

6.

Ein Fall mit angeborenen Herzanolomalien.

Von Dr. Miura in Tokio (Japan).

(Hierzu Taf. XI.)

In aller Kürze erlaube ich mir, einen interessauten Fall von Bildungsfehlern des Herzens und der grossen Gefässstämme mitzutheilen.

Einen ähnlichen Fall habe ich in der mir zugänglichen Literatur nicht finden können. Nur W. Gruber hat in diesem Archiv (Bd. 68. S. 284) einen vergleichbaren Fall veröffentlicht, wobei er einige ältere Beobachtungen citirte.

Ein 6 Monate altes Mädchen war im Jahre 1882 in die Klinik des Herrn Prof. Dr. Bälz aufgenommen. Es war seit seiner Geburt schwächlich; besonders nach der Impfung (4. December 1881) schien es immer unwohl zu sein; es schrie fortwährend; die Stühle waren unregelmässig. Am 3. Januar 1882 stellte sich plötzlich Diarrhoe ein (5—6mal täglich) und das Kind kam dadurch ziemlich rasch herunter. Durch die ärztliche Behandlung besserte sich der Zustand allmählich, liess jedoch Oedem des Gesichtes zurück, was dem Vater zu weiterer Fürsorge Veranlassung gab.

Status praesens (21. Januar 1882). Schwache Constitution, schlechte Ernährung; blasse Hautfarbe. Das Gesicht gedunsen; die Lippen cyanotisch. Die Pulsfrequenz 126, schwach; der Unterleib aufgetrieben, halbgedämpft. Die Percussion und Auscultation der Lungen ergibt kein abnormes Verhalten; am Herzen hört man nur Töne.

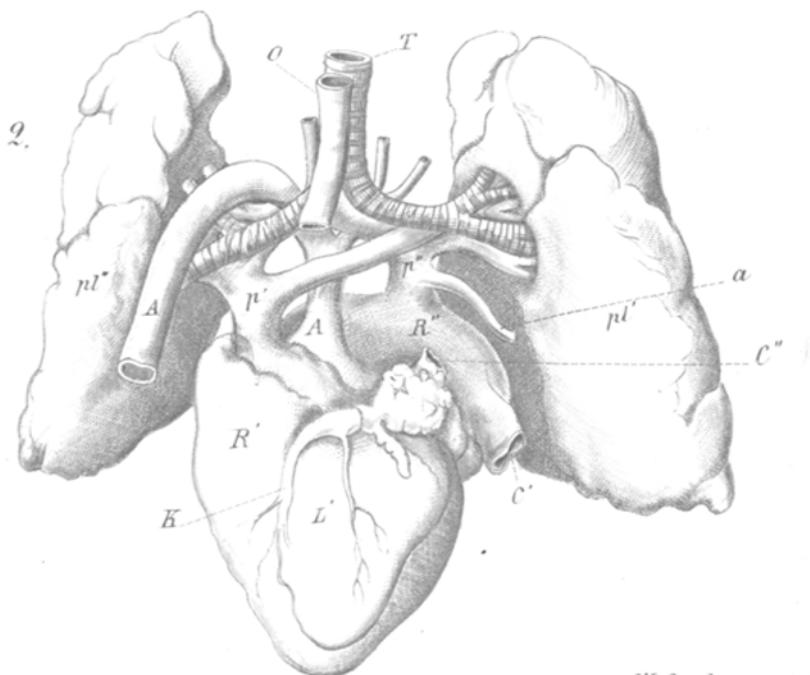
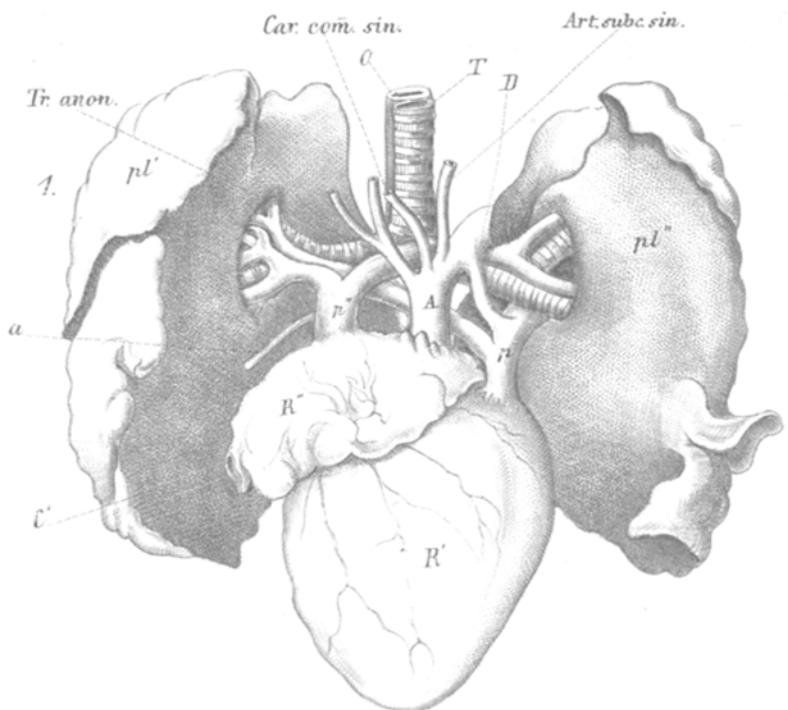
(Diese Krankengeschichte habe ich von der inneren Station mit Dank empfangen.)

