

Aus dem Institut für gerichtliche Medizin der Universität Tokio (Direktor: Prof. Dr. S. UENO) und dem Institut für gerichtliche Medizin der Juntendo Universität (Direktor: Prof. Dr. M. OKAJIMA)

Über zwei Fälle von Stichwunden Aufschlitzwunde und Stichkanal mit Fensterbildung

Von
M. OKAJIMA

Mit 2 Textabbildungen

(Eingegangen am 11. Oktober 1960)

Eine eingehende Untersuchung von Stichwunden ist für die medizinische Begutachtung wichtig. Obwohl diese Wunden in vielen Büchern bereits ausführlich beschrieben worden sind, ist es doch von besonderem Interesse, folgende zwei Fälle von Stichverletzungen zu beschreiben, die wir in Tokio erlebten:

1. Aufschlitzwunde

Während einer Auseinandersetzung erhielt ein 27jähriger Arbeiter (70/1957) vier Verletzungen durch ein scharfes Instrument. Zwei dieser Stichwunden lagen im Bereich des Rumpfes, eine lag an der linken Brustseite; das Instrument hatte den rechten Ventrikel verletzt, Todesursache war eine Herzbeuteltamponade; die andere Wunde lag in der Oberbauchgegend, Teile des Dünndarmes waren verletzt. Eine weitere oberflächliche Schnitt-Stichwunde fand sich an der linken Seite des unteren Brustkorbes, der Stichkanal endete im Muskelgewebe.

Die Wunde, um die es sich hier handelt, lag an der Beugeseite des linken Unterarmes, sie verlief horizontal, die Wundöffnung war spindel- bzw. keilförmig, die Wundränder glatt. Es wurde zunächst an einen Abwehrschnitt gedacht.

Im einzelnen erhoben wir an dieser Wunde folgende Befunde: Länge 7 cm, Tiefe 2 cm. Der Wundgrund war aber nicht so scharf, wie man es bei einer gewöhnlichen Schnittwunde anzutreffen pflegt (Abb. 1a). In der Nähe der Wundwinkel erkannte man eine zweieckige und nicht eine eineckige Form. Diese Formen der Eckenbildungen ähnelten dem breiteren Ende eines Keiles; eine solche Keilfigur kommt zustande, wenn man mit einem dreieckigen Instrument in ein parenchymatöses Organ hineinsticht. Das Periost von Ulna und Radius lag in dem Wundgrund frei, ein Einschnitt in der Knochenhaut war nicht mehr zu erkennen.

Es entstand der Eindruck, daß das Instrument in das Gewebe des Unterarmes tangential eingestochen wurde, der Messerrücken lag nach unten zu, die Schneide nach oben. So kam die eckige Gestalt des Wundgrundes zustande, nämlich durch Kontakt mit dem Messerrücken, dessen Ränder scharf sind (Abb. 1b). Es handelte sich um einen japanischen Dolch mit einer Schneidenlänge von 138 mm und einer Schneidenbreite von 25—23 mm, die in eine Spitze ausläuft. Der Rücken der etwas runden Klinge verjüngt sich vom Heft zur Spitze von 4,6 mm auf 2,6 mm;

die Seitenflächen setzen scharfkantig an. Da sich der Stichkanal zusammengezogen hat, paßt die Wunde nicht mehr exakt zum Instrument, jedoch läßt sich die Form der Klinge in etwa auf Grund einer genauen Untersuchung der Wundenden vermuten. Wird ein solches Dolchmesser mit dem Klingenrücken zum Körperzentrum hin angesetzt, so schlitzt die Schneide die peripheren Körperteile auf, wenn diese in den Ausmaßen geringer als die Schneidenbreite sind. Die Schnittführung entspricht der eines Brieföffners bei einem gefalteten Papierbogen. Die

