

(Aus dem Institut für Gerichtliche Medizin der Universität Graz.
Vorstand: Prof. Dr. *Fritz Reuter*.)

Plötzlicher Tod durch ein gestieltes Lipom der Speiseröhre¹.

Von

Dr. Günther Weyrich,
Assistent am Institut.

Mit 2 Textabbildungen.

Unter den nicht häufig vorkommenden gutartigen Tumoren des Oesophagus (*Fahr, Freistadtl, Goebel, v. Hacker, Kaufmann u. a.*) sind Lipome erfahrungsgemäß sehr selten zu beobachten (siehe *Ribbert u. a.*). Sie gehen anscheinend von versprengten Fettgewebskeimen der Submucosa aus und erlangen nur dann eine nennenswerte klinische Bedeutung, wenn sie den Durchgang der Speisen behindern. In dem mir zugänglichen Schrifttum fand ich nur wenige Angaben über das Vorkommen von Fettgeschwüsten des Oesophagus. Unter anderen berichteten *Maucher, Zenker* und in jüngerer Zeit die Amerikaner *W. T. Garretson* und *G. C. Hardie* sowie *Vinson* über Fälle mit einem Lipom dieser Art.

Im Herbst des vergangenen Jahres hatten wir bei der Obduktion der Leiche eines plötzlich verstorbenen Mannes ebenfalls Gelegenheit, ein Lipom der Speiseröhre, das vollkommen beschwerdefrei getragen wurde und den Tod unerwartet herbeiführte, zu beobachten. Die Seltenheit und Eigenart des Falles lässt seine ausführliche Mitteilung gerechtfertigt erscheinen.

Am 14. IX. 1932 wurde im Auftrage des Stadophysikates Graz an dem plötzlich verstorbenen 58-jährigen Kaufmann H. B. zur Feststellung der Todesursache die Leichenöffnung im hiesigen Institute vorgenommen. Der Kaufmann war in der Nacht des 13. IX. ohne ärztliche Behandlung aus vollem Wohlbefinden heraus unerwartet gestorben. Nähere Angaben über den Todesfall lagen zur Zeit der Obduktion nicht vor.

Bei der Eröffnung der Leiche des sehr wohlgenährten, kräftigen Mannes wurden neben einer chronischen Bronchitis breite, bindegewebige Verwachsungen beider Lungen mit der Brustwand und eine beträchtliche Verfettung des Herzens sowie der Bauchorgane festgestellt. Überdies

¹ Nach einer Demonstration im Verein der Ärzte Steiermarks am 25. XI. 1932.

zeigten die Herzkrankgefäß eine ziemlich ausgedehnte Sklerose, jedoch ohne wesentliche Einengung der Lichtungen.

Als wir durch den üblichen Schnitt Pharynx und Oesophagus von hinten her eröffneten, stießen wir in dem oberen Drittel der Speiseröhre auf einen unregelmäßig walzenförmigen, $9\frac{1}{2}$ cm langen, etwas mehr als daumendicken Tumor von festweicher Konsistenz. Er stand durch



Abb. 1. *a* = Zunge; *b* = Uvula und Gaumensegel; *c* = Epiglottis; *d* = linkes Zungenbeinhorn; *e* = Druckgeschwür; *f* = Lipom; *g* = Schleimhautstiel des Lipoms; *h* = Speiseröhre (aufgeschnitten).

einen dünnen Schleimhautstiel und varicös erweiterte Gefäße mit der Vorderwand des Oesophagus ungefähr in der Höhe des obersten Brustwirbels in Verbindung. Die Geschwulst ragte auffallenderweise nach *aufwärts* bis zum oberen Rande des Kehldeckels (siehe Abb. 1). Das kugelig aufgetriebene freie Ende war stark ödematos geschwollen und hatte den Zugang zum Larynx vollkommen verlegt. In der Höhe des Zungenbeines zeigte die Geschwulst eine leichte, halsartige Einschnürung und an der linken Seite ein älteres rundliches Decubitalgeschwür mit

einem Durchmesser von etwa 1 cm, welches offenbar davon herührte, daß der Tumor schon durch längere Zeit dem Drucke des bereits verknöcherten Zungenbein- bzw. oberen Kehlkopfhornes ausgesetzt war. Nicht unerwähnt sei, daß die Geschwulst die Lichtung der Speiseröhre nur unvollständig ausfüllte und noch einen kleinen Spalt für den Durchgang der Speisen frei ließ. Immerhin war die Beweglichkeit des Tumors stark eingeengt und eine Verschiebung fast nur in der Richtung des Speiseweges möglich.

