

ISBN 978-3-662-27509-2

DOI 10.1007/978-3-662-28996-9

ISBN 978-3-662-28996-9 (eBook)

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN WIEN VI

Die vorliegende Arbeit ist ein Sonderabdruck aus der „Wiener klinischen Wochenschrift“, Jahrgang XXXVIII, Heft 3. — Alle Rechte vorbehalten.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Begründet von Hofrat Prof. H. v. Bamberger.

ORGAN DER GESELLSCHAFT DER AERZTE IN WIEN

Schriftleitung: Prof. Dr. J. Kyrle in Wien.

38. Jahrgang.

Herausgegeben von F. Chvostek, F. Dimmer, A. Durig, V. Ebner, A. Eiselsberg, S. Exner, E. Finger, A. Fischel, A. Fränkel, E. Fromm, E. Fuchs, R. Graßberger, M. v. Gruber, A. Haberdia, M. Hajek, J. Hochenegg, F. Hochstetter, O. Holzknecht, F. Kermauner, A. Lorenz, O. Marburg, R. Maresch, J. Meller, H. Meyer, M. Neuburger, H. Neumann, N. Ortner, H. Pekam, E. Pick, C. Pirquet, O. Riehl, J. Schaffer, O. Stoerk, J. Tandler, J. Wagner-Jauregg, R. Wasicky, R. Weiser.

Die „Wiener klinische Wochenschrift“ gibt die an den Kliniken und Instituten Österreichs und der Nachfolgestaaten geleistete Arbeit in ihren Hauptergebnissen wieder und macht sie allen ärztlichen Berufsgruppen zugänglich. Als Organ der Gesellschaft der Ärzte in Wien, jener ob ihrer reichen Traditionen in allen Ländern der Welt bekannten und geachteten wissenschaftlichen Vereinigung, berichtet die Wochenschrift über die Tätigkeit der Gesellschaft, in der sich alle medizinischen Ereignisse widerspiegeln. Die „Wiener klinische Wochenschrift“ bietet durch Originalaufsätze und Abdruck von wichtigen Vorträgen sowohl dem Praktiker als auch dem Theoretiker eine Orientierung in den verschiedensten Zweigen des medizinischen Wissens.

Das reichhaltige Material ist in folgende ständige Gruppen zusammengefaßt: Klinische Vorträge, Originalien, Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften und Kongreßberichte, öffentliches Gesundheitswesen, gerichtliche Medizin, Aus Archiven und Zeitschriften, Buchbesprechungen und -Anzeigen, sozialärztliche Mitteilungen, Mitteilungen aus den Hochschulen usw.

Die „Wiener klinische Wochenschrift“ veröffentlicht ferner seit dem 1. April 1924 in zwangloser Folge die wichtigsten Vorträge aus den Fortbildungskursen der Wiener medizinischen Fakultät, die den Abonnenten als Beilage kostenlos mitgeliefert werden. (Näheres über die bisher veröffentlichten Vorträge siehe auf beiliegendem Blatt.)

Die „Wiener klinische Wochenschrift“ bietet ihren Abonnenten eine weitere Vergünstigung insofern, als die Bezahler die im Verlag von Julius Springer in Berlin erscheinende „Klinische Wochenschrift“ zu einem dem allgemeinen Bezugspreise gegenüber um 20%, ermäßigten Vorzugspreis beziehen können.

Ferner stehen den Abonnenten der „Wiener klinischen Wochenschrift“ sämtliche bisher erschienenen und auch weiterhin zur Ausgabe gelangenden „Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der Medizin“ zu einem um 10%, ermäßigten Vorzugspreis zur Verfügung. (Siehe auch Verzeichnis der bisher erschienenen Bände auf der 4. Umschlagseite.)

