

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Mainz
(Leiter: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. R. Urban)

Oro-pharyngeale Pfählung im Rahmen einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie

Von

Dr. med. **Bianca Navarro-Crummenauer** und
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. **Reinhard Urban**

(Mit 6 Abbildungen und 1 Tabelle)

1. Einleitung

Fallberichte über Pfählungsverletzungen finden sich insbesondere in der chirurgischen und unfallchirurgischen Literatur. Dabei handelt es sich weit überwiegend um akzidentelle, in der Regel nicht-tödliche Verletzungen nach Sturz aus großer Höhe oder im Rahmen von Arbeits- und Verkehrsunfällen. Auch in HNO-Kliniken und Kinderkliniken werden bisweilen Perforationsverletzungen der Mundhöhle bei Kindern, die mit Fremdkörpern im Mund (z.B. Zahnbürsten und Schreibstiften) während spielerischer Aktivitäten zu Sturz kamen, beobachtet.

In der rechtsmedizinischen Literatur existieren nur vereinzelt Publikationen über tödliche Pfählungsverletzungen, wobei es sich vorwiegend um Unfallverletzungen, sehr selten auch um Tötungsdelikte handelt.

Der hier vorgestellte Fall stellt somit eine Rarität dar und soll die Literatur bezüglich Pfählungen, insbesondere im Rahmen von psychotischen Zuständen, ergänzen.

2. Kasuistik

2.1 Auffindesituation

An einem Dezembertag, gegen 04.20 Uhr, informierte ein Pkw-Fahrer über Notruf die Polizei und meldete, dass eine männliche leblose Person innerorts auf der Fahrbahn liegen würde. Beim Eintreffen der Rettungskräfte wurde auf der rechten Fahrspur, nahe dem Bürgersteig und ca. 10 m von einer Bushaltestelle entfernt, eine männliche Leiche in Bauch-/Linksseitenlage vorgefunden (Abb. 1). Aus dem Mund ragte ein ca. 18 cm langes Teilstück eines Rundholzes von ca. 5 cm Dicke mit Blutanhaftungen (Abb. 2 u. 3). In der Umgebung der Leiche fanden sich nur wenige Blutropfspuren auf dem Asphalt. Im Bereich der nahe gelegenen Bushaltestelle fanden sich zahlreiche Holzsplitter. Hier war offensichtlich ein Holzpfehl aus der Erde herausgerissen worden.



Abb. 1: Leichenfundort



Abb. 2: Aus der Mundhöhle der Leiche ragender Pfahl

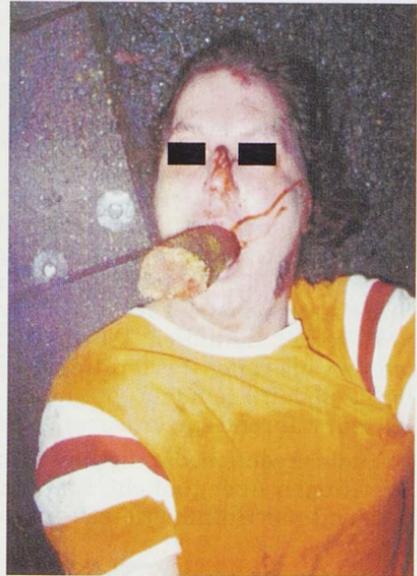


Abb.3: Aus der Mundhöhle der Leiche ragender Pfahl und oberflächliche Verletzungen der Gesichtshaut

Die von der Polizei um 07.05 Uhr durchgeführte Messung der Außentemperatur ergab einen Wert von 3,8 °C. Eine rektale Messung der Leichentemperatur zwischen 07.15 Uhr und 07.21 Uhr erbrachte eine Körpertemperatur von 38 °C. Die Totenflecken waren um 07.25 Uhr noch leicht wegdrückbar; bezüglich der Intensität und der Lage der Totenflecken sowie gegebenenfalls der Leichenstarre liegen keine Angaben vor.

