

XVI.

**Statistische und kasuistische Mitteilungen
aus dem Seziersaale des kommunalen Krankenhauses „Öresund“ in Kopenhagen¹⁾.**

Von

Dr. Oscar Horn.

(Hierzu 1 Abbildung im Text.)

Im Jahre 1906 wurden auf dem Seziersaale des Öresundshospitals 321 Sektionen gemacht. Weil Lungentuberkulose in 161 Fällen die wesentlichste Todesursache war, will ich erstens über dieselben einige statistische Auskünfte anführen und dann zu einigen kasuistischen Mitteilungen übergehen.

Wegen der Übersicht will ich bei den statistischen Auskünften im wesentlichsten dasselbe Verfahren, das in den Jahresberichten aus dem Seziersaale des Kommunehospitals vom Prosektor Dr. med. V. S c h e e l benutzt wird, anwenden. Dem Alter nach werden die 161 Fälle so geteilt:

Altersstufen:	Männer:	Weiber:	Im ganzen:
0— 1	2	3	5
1—10	2	2	4
10—20	4	9	13
20—30	19	28	47
30—40	21	20	41
40—50	19	6	25
50—60	20	2	22
60—70	3	0	3
70—80	1	0	1
	<hr/> 91	<hr/> 70	<hr/> 161

Von diesen 161 Fällen wurde in 146 die L a r y n x untersucht und in 60 Fällen (41,09%) wurde eine ulzerative Laryngitis gefunden.

D a r m u l z e r a wurden in 101 Fällen (68,32%) nachgewiesen. Indessen müssen die Zahlen der t u b e r k u l ö s e n Laryngitiden und der t u b e r k u l ö s e n Ulzerationen im Darne

¹⁾ In dänischer Sprache veröffentlicht in Hospitalstidende Nr. 25, 1907, Kopenhagen.

doch etwas niedriger geschätzt werden, denn, weil es nicht immer möglich ist, makroskopisch zu entscheiden, ob die betreffenden Ulzerationen von tuberkulöser Natur sind oder respektive z. B. einfache katarrhalische Erosionen oder sterkorale Ulzerationen sind, hatte ich das Verfahren gewählt, nicht allein die typischen tuberkulösen Ulzera, sondern auch alle die suspekten zu notieren. Eine systematische, histologische und bakteriologische Untersuchung wurde nicht vorgenommen.

Meningitis tuberculosa wurde in 5 Fällen observiert. Diese Zahl muß als Minimumzahl aufgefaßt werden, weil die Verhältnisse eine systematische Öffnung aller Kranien verbot.

Weiter fanden sich unter den 161 Fällen von Lungentuberkulose 5 Fälle mit gleichzeitiger Tuberkulose der *Harnorgane* (dabei wurde ein miliäres Aussäen z. B. in den Nieren nicht mitgerechnet); 7 Fälle von *Genitaltuberkulose* und 1 Fall von *Urogenitaltuberkulose*.

Rücksichtlich der Ausbreitung des Prozesses in den *Lungen* erlaube ich mir folgende Bemerkung: Weil ich einen Eindruck davon bekommen hatte, daß die *linke Lunge* in der Regel am stärksten angegriffen war — obgleich man ja a priori die rechte erwarten sollte —, zählte ich nach und fand „impr. sin.“ in 71 Fällen, gegen „impr. dextr.“ in 43 Fällen, wesentlich nach den kavernösen Prozessen gerechnet. In 47 Fällen war die Verbreitung des Prozesses in beiden Lungen ungefähr die gleiche. Nun sind diese Zahlen kaum groß genug, daß nicht Zufälligkeiten in der Zusammensetzung des Materials eine Rolle spielen konnten — und, leider habe ich nur in diesen 161 Fällen die Aufmerksamkeit systematisch auf die Ausbreitung des Prozesses gerichtet gehabt; wenn man aber in Betracht zieht, daß eine Lungentuberkulose in der Regel in der *rechten Lunge* anfängt, welche dabei wie einen Vorsprung im Verhältnis zur linken bekommt, dann scheint es mir, daß der Unterschied zwischen 71 „impr. sin.“ und 43 „impr. dextr.“ so groß ist, daß es aussieht, als ob die Lungentuberkulose, wenn sie ein gewisses Stadium erreicht hat, in der *linken Lunge* schneller wie in der *rechten* propagiert.