DIE INDIKATIONEN ZUR CHIRURGISCHEN BEHANDLUNG VON LUNGENERKRANKUNGEN

VON

PROF. DR. HERMANN SCHLESINGER

Lungenoperationen sind gegenwärtig viel häufiger, als dies in den früheren Dezennien der Fall war. Der Grund hiefür liegt in dem Umstande, daß man gelernt hat, die für die chirurgische Behandlung geeigneten Fälle mit größerer Sicherheit auszuwählen und daß neue Operationsmethoden Aussichten auf Erfolg bei Lungenleiden eröffnen, welche früher ausschließlich in die Domäne der internen Behandlung fielen. Das Zusammenarbeiten der Internisten und der Chirurgen hat gerade auf diesem Gebiete erfreuliche Resultate gezeitigt.

Die Anwendung des Unterdruck- und des Überdruckverfahrens bei operativen Eingriffen an Gebilden der Thoraxhöhle hat viel dazu beigetragen, schwere Bedenken der Internisten zu verscheuchen. Haben die jetzigen Operationsmethoden der Lungenchirurgie manche Anhänger zugeführt, so sind jetzt auch die Chirurgen dank der präziseren Lungendiagnostik weit eher imstande helfend einzugreifen, ohne allzuschwere Eingriffe setzen zu müssen.

Drei Gruppen von Operationen kommen wegen Lungenaffektionen in Betracht: 1. Entfernung krankhaft veränderter Lungenabschnitte. Diese Operationen können die radikale Beseitigung neoplastisch infiltrierter Lungenabschnitte bezwecken oder die Entfernung bronchiektatisch veränderter Teile zum Ziele haben.

2. Eröffnung von Eiterhöhlen mit eitrigem oder jauchigem Inhalte.

3. Ruhigstellung größerer, pathologisch veränderter Lungenpartien.

Gewisse Voraussetzungen sind bei den verschiedenen Operationen die gleichen. Vor allem muß der Allgemeinzustand einen Eingriff zulassen. So ist es zwecklos, bei höchstgradiger Herzschwäche einen Eingriff vorzunehmen, wenn der Zustand des Kranken ein baldiges Ende voraussehen läßt. Eine Operation zur Beseitigung einer Lungengeschwulst ist unnütz und qualvoll für den Kranken, wenn ein gegründeter Verdacht auf Metastasenbildung besteht. Ist eine Lungeneiterung neben zahlreichen Abszessen anderer Körperabschnitte vorhanden, so wird genaueste Überlegung am Platze sein, ob man einen Eingriff wagen darf.

Schwere Komplikationen stellen Kontraindikationen gegen operatives Handeln dar. So wird man ein aktives Vorgehen eher unterlassen, wenn umfänglichere Venenthrombosen, Perikarditis oder zerebrale Komplikationen vorhanden sind.

Endlich wird es notwendig sein, eine möglichst genaue Diagnose der Erkrankung zu stellen, denn das Fehlen dieser Voraussetzung gefährdet im Falle eines Eingriffes den Kranken auf das schwerste.

Die Diagnose muß sowohl eine allgemeine sein — die Krankheit als solche muß erkannt sein — und es ist als zweite *conditio sine qua non*, die genaue Lokaldiagnose erforderlich.

Spielt sich die allgemeine Diagnose nach den genugsam bekannten Regeln der Schulmedizin ab, so erfordert die Lokaldiagnose eine besonders eingehende, oft nicht genügend gewürdigte Berücksichtigung.

Schon die allgemeine Diagnose kann erhebliche Schwierigkeiten ergeben, wie ich dies nicht eingehend ausführen muß. Es ist nicht immer leicht, ein Bronchial-Karzinom frühzeitig zu erkennen; auch die Frühdiagnose einer Bronchiektasie ist manchmal eine schwere diagnostische Aufgabe. Und doch muß diese Diagnose sicher und nicht „beiläufig“ gestellt sein, wenn man diese Affektionen operativ behandeln will.

