III. Ueber die Behandlung von parenchymatösen Kröpfen.

Von

Dr. Moritz Schmidt-Frankfurt am Main.

(Nach einem in Freiburg auf der Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrage.)

Es könnte beinahe gewagt erscheinen, mit neuen Vorschlägen über die Behandlung der Kröpfe zu kommen, nachdem wir in den von Lücke in Deutschland eingeführten parenchymatösen Einspritzungen von Jod ein so wirksames Mittel in der Behandlung der genannten Krankheit kennen gelernt, und nachdem uns die Fortschritte der operativen Chirurgie gezeigt haben, dass wir fast ohne Lebensgefahr die Patienten durch Herausnahme des Kropfes heilen können.

Allein bei dieser Operation ist die Sterblichkeit doch immer noch ca. 10 Proc., und so angenehm dies für die 90 Proc. Ueberlebenden sein mag, für die 10 Proc. ist es doch recht fatal. Sodann sind die Fälle von Kachexie nach der Operation auch nicht so selten, wie ja Kocher in seinem Vortrage auf dem Chirurgencongresse berichtet, und drittens liegt in der Verletzung des Nervus recurrens, besonders wenn sie beiderseitig nicht zu umgehen sein sollte, immerhin eine unangenehme Complication.

Ich erlaube mir hier gleich zu bemerken, dass die Cystenkröpfe wohl immer der operativen Chirurgie zur Behandlung zufallen werden, sei es durch Punction und Jodinjektion für die mit serösem oder colloidem Inhalte, sei es durch Spaltung oder vielleicht besser noch durch Exstirpation für die mit atheromatösem Inhalte und wohl für viele der mit multiplen Cysten durchsetzten Formen.

Auch gegen die parenchymatösen Einspritzungen lässt sich ihre Gefährlichkeit anführen. Ich habe sie zwar selbst tausende Male gemacht und bis vor zwei Jahren nur zweimal bei stenosirenden Kröpfen etwas unangenehmere Folgen gesehen. Dieselben bestanden darin, dass unmittelbar nach der Injection, ja fast schon während derselben, eine bedeutende Zunahme des Stridors eintrat mit einem eigenthümlichen rasselnden Tone, fast als ob man die Flüssigkeit direct in die Trachea gespritzt hätte (es waren beide Male dicke Kröpfe, so dass von einem Eindringen der Nadel bis in die Trachea keine Rede sein konnte). In dem einen Falle wiederholte sich das Ereigniss fast bei jeder Injection, ging aber stets so rasch vorüber, dass es mir keinerlei Besorgnisse einflösste, nur einmal wurde die Beklemmung so stark, dass etwa 6 Stunden lang ein sehr unbehaglicher Zustand eintrat. Ich unterliess natürlich sofort die Fortsetzung dieser Behandlung ebenso wie in dem zweiten Falle, als sich gleich bei der ersten Injection eine gleiche, stundenlang dauernde Beklemmung einstellte. In diesen Fällen könnte es sich doch nach Virchow um eine venöse Hyperämie der Trachealschleimhaut handeln.

Auch von anderer Seite hörte man von unglücklichen Ereignissen und Todesfällen reden. Schwalbe hat einen Fall beschrieben, in welchem nach einer Jodinjektion in einen Kropf eine Hirnembolie mit tödtlichem Ausgange erfolgte. Er lässt es freilich dahingestellt, ob es nicht etwa nur ein zeitliches Zusammentreffen gewesen sei oder ein causales. Lücke führt nach Demme 2 Fälle an, wovon der eine wohl der Schwalbe'sche sein dürfte. Rose hat in seinem Werke über den Kropftod eine Anzahl Fälle angeführt, um dadurch die Exstirpation zu empfehlen.

Ich habe mir Mühe gegeben, den einzelnen mir von Hörensagen bekannt gewordenen Fällen nachzugehen. Ich erhielt von mehreren Collegien, denen ich hier meinen Dank ausspreche, freundliche Nachricht, dass die betreffenden Mittheilungen auf Irrthum beruhen müssten, von Anderen erhielt ich gar keine oder eigenthümlich gereizte Antworten. Ich kann nicht umhin, im Interesse der Wissenschaft dies zu bedauern, man könnte daraus aber fast auf die Wahrheit der Nachrichten schliessen. In Freiburg theilten mehrere Collegien unangenehme Erlebnisse bei Injectionen mit. Es scheint, dass die meisten derartigen Unglücksfälle jugendliche Patienten betrafen.