Der Verstorbene war, in Anbetracht der Witterungsverhältnisse, nur leicht bekleidet. Die Hose zeigte im Bereich beider Knie Textilbeschädigungen und Verschmutzungen (Abb. 4). In einer Hosentasche konnte ein Therapieplan einer psychiatrischen Klinik aufgefunden werden. Er bezog sich auf den 32-jährigen Herrn L., einen ortsansässigen Mann, der auch der Notärztin als langjährig psychisch krank bekannt war.



Abb. 4: Textilbeschädigungen und Hautabschürfungen an den Knievorderseiten der Leiche

2.2 Ermittlungsergebnisse

Ein Polizeibeamter, der um 04.08 Uhr bei einer Einsatzfahrt die Straße befahren hatte, gab an, dass zu diesem Zeitpunkt der Mann noch nicht auf der Fahrbahn gelegen habe.

Während der Absicherung des Tatortes teilte der Hausmeister des nächstgelegenen Hauses mit, dass seine Lebensgefährtin gegen 04.00 Uhr Schreie gehört habe. Die Zeugin gab in ihrer Vernehmung an, um 04.13 Uhr durch Hilferufe einer vermutlich männlichen Person aus Richtung der Straße geweckt worden zu sein. Danach sei es einige Sekunden lang still gewesen, bevor sie schließlich eine Art Stöhnen aus gleicher Richtung vernommen habe. Ca. 5 Minuten später habe sie – ihrer Einschätzung nach von der gleichen Person – einen erneuten, etwas leiseren Hilferuf wahrgenommen. Bei Nachschau aus dem Fenster habe sie weder Personen noch Fahrzeuge in Bewegung gesehen und auch nichts Auffälliges gehört.

In der Wohnung des Verstorbenen fanden sich zahlreiche Tabletenschachteln und leere Weinflaschen. Darüber hinaus lag auf dem Küchentisch ein verschlossener Brief (Abb. 5) an eine Frau, die nach Angaben der Mutter des Verstorbenen eine Mitpatientin ihres Sohnes in einer psychiatrischen Tagesklinik war. In diesem Brief bat der Verfasser die Adressatin zu versuchen, „mittels eines Exorzisten den Teufel aus ihm herauszutreiben, da dies seine letzte Chance sei“.

Die Mutter des Verstorbenen gab gegenüber der Polizei an, dass ihr

Hallo [REDACTED]
 Wenn du die liest werde
 ich daliegen wie im Wackkoma.
 Ich kann alles hören und sehen
 mich aber nicht mehr bewegen können
 und auch nicht mehr denken oder
 Sprechen. Sterben werde ich aber
 auch was, ich weiß nicht wo
 man mich unterbringen wird.
 Ich bitte dich dringend für
 versuchen mit einem Exorzisten
 den Teufel aus ihm zu vertreiben
 denn er ist sehr Weis.
 Ich habe keine Psyden und bin
 noch bei Verstand. Ich bitte dich
 wirklich darum. Es ist meine
 letzte Chance. [REDACTED]

Abb. 5: Brief an eine Mitpatientin

Sohn vier Tage vor dem Tod aus der Landesnervenklinik entlassen worden war. Sie habe ihn zuletzt am Vortag gegen 14.00 Uhr lebend gesehen. Er habe keine Freunde gehabt, an Depressionen und an Schizophrenie gelitten und sei seit Jahren in psychiatrischer Behandlung gestanden. Darüber hinaus habe er in der Vergangenheit dreimal versucht, sich das Leben zu nehmen – einmal durch Erhängen, die anderen beiden Male habe er sich „die Pulsadern aufgeschnitten“.

