DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

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

Zweiter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner.

Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Casuistische Mittheilungen aus der k. k. Universitätsklinik des Herrn Pro- fessor Billroth in Wien.

Von

Dr. Carl Gussenbauer,

Privatdocent der Chirurgie und Assistenzarzt der Klinik, designirter
Professor der Chirurgie in Lüttich.

(Schluss aus No. 2.)

Zweier Verhältnisse muss ich hier noch gedenken, welche gerade wegen der Complication mit einer so ausgedehnten Wunde des Oesophagus Interesse erregen und im Verlaufe der Nachbehandlung zu mancherlei Nachdenken Veranlassung gaben. Diese sind der Schlingact und die Expectoration. — Da der Oesophagus vom Schlundkopfe angefangen, theils durch das eingedrungene Messer, theils durch die Operationswunde bis unter den Ringknorpel herab an seiner linken Seite eröffnet worden und überdies ein Theil seiner Wandungen, namentlich hinter der Platte des Ringknorpels wahrscheinlich in Folge des Druckes des Messerheftes gangränös geworden war, so führte die äussere Halswunde direct in den Schlundkopf. Dessenungeachtet war der Schlingact merkwürdiger Weise nur sehr wenig beeinträchtigt. Der Kranke konnte, wenn die Wunde austamponirt war, flüssige Nahrung in reichlichen Quantitäten in den Magen befördern, ohne dass viel zur Wunde herausgeflossen wäre. Es ist dies um so merkwürdiger, als der Kranke nicht einmal über Schmerzempfindungen beim Schlingacte klagte, selbst wenn er ganze Gläser voll Milch etc. austrank.

Die Ernährung des Kranken war also trotz der ganz ungewöhnlich grossen Wunde und des Defectes im Oesophagus nur sehr wenig behindert.

Es begreift sich dies allerdings leicht, wenn man den

Mechanismus des Schlingactes und die Function des Oesophagus dabei im Auge behält, der ja beim Menschen kaum mehr als die Rolle eines dehnbaren Schlauches spielt, da die Wirkung der Oesophaguskulatur selbst für die Weiterbeförderung der Nahrung von untergeordneter Bedeutung ist.

Die andere in diesem Falle besonders auffällige Erscheinung wurde von Seiten seiner Expectoration dargeboten. Der Kranke fing nämlich 3 Tage nach seiner Aufnahme in die Klinik (2. Juni) unter vorausgehender Fieberexacerbation an, grosse Mengen eines übelriechenden Eiters zu expectoriren, über dessen Quelle mancherlei Vermuthungen möglich waren. —

Die einfachste Erklärung der copiösen Sputa lag selbstverständlich in der vorgeschrittenen Phthisis. Die Cavernen, welche durch die Percussion und Auscultation nachgewiesen wurden, konnten sehr wohl so reichliche Eitermengen secerniren, als der Kranke auswarf.

Nur die Art und Weise, wie der Kranke den Eiter namentlich auch bei der häufigen Wundreinigung zur Halswunde herauswarf, öfters in der Quantität von mehreren Esslöffeln auf einmal, wie mit einem Gusse, liess noch eine andere Möglichkeit in Betracht ziehen.

Es hätte sehr wohl der Druck des Messergriffes ebenso wie an der Ringknorpelplatte tiefer unten den Oesophagus zur Necrose führen und dort zur Abscessbildung und Perforation der Trachea Veranlassung geben können.

Ein peritrachealer Abscess im Bereiche des Thoraxeinganges hätte, mit der Trachea communicirend, bei forcirten Expectorationen offenbar ebendieselbe massenhafte Expectoration in ungezwungener Weise erklären lassen. Der Umstand, dass der Eiter in so grossen Mengen auf einmal und fast jedesmal ohne Hustengeräusche herausbefördert wurde, liess eine solche Annahme in Rücksicht auf den durch das

Messer an einer Stelle höchst wahrscheinlich erfolgten Druckbrand, nicht ganz abweisen.

Diese bedeutende Eitersecretion erschöpfte, nachdem zwei Tage vorher noch eine durch Arrosion der bei der Operation blossgelegten linken Arteria thyreoidea superior bedingte Nachblutung momentan durch Doppelligatur der Arterie gestillt worden war, die Kräfte des Kranken sehr bald, so dass er schon am 6. Juni, also 10 Tage nach der Operation starb.

