DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Siebenter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner.

Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Aus der medicinischen Klinik des Herrn Prof.

Dr. Ch. Bäumlér zu Freiburg i. B.

Carcinoma oesophagi mit Perforation in den
L. Vorhof.

Von

Dr. C. Hindenlang,

I. Assistenzarzt an der Klinik.

Folgende Mittheilung betrifft einen Fall von Carcinoma oesophagi, welcher nach dem L. Vorhof perforirt, und unter cerebralen Erscheinungen zum Tode geführt hat. Die grosse Seltenheit eines solchen Ausgangs, welche den Fall als ein Unicum in der Literatur erscheinen lässt, giebt uns die Berechtigung denselben auch weiteren Kreisen bekannt zu machen.

Krankengeschichte.

Am 24. April 1880 wurde der 52jährige Tagelöhner Vincenz Schöner in die Klinik aufgenommen.

Die Klagen des Patienten bezogen sich vor Allem auf Schlingbeschwerden, welche in den ersten Wochen des Februar ihren Anfang genommen hatten. Als Sitz des Hindernisses bezeichnete Patient etwa die Mitte des Sternums, und traten beim Genuss compacterer Nahrung, welche damals noch genommen werden konnte, leicht stechende Schmerzen an der bezeichneten Stelle auf.

Magenbeschwerden bestanden daneben keine. — Die Schluckbeschwerden steigerten sich jedoch rasch, so dass er

schon Anfangs März nur noch flüssige Nahrung zu sich nehmen konnte, und diese schliesslich nur mehr in aufrechter Stellung; manchmal musste er dieselbe unter Würgen und Erbrechen bald wieder von sich geben. In dem Erbrechen war niemals Blut, oder etwas Blutähnliches.

Hand in Hand mit diesen Beschwerden magerte Patient mehr und mehr ab, und fühlte sich von Tag zu Tag schwächer.

Etliche Tage vor seiner Aufnahme gesellte sich noch zu diesen Beschwerden ein lästiges Schleimwürgen und Husten, was, im Verein mit den genannten Klagen den Patienten veranlasste im Hospital Hülfe zu suchen.

Am 25. April wurde folgender Status aufgenommen:

Patient ist von grosser hagerer Statur, derbem kräftigem Knochenbau. Muskulatur und Unterhautfettgewebe stark reducirt, bedeutende Anämie.

Gesicht etwas dunkler pigmentirt, eingefallen. Augen tiefliegend. Backenknochen stark prominent. Lippen und Ohren zeigen einen geringen Grad cyanotischer Verfärbung.

Hals und Thorax bieten ausser der sich hier besonders geltend machenden hochgradigen Abmagerung bei der Inspection nichts Besonderes.

Die Percussion ergiebt eine geringe Schalldifferenz zu Ungunsten der R. Spitze, Erweiterung der Lungengrenzen, beinahe vollständig überlagertes Herz.

Auscultation R. V. O. Athmen etwas verschärft, sonst überall gutes vesiculäres Athemgeräusch.

Herztöne schwach hörbar, rein.

Das Abdomen ist kahnförmig eingesunken, die Bauchdecken schlaff, leicht aufhebbar.

Im Epigastrium links von der Medianlinie, dicht unterhalb der Process. xyphoideus fühlt man eine mehr circumscripte stärkere Resistenz und ist diese Partie in geringem Grade druckempfindlich.

Leber und Milz nicht vergrössert.

Magen nicht aufgetrieben, kein abnormes Plätschergeräusch.

Patient vermag feste Speisen nicht zu schlucken, dieselben verursachen ein schmerzhaft drückendes Gefühl in der Höhe der Process. xyphoideus und regurgitieren nach kurzer Zeit wieder mit schleimigen Massen vermischt.