2.3 Obduktionsbefunde

2.3.1 Äußere Leichenschau

- 32 Jahre alt gewordener Mann von kräftiger Statur (Körperlänge 200 cm, Körpermasse 101 kg)
- Totenstarre 6½ Stunden nach Leichenauffindung an allen Gelenken deutlich ausgeprägt
- Leichenflecken intensiv an der Körperrückseite entsprechend Leichenlagerung, auf Fingerkuppel leicht und vollständig abblassend
- umschriebenes Areal (2 cm Durchmesser) in der Stirnhaut mit kleinfleckigen, blau-roten Hautverfärbungen und oberflächlichen, kratzerförmigen Hautläsionen
- typische sog. Riss-Quetschwunde (1,5 cm, senkrecht zur Körperlängsachse) über der Nasenwurzel mit Blutaustritt und diskreter blau-roter Hautverfärbung in der Umgebung
- keine petechialen Blutungen in der Gesichtshaut oder an anderen Prädilektionsstellen
- ca. 18 cm langes, im Randbereich teilweise abgesplittertes, blutbehaftetes Teilstück eines insgesamt 28 cm langen hölzernen Pfahls, aus der Mundhöhle ragend (Abb. 6)



Abb. 6: Pfahl nach Entfernung aus dem Leichnam

- zahlreiche parallele, oberflächliche, glattrandige, bis 4 cm lange Hautdurchtrennungen an der Beugeseite des rechten Unterarms mit frischen Blutanhaftungen
- oberflächliche Hautschürfungen und -vertrocknungen mit Schmutzauflagerungen an beiden Knien.

2.3.2 Innere Leichenschau

- Minimale frische Unterblutung der Kopfschwarte im Bereich der Riss-Quetschwunde über der Nasenwurzel
- intakter knöcherner Schädel
- fortgeschrittene Hirnatrophie
- filmartige Blutauflagerungen auf der Luftröhrenschleimhaut, bis in die Hauptbronchien reichend, mit einzelnen Bluteinatmungsbezirken in den Lungen und insgesamt eher mäßiger Lungenblähung
- filmartige Blutauflagerungen in der Speiseröhre
- Zunge, weicher Gaumen, Rachenring, Zungenbein, Schildknorpel sowie Halswirbelsäule unverletzt.

Die Halsorgane wurden in „künstlicher Blutleere“, *in situ* und unter Belassen des Holzpfahles präpariert. Dabei zeigte sich, dass der Holzpfahl die gesamte Mundhöhle austampnierte, bis in den Rachenraum reichte und mit seinem spitz zulaufenden, jedoch unregelmäßig konfigurierten Ende im Kehlkopfengang steckte. An der Rachenhinterwand

stellten sich ausgedehnte Anspießungsverletzungen mit deutlichen Unterblutungen bis in die Gewebeschichten vor der Halswirbelsäule dar.

Als Todesursache war – wegen fehlender Erstickenzeichen – von einem reflektori-schen Herzstillstand infolge einer Reizung des Nervus vagus über den Plexus pharyngeus durch den in den Rachenraum eingedrungenen Pfahl im Sinne eines Bolustodes auszuge-hen.

2.3.3 Ergebnisse der Alkoholbestimmung und der chemisch-toxikologischen Untersuchung

Die orientierende Untersuchung des Urins auf körperfremde Substanzen erbrachte eine Alkoholkonzentration von 0,00 ‰ sowie den Nachweis von Imipramin und Doxylamin. Das Blut war ebenfalls alkoholfrei; die übrigen Befunde sind in Tab. 1 aufgelistet.

Tab. 1: Ergebnisse der chemisch-toxikologischen Untersuchung des Leichenblutes

| Substanz | Konzentration | Therapeutischer Bereich |
|--------------|---------------|----------------------------------|
| Doxylamin | 1,29 mg/L | 0,05–0,2 mg/L, toxisch ab 1 mg/L |
| Imipramin | 0,46 mg/L | 0,05–0,35 mg/L |
| Desimipramin | 0,51 mg/L | 0,01–0,5 mg/L |
| Perazin | 0,42 mg/L | 0,02–0,35 mg/L |

Bei der Bewertung der Befunde ist zu berücksichtigen, dass es postmortal (Leichenliegezeit bis zur Obduktion 6½ Stunden) zu Wirkstoffumverteilungen zwischen Gewebe und Blut gekommen sein konnte (mit der Möglichkeit nachträglicher Konzentrationserhöhungen im Leichenblut).

