III. Ueber chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii.¹⁾

Von Dr. F. Lemke in Hamburg.

Wenn wir die 50 Jahre überblicken, welche seit der ersten Veröffentlichung des Krankheitsbildes verflossen sind, das wir zu Ehren seines Entdeckers „Morbus Basedowii“ zu nennen gewohnt sind, so müssen wir sicher erstaunt sein, dass sowohl unsere pathologisch-anatomischen Kenntnisse, als auch die therapeutischen Erfolge durchaus keine Fortschritte gemacht haben.

Wir sind noch ebenso wie früher der Ansicht, dass eine bisher unbekannte pathologische Veränderung im Nervus sympathicus die Ursache aller Erscheinungen sei; ja unsre Therapie nimmt noch immer die fehlerhafte Beschaffenheit des Blutes zu ihrem Angriffspunkt, obwohl man weiss, dass dieselbe nicht Ursache, sondern Folge der Krankheit ist. Unsre einzigen zwar geringen, aber doch wirklichen Erfolge verdanken wir allein den Mitteln, welche die Blutbeschaffenheit bessern, denn die elektrische, also den Nerven selbst betreffende Behandlung hat nur vorübergehende Erfolge aufzuweisen.

Neuerdings scheint, was unsre Kenntnisse über die Ursachen betrifft, ein Fortschritt zu nahen, man hat Veränderungen in der Grösse des Gesichtsfeldes constatirt, die auf eine Erkrankung der Hirnrinde zu deuten sein sollen. Ich habe hier zwei neue Dissertationen aus dem Jahre 1889, eine besonders fleissige von Wauer aus der Münchener Klinik, welche die ganze neuere Litteratur aufs sorgfältigste zusammengestellt enthält, mit 7 neuen Fällen; die andere ist aus Berlin von Caracoussi mit 6 neuen Fällen. Von Heilung ist nirgends etwas zu berichten, ein Fall in München starb wegen plötzlicher Anschwellung der Struma, die anderen wurden „ungeheilt“ oder „etwas gebessert“ entlassen.

Um so mehr freut es mich, Ihnen hier 2 Fälle persönlich vorstellen zu können, von denen durch eine neue chirurgische Behandlung der eine vollständig geheilt, der andere so wesentlich gebessert ist, dass der bis dahin ganz arbeitsunfähige, schwerkranke Mann jetzt mit vollem Erfolge seinem Berufe nachgehen kann. Die Veröffentlichung habe ich absichtlich so lange hinausgeschoben und eine Frist von 7 und 6 Monaten verstreichen lassen, um von vornherein dem Einwande zu begegnen, dass meine Auffassung zu optimistisch und die Erfolge nicht von Dauer sein würden.

Ich bringe zunächst die beiden Krankengeschichten im Auszuge und werde gleichzeitig berichten, wie sich die chirurgische Behandlung mir gleichsam von selbst aufgezwungen hat.

Fall 1. Rudolph Heilmann, 17 Jahre alt, aus Hamburg, Vater an Lungenentzündung gestorben, Mutter und die Geschwister gesund. Er wurde schon seit 2 Jahren wegen Herzklopfens und Kurzlufthigkeit von mir behandelt. Seine Beschäftigung als Malerlehrling musste er aufgeben, da er das Klettern auf Leitern und Gerüsten und den Aufenthalt in zugigen Räumen nicht vertragen konnte. Allmählich entwickelte sich eine Struma, die Stimme wurde heiser und rau, auch Luftmangel zeigte sich in verstärktem Grade.

Da traten im März d. J. zuerst Erstickungsanfälle auf infolge einer plötzlichen Anschwellung der Struma. Dieselbe hatte jetzt einen sehr bedeutenden Umfang und überragte oben den Ringknorpel, während sie nach unten bis hinter das Sternum sich erstreckte. Gleichzeitig entwickelte sich ein sehr bedeutender Exophthalmus. Die Gesichtsfarbe war stark cyanotisch, der Puls sehr schnell und unregelmässig, Schlaf war schon mehrere Nächte unmöglich gewesen, Nahrungsaufnahme sehr erschwert, dazu gesteigerte Temperatur.

