

Aus der Prosektur des Hamburger Hafenkrankenhauses
(Prosektor: Prof. Dr. HANS KOOPMANN).

Selbstmord durch Bolus.

Von

Dr. AMAND v. MARCHTALER.

(Eingegangen am 12. August 1948.)

Der Bolustod, der häufig aus völligem Wohlbefinden heraus schlagartig eintritt, erweckt seit langem das forensische Interesse und bedarf oftmals gerichtsmedizinischer Klärung. Meistens handelt es sich um Unfälle, die durch Verschlucken großer Speisebrocken bedingt sind. In der Literatur ist ferner von WEYRICH ein Fall berichtet, bei dem der Bolustod durch ein hochsitzendes Lipom des Ösophagus verursacht wurde. Im Handbuch von v. NEUREITER, PIETRUSKY und SCHÜTT ist auf die Möglichkeit eines Mordes durch Bolus bei Kindern und Greisen hingewiesen und schließlich ist ebendort angeführt: „Vereinzelt kamen bei Geisteskranken Selbstmordversuche durch Ausstopfen des Rachens mit irgendwelchen Lappen vor.“ Einen Selbstmord durch Bolus habe ich in der mir zur Verfügung stehenden Literatur nicht entdecken können, so daß die Veröffentlichung des nachstehend beschriebenen Falles gerechtfertigt erscheint.

Am 11. 5. 48 wurde der 41jährige Malergehilfe M. C. wegen „Schwarzhandels usw.“ in Untersuchungshaft genommen. Zwei Tage später, am 13. 5. 48, unternahm er einen Selbstmordversuch durch Öffnen der „Pulsadern“, den er am 15. 5. 48 frühmorgens wiederholte. Nach dem ersten der beiden Selbstmordversuche, die nach Ansicht des Gefängnisarztes nicht ernst zu nehmen waren, wurde C. in das Gefängnislazarett aufgenommen. Die Wunden an beiden Unterarmen wurden operativ versorgt. Nach dem zweiten Suicidversuch wurde aus Vorsichtsgründen eine Handfesselung angeordnet.

Gegen Mittag des 15. 5. 48 besuchte der Gefängnisarzt in Begleitung zweier Sanitätsbeamten den C. in seiner Einzelzelle. In einer längeren Unterhaltung erwies sich C. als „völlig geordnet, klar und besonnen“ und zeigte „nicht die geringsten Anzeichen einer schweren Depression“. Der Gefängnisarzt ließ C. daraufhin entfesseln, damit C. das Mittagessen, das gerade ausgegeben wurde, einnehmen konnte, und begab sich in die gegenüberliegende Zelle.

Etwa 2 Minuten später wurde dem Gefängnisarzt gemeldet, „daß C. irgend etwas geschluckt haben müßte“. Der Gefängnisarzt eilte daraufhin zu C. zurück und fand diesen im Gesicht blau angelaufen vor. Der Mund des C. war so zusammengepreßt, daß gewaltsames Öffnen des Mundes mittels eines Löffels unmöglich war. Sofort wurde der „Mundsperrer“ herbei gebracht, mit dessen Hilfe der Mund geöffnet werden konnte. Aus dem Munde wurde nun ein faustgroßes Knäuel Seegras entfernt. Schon während dieser nur wenige Minuten in Anspruch nehmenden Bemühungen hatte C. das Bewußtsein verloren und war pullos geworden. Die sofort für längere Zeit durchgeführte künstliche Atmung blieb ohne Erfolg.

In dem der Prosektur des Hafenkrankenhauses mit der Leiche des C. übersandten Totenzettel fand sich als Todesursache Erstickung angegeben. Trotz sorgfältigen Suchens ließen sich jedoch bei der nachstehend auszugsweise wiedergegebenen äußeren Besichtigung keine Anzeichen von Erstickung entdecken. Die Verletzungen der beiden Suicidversuche wurden wie folgt beschrieben:

4 cm oberhalb des rechten Handgelenks an der Beugeseite des Unterarmes eine 5 cm lange, durch 3 Klammern verschlossene, glattrandige Schnittverletzung. In der linken Ellenbeuge eine gleichartige 4,5 cm lange, durch 3 Klammern verschlossene, an der Beugeseite des linken Unterarmes, 8 cm oberhalb des Handgelenks beginnend, eine nach distal verlaufende, längsgestellte, 7 cm lange, durch 4 Klammern verschlossene, gleichartige Verletzung. 4 cm oberhalb des linken Handgelenks an der Beugeseite eine 4 cm lange, durch 3 Klammern verschlossene ebensolche Verletzung.

Es wurde eine Verwaltungssektion vorgenommen. In der Sektionsdiagnose heißt es unter anderem:

Bolustod. — In und oberhalb des Kehlkopfes ein bis zum Zungengrund reichender, die Luftwege völlig obturierender, gut kindsfaustgroßer Klumpen aus Stroh, Heu und Fasern (Seegras, Matratzenfüllung). Ösophagus und Trachea leer. Im Magen ein gleichartiger, etwas kleinerer Klumpen und eine Spiegelscherbe. Einige weitere Spiegelscherben im oberen Dünndarm. Ziemlich großes, links gut kontrahiertes, rechts erheblich dilatiertes, reichlich mit flüssigem Blut gefülltes Herz. Keine petechialen Blutungen unter dem Epi- und Endokard. Keine subpleuralen Blutungen. Mäßiges Lungenödem beiderseits. Erhebliches Emphysem der basalen Lungenabschnitte beiderseits. In den Bronchien etwas glasiger Schleim.