Um zu erklären, daß die Lungentuberkulose am häufigsten auf der *rechten Seite* anfängt, hat man u. a. die Hypothese

aufgestellt, daß die rechte Lunge für aspirierten Infektionsstoff leichter zugänglich wie die linke wäre, weil der rechte Bronchus eine mehr direkte Fortsetzung der Trachea bildet und weiter, daß er im Diameter 2,2 gegen 2,0 mißt. An und für sich ist kein Hindernis da für die Erklärung der mehr rapiden Entwicklung in der linken Lunge als eine Folge davon, daß der linke Bronchus enger ist und nicht eine so direkte Fortsetzung der Trachea bildet, indem man sich denken könnte, daß der Patient wegen dieser anatomischen Verhältnisse minder gut die eventuellen linksseitigen Kavernen leeren konnte. Die Frage hat kaum ein mehr wie theoretisches Interesse, denn, wenn man auch bei Empfehlung der rechtsseitigen Lage denken könnte, daß der Ablauf für den stagnierenden Eiter in der linken Lunge leichter würde, dann könnte man mit ebendenselben Rechte anführen, daß der Eiter dann vielleicht in den weiteren rechten Bronchus ablaufen könnte.

Außer den erwähnten 161 Fällen von Lungentuberkulose wurden 2 Fälle, in welchen die Infektion aller Wahrscheinlichkeit nach durch den Darmtraktus stattgefunden hatte, observiert.

In dem ersten Falle war es ein 6 jähriges Mädchen (Sektionsprotokoll der medizinischen Abteilung Nr. 214, 1906), das an Peritonitis tuberculosa starb. Es wurden zwar keine Ulcerationen in der Darmschleimhaut, in dem Mesenterium aber zahlreiche geschwollene und käsig Glandeln gefunden. In der rechten Lunge nur ein erbsengroßer, verkalkter Focus. In den entsprechenden Glandeln nichts Wesentliches.

In dem zweiten Falle drehte es sich um eine 23 jährige Frau (Sektionsprotokoll der medizinischen Abteilung Nr. 138, 1906), die an universaler Miliartuberkulose starb. Im Dün- und Dickdarme tuberkulöse Ulzera und in den Mesenterialdrüsen wallnußgroße, käsig Massen. Die Lungen recht fest infiltriert mit miliären Knötchen, warum die Lunge in Scheiben von $\frac{1}{2}$ —1 cm Dicke zerlegt wurde, welche dann gewissenhaft palpiert wurden, ohne daß es gelang, einen älteren Focus nachzuweisen; ein solcher wurde auch nicht in den Tracheal-, Bronchial- oder Hilusglandeln gefunden.

Unter den 7 erwähnten Fällen von Genitaltuberkulose bei gleichzeitiger Lungentuberkulose wurden 4 Fälle von Endo-

metritis tuberculosa gefunden. Weil dieses Leiden recht ungewöhnlich ist, habe ich von diesen 4 Fällen eine genauere Untersuchung gemacht. Zu den 4 Fällen kann ich einen Fall aus 1905 und einen aus 1907 hinzufügen, so daß wir im ganzen 6 Fälle bekommen. Der Übersicht halber will ich bei jedem einzelnen Falle zuerst die Sektionsdiagnose anführen und demnächst eine kurze Schilderung von Uterus und Adnexa geben.

Fall I.

Mathilde B., 27 Jahre alt, verheiratet (Sektionsprotokoll der medizinischen Abteilung Nr. 262, 1905).

