III. Weiteres über die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii.

Von Dr. F. Lemke in Hamburg.

Im Anschluss an meine Veröffentlichung in No. 2 des vorigen Jahrgangs dieser Wochenschrift will ich, bevor ich von weiteren Resultaten berichte, zunächst den gegenwärtigen Gesundheitszustand der damals Operirten schildern.

Fall 1. Rudolph Heilmann besucht mich regelmässig alle vier Wochen, er ist sehr gewachsen und hat sich durchaus kräftig entwickelt, er ist Schüler der hiesigen Gewerbeschule und macht geistig einen ganz normalen Eindruck.

Sein Puls ist ganz regelmässig, Athmungsbeschwerden sind nicht wieder aufgetreten. Dagegen habe ich noch einmal einen cosmetischen Eingriff machen müssen. Die Schnittfläche des Strumarestes hatte sich zu einer gut haselnussgrossen Anschwellung verdickt, die den Patienten, da der steife Hemdkragen darauf drückte, sehr genirte.

Die kleine Operation bestand in Umstechung und Abtragung dieser Anschwellung und heilte sehr schnell. Seitdem ist nichts derartiges zu bemerken gewesen. Die Augen stehen vollständig normal, man sieht nichts mehr von der früheren Prominenz.

Fall 2. Quedenbaum habe ich vor 14 Tagen zuletzt gesehen, er zeigt dieselbe Anschwellung in ungefähr gleicher Grösse an der Schnittfläche der zurückgelassenen Strumahälfte, doch hat er gar keine Beschwerden davon. Die Stellung der Augen ist ganz normal, keine Spur von Prominenz, der Puls ist viel ruhiger, aber noch nicht ganz regelmässig und sehr erregbar. Patient hat inzwischen an Gewicht zugenommen und ist seit der Operation ununterbrochen in seinem Berufe thätig gewesen, er wohnt noch immer vier Treppen hoch und macht diesen Weg vielfach am Tage ohne Mühe. Ich bat ihn, sich noch einmal zur Untersuchung seiner Augen in's Krankenhaus zu begeben, da es doch sehr wichtig wäre, nach so langer Zeit die früheren Befunde zu controlliren, aber er weigerte sich und motivirte dies damit, dass die Untersuchungen ihn damals so angegriffen hätten, dass er, um dieselben abzukürzen, nur immer „ja“ gesagt hätte; ich erwähne dies hier ausdrücklich, damit aus den damaligen Feststellungen nicht etwa später falsche Schlüsse gezogen werden könnten.

Beide Patienten haben mir wiederholt und auch noch beim letzten Besuch ihre volle Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnisse ausgesprochen.

Seit der damaligen Veröffentlichung habe ich wieder drei Fälle operirt, von denen die beiden ersten exquisite Bilder von Morbus Basedowii boten. Die Krankengeschichten sind auszugsweise folgende:

Fall 3. Frau Hansen, 46 Jahre alt, Frau eines Töpfermeisters. Am 3. Januar 1891 wurde ich zuerst zu ihr gerufen. Patientin eine mittelgrosse, recht corpulente Persönlichkeit, klagte über starken Luftmangel und Anwandlungen von Ohnmachten. Der Puls war sehr schnell und unregelmässig, so dass es mir unmöglich war, ihn zu zählen. Herztöne rein. Es bestand eine bedeutende, gleichmässige Anschwellung der Schilddrüse und Exophthalmus geringeren Grades. Der Gesichtsausdruck war ein sehr ängstlicher, leicht cyanotischer. Ausserdem litt Patientin an ganz ungewöhnlich starker Schweisssecretion. Alle inneren Mittel, namentlich Digitalis, waren ohne jeden Erfolg, die Athemnoth nahm stets zu, Patientin brachte Tag und Nacht im Lehnstuhl zu und war ganz ohne Schlaf. Am 16. Januar musste ich abends wegen hochgradigster Dyspnoe die Tracheotomie machen. Dieselbe musste wegen der in der Narkose sich steigenden Cyanose schleunigst ausgeführt werden, und machte ich, nach vergeblichem Versuch, die Superior auszuführen, die Cricotomie, was bei der totalen Verknöcherung der Cartilago cricoidea nur mit dem Knochenmesser möglich war. Die Trachea zeigte sich seitlich comprimirt und schlauchförmig degenerirt, aber mit der federnden Canüle von König wurde der volle Effect erreicht. Sie erholte sich sehr schnell und konnte bald mit der Canüle umhergehen. Auf den Puls hatte die Ermöglichung der freien Athmung gar keinen Einfluss, er blieb ebenso unregelmässig und schwach wie vorher, auch die Prominenz der Bulbi blieb unverändert.

Am 9. Februar machte ich, um die Patientin von ihrer Canüle zu befreien, die Exstirpation der rechten Hälfte der Struma, es war sehr mühevoll bei der corpulenten Patientin, ging aber auf fast stumpfem Wege glatt von statten; ein grosser Fortsatz der Struma lag hinter dem Sternum. Die Wunde heilte mit Tamponade von Jodoformgaze sehr schnell, und nach 14 Tagen konnte die Canüle weggelassen werden. Der Exophthalmus war nach der Operation ganz geschwunden, der Puls blieb aber noch immer unregelmässig, Digitalis war auch jetzt ohne Erfolg. Patientin stand schon wieder ihrem durch eine grosse Kinderschaar sehr unruhigen Hausstande vor, als ich am Abend des 14. April zu ihr gerufen wurde, sie hatte 40,5, heftiges Kopfweh, starke Bronchitis, kurz alle Symptome der damals hier sehr verbreiteten Influenza, woran sie schon in der folgenden Nacht unter den Erscheinungen von Lungenödem trotz aller Excitantien zugrunde ging.