So traf ich ihn, als ich am 12. April zu ihm gerufen wurde. Ich beschloss sofort die Tracheotomie, liess ihn in die Klinik transportieren, was er noch ganz gut vertrug, und versuchte in Narkose zuerst die Tracheotomia inferior, aber es war unmöglich, die Trachea frei zu machen oder auch nur zu fühlen, da sie ganz schlauchförmig weich war, ich ging deshalb mit Verlängerung des Schnitthes zur superior über. Inzwischen wurde aber Patient asphyctisch, und es blieb nichts anderes übrig, als die Struma zu spalten und die Cricotomie zu machen. Ich legte die lange federnde Canüle von Koenig ein, die sich hier wieder sehr bewährte, und nach den ersten tiefen Inspirationen stand die infolge der Stauung colossale Blutung ganz von selbst.

Patient schlief zunächst fast 24 Stunden, nur unterbrochen von dem für Reinigung der Canüle und Nahrungsaufnahme nöthigen Momenten. Bei

dem günstigen Verlauf konnte ich schon nach 8 Tagen daran denken, die grössere linke Hälfte der Struma zu exstirpieren. Diese Operation ging ganz glatt von Statten. Die Narkose wurde durch die Trachealcanüle gemacht; nach Durchtrennung der Hautdecken liess sich die Struma fast auf stumpfem Wege mit den Fingern und dem Messergriff herauschälen. Der mittlere Lappen reichte etwa 2 cm hinter das Sternum, er wurde mit entfernt. Am schwierigsten war die Ablösung von der erweichten Trachea, da die Gefäbr vorlag, dieselbe zu verletzen. Der Nervus recurrens kam uns nicht zu Gesicht.

Die Wunde wurde mit Jodoformgaze tamponirt und nach zwei Tagen grösstentheils durch Secundärnaht geschlossen. Die Heilung verlief ohne Zwischenfall. Nach 8 Tagen blieb die Respiration auch ohne Canüle ganz frei und normal. Die linke Hälfte des Kehlkopfes war leicht paretisch. Sehr auffallend war es, dass nach der Operation der sehr bedeutende Exophthalmus fast ganz verschwunden war.

Patient bietet, nachdem jetzt 7 Monate seit der Operation verstrichen sind, das Bild eines vollständig gesunden, blühenden jungen Mannes. Die zurückgebliebene rechte Hälfte der Struma ist ganz abgeschwollen, der Puls ist regelmässig und normal frequent, die Augen prominieren nicht mehr, die Stimme ist wieder hell und klar, der Kehlkopfspiegel ergiebt die vollständig gleiche Function beider Kehlkopfhälften.

Das Körpergewicht hat bedeutend zugenommen, Patient ist in seinem Berufe ganz ungehindert thätig.

Dieser glückliche Erfolg, der sich sogleich nach der Heilung zeigte, veranlasste mich, einen Patienten zu mir zu bestellen, den ich schon vor mehr als einem Jahr lange vergeblich mit allen möglichen Mitteln wegen Morbus Basedowii behandelt hatte:

Fall 2. Paul Quedenbaum, Schuhmacher, 47 Jahre alt, aus Hamburg, schon seit mehreren Jahren krank, war wegen Erfolglosigkeit meiner Behandlung weggeblieben, hatte inzwischen $\frac{1}{2}$ Jahr ebenso erfolglos im Eppendorfer Krankenhaus zugebracht. Sein Aussehen ist ganz jammervoll, sehr starke Abmagerung, beide Augen in ungewöhnlichem Grade prominent. Struma stark vergrössert, besonders rechts, macht beim Auflegen der Hand fast den Eindruck eines Aneurysma, so stark ist das Schwirren und die Pulsation. Die Herzthätigkeit ist ganz arhythmisch und so frequent, dass sie sich nicht zählen lässt. Beide unteren Extremitäten sind deutlich geschwollen. Patient ist in sehr depressirter Stimmung, da sich auch seine äussere Lage infolge der langen Arbeitsunfähigkeit sehr verschlechtert hat.

Auf die ihm vorgeschlagene Operation ging er gegen den Rath des ihn damals behandelnden Arztes sofort ein. Die Operation fand am 28. Mai statt. Wegen der Narkose hatte ich mir bei der schlechten Herzthätigkeit grosse Sorge gemacht, doch war es merkwürdig zu beobachten, wie sich unter Einwirkung des Chloroforms der Puls allmählich beruhigte.