Sektionsdiagnose: Tub. pulm. dupl. cav. et mil. — Peritonitis tub. chr. — Tub. tractus intestin. — Tub. organ. genital.

Starke Pelveoperitonitis, daß Uterus und Adnexa zusammengelötet liegen. Beide Ovarien etwas geschrumpft, auf der Oberfläche gerunzelt. Keine deutliche Zeichen von Tuberkulose. Tubä auf beiden Seiten sind bleistift dick, gewunden, käsige. Uterus, der leicht vergrößert ist, bietet in Cavum uteri ein schönes Bild von einer tuberkulösen Endometritis mit zahlreichen, zum Teil käsig verfallenen, miliären Tuberkeln dar, so daß man das typische Bild von einem „Pflugacker“ bekommt. Der Prozeß geht etwa $\frac{1}{3}$ in die Wand des Uterus hinein. Das Leiden scheint bei dem Orificium internum schroff aufzuhören. In Vagina nichts Besonderes.

Mikroskopie: Bei Färbung von Schnitten aus Cavum uteri nach v. Gieson-Hansen sieht man ein buntes Bild von käsigen Massen, epitheloiden Zellen und Rundzellen. Keine Riesenzellen, keine deutliche Elementartuberkeln. Bei Färbung nach Ziel-Neelsen werden zerstreute Tuberkelbazillen nachgewiesen. Die histologische Untersuchung der Ovarien ergab keinen sicheren Anhalt für Tuberkulose. Bei Färbung nach Ziehl-Neelsen wurde in dem linken Ovarium ganz wenige, aber unzweifelhafte Tuberkelbazillen gefunden, in dem rechten Ovarium gelang es mir, einige deforme, atypische Tuberkelbazillen zu finden.

Fall II.

Hansine A., 33 Jahre alt, verheiratet (Sektionsprotokoll der medizinischen Abteilung Nr. 152, 1906).

Sektionsdiagnose: Tub. pulm. dupl. cav. — Tub. tractus intestin. — Tub. organ. genital.

Recht starke Pelveoperitonitis tuberculosa. Linkes Ovarium etwa zweimal so lang wie rechtes, das von normaler Größe und Form ist. Beide Ovarien auf der Oberfläche etwas gerunzelt. Keine deutliche Zeichen von Tuberkulose. Tubä c. bleistift dick, gewunden, käsige. Uterus von normaler Größe. Das Endometrium ist der Sitz von einzelnen miliären Tuberkeln auf einer etwas injizierten Schleimhaut; nichts Besonderes im Collum, nichts Besonderes in der Vagina.

Mikroskopie: Die histologischen Veränderungen des Uterus sehr wenig ausgesprochen, höchstens etwas vermehrte Rundzelleninfiltration. Bei Färbung nach Ziehl-Neelsen Tuberkelbazillen. Auch in den Ovarien sind die histologischen Veränderungen kaum nachweislich, außer einer reichlichen Produktion von Bindegewebe. Bei Färbung nach Ziehl-Neelsen gelang es, Tuberkelbazillen in beiden Ovarien nachzuweisen.

Fall III:

Maren M., 38 Jahre alt, verheiratet (Sektionsprotokoll der medizinischen Abteilung Nr. 160, 1906).

Sektionsdiagnose: Tub. pulm. cav. dupl. — Tub. laryngis. — Tub. intestin. — Tub. organ. genital.

Leichte Pelveoperitonitis tuberculosa. Die Ovarien etwas gerunzelt, keine deutliche Zeichen von Tuberkulose. Tubä bleistift dick, gewunden, käsigt. Uterus etwas vergrößert. Leichte Injektion der Schleimhaut des Endometrium, wo man 3 bis 4 weißliche, miliare Plaques mit leicht injiziertem Hofe sieht. Nichts Besonderes weder im Collum noch in der Vagina.