Das Mädchen starb 4 Tage nach der Aufnahme in's Hospital. An der Leiche wurde auf Verlangen des Vaters nur die Brusthöhle geöffnet. Das damals aufgenommene Sectionsprotocoll ist nicht zu finden, aber das Präparat des Herzens im Zusammenhang mit beiden Lungen ist in Alkohol aufbewahrt. Dieses Präparat ist es, welches den Gegenstand meiner Mittheilung bildet.

Wie aus den beigefügten Abbildungen leicht ersichtlich ist, sind Bildungsanomalien des Herzens und der Gefässstämme in mannichfaltiger Weise vorhanden:

1) Der rechte Ventrikel ist stark dilatirt und hypertrophisch, 9 cm lang, 10 cm breit; die dickste Partie der Wand misst über 6 mm (die Messung am Alkoholpräparate vorgenommen); Trabeculae carneae treten bedeutend hervor, die Papillarmuskeln übermässig verdickt und verlängert; nur zwei grosse Segelklappen mit schwach verdickten Rändern am Ostium tricuspidale vorhanden.

2) Der rechte Vorhof ist ebenfalls dilatirt, nicht collabirt; 3 cm hoch,



6 cm breit. Das rechte Herzohr reicht bis zur Wurzel der Arteria pulmonalis: stark entwickelte Kammmuskeln.

3) Der linke Ventrikel hat eine starke Atrophie erlitten; er ist 4 cm lang, 5 cm breit; die Dicke der Wand misst 4 mm. Zahlreiche, aber äusserst dünne Fleischbalken; die Papillarmuskeln dünn und kurz.

4) Der linke Vorhof ist sehr verengt; dünne Wandung, schmale Kammmuskeln; linke Auricula stark verkleinert und retrahirt, liegt von der Wurzel der Arteria pulmonalis ganz weit ab.

5) Die Vena cava inferior mündet, wie gewöhnlich, in den rechten Vorhof an seiner rechten und unteren Wand. Der Umfang misst 3,5 cm.

6) Die Vena cava superior ergiesst sich nicht in den rechten Vorhof, sondern in den linken; der Umfang misst 3 cm.

7) Die Arteria pulmonalis nimmt ihren Ursprung von dem rechten Ventrikel, wie gewöhnlich. Ihr Umfang misst 4 cm; ihre Wand übermässig dick.

8) Je zwei Venae pulmonales (rechts und links) vereinigen sich ihrerseits zu einem Stämmchen, und diese beiden Stämmchen wieder zu einem grossen Stamm, welcher an seiner hinteren Peripherie die Vena azygos (?) aufnimmt.

Dieser Stamm mündet mit einem Umfang von 3 cm in den rechten Vorhof an seiner convexen Oberfläche.

