

Betracht kommenden krankhaften Erscheinungen berücksichtigt werden, im besonderen Leistungsfähigkeit des Herzens, Herzgröße, Schlagzahl, Blutdruck, Dauer der Krankheit, Körperverfassung, Körpergewicht, Art und Erfolg der bis dahin angewandten Behandlung, häusliche Verhältnisse.

Herr E. K. Frey: Ueber die Thyreotoxikose vom Standpunkt der Klinik und der pathologischen Anatomie.

Die gegenseitige Verständigung über die Diagnose und Behandlung des Basedow wird noch immer durch die verschiedenartige und oft unklare Begriffsbestimmung erschwert. Dem wiederholt gemachten Vorschlag, alles dem Begriff der Hyperthyreosen unterzuordnen, einen mittelschweren Basedow z. B. als Hyperthyreose zweiten Grades „mit Basedow-Syndrom“ zu bezeichnen, stimmt Votr. nicht zu, weil diese rein symptomatische Einteilung weder die Anamnese berücksichtigt, noch das eigentliche Wesen der echten Basedowkrankung, die in einer Aenderung der ganzen Persönlichkeit liegt. Die eng mit dem symptomatischen Nervensystem in Zusammenhang stehende und dem Ring der innersekretorischen Drüsen angeschlossene Schilddrüse ist Aussende- und Erfolgsorgan zugleich. Ebenso aber wie es bei der Mehrausschüttung des Schilddrüsenkretins nicht nur auf die Sekretmenge und seine Zusammensetzung ankommt, sondern wesentlich auf die Reaktion der Erfolgsorgane, so spielen auch beim eigentlichen Basedow die Gesamtkonstitution und die besondere Reaktionsbereitschaft des Nervensystems und der Organe eine ausschlaggebende Rolle. Votr. möchte lieber den Begriff der Hyperthyreose für die Fälle vorgesehen wissen, in denen die Schilddrüse und ihre krankhaft gesteigerte Tätigkeit selbst die Ursache der Erkrankung darstellt und daneben unterscheiden den nervösen Voll-Basedow (verursacht durch seelische Erschütterung), den sekundären Basedow (als Folge anderer innersekretorischer, besonders ovarieller Störungen und von Stoffwechselstörungen) und den Jod-Basedow (Folge zu viel von außen zugeführten Jodes). Auch eine solche Einteilung ist etwas schematisch und damit unvollkommen, sie wird vielfältigen Übergängen und Ueberschneidungen nicht ganz gerecht, aber sie gibt doch ein im wesentlichen richtiges Bild.

Die Erfolge der Strahlentherapie sind anzuerkennen. Sie werden aber vielfach stark überschätzt. Bei schwereren Fällen von Basedow und Hyperthyreosen soll man nach erfolgloser innerer oder Strahlenbehandlung nicht länger als 2–3 Monate mit der Operation warten, damit der geeignete und relativ ungefährliche Zeitpunkt nicht veräußert wird. Leichtere Fälle heilen in großer Zahl auch ohne ärztliche Mitwirkung. Die Operation ist das zuverlässigste und keineswegs gefährlichste Verfahren in der Behandlung des Basedow und der Thyreotoxikosen, besonders wenn man nicht die Augenblickserfolge, sondern die Dauererfolge wertet. Grundbedingung für erfolgreiche chirurgische Behandlung ist sorgfältigste Vorbehandlung, in der die Plummerschen Joddosen eine hervorragende Rolle spielen. Wenn Internist und Chirurg ihre Erfahrung und ihr Können bei genauer Ueberprüfung jedes Einzelfalles einsetzen, werden sie in der Regel zu voller Einigkeit in der Behandlung kommen.

Herr Hans Schleussing: Die Frage an den Pathologen, welches die anatomischen Veränderungen bei den Thyreotoxikosen sind, läßt sich nicht einheitlich beantworten. Man muß zwischen primären und sekundären Veränderungen unterscheiden. Als primär verändert kann in der weitaus größten Zahl der Fälle die Schilddrüse angesprochen werden. An ihr werden sich selbst bei weniger stark ausgeprägten Symptomen anatomische Veränderungen fast immer nachweisen lassen. Wer freilich als anatomischen Befund in jedem Falle eine typische Basedowstruma erwartet, wird oft vergebens suchen. Selbst der ausgesprochene Vollbasedow zeigt nicht immer das charakteristische Bild der Struma basedowiana mit Papillenbildung, Kolloidverdünnung und Kolloidverarmung. Häufig weisen nur mehr oder weniger große Abschnitte diese typischen Veränderungen auf, während andere Partien entweder unverändert erscheinen oder aber das Bild einer gewöhnlichen Struma zeigen (Struma basedowifacata). Hier entstehen Schwierigkeiten in der Deutung dann, wenn nicht genügend Material zur histologischen Untersuchung zur Verfügung steht. Weniger ausgesprochen sind die histologischen Veränderungen häufig dann, wenn auch klinisch das Krankheitsbild weniger ausgesprochen war. Hier werden häufig lediglich Epithelwucherungen in Gestalt von sogenannten Polstern oder auch Papillenbildungen in einer sonst ruhenden Kolloidschilddrüse angetroffen. Werden Knoten in einer Schilddrüse angetroffen, so können sich auch an diesen die beschriebenen Veränderungen finden. Ein so veränderter Knoten in einer sonst unveränderten Schilddrüse ist bisweilen der einzige Befund, der für eine Hyperthyreose verantwortlich gemacht werden kann. Was die Häufigkeit der Beteiligung betrifft, so konkurriert mit der Schilddrüse lediglich noch der Thymus. Seine Bedeutung bei der Entstehung des Krankheitsbildes der Hyperthyreosen wird von den einzelnen Autoren wechselnd hoch geschätzt, ist aber nach eigenen Erfahrungen nicht zu vernachlässigen. Das