Bei der Einführung einer dickeren Schlundsonde stösst man bald auf einen stärkeren nicht zu überwindenden Widerstand; die Entfernung dieser Stelle von den Zähnen aus gerechnet beträgt 35—36 Cm.; die Untersuchung selbst ist ohne starken Brechreiz und ohne auffallende Beschwerden oder Schmerzen durchführbar.

Der Zustand des Patienten bleibt sich während der folgenden Tage ziemlich gleich. Meist tritt nach Nahrungsaufnahme alsbald Erbrechen ein, und kehren die Speisen nur mit einem dünnflüssigen schaumigen Schleim untermischt fast unverändert wieder.

Das Erbrochene reagiert vollkommen neutral oder schwach alkalisch; die subjectiven Beschwerden sind unbedeutend, und schwindet das schmerzhaft-drückende Gefühl nach dem Erbrechen meist vollständig.

Bei dieser Behinderung der Nahrungsaufnahme, und bei der Unmöglichkeit mit dünneren Sonden in den Magen zu gelangen, wird Patient per rectum mit Fleischpancreasclystieren ernährt.

Eine am 26. April wieder vorgenommene Sondirung lässt die Sonde nur 33—34 Cm. weit eindringen, wobei, bevor dieselbe vollständig aufstösst, die kurz vorher genossenen flüssigen Speisen aus der Sonde auslaufen.

Sämtliche Nahrung wurde in der nächsten Zeit wieder erbrochen und kam Patient dabei mehr und mehr herunter, so dass derselbe sich wegen Schwindel und Schwächegefühl

kaum ausser Bett halten konnte. Dieser Zustand dauerte in gleicher Weise bis zum 15. Mai an, an welchem Tage Patient zum ersten Mal die genossene Milch und Bouillon nicht wieder erbrach. Von Tag zu Tag nahm die Behinderung der Nahrungsaufnahme, abgesehen von dann und wann noch auftretendem Regurgitieren der Speisen, ab und vermochte Patient am 5. Juni schon etwas consistentere Speisen aufzunehmen. Trotz der wieder eingetretenen Durchgängigkeit des Oesophagus für Speisen, gelang es in der Folge doch nicht die Sonde in den Magen einzuführen, und drang dieselbe bei einem derartigen Versuch am 7. Juni nur 36 Cm. tief ein. Weiteres Vorschieben war sehr schmerzhaft.

In Folge der besseren Ernährung durch das Freiwerden der Passage hob sich der Ernährungszustand; das Körpergewicht war, ohne dass Hydrops eingetreten wäre — vom 13. bis 29. Mai von 47,5 — 51,0 Kgr. gestiegen, was neben dem subjectiven Wohlbefinden den Patienten in der trügerischen Hoffnung der zunehmenden Besserung seines Leidens unterstützte.

Am 8. Juni wurde Patient, nachdem er sich am Abend vorher noch ganz wohl gefühlt, bei der Abendvisite keinerlei Klagen vorzubringen hatte, Morgens von einem Frostanfall verbunden mit heftigem Schwindelgefühl befallen, welcher Zustand ihn im Bett zurückhielt. Appetit vermindert, dagegen starkes Durstgefühl.

Temp Morgens 38,1. P. 92. Objectiv nichts Abnormes, keine Ursache für die Temperatursteigerung nachweisbar.

Abends 5 Uhr wollte Patient zu Stuhl, und fiel dabei, nachdem er sich einige Schritte von seinem Bett entfernt, rücklings plötzlich auf den Boden, wobei er den Hinterkopf stark auf den Boden aufschlug. Patient blieb bewusstlos liegen, und musste ins Bett zurückgebracht werden. Unter starker Röthung des Gesichts und Ausbruch von Schweiss, kehrte das Bewusstsein bald wieder; die Temperatur war im Laufe des Nachmittags auf 39,8° gestiegen, der Puls am Abend ziemlich kräftig, beschleunigt 100 Schläge in der Minute. Ausser leichtem Frösteln keine Klagen. Kein Kopfschmerz, nur die beim Fall aufgeschlagene Stelle des Kopfes etwas druckempfindlich.

