

Kurze Mitteilungen.

(Aus dem Pathologischen Institut des Staatlichen Krankenstifts zu Zwickau i. Sa.
Vorstand: Prof. Dr. P. Heilmann.)

Ein einzig dastehender Fall von Selbstmord.

Von

Med.-Prakt. **Horst Arnold.**

Mit 1 Textabbildung.

Folgender Fall, der in die hiesige chirurgische Abteilung eingeliefert und bald danach bei uns seziert wurde, verdient in verschiedener Hinsicht allgemeines Interesse. Die mir zur Verfügung stehende Literatur weist keinen Beitrag auf, in dem ein ähnlicher Fall von Suicid beschrieben wird.

Der Fleischermeister O. aus C. wurde in bewußtlosem Zustand mit einer Strangfurche an der rechten Halsseite und einem Hirnprolaps eingeliefert. Näheres über die Vorgeschichte war zunächst nicht bekannt. Erst später teilte die Polizei mit, daß sich O. erhängen wollte. Der Wandhaken sei jedoch abgebrochen. Darauf stieß er sich durch eine Schädellücke im rechten Scheitelbein (alte Kriegsverletzung!) mehrmals ein Fleischermesser ins Gehirn und sei so bewußtlos auf dem Klosett einer Gaststätte aufgefunden worden.

*Status bei der Aufnahme*¹: Völlige Bewußtlosigkeit, keine Zuckungen, Pupillen starr und reaktionslos, rechte Pupille weiter als die linke. Röchelnde Atmung, Puls ziemlich kräftig, langsam, etwas unregelmäßig; fehlende Reflexe, keine pathologischen Reflexe, keine Spasmen.

Handbreit über dem rechten Ohr eine etwa 3 cm lange, eingezogene Narbe. Medial von dieser Hirnprolaps aus einer etwa $1\frac{1}{2}$ —2 cm langen, frischen, glattrandigen Wunde. An der rechten Halsseite fingerbreit unter dem Schildknorpel beginnend etwa $\frac{1}{2}$ cm breite, schräg nach hinten oben verlaufende Strangfurche, die bis handbreit hinter das rechte Ohr reicht. In ihrem Verlauf feinste Sugillationen. Auf der linken Halsseite keine Strangfurche.

Operationsbericht: Operation in Lokalanästhesie. Umschneidung der Wunde, Excision der alten Narbe. Die Dura ist mit einem alten, etwa zweimarkstückgroßen Knochendefekt ringsum verwachsen und narbig verdickt. Das narbige Durgewebe wird am Knochenrand excidiert. Darauf stärkerer Hirnprolaps. Das Loch in der Schädeldedecke wird vergrößert. Dabei stößt der Operateur überall auf Adhäsionen zwischen Dura und Gehirn. Kein Liquorfluß. Die Punktion ergibt kein Sanguis. Offenbar steht das Gehirn unter einem erheblichen Druck. Wegen der unklaren Diagnose wird lediglich das vorgefallene Gehirn abgetragen, ein Tampon daraufgelegt, die Kopfschwarte vernäht.

Lumbalpunktion: Blutiger Liquor, Druck 450 mm. Zisternenpunktion gelingt nicht. Während der Lumbalpunktion prolabieren wiederum Gehirnmassen

¹ Benutzt mit Erlaubnis von Herrn Prof. *Kulenkampf*, Leiter der Chirurgischen Abteilung.

und frische Blutkoagula. Teilweise Reposition bzw. Abtragung des Gehirns. Nochmalige Tamponade.

Verlauf: Der Zustand des Patienten verschlechterte sich schnell. Trotz Lobelin i.v. und Cardiazol Tod an typischer Atemlähmung.

Sektionsbericht (490/33): Große, männliche Leiche im guten Ernährungszustand. Außer den gewöhnlichen Totenflecken an den abhängigen Körperpartien starke Hypostase an beiden Ohrmuscheln. An der rechten Seite des Halses eine ungefähr 15 cm lange, violette, schräg von hinten oben nach vorn unten ziehende, blutunterlaufene Strangfurche, die während der Sektion verblaßt. Aus dem übrigen Sektionsprotokoll sind lediglich subepikardiale und subpleurale Blutungen und eine beginnende atrophische Lebercirrhose zu nennen.

Kopf: Haut des Gesichtes stärker pigmentiert als die des übrigen Körpers (Insolation?). In der Gegend des rechten Scheitelbeines 11 cm lange, frisch ver-

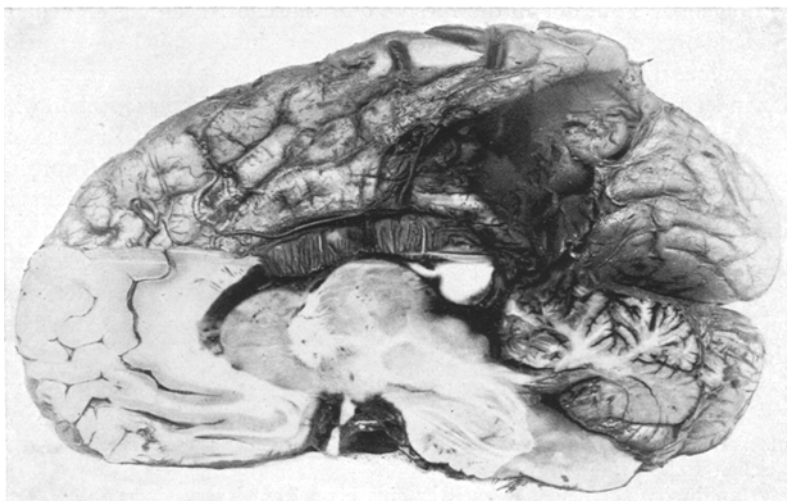


Abb. 1.

