

(Aus dem Institut der pathologischen Anatomie an der Staatsuniversität zu Smolensk.)

Zur Frage der eitrigen Entzündung des Ductus thoracicus.

Von

Dr. E. Kryloff,

Assistent.

(Eingegangen am 27. April 1927.)

Die eitrige Erkrankung des Duct. thoracicus ist ein sehr seltenes Leiden. *P. Pappenheimer* berichtet in seinem Aufsatz „Über eitrige Entzündung des Ductus thoracicus“ (Virchows Arch. 231. 1921), daß in der ganzen von ihm durchgesehenen deutschen, französischen und englischen Literatur nur 10 Fälle mitgeteilt worden sind. Mit seinen eigenen 2 Fällen kommt er zu folgenden Schlüssen. Die besonders tiefe Lage des Ganges erschwert die Diagnose, zumal es keine deutlichen klinischen Symptome gibt. Es gelang nicht in allen berichteten Fällen die Quelle des Eindringens des Erregers in den Ductus thoracicus nachzuweisen; nur in 3 Fällen wurde als Erreger ein Streptokokkus festgestellt. Die Eiterung kann sich längs des Ductus und rückläufig ausbreiten. In keinem der mitgeteilten Fälle war die Eiterung des Ductus die Todesursache. In der Mehrzahl der Fälle erfolgte der Tod an Peritonitis mit Septikämie. — $\frac{3}{4}$ der Fälle betraf Männer.

Die Seltenheit der Erkrankung rechtfertigt die Mitteilung eines einzelnen Falles, der, wie es scheint, der erste in der russischen Literatur überhaupt beschriebene Fall ist.

Der 29jährige Arbeiter wird am 14. IV. in die Infektionsklinik der Staatsuniversität zu Smolensk aufgenommen, nachdem er plötzlich 3 Tage vorher erkrankt war. Er klagt über Kopfschmerzen, Husten, Schnupfen, Schmerzen im Kreuz, Unwohlsein, Schwäche. — Früher auch an Malaria und Fleckfieber erkrankt.

Status praesens: Zunge trocken und belegt. Gesicht rot, Herzgrenzen normal, Töne dumpf. Empfindlichkeit des Leibes in der Ileocöcalgegend. Milz vergrößert, Rand fühlbar. — Kein Ausschlag.

Am 4. Tage des Klinikaufenthaltes wird im rechten Lungenunterlappen Dämpfung und unbestimmtes Atmen nachgewiesen. Klagen über heftige Schmerzen in der rechten Seite und Atemnot.

Am 5. Tage Tod.

Klinische Diagnose: Status typhosus. Pleuropneumonia dextra. Grippe. Obduktion: 19. IV.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Akute hämorrhagische Tracheitis et bronchitis. Peribronchitis chronica. Pleuritis suppurativa dextra. Stauung und Ödem der Lungen. Trübe Schwellung des Herzens, der Leber und der Nieren. Septische Pulpaschwellung der Milz. *Eitrige Entzündung des Ductus thoracicus*. Lymphadenitis der Brust-Bauch-Leistenlymphknoten und der Lymphknoten der Beine. Hämorrhagische und phlegmonöse Entzündung der Haut und der Muskeln der Arme und Beine. An der inneren Fläche des linken Fußes kleine, mit Borken bedeckte Wunde mit schmutzigen Rändern. Prostatahypertrophie.

Der Ductus thoracicus ist in seinem ganzen Verlaufe stark erweitert und mit einem dicken, übelriechenden, schleimigen Eiter angefüllt. Oben, vor Einmündung des Ductus in die Vena jugularis hat der Eiter das Aussehen eines festen Pfropfes; unterhalb desselben ist die größte Erweiterung des Ductus. Auch in tieferen Abschnitten findet sich kleinere Pfropfbildung. Die Wand des ganzen Ductus ist stark verdickt. Eine mit Eiter gefüllte Cyste ist von einem Paket stark vergrößerter, retroperitonealer Lymphknoten umgeben. Die Lymphknoten des Bauchraumes, der Leistenbeuge und der Beine bilden eine Kette kirsch- bis walnußgroßer Knoten von fester Konsistenz.

Die histologische Untersuchung zeigt das gewöhnliche Bild einer eitrigen Entzündung; die Pfröpfe im Ductus und einigen Lymphgefäßästen sehen wie eitrige Thromben aus. Die Verdickung der Wand beruht auf Bindegewebsneubildung, die dafür spricht, daß der Prozeß nicht frisch ist.

Die klinischen Beobachtungen und der pathologisch-anatomische Befund an der Trachea und den Bronchien lassen keinen Zweifel an dem Bestehen einer akuten Grippe zu. Im gleichen Sinne spricht auch die septische Milzschwellung. Die Erkrankung des Patienten fiel auch mit der Entwicklung einer Grippeepidemie in verschiedenen Gegenden Rußlands zusammen, und zwar einer solchen schweren Charakters mit vielen Komplikationen und ungünstigen Ausgängen. Diese Komplikationen werden zumeist mit einer sekundären Infektion mit Streptokokken in Zusammenhang gebracht, die sich auch bei unserem Patienten fanden. Man könnte sich den Verlauf dieser Infektion so vorstellen, daß der Streptokokkus durch die Haut in den Körper eindrang und den Lymphwegen bis zum Ductus thoracicus folgte. Die Infektion breitete sich ferner durch das hintere Mediastinum auf die Pleura aus und bewirkte dort die eitrige Pleuritis. Der durch die grippale Infektion geschwächte Körper kann der neuen Infektion nicht widerstehen und geht septisch zugrunde. Für die Richtigkeit dieser Vorstellung spricht das Verhalten der Lymphknoten, die zwischen der infizierten Haut des Beins und dem Ductus thoracicus sich schwer verändert hinziehen. Im gleichen Sinne ist die Beschaffenheit des Eiters zu verwerthen, der für eine frische Pleuritis spricht, die mangels jeglichen entzündlichen Lungenherdes mit großer Wahrscheinlichkeit mit der Vereiterung des Ductus in Zusammenhang zu bringen ist.

Eine andere Frage ist die nach dem Eindringen des Streptokokkus in die Haut; hier könnte die kleine Wunde am linken Fuße die Eintrittspforte darstellen.

Auch in unserem Fall fehlten wie in allen übrigen kennzeichnende klinischen Anzeichen für die Erkrankung des Ductus. Schwere Störungen des Lymphumlaufs, die eine Todesursache hätten sein können, fehlten ebenfalls in unserem Falle, wie auch sonst. Warum sich die Vereiterung des Ductus ausbildet, läßt sich bei der Seltenheit der Fälle nicht feststellen; obwohl es doch grundsätzlich keinen Unterschied zwischen den Lymphgefäßen und dem Ductus thoracicus gibt, finden sich doch in jenen so sehr viel häufiger Entzündungsvorgänge, als in diesem. Vielleicht fangen die vielen vorgeschalteten Lymphknoten in der Regel die meisten Erreger ab und machen sie unschädlich, so daß dadurch der Ductus verhältnismäßig geschützt wird.

Herrn Prof. *v. Aliakritzky* danke ich für seine Unterstützung bei der Arbeit.