Mikroskopie des Uterus: Histologisch nur etwas vermehrte Rundzelleninfiltration. Bei Färbung nach Ziehl-Neelsen werden Tuberkelbazillen gefunden. Die Ovarien sind der Sitz von reichlicher Bildung von Bindegewebe, hier und da ganz kleine Gruppen von Rundzellen. Bei Ziehl-Neelsen gelingt es, Tuberkelbazillen in beiden Ovarien nachzuweisen.

Fall IV.

Ane H., 20 Jahre alt, unverheiratet (Sektionsprotokoll der medizinischen Abteilung Nr. 165, 1906).

Sektionsdiagnose: Tub. pulm. dupl. cav. — Tub. laryngis. — Tub. tractus intestin. — Tub. organ. genital.

Recht starke Pelveoperitonitis mit Zusammenlötung von Uterus und Adnexa. Rechtes Ovarium walnußgroß, zu einer käsigen Masse umgebildet, die dicht an der Tube liegt, scheinbar doch ohne mit deren käsigem Inhalt in Verbindung zu sein. Linkes Ovarium recht stark geschrumpft, keine deutliche Zeichen von Tuberkulose. Tubä gewunden, käsigt, namentlich in ihrem peripherischen Teile, wo sie ungefähr fingerdick sind. Uterus etwas klein, nächstens infantil. Im Cavum sieht man auf der Hinterwand gegen Orificium internum hin eine kaum fünfpenniggroße Gruppe von miliaren Tuberkeln mit roter Randzone. Hierzu entsprechend sieht man auf der Vorderwand 3 bis 4 miliare Knötchen. Im Collum oder der Vagina nichts Besonderes.

Mikroskopie: Bei Färbung von Schnitten aus dem Endometrium nach van Gieson-Hansen sieht man kleine käsige Massen und eine einzige Riesenzelle. Bei Färbung nach Ziehl-Neelsen + Tuberkelbazillen. Rechtes Ovarium, das ganz zu käsigen Massen umgebildet war, wurde nicht mikroskopisch untersucht. Im linken Ovarium gelang es trotz sorgfältiger Untersuchung nicht, Tuberkelbazillen zu finden.

Fall V.

Karen A., 22 Jahre alt, unverheiratet (Sektionsprotokoll der Tuberkul. Abteilung Nr. 40, 1906).

Sektionsdiagnose: Tub. pulm. dupl. cav. — Tub. tractus intestin. — Tub. organ. genital.

Leichte Pelveoperitonitis, Uterus und Adnexa zum Teil zusammengelötet. Die Ovarien ohne Adhärenzen, auf der Oberfläche gerunzelt, leicht vergrößert, hyperämisch. Keine deutliche Zeichen von Tuberkulose. Tub ä stark gewunden und käsig, besonders in dem peripheren Teil, wo sie ungefähr bleistiftdick sind. Uterus: Im Cavum uteri ausgesprochene käsige Tuberkulose in dem Endometrium mit Wällen und Gräben. Der Prozeß hört bei dem Orificium int. auf. Nichts Besonderes im Collum oder der Vagina.

Mikroskopie des Uterus. Histologisch käsige Massen + Rundzellen, bei Ziehl-Neelsen + Tuberkelbazillen. Die Ovarien bieten keine besonderen histologischen Veränderungen dar. Im rechten Ovarium werden Tuberkelbazillen nachgewiesen. Im linken Ovarium werden 4 bis 5 etwas deforme, aber kaum zweifelhafte Tuberkelbazillen gefunden.

Fall VI.

Inge N., 28 Jahre alt, verheiratet (Sektionsprotokoll der medizinischen Abteilung Nr. 24, 1907).

Sektionsdiagnose: Tub. pulm. dupl. cav. — Tub. tractus intestin. — Tub. organ. genital.