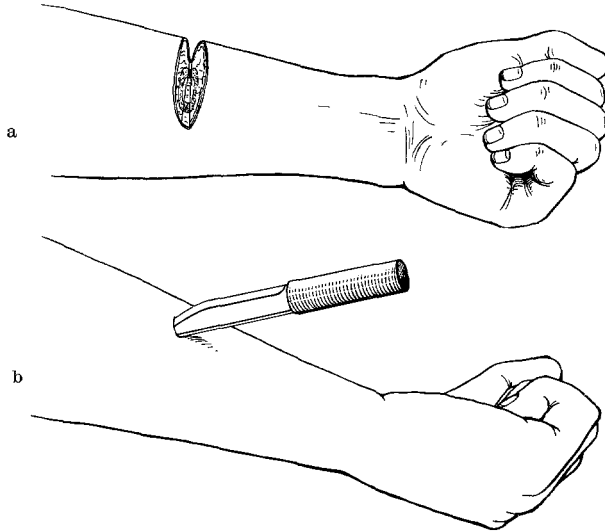


Abb. 1a u. b. Schematisches Beispiel für die Entstehung einer Aufschlitzwunde

Wunde ist als „Schlitzwunde“, „Aufschlitzwunde“ oder als „aufgeschlitzter Stichkanal“ zu bezeichnen. Eine solche keilförmig klaffende Wunde könnte als Schnittwunde angesehen werden, wenn der Untergrund der Wunde nicht genau inspiziert wird. Eine durch nachträgliche Bewegung aufgeschlitzte Stichwunde zeigt an ihrem Grunde auf dem Knochen keine Schnittspuren wie eine gewöhnliche, tiefdringende Schnittwunde.

Die hier zu Lande üblichen Messer haben häufig breite Rücken. („Deba-Bocho“, ein Küchenmesser mit 3—7 mm Rückenbreite; „Kiri-dashi“ ein großes Taschenmesser mit etwa 4 mm Rückenbreite.) Darauf hat schon FUJIWARA hingewiesen. Japanische Dolche gleichen in der Bauweise diesen Messern, weswegen längliche, dreieckige Stichkanäle entstehen können. Der vom Klingenrücken verursachte Teil des Stichkanals wird in seiner zweiwinkeligen idealen Form durch das Zusammenziehen der getroffenen elastischen Fasern der Haut ins Elliptische oder Spindelförmige verändert; die Form entspricht dem Längsschnitt durch

ein spitzes Infanteriegeschöß. Ein vorsichtiges Redressement bei der Untersuchung kann dann Aufschluß über die ungefähre Form des Stich-instrumentes geben (STRAUCH, MUELLER, FUJIWARA, RABINOWITSCH).

Die bisherige Nomenklatur ist nicht einheitlich. PILZ wandte den Ausdruck „Schlitzwunde“ für die Stich-Schnittwunden an, wenn der Einstich durch kombinierte Stich- und Schnittbewegung der Klinge erweitert wurde. Bei den Beschreibungen HOFMANNs bleibt bei tief

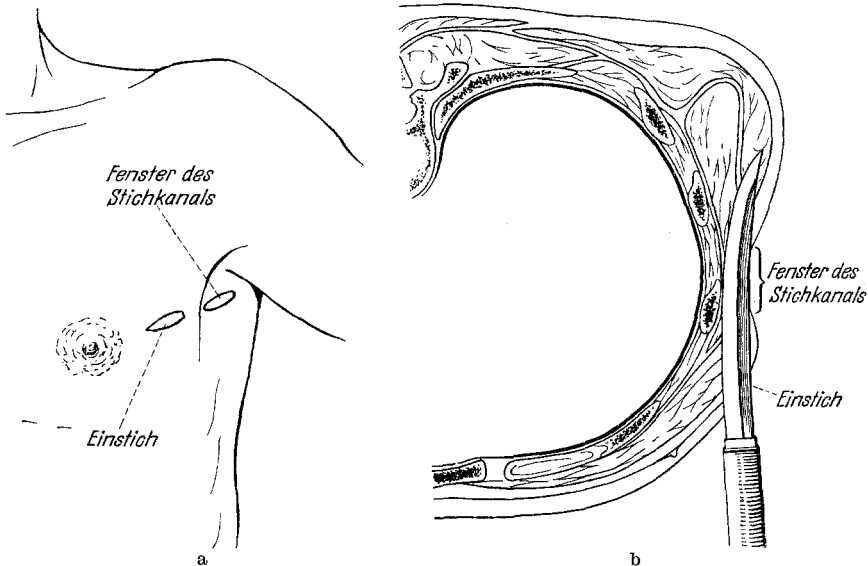


Abb. 2a u. b. Schematische Darstellung für die Entstehung eines Stichkanales mit Fensterbildung