nähte (4 Nähte) Operationswunde. Um die Wunde herum zwischen den Weichteilen reichlich dunkelrote Cruorgerinnsel. Das *rechte Scheitelbein* weist in der hinteren lateralen Partie einen zweimarkstückgroßen Defekt auf, der bei der Operation nach vorn vergrößert wurde. Seine Ränder sind wulstig verdickt. Die *harte Hirnhaut* ist im Wundbereich zerfetzt, soweit sie bei der Operation nicht excidiert wurde, verdickt und mit dem Schädeldach verwachsen. Die *weichen Hirnhäute* sind zerrissen, im übrigen dünn, zart und spiegelnd. *Gehirn:* Der Schädelhöhle entsprechend groß. Windungen gut ausgeprägt. Mark und Rinde gut unterscheidbar. Die *Blutleiter* sind mit teils flüssigem, teils geronnenem Blut vollkommen ausgefüllt.

Die Verletzungen, die das Messer bei den verschiedenen Bewegungen verursachte, müssen genauer als der übrige Sektionsbericht gegeben werden, um dem Leser eine bessere Orientierung zu ermöglichen (siehe auch Abb. 1).

Das Gehirn ist an der Oberfläche in fünfmarkstückgroßer Ausdehnung vollkommen zertrümmert. Verletzt wurden in dieser Gegend

der Lobus parietalis superior et inferior dexter. Die zerstörte Zone nimmt nach der Tiefe zu größere Ausmaße an in Form einer Pyramide, deren Basis im Lobulus paracentralis dexter und Praecuneus dexter liegt und fast bis an den Gyrus cinguli dexter heranreicht. Die Höhe der gedachten Pyramide beträgt 5 cm, die Seitenkante 4 cm. Die fehlenden Hirnmassen wurden teils durch die Bewegungen des Fleischermessers herausgerissen, teils mit dem Prolaps abgetragen.

Bei einer horizontalen Handhabung des Messers wurde sogar die linke Großhirnhemisphäre erreicht. Der Schnitt verläuft horizontal in einer Ausdehnung von 6 cm durch den Praecuneus sinister, Lobulus paracentralis sinister und Gyrus frontalis sinister bis zu $2\frac{1}{2}$ cm in die Tiefe der linken Hemisphäre.

Weiterhin wurde der Balken senkrecht dicht links neben seiner Mittellinie 5 cm lang durchtrennt und dabei der linke Seitenventrikel eröffnet. Die Verletzung eines Ventrikels konnte bereits aus der histologischen Untersuchung des Hirnprolapses diagnostiziert werden. Ergebnis: Zertrümmertes Hirngewebe mit Blutungen und Gewebe aus dem Plexus chorioideus. Die hin- und herfahrenden Bewegungen des Messers hatten also das Plexusgewebe an die Oberfläche gebracht.

Eine andere Schnittfläche von hinten medial nach vorn lateral durch die rechte Großhirnhemisphäre trennt den Temporallappen fast vollkommen von der restlichen Hemisphäre ab und erreicht, am hinteren Ende des Balkens vorbeilaufend, an der Pars anterior des Lobulus quadrangularis die rechte Hemisphäre des Kleinhirns.

Wieviel Schnitte den pyramidenförmigen Defekt gesetzt haben, kann natürlich hinterher nicht mehr festgestellt werden.

Die nur rechtsseitige, bei der Sektion verblassende Strangfurche beweist, daß der Wandhaken sofort abgebrochen sein muß, wenn sich O. danach noch so schwere Verletzungen beibringen konnte. An den Schnittverletzungen selbst ist O. nicht zugrunde gegangen, da das Messer keine lebenswichtigen Zentren getroffen hat. Die ersten Einstiche können nicht einmal einen schweren Shock bewirkt haben, da sonst sofort eine Bewußtlosigkeit eingetreten wäre. Daraus erwächst uns wieder einmal die Erkenntnis, daß schwere Schädelverletzungen (ein oder mehrere Durchschüsse z. B.) nicht sofort den Tod herbeiführen müssen, sondern erst sekundär durch Hirndruck (langsamer Puls, röchelnde Atmung) und damit durch Vaguslähmung (Atemlähmung) der Exitus eintritt. So ist es auch in dem beschriebenen Fall gewesen. Schon bei der Operation gewann der Operateur den Eindruck, daß das Hirn unter einem starken Druck stehen müsse (mehrmaliger Prolaps bei der Operation). Der Hirndruck wurde hervorgerufen durch starke Blutungen in die Ventrikel (s. Sektionsbericht).

Inwieweit dieser Fall für die Versicherung bedeutsam geworden ist, entzieht sich unserer Kenntnis.