Die Sclerae zeigen eine leichte doch deutliche icterische

Verfärbung, ebenso ist die Haut schwach gelblich verfärbt. Im Uebrigen nichts Neues nachweisbar. Herztöne rein, doch sehr leise; keine Vergrösserung der Milz; Stuhl heute angehalten. Harn ohne Eiweiss. — Ordinat. 3,0 N. Salic.

10. Juni. Die Temperaturerhöhung gestern auf 4,0 N. salic. ziemlich prompt zurückgegangen. Heute erst gegen Abend wieder höheres Fieber. Subjectiv keinerlei Klagen und Beschwerden. Appetit besser, kein Erbrechen, die Nahrungsaufnahme unbehindert. Stuhl spontan.

Objectiv keine bemerkenswerthe Veränderung. Puls etwas beschleunigt, doch ziemlich kräftig und voll.

11. Juni. Patient war in der verflossenen Nacht etwas unruhig, schlief schlecht, warf sich häufig im Bett hin und her. Heute Morgen noch klar bei Bewusstsein, kann derselbe seit 2 Uhr Mittags nicht mehr sprechen. Alle an ihn gerichteten Fragen werden mit einem staunenden unverständlichen Blick beantwortet, den Aufforderungen, die Zunge herauszustrecken, die Hände zu reichen, die Füsse zu bewegen, wird keinerlei Folge geleistet. Dabei keine Störungen der Mobilität; Patient wälzt sich beständig unruhig im Bett hin und her, wobei derselbe fortwährend unarticulierte Laute, welche jedoch nicht wie Schmerzenslaute klingen, ausstösst. Die Sensibilität und Schmerzempfindlichkeit für Nadelstiche herabgesetzt, an den Extremitäten dadurch keinerlei Reflexe auszulösen, nur an der Brust werden Nadelstiche durch schwache reflectorische abwehrende Bewegungen mit den Händen beantwortet. Auch im Gesicht nur geringe Reaction auf schmerzhaft Reize vom rechten Orbicularis. Von der rechten Cornea nur sehr geringe, von der linken keine Reflexe auszulösen.

Leichte Parese des L. Facialis: die L. Lidspalte weiter, im Schlaf nicht vollständig geschlossen, die L. Wange mehr eingefallen, Mundwinkel nach R. verzogen. R. Stirnhälfte mehr wie die L. in Falten gelegt.

Geringe Nackenstarre.

Temp. Abends 38,1 p. r., P. 88, regelmässig, ziemlich voll. Respiration ruhig, gleichmässig.

Auf 0,008 Morphinum wird Patient wieder ruhiger und schläft bald ein.

12. Juni. Patient lag in der Nacht meist ruhig da; die Respiration ruhig, langsam, regelmässig. Am Morgen voll-

kommen bewusstlos, keinerlei Reflexe auszulösen. Die L. Cornea in Folge Offenstehen des Auges stark getrübt. Mittags Temp. 40,4. Puls sehr klein, 128. Die Respiration zeigt Andeutungen von Cheyne Stokes'schem Rythmus. Retentio urinae.

Gegen 10 Uhr, unter Steigerung der Temperatur Exitus lethalis. Postmortale Temperatursteigerung 10 $\frac{1}{2}$ Uhr 42,0 per rect.

Bei der andern Tags durch Herrn Hofrath Maier vorgenommenen Autopsie wurde folgendes Protocoll aufgenommen:

Körper sehr mager, Hautdecken anämisch graulich; Unterleib eingefallen.

Schädeldecke dick, schwer, Tabula interna verdickt; Dura mässig gespannt; im Längssinus nur geringe Mengen dunklen Blutes. Auf der linken Seite findet sich auf der Innenfläche der Dura eine leichte Hämorrhagie, und auch die Pia zeigt in Folge dessen leicht abspülbare blutige Massen.