gilt vor allem für die Störungen im Bereich des Kreislaufsystems. Alle anderen Organe treten gegenüber den erwähnten beiden vollständig in den Hintergrund, das heißt lediglich, was den anatomischen Befund betrifft und gilt sowohl für die Häufigkeit als auch die Schwere der Veränderungen. Weder an Eierstock, Hypophyse, Nervensystem, auch nicht am Sympathikus kann man mit Regelmäßigkeit faßbare Veränderungen erwarten. Hiermit kann natürlich nichts über die funktionelle Bedeutung dieser Organe innerhalb des gesamten Krankheitskomplexes gesagt werden. Immerhin wird der Pathologe gezwungen sein, das Organ in den Vordergrund seiner Betrachtungen zu stellen, das sich als am häufigsten und am stärksten verändert erweist, und das ist eben für die Thyreotoxikosen die Schilddrüse.

Thomas.

Verein der Aerzte zu Halle a. S.

Sitzung vom 10. Januar 1934.

Herr K. Walcher: Ueber plötzliche Todesfälle bei Frucht-
abtreibung.

Die hiezulande häufigsten mechanischen Eingriffe, nämlich die Einspritzungen mittels Klyso-pompe, Mutterdusche und ähnlichen Apparaten verdanken ihre Wirkung zum Teil mechanischen, zum Teil aber auch chemischen Einwirkungen, bzw. Kombinationen beider. Am häufigsten werden Seifenlösungen eingespritzt, die je nach Menge und Konzentration zu chemisch-toxischen Schädigungen, lokalen Nekrosen, aber auch zu allgemeinen Schädigungen auf dem Blutwege führen (Haselhorst). Dasselbe gilt für die salbenartigen Mittel (Heiser-Paste, Antigravid, Provokoll), während die Gefahr der Luftembolie bei letzteren zurücktritt. Schockartige Zwischenfälle — einige Male tödlich — wurden besonders bei Verwendung heißer Flüssigkeiten beobachtet, wohl infolge des heftigen Schmerzreizes. Fälle von Verblutung bei Laienabtreibung sind recht selten, während sie bei versuchten Ausräumungen infolge schwerer Nebenverletzungen bei Perforation vorkommen. Am meisten ist die Zahl der Schocktodesfälle einzuschränken durch den Nachweis der Luftembolie. Weit aus am häufigsten handelt es sich um die sogenannte fulminante Form, die in wenigen Augenblicken zum Tode führt. Nach neueren Untersuchungen kann die Luft auch neben dem Ansatzstück eindringen nach dem Prinzip der Wasserstrahlpumpe, besonders wenn das Ansatzstück nur oberflächlich in den äußeren Muttermund eindringt. Versuche am Leichenpräparat haben das bestätigt (Schwarzacher). Der Druck im Uterus steigt bei Einspritzungen mit Klyso-pompen sehr rasch und hoch an und ebenso gelegentlich die Menge der eingejagten Luft. Der schwangere Uterus kann verhältnismäßig leicht aufgebläht werden (Schallehn, Walcher). Einmal kam es hier vor, daß eine Frau absichtlich einer anderen Luft einpumpen wollte, was infolge der mangelhaften Apparatur jedoch nicht gelang. Die protrahierte Form ist viel seltener als die fulminante, doch ist die Differentialdiagnose aus praktischen Gründen (Hinweis auf die Täterschaft) außerordentlich wichtig. Am häufigsten kommt die protrahierte Form dadurch zustande, daß die eingespritzte Luft in eine Ablösungshöhle zwischen Uteruswand und unteren Eipol gelangt, von wo aus sie erst bei weiterer Ablösung und nach Lagewechsel in geöffnete Blutgefäße eindringt; in solchen Fällen tritt der plötzliche Tod erst beim Aufstehen oder nach dem Verlassen des Tatortes ein. Auf Grund selber beobachteter Fälle werden folgende Kriterien für die Unterscheidung zwischen fulminanter und protrahierter Form hervorgehoben:

1. Besonderheiten der Situation: Am Tatort und am Äußeren der Leiche (mangelhafte Bekleidung), wichtig auch für den Leichenschauer.

2. Bedeutungsvoll ist ferner das Mißverhältnis zwischen der Größe der Ablösungshöhle am unteren Eipol einerseits und der Geringsfügigkeit der Blutung andererseits, besonders wenn dieselbe kaum den äußeren Muttermund erreicht.

3. Es kann bei histologischer Untersuchung der Mangel einer entzündlichen Reaktion, besonders bei Seifennekrosen, auf die fulminante Form hinweisen.

Im letzten, selbst beobachteten Fall wurde besonders durch die ersten beiden Kriterien mit großer Wahrscheinlichkeit auf die fulminante Form geschlossen und dadurch die abwegigen behördlichen Ermittlungen auf die richtige Bahn geführt. Nach Bemerkungen über das Vorkommen der Luftembolie im Anschluß an Geburten, an die Luftembolie im großen Kreislauf wird die Sektionstechnik kurz dargelegt und die Bedeutung der ganzen Frage für die ärztlichen Leichenschauer und für die Ausstellung des Totenscheins hervorgehoben. Zum Nachweis der Luft im Herzen wird im Gegensatz zu Helly, der daneben die Oeffnung des Herzens ohne Wasser unter Entleerung und Beobachtung des Blutschaumes empfiehlt, an der klassischen Methode der primären Oeffnung des Herzens unter Wasser in situ festgehalten, sowohl aus Gründen der wissenschaftlichen Genauigkeit als auch aus didaktischen Gründen. (Selbstber.)