Die histologische Untersuchung des Gebildes ergab, daß es sich um eine Geschwulst aus der Bindegewebsreihe, und zwar um ein Lipom handelte. Abb. 2 zeigt das Mikrophotogramm des Tumors. Dieser war

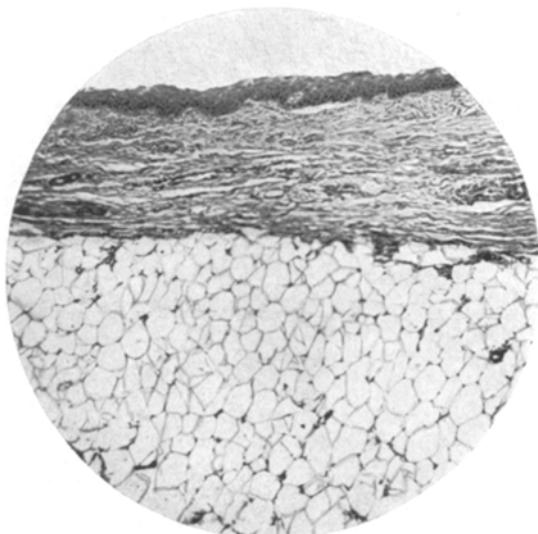


Abb. 2.

gleichmäßig aus großen Fettzellen aufgebaut und gegen die Umgebung durch eine bindegewebige Hülle scharf abgegrenzt. Nach außen hin lag der Geschwulst eine Schleimhaut mit einem hohen, mehrschichtigen Plattenepithel auf, in der man ab und zu kleine Rundzelleninfiltrate sah.

Bei den sogleich nach der Obduktion angestellten Erhebungen über den Todesfall gab die Ehefrau des Verstorbenen an, daß ihr Mann immer gesund war und nie über irgendwelche Atem- oder Schluckbeschwerden klagte. Niemand von seinen Angehörigen hatte geahnt, daß er in der Speiseröhre einen Tumor trage. Soweit sich die Frau erinnerte, wurden auch in der Familie des Verstorbenen nie Geschwulstbildungen beobachtet. Kurz vor seinem Tode aß der Kaufmann noch mit gutem Appetit eine Schinkenomelette zum Abendbrot und ging hierauf zu Bett. Bald nachdem er sich niedergelegt hatte, traten plötz-

lich Beklemmungen sowie Angstgefühle auf, und unter zunehmender Atemnot erfolgte nach einigen röchelnden Atemzügen der Tod. Die Ereignisse überstürzten sich so sehr, daß ärztliche Hilfe zu spät kam.

Auf Grund des Ergebnisses der Obduktion und der anamnestischen Erhebungen war es naheliegend anzunehmen, daß H. B. an Erstickung infolge Verlegung des Kehlkopfeinganges durch das gestielte und ödematös geschwollene Lipom der Speiseröhre eines natürlichen Todes starb. Allerdings wäre es auch denkbar, daß der Tod des Kaufmannes nicht an Erstickung, sondern gelegentlich des erwähnten Erstickungsanfalles an reflektorischer Herzlähmung infolge Reizung der sensiblen Nervenendigungen des Nervus laryngeus sup. eintrat. Die Befunde einer beträchtlichen Coronarsklerose und Herzverfettung, sowie der Umstand, daß die Lungen nicht auffallend gedunsen, wohl aber recht blutreich waren, würden in vorliegendem Falle diesen Gedanken nahelegen. Wie dem auch sei, als mittelbare Ursache des plötzlichen Todes muß bei H. B. jedenfalls das gestielte Lipom des Oesophagus angesehen werden.

Literaturverzeichnis.

- Fahr*, Gutartiger Tumor als Passagehindernis im Oesophagus. *Klin. Wschr.* **1923**, Nr 52, 2347. — *Freistadtl*, B., Zur Kasuistik der gutartigen Geschwülste des Mund-Rachenraumes. *Arch. f. Laryng.* **34**, H. 1 (1921). — *Garretson*, W. T., u. *G. C. Hardie*, Weiterer Fall von gestieltem Lipom des Oesophagus. *J. amer. med. Assoc.* **90**, Nr 17 (1928). — *Goebel*, Über die Lipomatosis des Hypopharynx, ihre Beziehung zu den sog. Oesophaguspolyphen und den tiefgelegenen Halslipomen. *Dtsch. Z. Chir.* **75** (1904). — *v. Hacker*, Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. **19**, H. 3 (1908). — *Kaufmann*, E., Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. Berlin u. Leipzig 1922. S. 501. — *Maucher*, Inaug.-Diss. Zürich 1900; angeführt nach *Ribbert*. — *Ribbert*, H., Die Geschwulstlehre. 2. Aufl. Bonn 1914. S. 162ff. — *Vinson*, Ref. *Zbl. Path.* **43**, 121 (1928). — *Zenker*, in Ziemssens Handbuch angeführt nach *Ribbert*.
-