

(Aus dem Institut für gerichtliche Medizin der Universität Innsbruck.
Vorstand: Hofrat Prof. Dr. *Karl Meisner*.)

Eigenartiger Magenbefund bei Tod durch Blutverlust.

Von

Dr. Walter Krauland,

Assistent am Institut.

Mit 1 Textabbildung.

Ein bemerkenswerter Magenbefund bot sich an der Leiche eines 19jährigen Fleischergehilfen, der 38 Stunden nach schwerem Blutverlust gestorben war.

Der junge Mann hatte sich bei der Arbeit aus Unvorsichtigkeit sein 9 cm langes Messer bis zum Heft knapp unter der Fossa ovalis in den rechten Oberschenkel gestoßen und wurde mit schwerem Blutverlust an die chirurgische Klinik gebracht. Bei der Operation im Ätherrausch zeigten sich die beiden großen Schenkelgefäße glatt durchtrennt. Die Schlagader wurde genäht, die Blutader unterbunden. Trotz zweimaliger Bluttransfusion und Kochsalzinfusion starb der junge Bursche. Er hatte bald nach der Operation wiederholt über Magenbeschwerden geklagt, ohne daß man dafür eine Erklärung fand. Die Temperatur war kurz vor dem Tode auf 39° gestiegen.

Bei der Leichenöffnung (5 Stunden nach dem Tode) fand sich die rechte Schenkelschlagader an der Nahtstelle durch ein Blutgerinnsel verschlossen, das rechte Bein bot Zeichen beginnenden Brandes. Im linken Herzen saßen an der Kammerscheidewand reichlich subendokardiale Blutungen, das ovale Loch war verschlossen. Die Lungen stark ödematös, die Milz etwas größer und fester.

Der gasgeblähte Magen enthielt nur wenig schwach sauer reagierende Flüssigkeit und einige Speisebröckel. Im Magenrund die Hinterwand verdünnt und in einem etwa handflächengroßen Bezirk schwarzbraun erweicht, überdies durch zahlreiche kleine Gasbläschen polsterartig aufgetrieben. Dieser Bezirk wurde mit Ausnahme der Nähe des Magenumfandes von einem zweifingerbreiten Saum umgriffen, wo die gefaltete Schleimhaut teils fleckig gerötet, teils mit zarten grauweißen Schorfen bedeckt war. An der Hinterwand reichte dieser Saum bis fast an den kleinen Magenbogen heran, während sein vorderer Anteil auf die Vorderwand des Magens übergriff. Nur die Faltenhöhen in dem Saum stellenweise frei von Schorfen und Rötung; dagegen waren ihm an der Vorderwand noch rundlich begrenzte, verschorfte und gerötete Inseln vorgelagert. Auch in dem eben beschriebenen Saum in der Schleimhaut kleine Gasbläschen zu erkennen, sonst die Magenschleimhaut überall

blaß. Lediglich vor dem Pförtner fanden sich an der kleinen Magenkrümmung noch einige stippchenförmige Rötungen. An der Außenseite des Magens schimmerte durch den Bauchfellüberzug, entsprechend den Veränderungen innen, eine dunkle fleckige Rötung durch. Auch im waagrechten Teil des Zwölffingerdarms waren die Faltenhöhen an 2 Stellen streifig gerötet. Der übrige Darm, wie auch die Speiseröhre ohne Befund. Die das veränderte Gebiet versorgenden Gefäße nicht durch Blutgerinnsel verschlossen.