Recht starke Pelveoperitonitis tuberculosa. Die Ovarien auf der Oberfläche etwas gerunzelt. Keine deutlichen Zeichen von Tuberkulose. Tub ä gewunden und namentlich in dem peripherischen Teil käsig, bleistiftdick. Uterus von normaler Größe. In Cavum uteri zerstreute, miliare Knötchen auf einer ziemlich stark injizierten Schleimhaut. Nichts Besonderes im Collum oder der Vagina.

Mikroskopie; Uterus: Histologisch kleine käsige Massen, Riesenzellen, epitheloide Zellen und zahlreiche Rundzellen. Bei Färbung nach Ziehl-Neelsen werden zahlreiche Tuberkelbazillen gesehen — in einem Gesichtsfelde mehr wie 100. Beide Ovarien sind Sitz von einer recht starken Bildung von Bindegewebe; nur ganz einzelne Rundzellen. Im rechten Ovarium gelingt es nicht, mit Sicherheit Tuberkelbazillen zu finden. Im linken Ovarium werden 3 bis 4 gesammelte, typische Tuberkelbazillen nachgewiesen.

In den obenstehenden 6 Fällen von Endometritis tuberculosa gelang es folglich in allen diesen Tuberkelbazillen in den Schnitten nachzuweisen. Hinsichtlich der Untersuchung der Ovarien will ich die Methode ganz kurz erwähnen. Jedes Ovarium wurde in 2 bis 8 Stücke zerlegt, und von jedem wurden dann etwa 5 Schnitte in verschiedener Höhe genommen. Erstens wurden die Schnitte anatomisch durchgesucht, wobei man, wie erwähnt, nur wenige

histologische Veränderungen fand. Dieses erschwerte die Nachscheidung der Tuberkelbazillen sehr. Dieselben waren überhaupt recht schwer zu finden, denn teils waren die Ovarien in der Regel der Sitz von so starken Bindegewebsveränderungen, daß es schwierig war, hinreichend dünne Schnitte zu bekommen, teils war am häufigsten sozusagen nichts in der histologischen Struktur, das ihre Anwesenheit verriet. Darum mußte man ganz systematisch verfahren und die Schnitte von einem Ende zum anderen untersuchen. Um zu illustrieren, wie wenige Tuberkelbazillen da waren oder richtiger, wie schwierig es war, dieselben zu finden, möchte ich hierbei bemerken, daß es durchschnittlich 2 Stunden in Anspruch nahm, ehe es gelang, zwei typische Tuberkelbazillen zu finden, was ich als Minimalgrenze des sicheren Nachweises setzte. In einigen Fällen gelang es überhaupt nicht, trotz wiederholter stundenlanger Untersuchungen Tuberkelbazillen zu finden.

Wie oben erwähnt, fand man so nur in einem der 12 Ovarien makroskopisch beweisliche, tuberkulöse Veränderungen. Die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung kann man auf folgende Weise aufstellen:

Fälle	I		II		III		IV		V		VI	
Ovarien	r.	l.	r.	l.	r.	l.	r.	l.	r.	l.	r.	l.
T. B.	+	+	+	+	+	+	käsige	÷	+	+	÷	+
	(atypische)								(atypische)			