So kam vor etwa 2 Jahren ein 13jähriges Mädchen mit seiner Mutter zu mir, das Kind hatte einen mittelgrossen, parenchymatösen, weichen, für gewöhnlich nicht stenosirenden Kropf; bei mässigem seitlichen Druck entstand der tracheale Ton beim Athmen, sie soll auch beim Laufen leicht kurzathmig gewesen sein, sie war nicht heiser. Der Kropf hatte in der letzten Zeit trotz Jodeinreibungen zugenommen, weshalb ich direct zur Behandlung mit Jodeinspritzungen überging. Ich machte dem sich lebhaft sträubenden Kinde eine Injection von etwa 12 Tropfen gewöhnlicher Jodtinctur in den

mittleren Theil der Struma. Es trat sofort der oben erwähnte rappelnde Ton beim Athmen mit starker Beklemmung ein. Nachdem sich das Kind etwas beruhigt hatte, schickte ich es in mein Wartezimmer mit der Weisung für die Mutter, sie solle noch etwa 10 Minuten warten, bis es wieder frei athme. Nach Verlauf dieser 10 Minuten aber kam das Kind mit der schreienden Mutter wieder herein im Zustande der äussersten Asphyxie, blau, mit kaltem klebrigem Schweiß bedeckt. Ich schickte zunächst die Mutter hinaus, suchte das Kind zu beruhigen und führte es in ein Nebenzimmer, unterwegs fühlte ich schon seine Beine zusammenknicken und als ich im anderen Zimmer war, hatte ich einen nicht mehr athmenden Körper in Händen. Ich lief rasch nach meinem Tracheotomiehesteck, mein Assistent ordnete den Tisch, ich machte einen grossen Schnitt durch die Haut bis auf die Trachea, fühlte in dem See von Blut, dass dieselbe säbelscheidenartig zusammengedrückt war, ich hakte rechts und links in die Wand ein Häkchen und machte unter Leitung des Fingers einen Einschnitt in die Trachea, führte die Canüle ein, und nach längerer künstlicher Respiration (in solchen Momenten verliert man ja das Zeitmaass, es war aber recht lange) kam der erste spontane Athemzug und nach ein oder zwei weiteren Minuten athmete das Kind wieder normal. Die Blutung stand sofort. Bei dem Einschnitt war mir nun aufgefallen, dass der Kropf so sehr viel dicker geworden war, als ursprünglich, und dass die Venen an der Oberfläche desselben kleinfingerdick waren. Ich wusch die Wunde mit 5procentigem Carbolwasser und transportirte das Kind nach einer halben Stunde in ein Hospital, dort wurde Eis aufgelegt und bei mässigem Fieber, bis 39,5, verliefen die nächsten 72 Stunden ganz befriedigend, nur musste die Canüle oft gewechselt werden, da ziemlich viel fester Schleim dieselbe verstopfte.

Am 4. Tage Morgens, als gerade die Wärterin die innere Canüle reinigte, trat plötzlicher Tod ein, im letzten Moment hat sich das Kind noch die Canüle herausgerissen. Sofortige Wiederbelebungsversuche nach Einführung der Canüle blieben erfolglos.

Bei der Section fand sich, dass der vorne etwa gänseeigrosse, symmetrische Kropf durch Fortsätze nach hinten um Trachea und Speiseröhre herumgewachsen war. Die Consistenz desselben war ziemlich derb, die Venen der Oberfläche rabenkiel dick. Spuren der Injection waren nicht mehr zu finden. Der rechte Nervus recurrens ist ganz in die Geschwulst gebettet, der linke atrophisch.

Der untere vordere Rand des Ringknorpels war durch die Canüle nach hinten oben umgebogen, so dass durch den Mund nicht hätte geathmet werden können. Die Trachea war so zusammengedrückt, dass sie in ihrem oberen Theile ein spitzwinkliges Dreieck mit der scharfen Kante nach vorne bildete. Vom Ringknorpel bis zum 9. Trachealringe war diese Compression zu finden und ebensoweit waren auch alle Knorpelringe erweicht.

In den Lungen fand sich nichts Besonderes. Das Herz war gross, links normale, eher verdickte Wandungen zeigend, die Wand des rechten Ventrikels aber sehr dünn, fast ganz verfettet, so dass an manchen Stellen die Wand nur aus Fett bestand.