Die Pia selbst über beiden Convexitäten durch eitrig Exudationen getrübt. Das Exudat ist vorzugsweise rechts; links die Scheitelpartien und der Schläfenlappen weniger afficirt. Auch an der Basis zeigen sich vom Chiasma nach rückwärts, Pons, Medulla obl., Flocke, Tonsille vollständig von dem Exudat eingehüllt.

Ausserdem setzt sich der Process längs der Fossa Sylvii zu beiden Seiten fort, rechts wieder mehr wie links. Die Pia an der Basis zeigt stärkere arterielle Injection. Mittlere und Seitenventrikel ausgedehnt, enthalten ein trübes Fluidum. Hinterer Theil des Balkens erweicht.

Auf Durchschnitten des Gehirns treten verschiedene diffuse grauliche Heerdbildungen auf; links ungefähr in der ersten vorderen und obern Scheitelwindung, rechts eine in der hinteren Centralwindung und eine andere ebenfalls in der obern Scheitelwindung. Ein grösserer Heerd findet sich in der linken Hemisphäre des Kleinhirns. In der unteren Hälfte desselben im Nucleus dentatus, der davon jedoch nicht berührt ist, sitzen die graulichen Massen in den Ausstrahlungen des Markraums. Pons und Medulla obl. zeigen nichts Besonderes. Dagegen findet sich in der Nachbarschaft der Windungen,

welche die Fossa Sylvii bis zur Basis der Grossganglien begrenzen, sehr starke Consistenzverminderung in dem Rindentheile.

Die Lungen nur wenig hervortretend, ihre Vorderfläche glatt, gedunsen. Der Herzbeutel liegt in seinem ganzen Umfange bloss. Die Innenfläche des Pericard lebhaft injicirt, mit eitrigen Exudatmassen besetzt. — Im Herzbeutel 3 — 4 Esslöffel eitriger Flüssigkeit.

L. Lunge frei, Spitze und Ränder bloss gedunsen, die seitlichen und unteren Partien bläulich roth.

Durchschnitte zeigen an den vorderen Partien lufthaltiges Gewebe, in dem hintern und im untern Theil des Oberlappens schaumige trübe Flüssigkeit, neben lufthaltigem Gewebe; der untere Lappen weniger lufthaltig.

R. Lunge nach hinten zu verwachsen, in den vordern obern Partien alveoläre Ectasie, in den hintern ein hypostatisch stark serös durchtränktes Gewebe. Aus den Bronchien fliessen weissgraue Massen; ausserdem finden sich ziemlich ausgedehnt frische Gerinsel in den Aesten der Pulmonalis.

Der Oesophagus zeigt aufgeschnitten 9 Cm. über der Cardia ein über Thaler grosses tiefes Geschwür mit aufgeworfenen Rändern, und in Fetzen-flottirendem Grund von graulicher Färbung; der Substanzverlust geht durch sämtliche Häute des Oesophagus, welcher an dieser Stelle Verwachsungen mit den Bronchialästen und Herzbeutel zeigt. An der Umschlagsstelle des Herzbeutels am L. Vorhof zeigt das Gewebe schwärzliche Verfärbung. Uebrigens bietet der ganze Herzbeutel, Peri- und Epicard, entzündliche Veränderungen dar, die Hinterwand des L. Ventrikels zeigt 3 Cm. unterhalb der Grenze zwischen Kammer und Vorhof eine Kirschgrosse verfärbte Stelle von weicher Consistenz, gelblicher Verfärbung, einen 1 Cm. tiefen umschriebenen necrotischen Heerd darstellend. Die Musculatur des Herzens bloss, weich, gelbroth. Mitralis mit alten Verdickungen. Der L. Vorhof zeigt aufgeschnitten eine grauliche, Markstück grosse Verfärbung, der schwärzlich verfärbten Stelle aussen entsprechend; das Gewebe ist hier erweicht und eine Metallsonde macht schon durch ihre eigene Schwere eine Perforation.

