raum befand, tödlich verletzt wurde. Der Einschuß (Abb.1) verursachte eine unregelmäßige 4,5/1 cm große Wunde über dem Jochbein, mit leichten Randschürfungen oberhalb der Wunde und vielen radialen Einrissen mehr nach innen und nach unten. Beim Anheben eines größeren Knochensplitters des Jochbeins, klappten mehrere der sich unter ihm befindlichen Einrisse. Unabhängig von der eigentlichen Wunde, ungefähr 1 cm unter dem hinteren Teil, waren einige kleine, radiale Hautplatzwunden zu sehen. Am Rand dieser Wunde, sowie auch in ihrer Tiefe, konnten weder Pulverschmauch noch Pulvereinsprengungen festgestellt werden. Links im Genick befand sich die typische Ausschußwunde. Der Schuß war aus einer 9-mm-Kaliber-Pistole abgegeben worden.

Der zweite Fall war ein von unten nach oben gehender Kopfschuß aus einer zu Boden fallengelassenen, geladenen Maschinenpistole. Der Einschuß befand sich am rechten Unterkieferrand, doch hatte das Geschöß 15 cm vorher den Rand des Jackenaufschlages durchschlagen. Diese Tatsache erklärt das Fehlen der Spuren von Pulvergasen an der Einschußwunde. Abgesehen davon, befanden sich auf der Haut um die Einschußöffnung, kurze, radiale Einrisse; die zentrale Öffnung war von unregelmäßig runder Form. In der Mitte der Wunde, nicht besonders tief, waren Knochensplitter des Unterkiefers zu tasten. Kein Pulverschmauch oder Pulvereinsprengungen.

Bei dem dritten Fall handelte es sich um einen Jugendlichen, der, wie das Ermittlungsergebnis mit Sicherheit aussagt (Lage der Leiche bei ihrem Auffinden, Fundstelle der Patronenhülse, Zeugenaussagen), aus 10 m Entfernung unabsichtlich mit einem Gewehr erschossen worden war. Bei der Sektion der Leiche entdeckten wir eine große Einschußwunde vor und hinter dem linken Ohr, mit drei großen, strahlenförmigen Einrissen nach unten (Abb. 2). Der Vorderrand der Wunde wies eine 2—3 mm breite Schürfung auf. Die unter der Wunde liegenden Knochen waren



Abb. 1



Abb. 2

zertrümmert, ein Teil von ihnen fehlte. Einige Zentimeter hinter dem Ohr befand sich eine große Ausschußwunde von unregelmäßiger, sieben Zacken aufweisender, sternförmiger Form. Die längste Zacke war 7 cm lang. Die Knochen in der Tiefe der

Wunde waren total zertrümmert, das Gehirn vom Geschoß nur gestreift. Ansonsten war der Schädel unversehrt.

In der letzten Zeit hatten wir Gelegenheit, noch einen ähnlichen Fall zu untersuchen. Es handelte sich um einen Mann, der durch vier Schüsse aus einer 9-mm-Pistole ermordet wurde. Drei der Geschosse verletzten den linken Arm und die rechte Hand durch Streifschüsse. Eins der Geschosse traf den Kopf. Fünf Stunden später wurde der Verletzte in ein Krankenhaus eingeliefert. Die Kopfwunden wurden von den Chirurgen für Hiebverletzung durch eine Eisenstange angesehen. Bei