Bei dem Eintritt dieses unglücklichen Zufalls mögen wohl allerhand Ursachen zusammengewirkt haben, die sämmtlich dazu beitrugen die Hals- und Kropfvenen zu füllen, und der dadurch rasch vergrösserte Kropf drückte dann die erweichten Trachealwandungen zusammen. Den ersten Anstoss hat wohl das Pressen des Kindes beim Einstechen gegeben; ich glaube, dass hier die Qualität der Einspritzungsflüssigkeit gar keinen Einfluss hatte. Bekanntlich macht Husten oder Pressen beim Stuhlgang, in Wochenbetten Kröpfe rasch schwellen. Die Stauung wurde vermehrt durch das kräftige Nachpumpen des linken Herzens, während das verfettete rechte Herz die ihm zuströmenden Blutmengen nicht so gut fortzuschaffen konnte. An dem späteren plötzlichen Tode ist wohl auch die Verfettung des rechten Herzens schuld. Es ist dies wenigstens ein Befund, den ich in einer Anzahl von plötzlichen Todesfällen, nach Scharlach, Typhlitis, nach überstandenen Wochenbetten gefunden habe. Bei gesunden rechten Herzen wäre wohl nach der Einspritzung rasch eine Ausgleichung erfolgt. Ich glaube nicht, dass eine solche Verfettung in 3 Tagen eintreten kann, dieselbe hat also wohl zur Zeit der Injection schon bestanden.

Es entspricht dies ja ganz den von Rose in seiner Arbeit über den Kropftod ausgesprochenen Ansichten. In anderen Fällen mögen aber auch andere Ursachen die gleiche Wirkung hervorrufen. So beobachtete ich vor kurzem einen Patienten von ca. 40 Jahren, welcher sehr heftige Erstickungsanfälle wahrscheinlich durch Krampf der Glottisschliesser bekam; dafür sprachen das Timbre des Stridors, das sehr plötzliche Aufhören der Beengung und der Umstand, dass bei der vom Kollegen Louis Rehn vorgenommenen Exstirpation des Kropfes die Luftröhre gar nicht erweicht gefunden wurde. Dr. Rehn wird den Fall zunächst veröffentlichen. In anderen Fällen mit starker seitlicher Verkrümmung und Verdrängung der Luftröhre durch einseitige Strumabildung genügt oft ein sehr leichter Druck auf die Trachealwand, um Dyspnoe hervorzurufen. Bei anderen mag wieder die Lähmung des Glottiserweiterer schuld sein, wie Seitz in Zürich nachgewiesen. Ich muss aber offen gestehen, dass

ich mir daraus allein den „plötzlichen“ trotz aller Belebungsversuche fortbestehenden Tod nicht erklären kann; s. g. Ertrunkene kann man doch nach langer Zeit wieder zum Leben bringen, jeder gesunde Mensch kann doch den Athem 40—60 Secunden halten. Ich glaube mit Rose, dass in solchen Fällen das fettig degenerirte rechte Herz eine grosse Rolle mitspielt.

Man wird es begreiflich finden, dass ich nach einem solchen Zufalle die Injectionen nicht mehr gern anwende, besonders nun gar in Fällen, in welchen eine Stenose, selbst mässigen Grades, besteht. Nun kommen einem doch aber solche genug vor, selbst erheblichen Grades. In den Fällen habe ich nun die Anwendung der Kälte speciell der Leiter'schen Röhren sehr probat gefunden in Verbindung mit Jodkali innerlich 1—3 gr pro die je nach der Schwere des Falls.

Der erste, den ich damit behandelte, war ein Mann von über 50 Jahren, dessen Struma durch einen Husten sehr gewachsen war und starke Dyspnoe hervorrief. Als ich von dem Kollegen zugezogen wurde, fand ich einen stark cyanotischen Mann mit kalter klebriger Haut am Kopfe. Es hatte eine sehr harte, rechts unter die Clavikel heruntergehende, unheugliche Struma auf beiden Seiten. Es wurde, da die Tracheotomie sicher die grössten Schwierigkeiten gemacht hätte, zunächst zur Linderung des Hustenreizes Morphinum gegeben, die Leiter'sche Kühlung andauernd angelegt und 3 gr Jodkali per Tag verschrieben. Schon nach mehreren Stunden war eine Erleichterung da, und am nächsten Morgen war der Zustand so, dass eine Tracheotomie nicht mehr in Frage kam. Patient behielt die Röhren 4 Tage immerwährend, dann nur immer 3 Stunden mit 3 Stunden Pause, später nur Morgens und Abends mehrere Stunden. Dabei und unter dem Gebrauch des Jodkali verschwand der Kropf vollständig. Ich habe den Pat. nach 1½ Jahren wiedergesehen, die Heilung hat Stand gehalten.