Aufgeschnitten zeigt der Oesophagus oberhalb der Neubildung einen Durchmesser von 6 Cm., unterhalb von 4 Cm.

Milz gross, sehr weich; an der obern Spitze derselben findet sich ein über erbsengrosser schon entfärbter metastatischer Keil.

In der L. Niere ein über Stecknadelknopf grosser umschriebener weisslicher Heerd. In der Leber ein ähnlicher etwas grösserer Heerd, an deren Vorderfläche ungefähr in der Mitte der Ligam. supensor. Endlich findet sich im L. Lappen ein fast nussgrosser von einer Kapsel umgebener, eine Blase darstellender Heerd in dem eine weitere verkalkte Blase eingebettet ist.

Bei Eröffnung des Wirbelkanals findet sich in der Lendenpartie und der Cauda equina entsprechend ausserhalb des Durasackes ein eitriges Exudat, ebenso zwischen Dura und Pia in der ganzen Ausdehnung des Rückenmarks. Die Pia injicirt und getrübt. Durchschnitte durch das Rückenmark zeigen nichts Auffälliges.

Bei der microscopischen Untersuchung der Erweichungsheerde im Gehirn, welche von Herrn Hofrath Maier am frischen Präparate vorgenommen wurde, fanden sich vereinzelte Zellen epitheloider Natur, welche Herr Hofrath Maier geneigt ist mit grosser Wahrscheinlichkeit als von der Perforationsstelle im L. Vorhof hierher verschleppt anzusehen.

Der mitgetheilte Krankheitsfall nimmt vor Allem durch die Art des Ausgangs unser Interesse in Anspruch. Während der Verlauf, die bestehende Dysphagie, die trügerische Besserung und Wiederdurchgängigkeit des Oesophagus ja keinerlei bemerkenswerthe Momente darbot, war der plötzliche Eintritt von Fieber, mit den unmittelbar sich anschliessenden cerebralen Erscheinungen, etwas ganz Ungewöhnliches. Es war bei der Untersuchung für die rasche Veränderung des Krankheitsbildes klinisch auch nicht ein positives Moment zu finden gewesen. Da jegliche Lungenerscheinungen fehlten, lag es nahe an eine Betheiligung des Pericards als den Heerd für das auftretende Fieber zu denken. Doch liessen sich auch hierfür weder percutorisch noch auscultatorisch noch auf andere Weise irgend welche Anhaltspunkte gewinnen. Es fehlten jegliche Erscheinungen, welche auf einen pericardialen Erguss, oder auf eine entzündliche fibrinöse Auflagerung hindeuteten. Die Herztöne waren rein, die Action etwas beschleunigt, der Puls immer ziemlich kräftig und voll.

Nahe lag es vielleicht, auch die Gehirnerscheinungen mit

dem Fall des Patienten in Zusammenhang zu bringen, da dieselben sich ja fast unmittelbar an denselben anschlossen. Doch waren eben auch nur Vermuthungen über die Art der Läsion, keine auf bestimmte erkennbare äussere Merkmale und Symptome gestützte differentielle Diagnose möglich.

Erst die Section klärte den intra vitam nicht leicht zu vereinigenden Symptomencomplex in einer nicht erwarteten Weise auf, und zeigte wie die nach und nach eintretenden Erscheinungen mit dem gemachten pathologisch anatomischen Befund in einfachem Zusammenhang standen.

Der Sitz der Neubildung im Oesophagus war auch hier wie dies durch statistische Zusammenstellung als die häufigste Stelle festgestellt, das untere Drittel der Speiseröhre. Bei genauerer Betrachtung der topographischen Verhältnisse betraf er gerade die Partie, wo der Oesophagus unterhalb der Theilungsstelle der Trachea an den Herzbeutel durch lockeres Bindegewebe angeheftet zu sein pflegt. Die Höhe nach dem Skelette berechnet, findet sie sich nach der trefflichen Abbildung in Braunes¹⁾ topographisch anatomischem Atlas gerade etwa in einer Ebene, die durch den 7. Brustwirbel gelegt, gedacht werden muss. Besser wie jegliche Beschreibung wird ein Blick auf diese Tafel XII die localen Verhältnisse klar zu legen im Stande sein.

