Professor Billroth behufs Fremdkörperextraction ausgeführte Oesophagotomien berichtet, welche insoferne noch zu den häufigeren gerechnet werden können, als es sich in beiden Fällen um Oesophagusstricturen und Einkeilung von relativ kleinen Fremdkörpern (ein Knopf, ein Kirschkern) in die Narbenstricturen handelte. Der Fall hingegen, über welchen ich im Nachfolgenden berichte, zeichnet sich in mehrfacher Beziehung vor anderen ähnlichen aus.

Zunächst betrifft der Fall ein an sich pathologisches Individuum, welches wahrscheinlich in selbstmörderischer Absicht ein grosses rechtwinklig gestelltes Taschenmesser in den Schlundkopf einführte und soweit in den Oesophagus durch den Schlingact vorschob, dass die Mechanik des ganzen Vorganges um so räthselhafter erscheint, als die dadurch direct veranlassten Verletzungen sehr geringe waren. Andererseits waren die Schwierigkeiten, welche sich der Extraction dieses Fremdkörpers sowohl vom Munde aus, als nach der Oesophagotomie darboten, insbesondere bemerkenswerth. Ausserdem war die Nachbehandlung wegen der ungewöhnlich grossen Operationswunde um so schwieriger, als die Complication mit chronischer Lungentuberculose Erscheinungen hervorrief, welche auch in differential - diagnostischer Hinsicht Schwierigkeiten darboten.

P. H., 34 Jahre alt, verheirathet, aus Krakau, war schon seit längerer Zeit wegen einer chronischen Lungenaffection in ärztlicher Behandlung; cerebrale Störungen hatte man nie wahrgenommen. Am Vormittag des 26. Mai 1875 schlüpfte dem Kranken nach seiner Angabe ein grosses Taschenmesser, welches er angeblich zum Reinigen der Zunge vom Schleime gebrauchte, während eines Hustenstosses in den Schlundkopf. Anfangs wollte er es selbst extrahiren, es gelang ihm aber nicht. Eine mässige Blutung stellte sich ein und bald darauf wurde der Kranke bewusstlos. Die Angehörigen des Kranken riefen den Hausarzt, ohne von der Einführung des Messers Kenntniss zu besitzen. Dieser verschrieb, nachdem die Blutung inzwischen von selbst gestanden war und der Kranke, wieder bei vollem Bewusstsein, auch ihm die Einführung des Messers verheimlicht hatte, ein Medicament und entfernte sich. Erst am Mittage theilte der Kranke den Vorfall seinen Angehörigen mit und nun machte der abermals herbeigerufene Hausarzt mehrfache Extractionsversuche mit gewöhnlichen Schlundzangen, ohne zum Ziel gelangen zu können. —

Gegen Abend wurde Herr Professor Bryk in Krakau gerufen, welcher die Güte hatte, an Herrn Professor Billroth folgende Mittheilung über den damaligen Befund zu machen:

„Ich fand den Kranken ziemlich munter, die unteren und seitlichen Halspartien etwas von Luft aufgedunsen, die Submaxillargegend aber noch frei davon, die Athembeschwerden waren gering, die Stimme etwas rau, das Schlingen nicht auffallend gehindert, indem er auf mein Ersuchen ein Glas Wasser zwar in Absätzen, jedoch ohne sichtliche Beschwerde ausgetrunken hat. Dabei fiel jedoch die Unbeweglichkeit des Kehlkopfes auf, dessen trotz des Emphysems deutlich markirte Protuberanz bei den Schlingbewegungen nicht wie im normalen Zustande auf und nieder gestiegen war. Bei Betrachtung der seitlichen Halsgegend fühlte ich unter dem Zungenbein und dessen Horn einen harten fest eingekeilten Körper, der, nach einwärts gedrückt, das dem Kranken seit dem Morgen unbehagliche Gefühl im Halse in hohem Maasse verstärkte und das Athmen zu erschweren schien. Nachdem der Unterkiefer durch einen Retractor tief niedergedrückt worden war, gelangte ich mit dem in die Rachenhöhle eingeführten Zeigefinger bis zur Messerklinge, welche links unter dem Zungenbein vorn mit dem Rücken nach oben gelagert war. Medianwärts verlor sie sich am linken Rande der

II. 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.

II. Extraction eines grossen Taschenmessers aus dem Oesophagus mittelst Oesophagotomie, Tod in Folge acuter Erweichung ausgedehnter chronischer infil- trirter Lungentuberkeln.