9) Die Aorta entspringt vom linken Ventrikel, wie gewöhnlich; der Umfang des Anfangsteils misst 1,5 cm. Der Arcus giebt erstens den Truncus anonymus, von welchem nicht nur die Arteria subclavia dextra und die Carotis communis dextra, sondern auch die Carotis communis sinistra entspringen, und zweitens die Arteria subclavia sinistra ab. An ihrer Pars descendens steht die Aorta mit dem offen gebliebenen Ductus arteriosus Botalli, welcher von dem Ramus dexter arteriae polmonalis entspringt, in Verbindung. Der dickwandige Ductus misst 8 mm an Umfang.

10) Das Foramen ovale steht zum Theil offen.

11) Die Semilunalklappen am Ostium aorticum und am Ostium pulmonale sowohl, wie die Mitrals intact.

12) Die Coronararterien und -Venen zeigen kein abweichendes Verhalten.

13) Die Lungen unversehrt.

Nach den beschriebenen Anomalien muss die Circulation des Blutes im Herzen sich folgendermaassen gestaltet haben:

Das rein arterielle Blut der Vena pulmonalis communis hat schon durch die Beimengung des Blutes der Vena azygos einen gemischten Charakter angenommen. Dieses Blut vereinigt sich im rechten Vorhof mit dem rein venösen Blut der Vena cava inferior und der Vena coronaria cordis. Ein grosser Theil dieses gemischten Blutes geht durch das Ostium atrio-ventriculare dextrum in den hypertrophischen rechten Ventrikel und von da durch die Arteria pulmonalis

a) in die Lungen, von wo aus es vermittelst der Lungenvenen in den rechten Vorhof zurückkehrt;

b) in den Ductus Botalli, welcher mit der Aorta descendens in offener Communication steht.

Ein anderer Theil des im rechten Vorhof gemischten Blutes geht durch das offen gebliebene Foramen ovale und ergiesst sich in den engen linken Vorhof; es mischt sich hier wieder mit dem rein venösen Blut aus der Vena cava superior. Dieses Blut wird weiter nach dem linken Ventrikel und von da nach der Aorta hin befördert.

Erklärung der Abbildungen.

Tafel XI.

($\frac{1}{2}$ natürliche Grösse.)

Fig. I. Vordere Ansicht.

Fig. II. Hintere Ansicht.

A Aorta. R' rechter Vorhof. R" rechter Ventrikel. L' linker Vorhof. L" linker Ventrikel. p' Arteria pulmonalis. p" Vena pulmonalis. C' Vena cava inferior. C" Vena cava superior. pl' rechte Lunge. pl" linke Lunge. a Vena azygos. O Oesophagus. T Trachea mit Bronchen.

7.

Zur Aetiologie der Kakke.

Briefliche Mittheilung an den Herausgeber.

Von Dr. Miura in Tokio (Japan).

Es dünkt mich, wie ich schon früher brieflich auseinandergesetzt habe, dass ich, ausser den wichtigsten klinischen Erscheinungen der Kakke, noch deren Aetiologie eruiert habe; ich sage nur: „es dünkt mich“, weil ich leider noch keine positiv sicheren Fälle kenne, wo die Kakke direct durch die von mir angegebenen Fischarten entstand.

Es liegen aber genug wichtige Thatsachen vor, welche für die Richtigkeit meiner Behauptung sprechen. Ich werde hier versuchen, Ihnen klar darzulegen, was ich meine. Aus den früher entwickelten Gründen bin ich jetzt nicht im geringsten im Zweifel, dass das Wesen der Kakke auf eine Intoxication zurückzuführen ist. Ebenso ist es mir klar, dass das Gift der Kakke vermittelst der Nahrung und zwar durch Fischfleischarten in den menschlichen Körper gelangt. Solche Fischarten habe ich Ihnen schon mitgetheilt; diese sind zur Familie Scomberidae gehörig. Der Gang, durch welchen ich zu diesem Resultate gelangt bin, ist folgender:

1) Die Kakke tritt jährlich ganz regelmässig pünktlich auf (etwa März) und verschwindet immer ziemlich plötzlich (September) wieder. Dieser Zeitraum fällt gerade mit dem zusammen, wo gewisse Scomberarten im Handel auftreten.