Per contiguitatem hatte sich die wuchernde Neubildung auf das Pericard an dessen Umschlagstelle festgesetzt, und hatte hier zu einer innigen festen Verklebung beider Theile geführt. Langsam weiter um sich greifend war der Process auch auf den L. Vorhof allmählig übergegangen ohne dass sich dies anfangs durch objectiv oder subjectiv nachweisbare Erscheinungen kundgegeben hatte. Erst bei der tiefergreifenden Destruction in der Wandung des L. Vorhofs selbst trat die Reaction in dem auftretenden Frost und Fieber ein.

Diese localen Vorgänge waren der Diagnose nicht zugänglich gewesen.

Möglicherweise ist auch auf die zuletzt vorgenommene Sondirung am 7. Juni die so rasch eintretende entzündliche Reaction zurückzuführen.

Dieselbe am Tage vor dem Frostanfall vorgenommen, war mit leichten Schmerzen verbunden, blieb jedoch, da selbst-

¹⁾ Topographisch-anatomischer Atlas nach Durchschnitten an gefrorenen Leichen. Von Dr. W. Braune.

verständlich jegliche Gewalt vermieden wurde, auch während des ganzen Tages ohne subjective Folgeerscheinungen, von Seiten des Patienten.

Denkbar ist es jedoch immerhin, dass durch eine geringe Zerrung der noch leicht verlötheten, entzündlich afficirten Partien des Peri- und Epicards der Anlass zu raschem Vordringen der Verjauchung und damit sowohl zu einer mehr diffusen den ganzen Herzbeutel befallenden Entzündung, als zur Erweichung der Vorhofswand an der betreffenden Stelle abgegeben worden war.

Für den Zusammenhang der Gehirnerscheinungen, mit den Veränderungen am Herzen, wird es wohl keines weiteren Beweises bedürfen. Die Quelle der die Meningitis und Encephalitis veranlassenden Embolien ist die ulceröse Endocarditis des linken Vorhofes, die Stelle der bis hierher fortgewucherten Infiltration seiner Wandung. Die Beschaffenheit dieser Stelle war eine derartige, dass eine vollständige Perforation intra vitam jedenfalls nur eine Frage der Zeit war, und in den nächsten Tagen oder Stunden wohl auch hätte eintreten können und müssen. Der anatomische Befund zeigte ja, wie die Sonde ohne jegliche Gewalt, frei, fast von selbst von dem trichterförmigen Oesophagusgeschwür in den Vorhof drang. Auffallend und merkwürdig muss es eher erscheinen, dass durch die verschiedenen Sondirungen bei einer so weit fortgeschrittenen Destruction die Catastrophe nicht noch früher, oder direct herbeigeführt worden war, was allerdings den gerade Untersuchenden in eine nicht wenig peinliche Situation versetzt haben würde. Sei es nun, dass die derbe Infiltration der Umgebung einen noch etwas festeren Halt bot, sei es auch, dass bei der immerhin darniederliegenden Herzkraft der intracardiale Druck zu gering war die totale Perforation mit tödtlicher Blutung in den Oesophagus oder in den Herzbeutel herbeizuführen; die nach dem Sectionsbefund so nahe liegende Eventualität trat nicht ein, sondern es war ein anderer gleichfalls von der Veränderung der Vorhofswandung abhängiger Process, der zum Schluss das Krankheitsbild gänzlich veränderte und noch vor Eintritt dieser sicher bevorstehenden Catastrophe den Tod herbeiführte. Es ist die auf embolischem Wege zu Stande gekommene Gehirnaffection. Der linke Vorhof ist ein seltener Ausgangspunkt von Embolien, hier jedoch

unzweifelhaft die einzige und directeste Quelle der in das Gehirn verschleppten Entzündungserreger, was ja überdies durch den Nachweis epitheloider Zellen in den Einweichungsheerden des Gehirns seine volle Bestätigung findet.