Aus der Sektionsdiagnose erhellt deutlich die Diskrepanz zu der ursprünglich gestellten Diagnose Erstickten. Die als Zeichen äußerer Erstickung anzusehenden Blutungen fehlen völlig. Für den plötzlichen Tod spricht die Füllung des Herzens mit flüssigem Blut und das nur mäßig entwickelte Lungenödem. Das nur in den basalen Lungenpartien gefundene Emphysem deutet auf den völligen Verschuß der Luftwege durch das Seegrasknäuel im Pharynx hin.

Demnach handelt es sich um einen Bolustod durch auf reflektorischem Wege bedingten Herzstillstand. Unserer Ansicht nach wirkt dabei der Reiz des Fremdkörpers über den N. laryngicus cranialis des Vagus auf die im Vagus und in den von den Hals- und den beiden obersten Brustganglien des Grenzstranges ausgehenden Nerven verlaufenden Fasern auf den Plexus cardiacus ein. Die im Gleichgewicht befindliche vegetativ-nervöse Steuerung des Herzens wird dabei so sehr zur Seite des Parasympathicus hin verschoben, daß ein reflektorischer Herzstillstand eintritt. Ein anderer, ebenfalls durch den Bolus auslösbarer Herzstillstand ist auf dem Wege des erstmalig von HERING beschriebenen Carotissinusreflexes mit nachfolgendem Herzkammerflimmern denkbar.

Bei dem eben beschriebenen Fall, bei dem auf Grund der vorhergegangenen Suicidversuche (die im Magen und Dünndarm aufgefundenen Glasscherben bedeuten einen unbekannten dritten, dem Tode nicht allzulange vorausgegangenen, vergeblichen Suicidversuch)

einwandfrei Selbstmord vorliegt, ist der Tod durch einen Bolusmechanismus ausgelöst worden, da 1. sich ein obturierender Körper im Pharynx fand, 2. Erstickungszeichen fehlten, 3. der Tod innerhalb weniger Sekunden eintrat. Diese drei eben genannten Kriterien müssen unserer Ansicht nach für die einwandfreie Diagnose Bolustod unbedingt erfüllt sein.

In unserem Fall trat der Tod ein, bevor die sogar zufällig anwesende ärztliche Hilfe hätte wirksam werden können. Die angewendete künstliche Atmung mußte erfolglos bleiben, da trotz der Entfernung eines Seegrasknäuels aus dem Munde der Kehlkopfeingang weiter durch den Bolus verschlossen geblieben war. In Anbetracht des durch Reflex bedingten Herzstillstandes erhebt sich aber — von unserem Fall völlig abgesehen — ganz allgemein die Frage, ob der durch den Bolus verursachte Herzstillstand nicht durch intrakardiale Injektion von Adrenalin (bei deren Erfolg außer der medikamentösen Wirkung auch der mechanische Reiz eine Rolle spielen mag) aufgehoben werden und das Herz wieder zum Schlagen gebracht werden kann. Die Absperrung des Luftweges hätte bei einem solchen reflektorischen Herzstillstand keine Schwierigkeit zu bedeuten; es ist bekannt, daß beim Ertrinkungs- oder Erstickungstod die Herztätigkeit bis zu einer Viertelstunde über den letzten Atemzug hinaus anhalten kann. Aus der Literatur ist mir ein derartiger Behandlungsversuch des Bolusherzstillstandes nicht bekanntgeworden. Da aber die klinische Medizin seit langem die Methode der intrakardialen Injektion bei Herzstillstand aus anderer Ursache mit Erfolg anwendet, wäre zu überlegen, ob ein derartiger, natürlich rasch auszuführender therapeutischer Versuch nicht auch beim Bolustod zu unternehmen wäre.

Zusammenfassung.

Es wird über einen geistesgesunden Untersuchungsgefangenen berichtet, der drei vergebliche Suicidversuche unternahm und sich dann in einem unbewachten Augenblick mittels eines der Matratze entnommenen, in den Pharynx eingebrachten Seegrasknäuels entleibte. Für die einwandfreie Diagnose Bolustod werden die Kriterien obturierender Fremdkörper, fehlende Erstickungszeichen und blitzartiger Tod gefordert. Der Reflexmechanismus des Bolustodes und die Möglichkeit eines therapeutischen Versuchs werden kurz gestreift.

Literatur.

GEISE: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 15, 572. — HERING: Zit. nach LOCHTE. — LOCHTE: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 15, 419. — MÜLLER-WALCHER: Lehrbuch der gerichtlichen und sozialen Medizin, von NEUBEITER-PIETRUSKY-SCHÜTT, S. 825. Berlin 1940. — SCHRADER: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 28, 134. — SCHÜTT: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 23, 330. — WEYRICH: Dtsch. Z. gerichtl. Med. 21, 164.