2.4 Psychiatrische Vorgeschichte

Nach den psychiatrischen Krankenunterlagen des Herrn L. berichtete dieser erstmals 1990 über starke berufliche (psychische) Belastung, von psychosomatischen Beschwerden (Herzrasen) und davon, dass ihm die Umwelt unrealistisch erscheine und er seine Gefühle (Zorn, Wut...) unterdrücke.

1991 begab sich Herr L. erstmals für die Dauer von zwei Wochen in stationäre psychiatrische Behandlung; damals wurde die Diagnose „reaktives depressives Syndrom mit vegetativer Funktionsstörung“ gestellt.

1998 starb der Lebensgefährte der Mutter, wodurch sich ein Ich-Gefühl ausbreitete, wie er es bisher nicht gekannt habe: „Ich spürte meinen Körper intensiv, meine Sexualität, meine Lebendigkeit“ (Zitat aus einem selbst verfassten „psychiatrischen Lebenslauf“).

Erstmals im März 2000 berichtete Herr L. von suizidalen Gedanken. Im Rahmen einer erneuten stationären Aufnahme teilte er mit, dass er schon als Kind „depressiv und schizoid“ gewesen sei; damals „sei wahrscheinlich der Meridian der rechten Gehirnhälfte vom Solarplexus verstopft gewesen“. Aktuell hatte er das Gefühl, „dass seine Hände und Füße irgendwie anders seien oder ihm sogar nicht gehörten“. Er habe auch „so ein Gefühl mit dem Kopf, dass seine Gedanken nicht seine eigenen seien oder so.“ Er habe kürzlich heftige Schmerzen im Kopf gespürt, dadurch seien Geist und Körper voneinander getrennt worden, er habe den Bezug zu seinem Körper verloren. Auch sei er im Rahmen des letzten Klinikaufenthaltes mehrfach fast gestorben, er habe im Koma gelegen und einen Herz- und Atemstillstand festgestellt. Diagnostiziert wurde nunmehr eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, differentialdiagnostisch eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit stark ängstlichen, hysterischen, schizotypen Merkmalen.

Verschiedene Psychopharmaka brachten in den kommenden Jahren keine Besserung der depressiven oder psychotischen Symptomatik.

Im Oktober 2001 verübte Herr L. während eines stationären psychiatrischen Aufenthaltes einen Suizidversuch mittels Pulsaderschnitten.

Im August 2003 schilderte Herr L., dass er verstärkt suizidale Gedanken habe, was ihn zunehmend ängstige, da er fürchte, „die Hemmschwelle könne sinken, so dass er sich etwas antue“. Zuletzt wurde Herr L. Anfang November 2003 stationär aufgenommen; in dieser Behandlung verblieb er bis 4 Tage vor seinem Tod. Bei Aufnahme gab Herr L. an, er habe „ein Pfeifen im Kopf, im Kopf fühle es sich an, als seien Würmer darin, und er könne nur noch einatmen“. Ferner gab er an: „Mein Körper ist in die Höhe geschossen, der Brustkorb immer größer geworden, in meinem Kopf fühlt es sich an, als würde etwas abfließen oder bohren. Der Geist geht nach oben, der Körper bleibt unten, Gut und Böse kämpfen in mir. Mal produziert es rechts im Kopf, mal links, ständig hin und her, ich kann nicht mehr richtig denken.“ Herr L. berichtete auch über Lebensüberdrussgedanken, verneinte jedoch das Vorliegen von Suizidwünschen. In einem während des Aufenthaltes verfassten Text über sein psychotisches Erleben schrieb Herr L.: „...Obwohl die in ständiger Fehde liegenden Gefühle sich in der Stille psychotischer Athymie gegenseitig auslöschen, bleibt die deutliche Wahrnehmung des Nichts, der Katastrophe zurück, das Gefühl, nicht weiterexistieren zu können, das in der gegen das eigene Selbst gerichteten Aggressivität seinen letzten Vollzug findet.“

Vier Tage vor seinem Tod wurde Herr L. auf eigenen Wunsch entlassen.