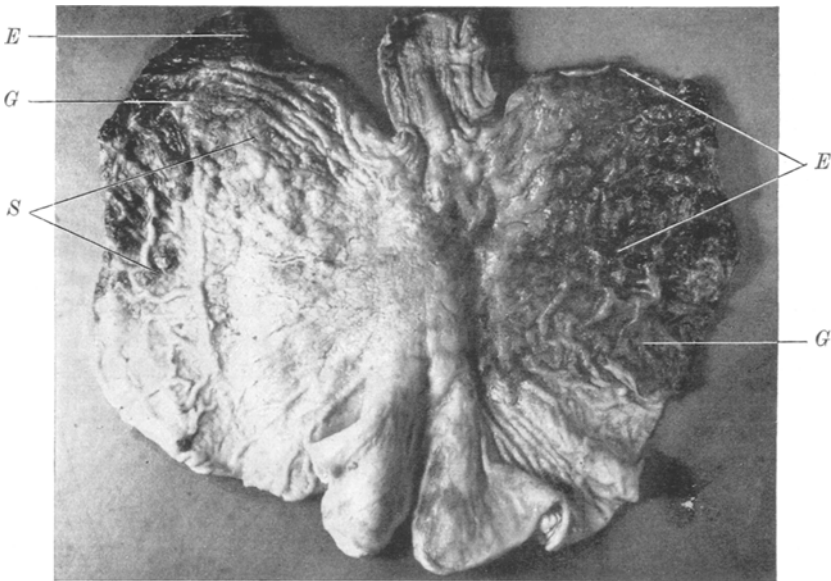


Abb. 1. *E* = erweiterter Bezirk im Magenrund; *G* = gerötete und mit Schorfen versehene Randzone; *S* = Schorfe mit beginnender Ablösung.

Die histologische Untersuchung des Magengrundes deckte nun eine akute Entzündung auf, die alle Schichten der Magenwand betraf, in der Schleimhaut und in der Muskularis mucosae aber am stärksten war. Auch dort, wo die Magenwand völlig erweicht war und sich die einzelnen Schichten histologisch nicht mehr unterscheiden ließen, fanden sich große Nester von gelapptkernigen weißen Blutzellen, deren Kerne noch deutlich gefärbt waren. Im Randbezirk der Erweichung war die Magenschleimhaut in ganzer Höhe erhalten, die Kerne nur im obersten Teil ungefärbt. In den veränderten Bezirken in der ganzen Magenwand Blut ausgetreten. In der Schleimhaut massigere, zusammenhängende Lagen ausgetretenen Blutes sowohl in ihren oberen Schichten wie über der Muskularis mucosae. Die Schleimhaut größtenteils von einem Bakterienrasen überzogen, der aus plumpen Stäbchen, Reihenkokken

und Sarzinen bestand. Die Gefäße waren mit roten Blutkörperchen prall gefüllt, stellenweise enthielten sie auch reichlich weiße. Keine Thromben, Gefäßwand unverändert. Auch an den schon erwähnten Stellen des Zwölffingerdarms herdweise kleine Blutaustritte und Anhäufungen von weißen Blutzellen festzustellen. Das Epithel hier nirgends erhalten.

Eine sichere Erklärung dieser eigenartigen Veränderung kann nun weder nach dem anatomischen noch nach dem mikroskopischen Befund gegeben werden. Eine Ätzung durch eine eingenommene Säure oder Lauge, die auf den ersten Blick nicht von der Hand zu weisen war, kommt schon deshalb nicht in Betracht, weil der Verletzte nachweislich nichts Derartiges zu sich nahm. Auch eine Zirkulationsstörung durch Thrombose oder Embolie war nicht nachzuweisen. Dabei fällt die Beschränkung der Veränderung auf den Magengrund auf. Dies ließe daran denken, daß die Magenschleimhaut durch den beträchtlichen Blutverlust schlecht ernährt war und noch zu Lebzeiten vom Magensaft angegriffen wurde. Ob auch die Veränderungen am Zwölffingerdarm auf dieselbe Ursache zurückgeführt werden dürfen, ist fraglich. *Josefovitz*¹, der bei einem Fall von Amyloidose der Magengefäße und der Gefäße des Oesophagus oberflächliche, runde Geschwüre neben Erweichungen fand, nimmt eine Selbstverätzung der schlecht ernährten Schleimhaut an.

¹ Frankf. Z. Path. 30, 360.