Schon vor geraumer Zeit (1871 Wiener med. Wochen-
schrift) hat mein College Dr. Menzel über zwei von Herrn

Epiglottis, lateralwärts und nach hinten scheinbar an Dicke zunehmend, konnte ich sie eine geraume Strecke, die ich auf etwa $1\frac{1}{2}$ Zoll veranschlagt haben mochte, vom Kehldeckelrande an mit dem Finger verfolgen, war aber nicht im Stande, ihre Vereinigung mit dem Hefte, noch weniger die Schneide derselben zu erreichen. Von den Flächen liess sich blos die gegen die Schlundhöhle gekehrte in einiger Breitenausdehnung mit dem Finger betasten, während die entgegengesetzte der seitlichen Schlundwand knapp anliegend gefunden wurde. Drückte ich endlich mit dem Finger von Innen auf die Klinge in der Richtung gegen die Haut, so trat die vorhin erwähnte längliche Härte nach Verstreichen der Luft an dieser Stelle als ein deutlich unter dem Zungenbeine und dessen Horn vorspringender Wulst hervor.“ —

Nach diesem Befunde liess sich Herr Prof. Bryk nur ungern von den Angehörigen zu einem Extractionsversuche bestimmen. Er fasste zweimal mit einer starken gebogenen Sequesterzange die Klinge fest und hob sie mit Anwendung grosser Kraft empor, doch schnellte sie jedesmal wieder zurück. —

Nachdem sich Herr Prof. Bryk auch noch durch diese Extractionsversuche überzeugt hatte, dass das Messer wegen seiner Einkeilung per os nicht extrahirt werden könnte, entschloss er sich die Pharyngotomia subhyoidea auszuführen und die Extraction durch die Wunde zu versuchen.

Da die Operation in einem kleinen dumpfen Zimmer vorgenommen werden musste und die Respiration des Kranken überdies erschwert war, so wurde der Kranke vorsichtshalber nicht chloroformirt. Um die Wirkung der Zungenmuskulatur auf die Bewegungen des Zungenbeines auszuschliessen, wurde die Zunge mit einer Fadenschlinge fixirt, und hierauf nach nochmaliger Constaturung des oben angegebenen Befundes Haut und Platysma unter dem Zungenbeine in querrer Richtung in einer Länge von $1\frac{1}{2}$ Zoll durchschnitten. Beim weiteren Vordringen mittelst Messer und Hohlsonde gegen die Membrana thyreo-hyoidea bemerkte Herr Professor Bryk plötzlich ein Zurückweichen der vorher an dieser Stelle prominirenden Klinge, und konnte er die jetzt schlaffe Membran mit dem Finger nach Innen zwischen Zungenbein und Schildknorpelrand einstülpen. Die hierauf vom Munde aus vorgenommene Digitaluntersuchung bestätigte, dass die linke Schlundtasche jetzt entleert und das Messer höchst wahrscheinlich durch die Contractionen der Pharynxmuskulatur, welche während der Operationen reflectorisch erregt worden waren, tiefer in den Oesophagus hinabgeglitten sei. Herr Professor Bryk stand deshalb, in der Ueberzeugung, dass das Messer auch von dieser Wunde aus nicht mehr extrahirt werden könnte, von der Vollendung der Operation ab, vereinigte die gesetzte Wunde mit der Knopfnah und proponirte die Extraction mittelst Oesophagotomie, deren Ausführung er auf den folgenden Tag verschob.

Der Kranke aber reiste in Begleitung seines Hausarztes noch an demselben Abende nach Wien, stellte sich am Nachmittage des 27. Mai Herrn Professor Billroth vor, der sich nach aufgenommenem Befunde sofort zur Oesophagotomie entschloss. —

Der Hals war bereits stark geschwollen, die Haut geröthet. Das subcutane Emphysem erstreckte sich bereits bis auf den oberen Brustumfang. Der Kranke wurde in die Klinik gebracht, narcotisirt und hierauf die typische Oesophagotomie ausgeführt.