Fall 4. Elise Vogt, 20 Jahre alt, stammt aus einer tuberculösen Familie, sie wurde lange von mir mit Creosot wegen eines starken, übelriechenden Auswurfs behandelt.

Sie hatte eine kolossale Struma und sehr starkes Herzklopfen nebst leichtem Exophthalmus, bei jeder stärkeren Bewegung trat sofort Luftmangel ein.

Am 30. Juli 1891 führte ich die Operation aus, die Tracheotomie war nicht nöthig, es wurde die rechte Hälfte der Struma entfernt, die Operation verlief sehr glatt, und liess sich die Drüse mit Leichtigkeit auf stumpfem Wege auflösen; ein recht grosser Fortsatz lag hinter dem Sternum.

Blutverlust war sehr gering. Hier war der Einfluss der Operation auf den Puls sehr auffallend, derselbe wurde in kurzer Zeit ganz regelmässig, der Exophthalmus ist ganz geschwunden. Patientin kommt regelmässig in die Poliklinik, hat sich sehr erholt und kann wieder ihrem Dienst vorstehen. Der Rest der Struma hat sich wesentlich verkleinert.

Fall 5. Auguste Sarnau, 16 Jahre, zeigte von den Basedow'schen Symptomen nur eine starke Struma und starkes Herzklopfen. Die Augen waren normal, der Puls sehr schnell aber regelmässig. Ich entfernte die rechte Hälfte der Struma am 31. November 1891. Die Operation verlief sehr glatt, fast ohne Blutung und bietet jetzt ein sehr schönes cosmetisches Resultat, da ich den Hautschnitt möglichst klein machte, was bei stumpfem Vorgehen in der Tiefe sehr gut möglich ist. Das Herzklopfen ist seitdem ganz verschwunden, und Patientin durchaus wohl.

Beim Ueberblicken dieser Erfolge kann ich mich nur mit denselben zufrieden erklären, und ich glaube, dass keine andere Methode bessere aufzuweisen hat. Im Fall 1 und 3 wäre die Operation nicht zu vermeiden gewesen, da sonst die Kranken nie ohne Canüle hätten leben können.

Da der Exophthalmus in allen Fällen fast sofort nach der Operation geringer resp. geschwunden war, so neige ich mich der Ansicht zu, dass derselbe wesentlich ein Stauungsphänomen ist, hervorgerufen durch den Druck der Struma auf die Venen des Halses.

Ebenso ist in allen Fällen das Herzklopfen, d. h. die zum Bewusstsein kommende starke Herzaction geschwunden. Bei Fall 2 und 3 wurde nie mehr darüber geklagt, trotzdem die Herzaction schnell und unregelmässig blieb.

Die Gefahr der Operation schätze ich nicht sehr gross, jedenfalls fühle ich mich nicht mehr verpflichtet, sie den Patienten als eine gefährliche vorzustellen. Die Heilung ist bei Tamponade mit Jodoformgaze recht sicher. Fall 5 fieberte zuerst, bis sich herausstellte, dass sie kein Jodoform vertrug, bei Tamponade mit Sublimatgaze war das Fieber sofort verschwunden.

Bei nöthig werdender Tracheotomie empfehle ich sofort die Cricotomie zu machen, von einem nachträglichen schädlichen Einfluss derselben auf die Stimmbildung habe ich nichts bemerkt. Die Cartilago cricoidea ist stets leicht zu fühlen, und ist also die Operation schnell, sicher und fast blutlos auszuführen. Die Canüle muss möglichst lang sein.

Nachtrag: In No. 5 dieser Wochenschrift veröffentlicht Herr Dr. Dreesmann aus Bonn drei Fälle, die nach dem Kocher'schen Verfahren mit Unterbindung der zuführenden Arterien behandelt sind, ich benütze daher die Gelegenheit, meine Fälle auf diese Operation hin zu prüfen. Zunächst constatire ich, dass von dieser Methode in den Fällen keine Rede sein kann, wo die Tracheotomie nöthig wird; selbst bei Voraussicht eines durchaus sicheren Resultates würde der sehr quälende Zustand, mit einer Canüle umhergehen zu müssen, unnütz verlängert werden, und dann könnte auch eine in Verkleinerung begriffene Struma wieder anschwellen, wie meine beiden ersten Fälle beweisen; da nun gerade diese Fälle meistens einen Strumafortsatz hinter dem Sternum haben, so könnte leicht eine neue Tracheotomie nöthig werden. Was ferner die Schwierigkeit der Exstirpation im Vergleich zur Unterbindung betrifft, so halte ich letztere für unendlich schwerer. Die Unterbindung müsste doch stets an beiden Seiten ober- und unterhalb der Struma ausgeführt werden, was vier Hautschnitte und auch nachher vier Narben giebt an Stelle einer einseitigen, etwas längeren Narbe. Hiermit ist auch die cosmetische Frage zu Gunsten der Exstirpation zu entscheiden. Dazu kommt noch, dass der Hals nach Entfernung der halben Struma hinterher durchaus keinen schiefen Eindruck macht, die zurückgebliebene Hälfte tritt nach Aufhören des Druckes von einer Seite her mehr nach unten und nach der Mitte, so dass bei allen fünf von mir Operirten von einer Difformität nichts nachzuweisen ist resp. war. Schliesslich spricht noch für Exstirpation die grössere Schnelligkeit, mit der das günstige Resultat erreicht wird.