

## Über einen Fall von Dissimulation einer schweren Kopfschußverletzung.

Von

Dr. W. Leschmann,  
Landgerichtsarzt, Bamberg.

Die Fähigkeit schwer und tödlich Verletzter, noch scheinbar sinnvolle und komplizierte Handlungen auszuführen, hat schon in früheren Zeiten das Interesse der beteiligten Zeugen erregt und zu mehr oder minder ausgeschmückter Überlieferung solcher Vorkommnisse an die Nachwelt Anlaß gegeben. Wir dürfen deshalb über Berichte aus Schlachten, über Heiligenlegenden und mittelalterliche Hinrichtungsszenen dieser Art nicht ohne weiteres den Stab brechen und sie als vollkommen frei erfunden erklären. Wer beim Enthaupten von Schlachttieren zugesehen hat, wird auch nicht den Brauch für überflüssig halten, wie er von Zeugen bei modernen Hinrichtungen angegeben wird, daß der Henker ein Losschnallen des Körpers erst nach einer gewissen Zeit gestattet, um den Zeugen des Vorganges die letzten Lebensäußerungen nicht sichtbar werden zu lassen.

Überprüft man die Geschichten aus früherer Zeit, welche sich mit solchen Begebenheiten befassen, so steht immer fest, daß es sich bei solchen Menschen um Ausnahmenaturen gehandelt hat, um Menschen besonderer Tatkraft, Willensstärke und Fähigkeit, Schmerzen zu ertragen, denen man, wenn es wirklich eine psychische Komponente bei Shockwirkungen gibt, eine gewisse „Feiung“ in dieser Hinsicht zutrauen darf.

So wird die Exekution eines der Führer im Vendeeaufstand folgendermaßen von *Lenôtre* geschildert: Er stand lächelnd, die Augen nicht verbunden, den verletzten Arm in der Binde. Die Salve krachte, aber der Verurteilte blieb stehen. Dann ließ er sich langsam auf die Knie nieder, dann stützte er sich nach rückwärts auf die unverletzte Hand, dann glitt er langsam vollends zu Boden. Man sah nach, — er war „bien mort!“ Am nächsten Tage wurde sogar nochmals im Grab nach ihm gesehen, weil man dachte, er wäre nicht tot und noch einmal entkommen, dabei wurde festgestellt, daß eine Kugel sogar das Gehirn auf der einen Seite des Schädelns weitgehend zertrümmert hatte.

Die wissenschaftliche Beurteilung solcher Fälle ist schwer, weil die Forschung über das Wesen des Shocks noch nicht abgeschlossen ist, und weil die Möglichkeit, nach der Verletzung noch Handlungen auszuführen, nicht auf eine Ursache zurückgeführt werden kann.

Verletzte lebenswichtige Organe können durch irgendwelche Begleitumstände nicht unmittelbar oder sofort zur Ursache des Todes werden, schwere Verletzungen des Körpers beim Verschontbleiben lebenswichtiger Organe, aber mit desto größerer, sei es chemischer, sei es nervöser Shockwirkung, brauchen nicht bei jedem Menschen die gleichen Folgen zu haben. Dazu kommt noch das Überkreuzen dieser und anderer Komponenten untereinander.

Die Arbeit von *Meixner* (Dtsch. Z. gerichtl. Med. 16, H. 3) hat diese Probleme an einer großen Anzahl von Fällen erläutert. Bei der ungeheuren Bedeutung, welche jeder Einzelfall gerade in der forensischen Medizin hat, ist die Veröffentlichung besonders eindrucksvoller Begebenheiten dieser Art sehr erwünscht.

Vor meinem nachher zu erwähnenden Hauptfall mögen die beiden geringer wichtigen, aber auch nicht uninteressanten Beobachtungen Platz finden:

1. Ein Motorradfahrer wird nachts von einem Auto überfahren und über eine kleine Brücke in das Bett eines Baches mit betonierten Ufern geschleudert. Er erleidet dabei einen Schädelbasisbruch, wie später röntgenologisch festgestellt wurde. Er klettert selbst wieder heraus, stellt sich oder setzt sich, was nicht festgestellt werden konnte, an die Straße und winkt vorbeifahrenden Autos, ihn mitzunehmen. Einige fahren vorbei, ohne sich um ihn zu kümmern, ein zufällig des Weges kommendes Sanitätsauto bringt ihn zum nächsten Arztsitz, wo er aufrecht ohne Stütze gehend sich zum Verbinden einfindet. Erst nach (!) der Versorgung fällt er in eine tiefe Bewußtlosigkeit!

2. Ein Betrunkener wird nachts von einem Motorrad zusammengefahren, bleibt liegen, wird aber dann von Leuten aus dem benachbarten Dorf aufgerichtet und rechts und links unterstützt zum Arzt geführt. Der Arzt will die Kopffleischwunde nähen, als der Mann tot vom Stuhl fällt. Sektionsbefund: Dreimarkstückgroße Impression über dem linken Scheitelbein, Anspießung der Dura, flächenhafte Blutergüsse zwischen harter und weicher Hirnhaut, Bruch fast sämtlicher Rippen links, einiger rechts, Anspießungen beider Lungen, Blutungen in die Pleurahöhlen, kleinere Leber- und Milzrisse, Blutung in die Bauchhöhle, große flächenhafte Blutergüsse in die Rumpfweichteile. Es ist fast unverständlich, wie dieser Verletzte noch aufgehoben und zum Mitgehen gebracht werden kann. Hat hier die Trunkenheit im Sinne einer Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit einem frühen Shock entgegengewirkt, hat im Fall 1 die Angst des hilflosen Erfrierens in der Nacht den Eintritt der Bewußtlosigkeit hinauszuschieben vermocht ?!