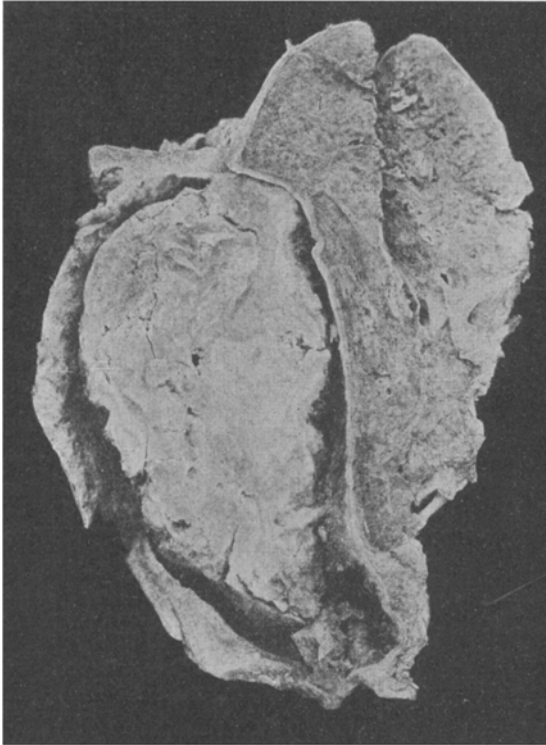
oder: von 6 Fällen mit käsigen Tuben und tuberkulöser Endometritis (+ Tuberkelbazillen) wurden in 5 Fällen keine makroskopisch deutlichen Zeichen von Tuberkulose in den Ovarien gefunden. Von diesen 5 Fällen gelang es indessen, in 4 derselben Tuberkelbazillen in den beiden Ovarien nachzuweisen. In dem fünften Falle wurden nur Tuberkelbazillen in dem einen Ovarium gefunden.

Wir werden jetzt einen Fall von fibrinöser produktiver Pleuritis mitteilen, in welchem die Fibrinbildung exzessive Grade erreichte. Weil es besonders die Verhältnisse der Brustorgane sind, die Interesse darbieten, wollen wir uns auf folgenden Auszug des Sektionsprotokolls beschränken.

Jens, B. F. J., 52 Jahre alt (Sektionsprotokoll der tuberkulösen Abteilung Nr. 30, 1906).

Klinische Diagnose: Tub. pulm. dupl. cav. + Tuberkelbazillen. — Re-tractio pulm. dextr. — Myocarditis. — Tub. epididymidis sin. — Alkoholismus.

Die Leiche wohlgebaut, keine Deformierungen des Thorax. Cor.



Pleuritis fibrinosa productiva dextra. — Links der ausschließlich von Fibrin gebildete Tumor, zum Teil aus seiner „Kapsel“ losgemacht. — Rechts die komprimierte Lunge. Schnittrichtung von der Seite und ein bißchen von vorne — nach innen und hinten.

schlaff, leichte Arteriosklerose von der Regio meteo-aortica. Auf einzelnen Papillarmuskeln Fettzeichnung. Linke Lunge im Apex etwas adhären. Der ganze, obere Lappen diffus mit miliaren Tuberkeln und Peribronchitiden infiltriert.

Eine einzelne nußgroße Caverne und ein paar erbsengroße käsige Foci. In dem anstoßenden Teil des Lobus inf. einige gruppierte Peribronchitiden. Rechte Lunge adhäriert sehr fest an der Thoraxwand. Die ganze Lunge

ist wie nach oben und innen gedrunken von einer festen etwa kindskopfgroßen Masse, die das niederste Drittel der rechten Hälfte des Thorax ausfüllt. Die Lunge ist recht stark zusammengedrückt, aber doch nicht ganz luftleer. Lobus sup. wird im wesentlichen von einer großen Caverne gebildet. Die zwei anderen Lappen sind zum Teil atelektatisch, zum Teil sind sie der Sitz von sklerosierenden Prozessen. Die erwähnte feste Masse liegt also von Pleura diaphragmatica abwärts, von Pleura costalis nach außen und von der Lunge — d. h. Pleura pulmonalis — nach innen begrenzt. Sie wird recht leicht aus dieser ihrer Kapsel ausgeschält, an welcher sie doch an mehreren Stellen mit recht dicken Strängen von Bindegewebe adhärirt. Auf Schnitten sieht man, daß sie aus einer sehr festen, schwierig schneidbaren, gelblich-faserigen Masse mit landkartenähnlichen Zeichnungen und — namentlich gegen die Oberfläche hin — etlichen Blutungen besteht.

Sektionsdiagnose: Tub. pulm. cav. dupl. — Pleuritis fibrinosa productiva dextr. (Tumor pleurae?). — Atelectasis et Sclerosis pulm. dextr. — Tub. tractus intestin. — Tub. prostatae. — Tub. vesicul. seminal. utr. — Tub. epididym. utr. — Degenerat. steatosa cordis. — Degenerat. parenchym. renum.