3. Diskussion

Bei Pfählungsverletzungen handelt es sich um die Kombination von stumpfer bzw. stumpfkantiger Gewalteinwirkung mit einem penetrierenden Trauma. In der medizinischen Literatur finden sich zahlreiche Falldarstellungen über die Diagnostik, den Verlauf und die Therapie von Pfählungsverletzungen in der chirurgischen und unfallchirurgischen Praxis (Oestreicher et al. 2003, Vaslef et al. 1997, Chui et al. 1998, Ferreira et al. 2004). Dabei geht es vorrangig um Verletzungen nach Unfallereignissen, z. B. im Straßenverkehr, beim Sport, beim Sturz aus großer Höhe und in der Landwirtschaft, vereinzelt auch um Homizide. In Kinderkliniken und HNO-Abteilungen werden hin und wieder Pfählungsverletzungen bei Kindern beobachtet, die mit spitzen Gegenständen in der Hand oder im Mund stürzten und sich Perforationsverletzungen im Gesicht oder in der Mundhöhle zuzogen (Zeltser u. Kalter 2003, Hellmann et al. 1993, Tanaka et al. 2002, Loes et al. 1987, Radkowski et al. 1993, Law et al. 1997, Kosaki et al. 1992). Gefürchtete Komplikationen bei oropharyngealen Pfählungsverletzungen sind dabei u. a. retropharyngeale Emphyse und Abszesse, Mediastinitiden und mediastinale Emphyse bis hin zur Sepsis (Law et al. 1997). Ferner wurden in Einzelfällen eine Thrombose der Arteria carotis durch Intimaeinrisse (Loes et al. 1987) sowie direkte Rückenmarksschädigungen und in der Folge eine neurologische Symptomatik im Sinne von Hemiparesen, Aphasien und Komata beobachtet.

Im rechtsmedizinischen Schrifttum finden sich einzelne Fallberichte. So referierten Földes et al. (1990) über die Pfählungsverletzung eines Mannes, der in stark alkoholisiertem Zustand von einem vereisten Fenstersims des 7. Stockes eines Hochhauses auf einen vom Boden em-

porragenden Holzpfehl fiel. Die Wucht des Aufpralles führte u. a. zur kanalförmigen Durchdringung der linken Gesäßhälfte und der angrenzenden Oberschenkelmuskulatur. Sannemüller (1997) publizierte den Fall eines Tötungsdeliktes an einem Mann, der mittels einer 1 m langen und 1,4 cm dicken Eisenstange Schläge auf den Kopf erhielt und schließlich im Halsbereich mit der Eisenstange gepfählt wurde. Opfer von Sexualdelikten weisen bisweilen perforierende Verletzungen der Genital- und/oder Rektalregion auf (Missliwetz u. Denk 1985, Orr et al. 1995, Torre u. Varetto 1983).

Neben Kasuistiken von Pfählungsverletzungen im Allgemeinen fanden sich in der uns zugänglichen Literatur nur vereinzelt Berichte über Pfählungen der Mundhöhle bis zum Kehlkopfeingang, die zu einer mechanischen Vagusreizung i. S. eines Bolustodes führten, oder Fallbeobachtungen von Suiziden durch bizarre Pfählungen/Selbstknebelungen im Rahmen von Psychosen. Shenoy u. Raja (2003) publizierten den Suizidversuch eines schizophrenen und schwer depressiven Mannes, der sich einen 10 cm langen Nagel mit der Hand in den Kopf „hämmerte“. Schneider u. Rossel (1988) referierten über einen schizophrenen Mann, der in der Vergangenheit bereits mehrfach Fremdkörper verschluckt hatte und schließlich leblos vom Pflegepersonal einer psychiatrischen Einrichtung aufgefunden wurde. Im Rahmen der Obduktion fand sich in der Mundhöhle des Mannes eine Maus, deren Kopf im Kehlkopfeingang steckte. Als Todesursache wurde ein Zusammenwirken von Ersticken und reflektorischen Vorgängen angesehen. Forster u. Schulz (1964) veröffentlichten einen Fall, bei dem ein 24-jähriger Student mit überreligiöser Einstellung wahnhaften Ausmaßes zu Tode kam. Im Rahmen der Obduktion konnte im Kehlkopfeingang eine mit einem Taschentuch umwickelte Marmorkugel festgestellt werden. Die Autoren gingen von einer Selbstknebelung in einer akuten Psychose, offensichtlich einer Schizophrenie, mit konsekutivem Bolustod aus.