Aus dem Sectionsbefunde will ich nur hervorheben, dass eine hochgradige Infiltration beider Lungenspitzen, im linken Oberlappen drei über Hühnerei grosse mit jauchig zerfallenen Tuberkelmassen erfüllte Cavernen und ausserdem eine lobuläre Pneumonie im linken Unterlappen mit Gangrän des Parenchyms und in beiden Lungen die Erscheinungen einer eitrigen Bronchitis gefunden wurden.

Der locale Befund der Wunde ergab, dass die Kante der linken Schildplatte, sowie die Platte des Ringknorpels nicht nur vom perilaryngealem Bindegewebe, sondern auch vom Perichondrium entblösst waren.

Eine Perforation der Trachea oder des Kehlkopfes hatte nicht stattgefunden, auch war nirgends im Bereiche des Halses oder im Mediastinum ein Abscess vorhanden. Die massenhafte Eitersecretion war nun wohl aus der Grösse der vorhandenen Lungen-Cavernen erklärlich. Nach den ausgebreiteten Zerstörungen, welche die Section in den Lungen nachwies, musste man sich in Anbetracht der grossen Wunde am Halse wundern, dass der Kranke überhaupt die primäre Reaction der unter so schwierigen Verhältnissen ausgeführten Oesophagotomie überwunden hatte.

Es war eben auch einer jener nicht so sehr selten vorkommenden Fälle von Lungenphthise, in denen nicht nur die subjectiven, sondern auch die objectiven Erscheinungen bei weitem nicht auf so hochgradige Zerstörungen des Lungenparenchyms schliessen lassen.

Wir hatten bald darauf Gelegenheit in der Klinik einen ähnlichen Fall zu beobachten. Am 11. Juni wurde an einer 27 Jahre alten Frau, welche vor einem Jahre ungefähr zu husten angefangen hatte, seit 5 Monaten heiser und im 8. Monat schwanger war, wegen einer durch Larynxtuberculose bedingten Laryngostenose (starke wulstige Schwellung der Geschwürsränder) die Laryngotomie nach Vieq d'Azyr gemacht. Die Thoraxuntersuchung hatte wohl eine beiderseitige Spitzeninfiltration mit Cavernen ergeben, aber weder die Percussion noch die Auscultation liessen auf eine so ausgebreitete Zerstörung schliessen, als sie nachträglich bei der Section gefunden wurde.

Nach der Operation erholte sich die Kranke, welche vorher schon mehrere suffocatorische Anfälle überstanden hatte, zwar wieder, nachdem die Expectoration durch Medicamente unterstützt wieder leichter von Statten ging.

Sie gebär auch noch am 23. Juni ein lebendes 4 Pfund schweres Kind. Am Tage nach der Geburt aber fing die Kranke, obwohl sie während des Geburtsactes, da die Placenta sehr rasch und spontan ausgetrieben wurde, nur sehr wenig Blut verloren hatte, unter den Erscheinungen erschwerter Respiration rasch an zu collabiren und starb noch an demselben Tage.

Die Section wies auch in diesem Falle zahlreiche über nussgrosse mit Eiter gefüllte Cavernen in beiden Oberlappen nach, über deren Grösse weder Percussion noch Auscultation einen bestimmten Aufschluss geben konnten, da sie, wie so häufig, theilweise mit Eiter erfüllt waren.

Der Befund im Larynx war in diesem Falle ebenfalls insofern von Interesse, als die wallartig aufgeworfenen Ränder des tuberculösen Geschwürs an der hinteren Wand des Larynx an einzelnen Stellen zu Wülsten herangewuchert waren, welche den Lungenbefund ausser Acht gelassen, bei oberflächlicher Betrachtung selbst des Präparates den Verdacht auf Carcinom nicht ganz ausgeschlossen hätten. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die von Herrn Professor Störk schon vor der Operation gestellte laryngoskopische Diagnose der Kehlkopftuberculose.

Beide Fälle illustriren aufs Neue, wie rasch zuweilen nach operativen Eingriffen acute Vereiterung und Verjauchung infiltrirter Lungentuberkel erfolgt.