Der zweite Fall betrifft einen 17jährigen Mann der einen dicken Hals von Jugend auf hatte, in den letzten Wochen zunehmend, mit steigendem Luftmangel, am Tage vorher Anfall von Bewusstlosigkeit, Stimme heiser, Nachts geräuschvoller Athem. Weiche, sehr bedeutende Vergrösserung der Schilddrüse nach beiden Seiten. Stridor sehr bedeutend, leiser Druck vermehrt ihn schon, Parese der Glottiserweiterer; dieselbe Behandlung. Nach 8 Tagen erhebliche Besserung, kein Anfall von Beklemmung mehr. Nach 3 Monaten, noch kleine apfelgrosse Geschwulst, kein Stridor beim Athem. Stimme wieder normal.

Drittens: 40jährige Frau, hat durch einen Kropf öftere Erstickungsanfälle gehabt, seit 14 Tagen durch Husten verschlimmert. Eis, Jodkali: nach 14 Tagen bedeutende Besserung kein Anfall mehr eingetreten.

Viertens Mann von 68 Jahren, vor 4 Wochen nach einer Austrennung heiser geworden. Zugleich mit sehr starker inspiratorischer Dyspnoe. Es findet sich ein von dem Patienten nicht beachteter sehr harter Kropf, wenig vorragend, den Larynx beiderseits umgebend. Ich fürchtete bei der grossen Härte ein Carcinom vor mir zu haben. Lähmung der Glottiserweiterer, minimale Beweglichkeit der Stimmbänder; dieselbe Behandlung, die ersten 8 Tage anhaltend die Leiter'schen Röhren. Nach 3 Wochen theilte mir Patient brieflich mit, dass die Athemnoth ganz vergangen sei, wovon ich mich nach 2 Monaten selbst überzeugen konnte. Der Kropf war erheblich abgeschwollen, es waren jetzt zwei getrennte kleinere Tumoren zu fühlen, entsprechend den beiden Seitenlappen der Schilddrüse. Die Stimme war nicht besser, auch die Beweglichkeit der Stimmbänder nicht. 4 Monate nach Beginn der Behandlung starb Patient auswärts an wieder zunehmender Dyspnoe, der Kropf war nicht wieder dicker geworden. Wie mir sein Arzt mittheilte, fand sich bei der Section, dass eine carcinomatöse Wucherung das Lumen des Kehlkopfes anfüllte. Die Section konnte nur sehr unvollkommen gemacht werden, ebenso konnte auch eine mikroskopische Diagnose nicht gestellt werden.

Fünftens: Mann von 49 Jahren. Vor 6 Monaten hatte er angeblich einige Wochen Katarrh gehabt und war abwechselnd heiser gewesen. Grosse mässig harte Struma, inspiratorische Dyspnoe, anfallsweise stärker, die Stimmbänder weichen beim Untersuchen nur wenig auseinander. Bei der gleichen Behandlung trat schon nach 10 Tagen eine bedeutende Besserung im Athmen ein, die Stimmbänder bewegten sich besser. Heilung in etwa 8 Wochen.

Sechstens: Frau von 40 Jahren, starke Dyspnoe durch einseitigen parenchymatösen Kropf, der die Trachea ganz zur Seite drängte. Geheilt nach 3 Monaten.

In Fällen mit bedrohlicher Dyspnoe lasse ich den Patienten die Leiter'schen Röhren Tag und Nacht tragen.

Dieselben haben den Vortheil, dass man sie genau nach dem Hals biegen kann, dass man sie besonders bei Nacht nicht zu wechseln braucht, wie Eisumschläge, und dass der Patient sich bei den langen Zuleitungsröhren doch etwas bewegen kann. Bei Wasser von gewöhnlicher Brunnentemperatur erzielt man denselben Effect wie mit Eisumschlägen. Legt man Eis in den betreffenden oberen Eimer, so erzielt man eine sehr intensive Wirkung.

Bei leichter Erkrankten brauchen die Röhren nur 3 Stunden Morgens und 3 Abends angewendet werden. Die Patienten sind dabei in einer geeigneten Beschäftigung Lesen, Schreiben, Handarbeiten nicht gestört.

Jodkali gebe ich in der doppelten Quantität Wasser gelöst zu 15—30 Tropfen 3 Mal täglich. Ich habe immer gefunden, dass diese grösseren Dosen besser vertragen werden wie kleinere, eine Beobachtung, welche auch von Anderen gemacht wurde. Ich glaube, man sollte, ehe man zur Exstirpation von parenchymatösen Kröpfen schreitet, immer erst diese combinirte Methode von Kälte und Jod versuchen.