Im vorliegenden Fall sprechen die Obduktionsbefunde (frische Probierschnitte, keine Zeichen einer Gewalteinwirkung von fremder Hand), die Krankengeschichte sowie die Ermittlungsergebnisse (in der Vergangenheit mehrfach suizidal, keine Anhaltspunkte für eine Fremdeinwirkung) am ehesten für einen Suizid. Allerdings könnte es sich auch – berücksichtigt man die Worte im Brief an die Mitpatientin – um ein akzidentelles Geschehen im Sinne einer versuchten Teufelsaustreibung gehandelt haben. Die Textildefekte und Hautschürfungen an beiden Knien lassen vermuten, dass der Mann mit dem im Mund steckenden Holzpfehl auf den Knien über den Asphalt gekrochen ist. Da der Pfehl bis weit in den Kehlkopfeingang vorgedrungen war, erscheint es zweifelhaft, dass Herr L. den Pfehl ohne Widerlager bis in seine Endlage verschieben konnte. Wahrscheinlicher dürfte sein, dass sich Herr L. kriechend und mit dem Pfehl im Mund nach vorne fallen ließ oder akzidentell fiel.

Bei langjähriger psychischer Erkrankung, z. B. im Rahmen einer Schizophrenie, sind grundsätzlich bizarre Selbstbeschädigungen oder nicht einfühlbare Suizide möglich. Das Kriechen auf dem Asphalt mit dem Hineintreiben des Pfahls in die Mundhöhle könnte ein Symbol darstellen, das mit dem religiösen bzw. satanistischen Wahngebäude, welches sich L. in seiner Psychose errichtet hatte („Bitte versuche, mit einem Exorzisten den Teufel aus mir auszutreiben, denn es ist sein Werk“), in Zusammenhang steht und welches im Sinne eines Kreuzungsganges interpretiert werden könnte.

Neben der Handlungsmotivation ist auch die Diagnose „Bolustod“ diskussionswürdig. Der Bolustod ist in seiner Pathophysiologie umstritten. Bereits 1976 analysierten Althoff u. Dotzauer 27 autopsisch gesicherte Bolustodesfälle. Diese Arbeit beschäftigt sich jedoch ausschließlich mit Fällen, die durch große Nahrungsbrocken verursacht wurden. Zusammenfassend sind die Autoren der Ansicht, dass es sich beim Bolustod nicht um eine Vaguslähmung handele, sondern dass der ungewöhnliche Reflexablauf nur durch die mechanische Irritation der respiratorischen Schleimhaut ausgelöst werde. In der Folge komme es zu einem fehlenden Verschluss des Aditus laryngis, einem Epiglottishochstand und einem intensiven Kontakt des Fremdkörpers mit der Kehlkopfschleimhaut.

Nach Schneider u. Rossel (1988) wird der Bolustod mit einer Häufigkeit von ca. 0,5 % im rechtsmedizinischen Obduktionsgut beobachtet; von Mittermayer (1986) wurde eine Häufigkeit des Bolustodes von 1 %, bezogen auf alle plötzlichen natürlichen Todesfälle, angegeben, wobei auch hier darauf hingewiesen wird, dass der Bolustod in den allermeisten Fällen nicht auf einen primären Herzstillstand, sondern entweder auf einen reflektorisch einsetzenden Atemstillstand nach Laryngospasmus oder aber auf eine Obstruktion durch den Bolus zurückzuführen sei.

Im vorliegenden Fall muss schon wegen der pharyngealen Verletzungen und retropharyngealen Einblutungen zusätzlich eine mechanische Irritation des Plexus pharyngeus mit entsprechenden Auswirkungen auf den Nervus vagus neben einer reinen Obstruktion des Kehlkopfeingangs in Betracht gezogen werden. Indiz für diese Hypothese ist das Fehlen von typischen Obstruktionsbefunden oder Zeichen eines Erstickungsvorgangs.