eindringenden Verletzungen mit Organoberflächenbeteiligung die Frage der Stellung der Messerschneide bzw. des Rückens offen. Andere Autoren nehmen die Worte „aufschlitzen“ an Stelle des Begriffes „klaffend“. Daher schlagen wir vor, den Ausdruck „Aufschlitzwunde“ auf einen sekundär der Länge nach geöffneten Stichkanal anzuwenden.

2. Stichkanal mit Fensterbildung

Bei einer nächtlichen Messerstecherei erlitt ein 24-jähriger Mann (59/1957) vier Bruststiche durch einen japanischen Dolch (Abb. 2b); der tödliche Stich drang in den linken Ventrikel. Neben den vier Einstichen fand man bei der Obduktion einen Ausstich und eine fensterähnliche Öffnung in Richtung eines Stichkanals (Abb. 2a). Der Einstich dieser Wunde lag 25 mm links der linken Mamille. Die spitzovale oder spindelige Öffnung war 16 mm lang und 6 mm breit, der Winkel zur Mamille hin scharf, der Winkel zur Achsel abgestumpft, angedeutet zweieckig; dies sprach für den Klingenrücken als Ursache. Wie aus dem Thoraxquerschnitt auf Abb. 2b ersichtlich führt der etwa 10 cm lange Stichkanal nicht durch die Brustwand, sondern tangential durch den M. pectoralis major ohne Beschädigung

der Rippen in den M. latissimus dorsi, um dort blind zu enden. Der Stichkanal steigt nach hinten leicht an. Zwischen den beiden Muskeln, 6 cm unter der Achselhöhle, war eine fensterähnliche, spitzelliptische Hautdurchtrennung, 30 mm lang und 10 mm breit. Die Längsachse der Wunde entsprach der Richtung des Stichkanals.

Diese Art der Hautverletzung ist zu unterscheiden von mehrfacher Durchtrennung, wie sie bei Abwehrverletzungen (PILZ) vorkommen können. Das Tatwerkzeug war ein japanischer Dolch mit einer Klinglänge von 125 mm, einer Klingbreite von 17—14 mm (spitz auslaufend) und einer Rückenstärke von 2,5 mm. Aus der Form des Einstiches ergibt sich die Haltung des Dolches: Schneide zum Körper hingewendet. Dieses beweisen auch die beiden etwas abgestumpften Winkel des elliptischen Fensters. Wäre das Messer nicht mit der Schneide nach außen geführt worden, so hätten die beiden Winkel des Fensters nicht so scharf sein können. Die Fensterbildung kann in jedem Falle eintreten, gleich wo die Schneide beim Stich liegt. Aus diesem Anlaß dürfte im vorliegenden Falle das Fenster des Stichkanals als „teilweise Aufschlitzwunde“ benannt werden, wobei die Fensterbildung betont werden sollte. Diese kann nicht nur an einer Hautstelle wie im vorliegenden Fall entstehen, sondern auch an inneren Organen.

Literatur

- FUJIWARA, K.: Beiträge zur Kenntnis der mit schneidenden Werkzeugen beigebrachten Stichwunden. Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 12, 65 (1928).
HOFMANN-HABERDA: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 11. Aufl., S. 316. 1927.
MUELLER, B.: Gerichtliche Medizin, S. 273. 1953.
PILZ, E.: Über Stichverletzungen. Vjschr. gerichtl. Med., III. F. 8, Suppl. H. 192 (1894).
RABINOWITSCH, A.: Medico-legal conclusions on the form of the knife used. J. Forens. Med. 6, 160 (1959).
STRAUCH, K.: Kriminalärztliches zu tödlichen Stichverletzungen. Kriminal. Mh. 2, 97 (1928).

Prof. Dr. M. OKAJIMA,
Dept. of Forensic Med., Juntendo University, Hongo, Tokio