Mikroskopie: Schnitte, sowohl von der Oberfläche als aus der Mitte der erwähnten Tumormasse (in allem aus 10 Orten) genommen, zeigten, daß es sich um Ablagerungen von Fibrin handelte, in welchen sich teilweise eine Organisation ausgebildet hatte. Hier und da einige Blutungen. Kein Zeichen von Neubildungen, keine Zellenkomplexe.

Es ist mir nicht gelungen, in der Literatur einen Fall mit so exzessiver Fibrinbildung bei einer Pleuritis fibrinosa zu finden.

Folgender Fall bietet ein recht eigentümliches, kombiniertes, klinisches Bild dar:

Christine J., 40 Jahre alt, verheiratet (Sektionsprotokoll der med. Abt. Nr. 44, 1906).

Aus Kopenhagens Kreiskrankenhaus eingebracht. Das Journal¹⁾ berichtet hierüber: Klagt über drückende Empfindungen im Magen, besonders wenn dieser leer ist. Das letzte halbe Jahr trügen Stuhl, hart, knollig, oft nur jeden zweiten Tag. Ein einziges Mal soll ein bißchen helles Blut im Stuhle gewesen sein.

Objektive Untersuchung: Über linker Clavicula werden zwei haselnußgroße, harte, indolente Glandeln gefunden. Überall fühlt man kleine Glandeln. Abdomen groß, ausgedehnt, gespannt mit zahlreichen, erweiterten Venen. In den Flanken Dämpfung, aber nicht deutliche Veränderung beim Lagerwechsel. Hepar geht in der Papillarinie eine gute Fingerbreite unter die Nabellinie. Der Rand wird deutlich gefühlt, ist etwas empfindlich. Die Dämpfung dehnt sich schräg gegen die linke Curvatur aus und setzt sich dann in eine Dämpfung in Traubes Raum fort, in die Milzdämpfung übergehend. Patient ist recht empfindlich für Druck in der Cardia.

¹⁾ Dem Herrn Prof. Dr. med. V. Heiberg spreche ich meinen besten Dank aus für die Erlaubnis, das Journal zu benutzen.

An den beiden Unterextremitäten zahlreiche dilatierte Venen.

Exploratio rectovaginalis: Uterus klein, beweglich, Orificium bildet eine Querspalte. Man fühlt Rectum mit Faeces gefüllt, doch scheint es, daß man in einer Höhe von 5 bis 6 cm in einen eingeeengten Teil eindringt, der eben die Spitze eines Fingers aufnimmt.

In dem Journale des Öresundshospitals ist in allem Wesentlichen derselbe Fund notiert. Außerdem: der Tumor im Unterleibe ist sehr groß, kleinknorrig, bewegt sich mit der Respiration, scheint mit der Leber zusammengewachsen, macht doch übrigens den Eindruck, zum Teile dem Magen und der hinteren Sternalfäche anzugehören. Keine Schmerzen bei der Defäkation. Hat im Laufe des Sommers im Gewicht bedeutend abgenommen. Keine Okklusionsfälle. Wurde zweimal punktiert, wobei eine meist ascitesähnliche Flüssigkeit geleert wurde. Starb stille.

Klinische Diagnose: Stricture recti (C.recti) — Cancer hepatis — Intumescencia lienis — Glandula colli caner. — Ascites.

Bei der Sektion (22 h. p. m.) wurde gefunden:

Der Ventrikel: Im Pylorus und sich 10 cm in den Fundusteil streckend wird ein fester, tumorähnlicher Teil mit wallförmigen Rändern gefunden, aber scheinbar mit Schleimhaut gedeckt. Pylorus scheint nicht verengt.