Zusammenfassend stellt der präsentierte Fall insofern eine Rarität dar, als eine seltene und äußerst ungewöhnliche Tatbegehung gewählt wurde. Ein vergleichbarer Fall von tödlicher Selbstpfählung im Rahmen einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie konnte in der uns zugänglichen Literatur nicht aufgefunden werden.

Die Autoren danken der Staatsanwaltschaft Kaiserslautern sowie der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie am Pfalzkrankenhaus Klingenmünster für die freundliche Genehmigung zur Einsichtnahme in die Akten des vorgestellten Falles.

Zusammenfassung

Selbst beigebrachte Pfählungen zählen im rechtsmedizinischen Obduktionsgut zu den Raritäten. Es wird eine derartige Fallbeobachtung vorgestellt und die einschlägige Literatur referiert.

Ein 32 Jahre alt gewordener Mann wurde von Verkehrsteilnehmern tot auf der Fahrbahn einer innerörtlichen Straße liegend aufgefunden. Aus seinem Mund ragte ein blutbefahreter, 5 cm dicker Holzpfahl. Im Rahmen der Obduktion wurde festgestellt, dass der Holzpfahl die gesamte Mundhöhle austamponierte. Das spitze Ende des insgesamt 28 cm langen Pfahls befand sich im Kehlkopfeingang und hatte zahlreiche unterblutete Anspießungsverletzungen der Rachenhinterwand verursacht. Erstickungszeichen fanden sich nicht. Nebenbefundlich konnten frische Probierschnitte am rechten Unterarm nachgewie-

sen werden. Die Leiche wies keine Anzeichen einer Gewalteinwirkung von fremder Hand auf. Als Todesursache wurde ein dem Bolustod analoger Mechanismus angenommen.

Die kriminalpolizeilichen Ermittlungen ergaben, dass der Mann seit 12 Jahren an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie litt, bereits drei Suizidversuche unternommen hatte und 4 Tage vor seinem Tod aus stationärer psychiatrischer Behandlung entlassen worden war.

Das Verletzungsmuster wird dargestellt, der Versuch einer Geschehensrekonstruktion – basierend auf den kriminalpolizeilichen Ermittlungsergebnissen und der psychiatrischen Vorgeschichte – unternommen und die seltene Begehungsweise mit Fallberichten aus der Literatur verglichen.

Schlüsselwörter: Pfählung – Bolustod – Schizophrenie

Oropharyngeal impalement in a case of paranoid hallucinatory schizophrenia

Summary

Self-inflicted impalement is a rarity in forensic autopsies. The case of a 32-year-old man, who was found dead lying on a suburban street, is reported and compared with the relevant literature.

A 5-cm-thick wooden stick with blood traces protruded from the oral cavity. At autopsy, it was found that the wooden post, which had a total length of 28 cm, filled the entire oral cavity with the pointed end being located at the entrance of the larynx with lacerations of the posterior wall of the pharynx. There were no signs of asphyxia or involvement of another party. As secondary findings, fresh hesitation cuts could be demonstrated on the right forearm. Death was assumed to have been caused by reflexory cardiac or respiratory arrest similar to bolus death.

The police investigations showed that the man had suffered from paranoid hallucinatory schizophrenia for 12 years with 3 previous attempts to commit suicide and had been discharged from inpatient treatment in a psychiatric institution only 4 days before his death.

The pattern of injuries is described and an attempt is made to reconstruct the course of events on the basis of the results of the police investigations and the psychiatric documentation. The rare case of self-inflicted fatal impalement is compared with other reports in the literature.