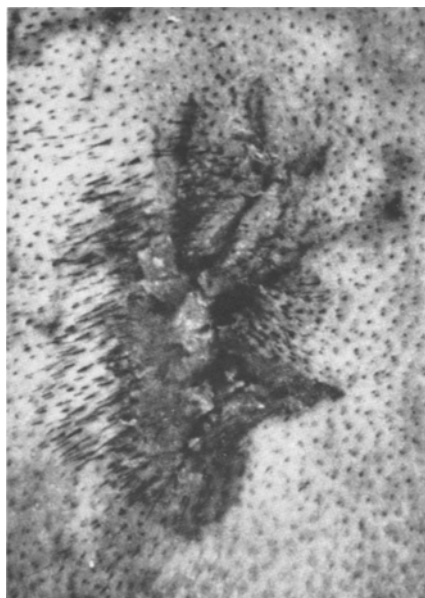


Abb. 3

der Operation wurden alle Knochenfragmente herausgenommen. Kurz nach der Operation verstarb der Verletzte. Bei der Tatortbesichtigung hatten wir ein Knochenstück gefunden, das ca. 1 cm groß war. Der Zusammenbau des Schädeldaches ergab, daß dieses Stück aus dem Bereich der Einschußwunde stammte. Die Kopfuntersuchung der Leiche zeigte außer der Operationswunde noch zwei andere Wunden. Die eine befand sich in der Genickgegend, sie war genäht. Ihr Ausmaß betrug 3,5/1 cm, die radialen Einrisse hatten eine Länge von 4—6 mm. Der untere Rand zeigte eine Schürfung mit einer Breite von 2 mm (Abb. 3). Die zweite Wunde befand sich in der rechten Scheitelgegend, in gleicher Höhe. Sie war sichelförmig und 1,2 cm lang. Bei der Zusammensetzung des Schädeldaches mit den, während der Operation entfernten Knochenstücken wurde ersichtlich, daß die Einschußwunde im Genick lag. Die rechte Hirnhemisphäre war rinnenartig verletzt. An den Wunden und an den Kleidern konnte weder Pulverschmrauch noch Pulvereinsprengungen festgestellt werden.

Die Einschußöffnung war in allen Fällen von radialen Hauteinrissen umgeben, ein charakteristisches Merkmal, das durch die Einwirkung der

Pulvergase bei unmittelbarem oder absolutem Nahschuß entsteht. Eine derartige Möglichkeit konnte aber auf Grund der Befunde, Zeugenausagen und der Untersuchung der Kleider, ausgeschlossen werden. Ebenso war die Farbe des Blutes unverändert und auch kein CO im Gewebe um die Einschußöffnung nachzuweisen.

Das Eindringen des Geschosses erfolgte in allen vier Fällen in spitzem Winkel zur Haut und den unter ihr liegenden Knochen. Nachdem das Geschöß auf diese Weise in den Knochen gedrunen ist, wird die über ihm liegende Haut von Knochensplittern, die in Fall 1, 3 und 4 größeren Ausmaßes waren, zerrissen, und es verursachte dadurch eine Platzwunde um die Einschußöffnung, die oft nur schwer von der Platzwunde eines absoluten Nahschusses unterschieden werden kann. Wie es der dritte und vierte Fall beweisen, können dabei Knochensplitter durch die entstandene große Wunde entweichen, unter ihr verbleiben oder zusätzliche Hautverletzungen verursachen. Über einen derartigen Fall berichtete unser Kollege Dr. GEORG TRITSCHKOV (nicht veröffentlicht). Die Interpretation der entstandenen Veränderungen bereitet dann noch größere Schwierigkeiten.

Ohne Zweifel handelt es sich hier um einen Wirkungsmechanismus, bei dem ein Entweichen von Knochensplittern von innen nach außen (gegen die Haut um die Einschußöffnung) vorliegt. In den von uns beschriebenen Fällen war dieser Effekt von unterschiedlicher Stärke. Sehr kurze Einrisse zeigte Fall 2, die längsten aber der dritte. Von starker Bedeutung sind hier offenbar die Ausmaße der die Haut zerreißenen Knochensplitter, deren Größe wiederum von der Geschößgewalt abhängt. Wegen der nur tangentialen Verletzung des Gehirns und dem Umstand, daß nur die in der Geschößrichtung liegenden Knochen zertrümmert waren, schlossen wir in Fall 3 eine Wirkung des hydrodynamischen Drucks aus.

Platzwunden der Haut um die Einschußöffnung können folglich nicht als beweisend für einen Nahschuß gelten, wenn nicht andere Anzeichen für einen Nahschuß (Pulverschmauch, Pulvereinsprengungen, Kohlenoxyd) vorhanden sind. Zu atypischen Einschußplatzwunden kommt es, wenn die Geschößrichtung im spitzen Winkel zur Einschußstelle verläuft, unter der sich unmittelbar Knochen befinden, und zwar auch beim Fernschuß.

Résumé

Quatre cas décrits par les auteurs leur permettent de conclure, que les fentes des bords de l'orifice d'entrée des plaies, lorsqu'il s'agit de coups de feu tirés à courte distance ne doivent pas être considérés comme des preuves absolues de cette sorte de blessures si les autres signes y

manquent (noircissement des bords, incrustations de grains de poudre non brûlés, gaz carbonés).

Des plaies d'entrée atypiques avec des fentes pareilles peuvent être dues aux conditions signalées dans les cas décrits (coup de feu sous un angle aigu dans une région du corps, où se trouve un os immédiatement sous la peau) même lorsque le coup de feu est tiré à grande distance.

Dr. JORDAN KALTSCHEV
Lehrstuhl für gerichtliche Medizin
bei der Medizinischen Hochschule
Sofia

Dr. MILKO TSCHOMAKOV
Lehrstuhl für gerichtliche Medizin
bei der Medizinischen Hochschule
Plovdiv