Ich exstirpirte die grössere rechte Hälfte der Struma, die einen Tumor von der Grösse einer kleinen Faust darstellte. Man konnte sie wie einen Schwellkörper comprimieren, sie scholl beim Nachlassen des Druckes sofort wieder an. Aus diesen Eigenschaften erklärt sich auch die starke Blutung, welche die Operation sehr erschwerte. An Unterbinden während der Operation war garnicht zu denken, die Geschwulst musste schnell entfernt werden, sonst hätte Patient sich verblutet. Nachdem dieselbe entfernt war, stand die Blutung, wie ich gehofft hatte, fast ganz von selbst. Vorsichtshalber bekam Patient sofort noch Wasserinjectionen in's Rectum, er erwachte vollständig klar aus der Narkose und bekam auch kein Erbrechen. Die Wunde wurde mit Jodoformgaze tamponirt, nach zwei Tagen Secundärnaht.

Die Heilung verlief ganz ohne Zwischenfall. Schon am 2. Tage war der Exophthalmus bedeutend zurückgegangen. Nach 10 Tagen konnte der Kranke zur poliklinischen Weiterbehandlung entlassen werden. Seitdem sind sechs Monate vergangen, und er hat sich inzwischen körperlich sehr erholt, die Oedeme sind spurlos verschwunden, die Augen zeigen ganz normale Lage, die linke Hälfte der Struma hat sich zurückgebildet, die Herzaction ist viel regelmässiger und ruhiger, doch ist der Kranke noch leicht aufgeregt, wozu schon allein eine ärztliche Untersuchung genügt. Seit 4 Monaten übt er sein Handwerk wieder aus, und zwar in einer 4 Treppen hoch belegenen Wohnung. Diesen Weg macht er mehrmals am Tage.

Zu diesem Falle liegen mir noch durch Güte eines unserer ersten Augenärzte sehr sorgfältige Untersuchungen des Gesichtsfeldes vor, wonach die Ausdehnung desselben in jeder Richtung sich allmählich verkleinert hat. Die letzte Untersuchung fand nach der Operation statt und constatirte ein weiteres Fortschreiten dieses Processes. Patient selbst will keine Verminderung bemerkt haben, wollte sich aber nicht länger untersuchen lassen, da es ihn zu sehr anstrengte.

Eine Erklärung für diese beiden Beobachtungen zu geben, liegt mir fern, dazu ist das ganze Gebiet dieser Krankheit zu unsicher. Für die Empfehlung dieser Methode aber stütze ich mich auf das Factum, dass vermittels derselben der erste, jugendliche Patient vollständig geheilt ist, der zweite, 47 jährige, bei dem alle Symptome in selten hohem Grade lange Zeit bestanden hatten und allmählich zur typischen „Glotaugenkachexie“ geführt hatten, so „wesentlich gebessert“ ist, dass er wieder vollständig arbeitsfähig geworden ist.

Ich glaube sicher, dass die Jugendkraft für die hier vorliegende Heilung ein Hauptfactor gewesen ist, und hoffe, dass man bei weiteren Erfahrungen dahin kommen wird, so früh wie möglich zu operieren, d. h. sobald die Diagnose gesichert ist.

Die Hälfte der Schilddrüse kann man ja bekanntlich ohne nachtheilige Folgen entbehren, bei jetziger Wundbehandlung ist auch der Eingriff kein lebensgefährlicher. Natürlich ist dies keine Operation für den praktischen Arzt, es gehört neben ausgezeichneter

¹⁾ Nach einem Vortrag mit Krankenvorstellung im ärztlichen Verein zu Hamburg.

Assistenz immerhin eine specialistische Uebung und Sicherheit dazu.

Man müsste dann auch bei Verdacht auf Morbus Basedowii mit der Behandlung der Struma anders verfahren als bisher, und vor Allem Injectionen von Jod oder Ergotin direkt in die Struma vermeiden, ein derartiges Verfahren würde die etwa später nöthige Operation wesentlich erschweren. Ergotin kann übrigens mit demselben Erfolge auch in die Umgebung eingespritzt werden, z. B. in die vordere Brustwand.

In der Dissertation von Wauer aus der Münchener Klinik ist Fall 5 ein absolutes Analogon zu unserm Fall 1. Auch da trat plötzliche Schwellung der Struma ein, die den Exitus herbeiführte. Der Sectionsbefund ergab: „Trachealstenose, bedingt durch Compression der Trachea in Folge rechtsseitiger Hypertrophie der Schilddrüse“.

Warum, frage ich, wurde in diesem Falle nicht die Tracheotomie gemacht mit später folgender Exstirpation einer Strumahälfte?

Ein solches Vorkommniss berechtigt meiner Ansicht nach zu dem Schlusse: Kranke mit Morbus Basedowii gehören nicht auf die innere, sondern auf die chirurgische Abtheilung.