Keywords: Impalement – Bolus death – Paranoid hallucinatory schizophrenia

Literatur

- Althoff, H., Dotzauer, G.: Zur Problematik des Bolustodes. *Z. Rechtsmed.* **78**: 197-213 (1976)
- Chui, W. H., Cheung, D. L., Chiu, S. W., Lee, W. T., He, G. W.: A non-fatal impalement injury of the thorax. *J. R. Coll. Surg. Edinb.* **43**: 419-421 (1998)
- Ferreira, P. C., Santa-Comba, A., Barbos, R. F., Rodrigues, J. M., Reis, J. C., Amarante, J. M.: Cervical impalement injury. *J. Craniofac. Surg.* **15**: 851-854 (2004)
- Földes, V., Mojzes, L., Kozma, M.: Pfählung nach Sturz aus großer Höhe. *Arch. Kriminol.* **186**: 12-16 (1990)
- Forster, F., Schulz, G.: Ein seltener Fall von Bolustod durch Selbstknebelung. *Arch. Kriminol.* **134**: 87-91 (1964)
- Hellmann, J. R., Shott, S. R., Gootee, M. J.: Impalement injuries of the palate in children: review of 131 cases. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* **26**: 157-163 (1993)
- Kosaki, H., Nakamura, N., Toriyama, Y.: Penetrating injuries to the oropharynx. *J. Laryngol. Otol.* **106**: 813-816 (1992)
- Law, R. C., Fouque, C. A., Waddell, A., Cusick, E.: Lesson of the week. Penetrating intra-oral trauma in children. *BMJ* **314**: 50-51 (1997)

- Loes, D. J., Smoker, W. R., Menezes, A. H.: Pen injury: a rare complication. *Pediatr. Neurol.* **3**: 44-47 (1987)
- Missliwetz, J., Denk, W.: Perforation im Scheiden- und Mastdarmbereich – Selbst- oder Fremdbeibringung? *Arch. Kriminol.* **176**: 146-152 (1985)
- Mittermayer, C.: Respiratorische Erkrankungen. In: Forster, B. (Hrsg.): *Praxis der Rechtsmedizin*. Georg Thieme (Stuttgart/New York), S. 56 (1986)
- Oestreicher, E., Koch, O., Brucher, B.: Pfählungsverletzung des Halses. *HNO* **51**: 829-832 (2003)
- Orr, C. J., Clark, M. A., Hawley, D. A., Pless, J. E., Tate, L. R., Fardal, P. M.: Fatal anorectal injuries: a series of four cases. *J. Forensic Sci.* **40**: 219-221 (1995)
- Radkowski, D., Mc Gill, T. J., Healy, G. B., Jones, D. T.: Penetrating trauma of the oropharynx in children. *Laryngoscope* **103**: 991-994 (1993)
- Saarinen, P. I., Lehtonen, J., Lonnqvist, J.: Suicide risk in schizophrenia: an analysis of 17 consecutive suicides. *Schizophr. Bull.* **25**: 533-542 (1999)
- Sannemüller, U.: Ein nicht alltäglicher Fall – Tötungsdelikt mit Pfählung des Opfers. *Arch. Kriminol.* **200**: 167-171 (1997)
- Schneider, V., Rossel, U.: Über einen besonderen Fall von Bolustod. *Arch. Kriminol.* **182**: 65-74 (1988)
- Shenoy, S. N., Raja, A.: Unusual self-inflicted penetrating craniocerebral injury by a nail. *Neurol. India* **51**: 411-413 (2003)
- Tanaka, T., Sudo, M., Iwai, K., Fujieda, S., Saito, H.: Penetrating injury to the pharynx by a toothbrush in a pediatric patient: a case report. *Auris Nasus Larynx* **29**: 387-389 (2002)
- Torre, C., Varetto, L.: A case of murder by impalement. *Z. Rechtsmed.* **91**: 83-84 (1983)
- Vaslef, S. N., Dragelin, J. B., Takla, M. W., Saliba, E. F.: Multiple impalement with survival. *Am. J. Emerg. Med.* **15**: 70-72 (1997)
- Zeltser, R., Kalter, A., Casap, N., Regev, E.: Oropharyngeal impalement injuries in children: report of 2 cases. *J. Oral Maxillofac. Surg.* **61**: 510-514 (2003)

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Bianca Navarro-Crummenauer
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Reinhard Urban
c/o Institut für Rechtsmedizin
Universitätsmedizin Mainz
Am Pulverturm 3
D – 55131 Mainz