Die Frage entsteht nun hier, ob wir speciell diese Gewebspartikelchen für die Entzündung des Gehirns und seiner Häute verantwortlich machen müssen, oder ob auch noch andere Momente dabei betheiligt sind. Die Annahme wird wohl berechtigt sein, dass bei dem Transport dieser corpusculären Elemente, oder auch ohne dieselben aus dem Krankheitsheerd auch septische Stoffe mitgenommen wurden, und dass vor allen Dingen diesen die Hauptschuld an dem rapiden Verlauf der Krankheit zugemessen werden muss.

Die Macht der Sepsis war jedenfalls die stärkere, sie war es, die ihre deletären Wirkungen in acutester Weise hervorbrachte, und der Entwicklung metastatischer Carcinomheerde — vorausgesetzt, dass Partikelchen der Neubildung in genügender Menge dahin verschleppt wurden — jeglichen Boden nahm.

Der Verlauf dieses Krankheitsbildes, wie es sich aus den eben angestellten Betrachtungen und Erwägungen ergibt, wird sich kurz in folgenden Worten zusammenfassen lassen.

Das directe Uebergreifen einer carcinomatösen Neubildung des Oesophagus auf den Herzbeutel und linken Vorhof hatte zu einer unvollständigen Perforation der Wandungen des letzteren geführt. Durch eine bei dem Ulcerationsprocess sich entwickelnde Endocarditis mit secundärer embolischer (septischer) Meningitis und Encephalitis fand das Krankheitsbild seinen lethalen Abschluss, welcher somit der totalen Perforation und tödtlichen Blutung zuvorgekommen war.

Vergeblich habe ich mich in der mir zugänglichen Literatur umgesehen um Analogien mit diesem Falle aufzufinden, und wurde ich durch den Mangel vollständig damit vergleichbarer Beobachtungen in dem Wunsche bestärkt, diesen casuistischen Beitrag zur Pathologie des Oesophaguskrebses speciell seiner selteneren Ausgangsformen zu liefern.

Durch die bereitwillige und freundliche Ueberlassung des Falles durch meinen verehrten Chef, Herrn Prof. Dr. Bäuml er ist diesem Wunsche entsprochen worden, und erstatte ich an dieser Stelle dafür meinen aufrichtigsten Dank. —

Die durch krankhafte destructive Processe des Oesophagus sowohl, wie durch traumatische Einwirkungen veranlassten Affectionen desselben, haben, wie dies aus der reichlichen casuistischen Literatur bekannt, häufig die verschiedenen in der Nachbarschaft der Speiseröhre gelegenen Organe in Mitleiden schaft gezogen, wie denn auch secundär durch Affectionen dieser der Oesophagus nicht so selten mit ergriffen wurde.

Mediastinum, Pleura, Pericard, die Luftwege in ihren verschiedenen Abschnitten, die in der Umgebung des Oesophagus liegenden Theile des Circulationsapparates, waren alle schon an krankhaften Processen des Oesophagus mitbetheiligt gefunden worden, und haben Communicationen mit demselben eingegangen, doch zeigen sich in Bezug auf die Häufigkeit mit der die einzelnen Organe betroffen werden, und nach welchen ein Durchbruch erfolgt, ganz bedeutende Differenzen.

Nach den schon gemachten Zusammenstellungen gehören Communicationen des Oesophagus mit den Luftwegen nicht gerade zu den Seltenheiten; weniger häufig sind dagegen schon die Beobachtungen der vom Oesophagus ausgehenden oder bedingten Verletzungen des Gefässsystems, der Aorta, Art. Pulmonalis, Carotis, Thyreoidea inf., Intercostal., Vena cava, Hemiazgygos.