Die Idee, einen neoplastisch infiltrierten Lungenabschnitt zu extirpieren, ist sicher kühn und bestechend. Der Eingriff wurde wiederholt gewagt, ohne sich einbürgern zu können. Ich glaube auch nicht, daß er oft ausgeführt werden kann, denn die primären Lungentumoren, deren Hauptrepräsentant das Bronchialkarzinom ist, entwickeln sich sehr häufig schleichend und metastasieren frühzeitig. Nicht selten lenken erst die Metastasen die Aufmerksamkeit auf sich und führen zur Entdeckung der Krankheit. Frühzeitige Mitbeteiligung der Mediastinaldrüsen ist Regel, nicht die Ausnahme, und das erklärt meine pessimistische Anschauung bezüglich der Operation von Lungengeschwülsten. Unter den vielen von mir diagnostizierten Lungentumoren war nicht ein einziger für die Operation geeignet, obgleich es mir nicht selten glückte, dieselben in frühen Stadien zu erkennen.

Auch die Exstirpation bronchiektatisch veränderter Lungenabschnitte ist nicht sehr häufig vorgenommen worden. Der Eingriff kommt nur bei einseitiger, nicht zu ausgedehnter Erkrankung in Betracht, ist jedoch so gefährlich, daß er durch weniger bedrohliche Maßnahmen ersetzt werden kann.

Zurzeit ist also die Exstirpation kranker Lungenteile eine relativ selten geübte und wenig aussichtsreiche Operation.

Weit größere praktische Bedeutung hat die Eröffnung von Eiterhöhlen in der Lunge, weil in vielen Fällen ein weit geringerer Eingriff als die eben besprochenen die Ausheilung der Erkrankung herbeiführen kann. Selbstverständlich ist auch in diesen Fällen die möglichst frühzeitige Erkennung einer Lungeneiterung ausschlaggebend für die Indikationsstellung und für die Prognose. Wir wissen aus Erfahrung, daß viele Fälle von Lungenabszeß, sogar von Gangrän in der Praxis falsch gedeutet oder erst spät erkannt

werden. An der Verkennung ist häufig der Umstand Schuld, daß manche Ärzte bei reichlichem eitrigem Sputum immer erst an Broncho-Blenorrhoe denken. Man muß es sich zur Regel machen, stets bei reichlichem, eitrigem Sputum an Lungenabszeß zu denken, wenn Tuberkulose ausgeschlossen ist. Ein Hohlraum ist immer dann wahrscheinlich, wenn das Sputum „mundvoll“ entleert wird; dieses Symptom ist keineswegs für Bronchiektasie charakteristisch, sondern ist ein Kavernensymptom schlechtwegs. Wiederholte genaue Untersuchungen werden dann schon den Sitz der Eiterung erweisen. Eine weitere Quelle der Irrtümer ist die nicht genügend gewürdigte Häufigkeit postpneumonischer Eiterungen. Jede Pneumonie mit längerer Fiebertdauer als 8 bis 10 Tagen ist auf Abszeß verdächtig. Jede Infarkt-Lungenentzündung, welche um einen aus infizierter Gegend stammenden Embolus sich ausgebildet hat, kann zu einer Lungeneiterung führen. Lungengangrän wieder wird bisweilen verkannt, weil die Putreszenz des Sputums auf Dietrichische Pröpfe aus den Tonsillen zurückgeführt wird. Denkt der Arzt jedesmal, wenn reichlicheres, putrides Sputum vorhanden ist, an Lungengangrän, so wird er überrascht sein, wie oft er dieses gefährliche Leiden beobachten kann.

Wiederholt habe ich gesehen, daß sogar das kranke Organ nicht erkannt wurde. Wenn beim Husten Erbrechen auftritt und das Erbrochene durch Beimengung stinkenden Sputums aashaft riecht, so kann der Arzt — wenigstens vorübergehend — an eine Erkrankung des Digestionstraktes denken. Oder eine Ozäna absorbiert die ganze Aufmerksamkeit und gilt als Quelle der Zersetzung des Sputums. Ganz besonders aber ist die Verwechslung mit einer pulsiden Bronchitis zu fürchten. Sie ist die Ursache, warum so häufig die Lungengangrän erst in einem späten Stadium zur Erkennung gelangt, in welchem eine Operation nicht mehr möglich ist oder nur geringe Chancen bietet.

