

Macht man sich aber diese eben angeführten Vorstellungen zu eigen, so muß man entschieden eine sehr große plötzliche Druckzunahme annehmen bei derartig ungewöhnlich schweren körperlichen Anstrengungen, wie sie auch für den eingangs beschriebenen Fall beim Hochziehen der Schleuse in Betracht kam. Nun vermag wohl die Aortenwand im allgemeinen derartige plötzliche Druckerhöhungen auszuhalten, zumal wenn sie keinerlei krankhafte Veränderung zeigt. Es müßten ja sonst derartige Fälle sich bei schwer arbeitenden Männern viel häufiger ereignen. Aber der hier beschriebene Fall von dem Schleusenwärter sowie die Arbeit von Busse lassen doch darauf schließen, daß die Möglichkeit einer Ruptur auch bei intakter oder nur unbedeutend veränderter Wand besteht, denn die Ansicht von Schede, daß die Wand auch in dem Busseschen Falle bereits wesentlich verändert gewesen sei, ist durch nichts bewiesen. Will man also an der Hand der angeführten Literatur und auf Grund des hier beschriebenen Falles zu einem abschließenden Urteil kommen, vor allem auch für unseren speziellen Fall, so kann man wohl in dem plötzlich gesteigerten Aortendruck die Hauptursache für die Ruptur sehen, vielleicht unterstützt durch eine stattgehabte Zerrung an der Aorta. Es mag wohl in unserem Falle die schwache Ausbildung des elastischen Gefüges der Wand mit den allerdings geringen Verfettungen in der Intima und Muskularis das Eintreten der Ruptur begünstigt haben, aber wie schon erwähnt wurde, ist wohl die Hauptursache in der durch die körperliche Anstrengung bedingten plötzlichen Drucksteigerung in der Aorta zu suchen.

Literatur.

Busse, Virchows Archiv, Bd. 183. — Heller, Deutsches Archiv für klinische Medizin, Bd. 79. — Schede, Virchows Archiv, Bd. 192. — Bay, Frankfurter Zeitschrift für Pathologie VI. — Brunk, Ärztliche Sachverständigen-Zeitung, 1905.

XIV.

Ein Fall von Perforation der Speiseröhre und des Herzens durch einen verschluckten Fremdkörper.

Von
Oberarzt Dr. Bastanier.

Bei der Sektion eines Soldaten, der an pyämischen Erscheinungen ohne bestimmte Diagnose gestorben war, fand sich folgender Befund: Herzbeutel ohne Flüssigkeit; in der hinteren Herzbeutelwand dicht unterhalb der Um- schlagstelle zum linken Vorhofe bemerkten wir eine linsengroße nekrotische Stelle, aus der die Spitze eines Fremdkörpers herausragte. Es war ein 27 mm

langer, 1 mm breiter und $\frac{1}{4}$ mm dicker, an beiden Enden gleichmäßig zugespitzter, fischgrätenartiger Körper; er war nicht gebogen, sondern gerade, biegsam und ganz symmetrisch gebildet.

Nun wurde das Herz im Zusammenhang mit den hinter ihm liegenden Organen herausgenommen. Es fand sich, in gleicher Höhe mit den Veränderungen am Perikard, in der vorderen Wand der Speiseröhre ein linsengroßes Geschwür mit nekrotischen Rändern und zentraler Perforation und in der hinteren Wand des linken Vorhofes ein kleines Loch, ebenfalls mit mißfarbigen Rändern. An der Innenwand des Vorhofes war dieses Loch an seinem oberen Rand durch ein festhaftendes, aber flottierendes Blutgerinnsel verdeckt. Dieses Blutgerinnsel muß klappenartig gewirkt haben, indem es den Austritt des Blutes aus der Perforationsstelle verhindert hat. Die Perikardialflüssigkeit muß entweder vom linken Vorhofe angesaugt oder in den linken Vorhof und in die Speiseröhre hineingepreßt worden sein.

Endokarditis der Klappen bestand nicht, nur in der Umgebung der Perforation eine kleine Zone von Endocarditis parietalis, an der sich der Thrombus entwickelt hat.