Die Extraction des Messers war eine sehr schwierige, und gelang erst nach Verlängerung des Speiseröhrenschnittes nach

abwärts, das Messer war, (siehe die Figur, welche genau seine Grösse, Form und Stellung angiebt,) schräg im Oesophagus gelegen, so dass der Winkel nach oben und rechts, die Klinge schräg nach links, das Heft nach unten und rechts gewendet war. Die Raumbeschränkung und namentlich der Umstand, dass der Kranke selbst nichts mittheilen konnte oder wollte, und man somit über Grösse und Stellung des Messers nichts wissen konnte (der Bericht des Herrn Prof. Bryk konnte erst später eingeholt werden) — macht es erklärlich, dass die Extraction sehr erschwert war, um so mehr, als die Rücksicht auf die grossen Gefässe zur grössten Vorsicht aufforderte. Um deren Verletzung sicherer vermeiden zu können, wurde die Schneide des Messers während der Extraction mit einem gefurchten Itinerarium gedeckt und das Messer mehr durch eine Bewegung in einem Kreise, dessen Centrum im Vereinigungspunkte der Klinge mit dem Hefte lag, als durch directen Zug in seiner Länge allmählig entwickelt.

Nach der Operation fühlte sich der Kranke, als er aus der Narcose erwacht war, sehr erleichtert, und war trotz aller Vorstellungen nicht zu bewegen, sich in die Klinik aufnehmen zu lassen.

Er wurde deshalb seinem Wunsche gemäss in ein nahe liegendes Hôtel gebracht, wo er die nächsten 2 Tage zubrachte. Erst als er sich überzeugt hatte, dass er dort die für seinen Zustand nöthige Pflege nicht finden könne, war er zu bewegen, sich in unsere Klinik aufnehmen zu lassen. —

Am 30. Mai, dem Tage seiner Aufnahme, hatte er sehr hohes Fieber. Die Wunde war unrein, ihre Ränder infiltrirt, die Fascien, das Muskelbindegewebe und die Oesophaguswandungen theilweise necrotisch. Ausserdem war die oben erwähnte quere Schnittwunde über der Cartilago thyreoidea nicht per primam geheilt, ihre Umgebung eitrig infiltrirt. Dazu kam noch das bis auf die Mitte des Brustbeines reichende subcutane Emphysem, über welchem die Haut in seiner ganzen Ausdehnung entzündlich geröthet war.

Die Untersuchung des Thorax ergab eine beiderseitige Spitzeninfiltration und der Allgemeinzustand gab das Bild einer ziemlich weit vorgeschrittenen Phthisis.

Unter diesen Verhältnissen war die Prognose sowohl in Bezug auf den nächsten Verlauf als den endlichen Ausgang eine sehr ungünstige.

Trotzdem gelang es durch eine sorgfältige Tamponade der Wunde und Application der an unserer Klinik seit mehr denn zwei Jahren so vielfach erprobten essigsäuren Thonerde in der von Burow angegebenen Verschreibung die Wundverhältnisse innerhalb weniger Tage günstig zu gestalten. Die bereits etablierte Phlegmone ging in Resolution über, die Abstossung des necrotischen Gewebes erfolgte verhältnissmässig rasch, und schliesslich wurde eine reine, gut granu-

lirende Wunde erzielt. Wohl war die Wunde sehr gross, die eiternde Fläche ausgedehnt vom Schlunde bis zur Clavicula reichend und überdies die hintere Kante der linken Schildknorpelplatte, dort wo das Messer den stärksten Druck ausgeübt hatte, vom Perichondrium entblösst.

Dennoch war von Seite der Wunde eine Gefahr für das Leben des Kranken nicht mehr zu befürchten, da sowohl die grossen Venen des Halses und insbesondere nach unten das Mediastinum bereits durch eine üppige Granulationsschicht geschützt war.

Den Tod des Kranken führte schliesslich die weit vorgeschrittene Lungenphthisis herbei, welche allerdings durch die immerhin eingreifende Operation, die mit hohem Fieber verbundene primäre Reaction und den erheblichen Eiterverlust und Mortificationsprocess rapider und acuter fortschritt, als es sonst wohl der Fall gewesen wäre.

(Schluss folgt.)