Darm: Rectum adhärirt nicht, kein von außen palpiertbarer Tumor. Wenn man auf dem ausgenommenen Organ den Finger nach oben durch Rectum führt, fühlt man die im Journal erwähnte Strikture, die für den Zeigefinger kaum passabel ist. Nach Durchschneiden des Rectums sieht man indessen beim ersten Blicke nichts Ungewöhnliches, bei näherem Nachsehen wird aber doch auf der rechten Rectalwand eine querlaufende, halbmondförmige 2 bis 3 cm lange strukturierende Bildung erkannt, die der Plica transversalis recti (Kohlrausch), nach Toldt: Sphincter III, entspricht, und ungefähr von der Dicke eines Bleistiftes ist. Wenn man das Rectum wieder zuschließt und den Finger wieder nach oben führt, sieht man, daß der strukturierende Teil dieser Prominenz entspricht. Die Struktur kann etwas, aber nicht ganz ausgedehnt werden. Die Schleimhaut überall natürlich, verschiebbar, scheint nicht verdickt zu sein. Wenn man die erwähnte Plica durchschneidet, zeigt es sich, daß deren Prominenz von einer darunterliegenden, weißlichen Bildung herrührt, die gleichmäßig in die Muskularis des Darmes übergeht.

Sektionsdiagnose: Carc. ventric. — Metastas. hepat. — Metastas. gl. hil. hep. — Ascites. — Tub. pulm. dextr. cav., sin. antea. — Stricture recti.

Mikroskopie von Schnitten, von zehn verschiedenen Orten der glatten, weißlichen, strikturierenden Bildung im Rectum genommen, zeigte querlaufende, glatte Muskelfasern, keine Neubildung. Keine Entzündungsphänomene.

Nach der klinischen Diagnose hat man sich denn die Möglichkeit von einem Cancer recti mit Metastasen an der Hepar gedacht. Wie die Sektion erwies, wurden doch dieselben von einem Ventrikelkarzinom verursacht.

Strikturen des Rectums ohne deutlich nachweisliche, pathologisch - anatomische Veränderungen sind nicht oft in der Literatur erwähnt. S. Duplay et P. Reclus schreiben in „Traité de chirurgie“ (1898), daß sie die spasmodischen Verengerungen des Rectums ganz und gar aus der Betrachtung lassen; denn trotz, daß Harrison Cripps (On diseases of the rectum and Anus. London, 2. ed. 1890, pag. 222) versucht hat, dieselben unter den „nosologischen Rahmen der Stenosen“ einzureihen, so ist doch ihre Existenz sehr zweifelhaft. Sie meinen daher mit Quénu et Hartmann (Chirurgie du rectum, Paris 1895, pag. 245), „daß die Rolle der Spasmen für die Fälle eingeschränkt werden müssen, in welchen sie mit einer organischen Verengung kompliziert sind“.

In dem hier mitgeteilten Falle wurde indessen eine Striktur im Rectum ohne pathologisch-anatomische Veränderungen — außer der reichlich entwickelten Muskulatur — gefunden. In wieweit man die Striktur als eine Folge von einer Hypertrophie oder (mit Harrison Cripps) einer Spasme der betreffenden Muskelbündel (Toldt, Sphincter III) erklären muß, muß auf einem Gutachten beruhen.

Den Oberärzten des Hospitals, Herrn Professor Feilberg und Herrn Dr. med. Tobiesen, bringe ich hiermit meinen Dank für die Erlaubnis, die Journale zu benutzen.

XVII.

Über einen Holoacardius acephalus (sog. Amorphus).

Von

Robert Meyer.

(Mit einer Abbildung im Text.)

Die als Amorphus oder Choriangiopagus asymmetros (Schwalbe) bezeichnete Mißbildung ist zwar in letzter Zeit durch Schwalbe in seinem ausgezeichneten Lehrbuche der Mißbildungen ausführlich behandelt worden. Die nicht sehr große Kasuistik zeigt aber so viele Verschiedenheiten der einzelnen Fälle, und die Genese der Miß-