

Wunddiphtherie.

Von Dr. Max Jacobsohn,

Spezialarzt für Chirurgie und Orthopädie in Berlin.

Ich hatte vor langer Zeit in meiner Assistentenzeit Gelegenheit, bei dem hervorragenden Diagnostiker und Kliniker Krabler (Greifswald) drei Fälle von Wunddiphtherie oder, wie er es nannte, „Diphtheron der Wunde“, zu sehen. Die damals von Löffler in seinem Institut vorgenommene bakterielle Untersuchung bestätigte den Befund. Seitdem habe ich keinen Fall dieser Wunddiphtherie mehr gesehen, soweit ich mich erinnere.

Vor ungefähr einem Jahre wurde mir ein junger Mann in mein Lazarett hinter der Front gebracht mit einem Knieschuß, der in einer vorgeschobenen Lagerstelle einer Sanitätskompanie vorbehandelt war.

Es handelte sich um einen Granatsplittersteckschuß vom 17. November 1917. Lazarettaufnahme 31. Dezember.

Mit den Details des Krankenblatts will ich nicht weitläufig werden, nur soviel sagen, daß im unteren Drittel des rechten Oberschenkels an der medialen Fläche die fünfmarkstückgroße Wunde, schmierig belegt, sehr übelriechend, mäßig stark sezernierte.

Ein Fistelgang ging 4 cm in die Tiefe, die Wundränder waren hart, derb infiltriert, der Splitter war durch eine an der Beuge-seite des Unterschenkels dicht unterhalb der Kniekehle gemachte, 5 cm lange Inzision entfernt, die auch zur Zeit der Lazarett-aufnahme noch schmierig belegt war. Temperatur 37,1°.

Es entstand gleich bei der Aufnahme der Verdacht auf Wunddiphtherie.

Am 2. Januar vermerkt das Krankenblatt: Die Wunde reinigt sich durch feuchte Sublimatumschläge deutlich. Die Ränder sind allerdings noch ziemlich kallös.

Aus äußeren Gründen war die bakteriologische Untersuchung eines Wundabstrichs damals nicht möglich.

Am 3. Januar morgens, also am vierten Tage nach der Aufnahme: Schmerzen im Halse, glatter, weißer Belag in Halberbsengröße im oberen Segment der linken Tonsille. Abends: Schüttelfrost, Temperaturanstieg, 39,4°, zunehmende Halsschmerzen. Der Belag auf der Tonsille hat sich über das obere Drittel ausgedehnt und eine graugrüne Farbe angenommen.

Ich mußte den Patienten wegen dieser auf Rachendiphtherie verdächtigen Erscheinungen einer Infektionsabteilung überweisen, und es wurde dort auf meinen Wunsch außer dem Abstrich von den Tonsillen auch ein Wundabstrich auf Diphtheriebazillen untersucht.

Dabei zeigte sich, daß sowohl im Rachen als im Wundabstrich sich Diphtheriebazillen fanden.

Am 4., 5. und 8. Januar war der Rachenabstrich frei von Diphtheriebazillen, und der Patient sollte zur weiteren Wundbehandlung auf die Chirurgische Station verlegt werden.

Ich regte an, das Resultat der Untersuchung des Wundabstrichs noch einmal zu revidieren, da es mir sehr unwahrscheinlich schien, daß die Bazillen aus dem Wundabstrich bereits verschwunden seien. Der Befund war positiv geblieben. Auch bei späteren Untersuchungen am 12., 15., 19. und 20. Januar wurden noch Diphtheriebazillen gefunden.

Zur Vervollständigung des Referates sei erwähnt, daß am 19. Januar eine Gaumensegellähmung einsetzte, die am 25. Januar als gebessert, am 28. Januar als geheilt in der Krankengeschichte genannt wird, daß dann aber am 7. Februar von neuem eine schwere Gaumensegelparese auftrat, die laut Krankenblatt erst am 13. März zurückging.

Die bakteriologische Nachprüfung des Wundsekrets am 7. Februar ergab dann keine Diphtheriebazillen mehr.

In der Lagerstelle, an der der Patient bis zum Transport in mein Lazarett gelegen hatte, sind Diphtheriefälle nicht bekannt geworden.

Die Temperatur sank am Tage nach der Injektion auf 37,9°, abends 37,5° und hielt sich dann weiterhin in den nächsten sechs Tagen zwischen 37,0 und 37,8°.

Die niedrigen Temperaturen bei Wunddiphtherie sind auch von anderer Seite, so gering auch die Zahl der beobachteten Fälle ist, im allgemeinen bestätigt worden.

Die Frage, ob Patient möglicherweise als Bazillenträger anzunehmen sei, ließ sich für die Zeit bis zum Auftreten der Diphtherie naturgemäß nicht mehr mit Sicherheit entscheiden.

Die nachträgliche Prüfung von Material verschiedenster Provenienz hat keinen Anhaltspunkt dafür gegeben.

Unter den Wunddiphtheriefällen der Literatur figurieren zumeist die Fälle mit sekundärer Infektion von bereits bestehenden diphtherischen Rachenerkrankungen aus. Bemerkenswert ist in unserem Falle, daß primär die Wunddiphtherie vorlag und daß eine Angina, die fast 24 Stunden als einfache Angina lacunaris bestand, erst sekundär sich diphtherisch infizierte, daß dann aber die Bazillen aus dem Rachenabstrich bereits nach einem Tage verschwinden, nach 17 Tagen aber noch das Wundsekret Diphtheriebazillen aufweist.

Ähnlich liegt ein Fall, den Tosch aus der Epstein'schen Klinik an der Universität Prag mitteilte,¹⁾ wo zuerst eine Diphtherie der Vulva vorlag, zu der sich sekundär eine Pharynxdiphtherie nach 24 Stunden gesellte.