Ganz aus dem Rahmen aller Erklärungsversuche fällt der 3. Fall:

Herr W., Brauer und Gastwirt, macht wegen Verlust eines größeren Geldbetrages morgens im Schlafzimmer einen Selbstmordversuch mit einem Trommelrevolver, der aber nicht losgeht. Die Ehefrau nimmt den Revolver weg und bringt ihn in das untere Stockwerk, wo er entladen und verwahrt wird. Während dieser kurzen Spanne Zeit hat Herr W. seinen Feuerstutzen, den er als Mitglied eines Schützenvereins besitzt, aus dem Schrank genommen, hat ihn auf den Boden gestellt, die rechte Schläfe dagegen gehalten und abgedrückt. Er muß dann, nach Mißglücken des Selbstmordes, den Stutzen wieder in das Futteral gebracht und in den Schrank gestellt haben; denn die Ehefrau fand ihn nur „auf

dem Bette sitzend, bleich, zitternd, mit einer blutenden Wunde an der Schläfe rechts.“ Es wurde zwischen den beiden vereinbart, die Sache geheimzuhalten! Die Wunde wurde mit einem Pflaster verschlossen und W. blieb bis nachmittags im Bett. Dann stand er wieder auf, half dem Milchprüfer bei seinen Bestimmungen und beim Ausfüllen der Listen, schenkte abends in der Wirtsstube noch Bier aus, das Pflaster erklärte er den Gästen als durch einen „Furunkel“ benötigt. Am nächsten (2. Tag) ließ er mich rufen, er habe „Grippe, Kopfweh und Husten.“ Natürlich war die Untersuchung ergebnislos, und ich riß mehr aus Scherz das Pflaster ab, was er zunächst verweigert hatte. Es war ein typischer Einschuß. Da ich es für einen Weichteilsteckschuß hielt, drang ich nicht weiter in ihn, mit mir in das Krankenhaus zu fahren, was er strikte verweigerte. Am 3. Tag fuhr er endlich mit, war während der Fahrt frisch, ruhig und gesprächig. Die Stereoskop-aufnahme zeigte das Geschoß im Schädelinnern auf der anderen Seite, in gleicher Höhe wie der Einschuß, etwas weiter nach hinten zu. Zunächst auch im Krankenhaus abwartende Behandlung, Abends wegen Druckerscheinungen Trepanation des Einschusses. Entleerung von jauchiger Flüssigkeit, wurmartig hervorquellenden Trümmermassen des Gehirns, Drainage, Geschoß nicht zu entfernen. Heilung unter aphasischen Erscheinungen, hohem Fieber, gegen Ende der Behandlung auch Witzelsucht, ohne Defekt, in einigen Wochen. Volle Berufsfähigkeit wurde gleich nach der Krankenhausentlassung wieder erreicht, nach einiger Zeit der seit Jahren nicht betriebene Fußballsport wieder aufgenommen und der Genuss von Bier. Auch hier zeigte sich keine Intoleranz, es bleiben auch keine sonstigen Hirnverletzungssymptome zurück. W. ist bis heute gesund, das Geschoß trägt er natürlich noch im Schädel.

Eine Erklärung dieses außergewöhnlichen Falles kann natürlich nur in beschränktem Maße Anspruch machen, erschöpfend oder endgültig zu sein. Das Betroffensein einer nur stummen Region ist ja klar, aber die vollkommen ausbleibende Bewußtlosigkeit, die Möglichkeit, eine solche Verletzung körperlich und seelisch in einem solchen Geschäftsbetrieb (Brauerei und Gastwirtschaft) zu dissimulieren, und zu allem noch die rasche Heilung ohne irgendwelche Defekte, ohne Krampfbereitschaft und Intoleranzerscheinungen ist doch sehr merkwürdig.

Auch dieser Fall scheint dafür zu sprechen, daß die seelische Verfassung eines Menschen bei dem Zustandekommen des Shocks eine große Rolle spielt. Auch W. ist ein ganz besonders willenskräftiger zäher Mensch, der mir durch seine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit schon vor dem Selbstmordversuch sehr gut bekannt war. Ich sehe eine Bestätigung dieser Annahme auch in der Möglichkeit von Geisteskranken, sich unauffällig die schwersten Verletzungen beizubringen, auch in manchen Fällen schwerster körperlicher Verkommenheit, wie etwa Gangrän und Madenfraß ganzer Glieder, die man bei geistesschwachen, vernachlässigten Personen auf dem Lande ab und zu zu sehen Gelegenheit hat.

Die Anregung zur Veröffentlichung des Falles W. wurde mir durch Herrn Prof. *Merkel*, München, wofür ich an dieser Stelle zugleich meinen herzlichsten Dank ausspreche.