Ein directes Uebergreifen eines primären Oesophagusgeschwürs auf das Herz selbst gehört jedenfalls nach den in der Literatur gesammelten Erfahrungen zu den grössten Seltenheiten, und ist mir auch nur eine hierher zu rechnende Beobachtung bekannt geworden, in welcher ebenfalls, wie in unserem Fall, der linke Vorhof die afficirte Stelle war.

Der Fall, welcher auch in v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie¹⁾ erwähnt und kurz angeführt ist, wurde von Bertram²⁾ mitgetheilt.

Er betraf einen 24jährigen Soldaten, welcher nach 12tägiger Beobachtung unter Blutbrechen gestorben war.

Die vorhergehenden Erscheinungen waren Frost, Appetitlosigkeit, icterische Verfärbung der Haut, Schmerzen in der Lebergegend; am 6. Tage Eintritt von Husten und Dyspnoe; am 7. Tage fötider mit Blut untermischter Auswurf; zugleich trat über der Herzbasis ein systolisches Geräusch auf.

¹⁾ Bd. VII Anhang d. 116 II. Auflage.

²⁾ Gaz. hebdomad. 1874. d. 459. Schmidt Jahrb. Bd. 167. d. 153.

Bei der Section fand sich im Oesophagus eine kleine eine Sonde durchlassende Oeffnung, welche in eine am obern Theil des rechten Bronchus unterhalb der Bifurcation gelegene, mit Eiter gefüllte Höhle führte, welche ihrerseits mit dem rechten Bronchus und dem linken Vorhof in Communication stand.

Ob hier der Oesophagus der primäre Ausgangspunct gewesen, ist, wiewohl wahrscheinlich, doch nicht mit absoluter Sicherheit zu sagen; möglicherweise kann es sich auch um einen Mediastinalabscess gehandelt haben. Dieser einen, unserer einigermaassen analogen Beobachtungen möchte ich an dieser Stelle in Kürze einen vor nicht langer Zeit von Chiari¹⁾ mitgetheilten Obductionsbefund anreihen, wiewohl derselbe nur in einer Hinsicht mit unserem Fall Vergleichungspuncte darbietet, indem nämlich gleichfalls das Herz durch einen Geschwürsprocess eine Perforation erlitt, der Ausgangspunkt jedoch der Magen war.

Eine 71jährige Frau war unter den Erscheinungen einer Magenblutung gestorben. Bei der Autopsie fand sich an der Pars cardiaca an der kleinen Curvatur eine scharf begrenzte Lücke in der Magenwand, welche in einen dem Magen aufsitzenden Recessus führte. Dieser. Diaphragma, Pericard, Musculatur des linken Ventrikel, durchbohrend, steht durch eine kleine Oeffnung im Endocard mit der Ventrikelhöhle in directer Communication.

Ein in dem Recessus vorgefundener Fremdkörper wird von Chiari als erst nachträglich in denselben gekommen und somit nicht als Ursache des Processes angesehen.

Alle auf traumatische Weise zu Stande gekommenen Verletzungen und Durchbohrungen des Herzens vom Oesophagus aus habe ich mit Absicht ausser Betracht gelassen, da derartige Beobachtungen schon mehrfach gemacht, und mit dem mitgetheilten Falle nicht verglichen werden können. Auch von einer vergleichenden Zusammenstellung in Beziehung auf die Prävalenz des Durchbruchsortes primärer Oesophagusgeschwüre maligner oder benigner Natur, glaubte ich absehen zu dürfen, da durch Hinzutreten unserer eigentlich einzig in ihrer Art dastehenden Beobachtung zu den bereits a. a. O. bekannt gegebenen und statistisch zusammen gestellten, das Verhältniss in erheblicher Weise nicht verändert werden wird.