Die weitere Sektion ergab: Gangrän der Milz, die zu drei Vierteln brandig zerstört war, ohne Zerreißung der Kapsel; vereinzelte kleinste und größere Rindenabszesse in beiden Nieren; kleine embolische Abszesse im Dünndarm, im Dickdarm, im Gehirn, in der Haut; Gangrän des rechten Musculus deltoideus und der Haut des rechten Zeigefingers; ferner punktförmige Hämorrhagien im Perikard, in beiden Hoden, in der Schleimhaut der Halsorgane, in der Pia und im Gehirn.

Die Pyämie ist also von der Speiseröhre ausgegangen, indem durch die Perforation die Eitererreger direkt in das Blut ausgesät worden.

Mikroskopisch fanden sich in den kleinen Abszessen grampositive Stäbchen und Kokken: in den Hämorrhagien fanden sich merkwürdigerweise keine Bakterien.

Eine genaue klinische Diagnose war in diesem Fall unmöglich gewesen; keine Beschwerde des Kranken wies auf die Speiseröhre hin. Auch das Verschlucken eines Fremdkörpers fehlt in der Anamnese völlig.

Die Krankengeschichte, die mir der behandelnde Arzt, Feldarzt Dr. Herrmann, freundlichst zur Verfügung gestellt hat, lautet im Auszug:

„Patient klagt über Schmerzen in Schulter- und Kniegelenken, Mattigkeit und Appetitlosigkeit.

Befund: Erster Herzton an der Spitze und Herzbasis unrein, keine Gelenkschwellung; im Urin etwas Eiweiß.

Fieber morgens 39° , abends 40° .

Am 4. Tag nach der Aufnahme erhebliche Benommenheit; keine Milzschwellung; Meteorismus. Nach 5 Tagen Entzündung am rechten Zeigefinger. Keine Typhusbazillen im Blut (bei zweimaliger Untersuchung!). Weil-Felix

negativ. Keine Nackenstarre. Leib nicht kahnförmig eingezogen. Am letzten (7.) Tag Blick starr nach rechts gerichtet. Diagnose: Herzfehler, Gehirnabszeß?“

Die mikroskopische Untersuchung von Abschabseln des Fremdkörpers erwies ihn als Knochen. Herr Geheimrat von Hansemann vermutete, daß er die Bauchrippe eines Fisches sei, eine genaue Bestimmung des Knochens war aber nicht möglich, obgleich sich Herr Prof. Vanhöffen am zoolog. Museum der Berliner Universität ernstlich darum bemüht hat. Herr Prof. Vanhöffen vermutet, daß der Mann sich den Knochen erst angespitzt hat, um ihn als Zahnstocher zu benutzen und ihn dadurch so verändert hat, daß seine Bestimmung nicht mehr möglich ist; wegen des streng symmetrischen Baues des Knochens halte ich diese Annahme aber nicht für wahrscheinlich¹⁾.

Hinweise auf ähnliche Fälle kann ich nicht geben, weil hier im Felde Literatur nicht zur Verfügung steht.

Perforationen des Ösophagus durch Fremdkörper sind ja nichts Seltenes; aber die Perforation in das Herz ist, soweit sich Herr Geheimrat von Hansemann erinnern kann, noch nicht beobachtet worden; deshalb hat er mich zu dieser Veröffentlichung veranlaßt.

XV.

Die pathologische Anatomie des Morbus Basedowii.

Von

Prof. Alfred Guillebeau in Bern.

Die Möglichkeit, die Basedowsche Krankheit durch intravenöse Injektion von Saft der Basedow-Schilddrüsen vom Menschen auf den Hund in der typischen Form zu übertragen (Klose, Klose-Lampé-Liesegang), ist unzweifelhaft die hervorragendste Tatsache in der Pathogenie dieser Krankheit. Aus den betreffenden Versuchen geht hervor, daß in den kranken Schilddrüsen ein für dieses Leiden spezifisches Toxin sich vorfindet. Nun ergeben die anatomischen Befunde ein gutes Verständnis für die Toxinbildung in der Thyreoidea, wodurch die Theorie des Dysthyreoidismus eine Stütze mehr erlangt.

Es sei mir einleitend gestattet, einer Arbeit von Woudenberg über Vergrößerung der Schilddrüse bei Schlachtkälbern und -schweinen zu gedenken, als der ersten, die mich auf den hier eingeschlagenen Gedankengang brachte. Dieselbe verfolgt ausschließlich anatomische Zwecke, ohne klinische Nebenabsichten.

¹⁾ Anm. bei der Korr. Es handelt sich zweifellos um eine Muskelgräte, wahrscheinlich vom Lachs (v. Hansemann).