Hat der Arzt die Überzeugung gewonnen, daß eine Lungeneiterung vorhanden ist, gleichgiltig ob es sich um rein eitriges oder um eine putride Affektion handelt, so muß er vor allem trachten, sich die Gewißheit zu verschaffen, ob ein einzelner oder multiple Herde zur Ausbildung gelangt sind. Multiplizität der Abszesse spricht zumeist gegen die Vornahme einer Operation; das Befallensein beider Seiten von Lungeneiterungen ist sogar eine strikte Kontraindikation. Manchmal rettet dann gerade geduldiges Zuwarten den Kranken. Eine meiner Patientinnen mit multiplen, embolischen, putriden Lungenabszessen in beiden Unterlappen genas nach vielwöchigem Krankenlager, trotzdem lange Zeit sehr hohes Fieber bestand. Die Angehörigen der Patientin drangen auf die Vornahme einer Operation, welcher ich mit Rücksicht auf das Befallensein beider Unterlappen nicht zustimmen konnte. Das Hochstellen des Fußendes des Bettes (Quinckesche Lagerung) wirkt wie eine Drainage der Abszesse; ich möchte in diesem, wie in manchem anderen Falle dem kleinen, aber wirksamen therapeutischen Behelfe das Hauptverdienst an dem günstigen Ausgange vindizieren.

Man darf sich durch den anfänglichen Widerstand des Kranken gegen diese Maßregel nicht beeinflussen lassen. Der Patient ist mit dieser Lage in

der Regel 1 bis 2 Tage lang unzufrieden, gewöhnt sich aber nach kurzer Zeit derart an die Schiefstellung des Bettes, daß er sie nach dem Austritte aus dem Krankenhause beibehält. Einer unserer Kranken war anfangs ein stürmischer Gegner der Hochlagerung und erklärte, sie absolut nicht vertragen zu können. Als ein rascher Nachlaß des Hustens und der Sekretmenge bemerkbar wurden, verwandelte sich der Widerstand in begeisterte Lobreden. Noch Monate später nach Ausheilung der Abszesse wollte Patient nie anders als in Quinckescher Lage ruhen. Selbstverständlich ist die Quinckesche Lagerung nur bei Eiterungen im Unterlappen angezeigt; bei Eiterhöhlen der Oberlappen würde dadurch eine Sekretverhaltung begünstigt.

Wenn die Diagnose eines Lungenabszesses gestellt ist, so hat man die Frage der genauen Lokaldiagnose zu erledigen. Man muß nicht nur mit Sicherheit angeben können, in welchem Lungenabschnitte sich der Eiterherd befindet, es ist auch notwendig zu wissen, an welcher Stelle er der Thoraxwand am nächsten kommt. Je genauer die Lokaldiagnose ist, mit desto größerer Sicherheit kann der Chirurg einen Eingriff vornehmen und desto einfacher gestaltet sich die Operation. Wenn die genaue Lokaldiagnose nicht möglich ist, so sollte der Eingriff lieber um einige Tage verschoben werden, weil er sonst leicht vergeblich sein könnte.

Wie läßt sich nun die exakte Lokaldiagnose ermitteln? Der erfahrene Arzt weiß, daß der Wert der einzelnen Symptome für die Beantwortung der Frage ein sehr verschiedener ist. Von vornherein wäre zu erklären, daß nach wie vor die physikalische Untersuchung des Kranken an erster Stelle steht und das Ergebnis der sonst so wertvollen Röntgenuntersuchung nur insoweit zu verwerten ist, als es mit dem übrigen Befunde übereinstimmt. Auf den Röntgenbefund hin allein zu operieren, wie ich mehrmals trotz meines Einspruches gesehen habe, ist ein Va banque-Spiel mit dem Leben des Kranken. Denn das Röntgenbild läßt nur ausnahmsweise erkennen, an welcher Stelle sich der Hohlraum am meisten der Thoraxwand nähert. Wir können allerdings, wenn der Hohlraum leer ist, eine bessere Vorstellung von dessen Größe gewinnen, werden aber nur ganz ausnahmsweise erkennen können, an welcher Stelle die deckende Hülle des Hohlraumes am dünnsten und der Abstand von der Thoraxwand am kleinsten ist. Bisweilen aber kann bei sichtbarem Niveau eines Flüssigkeitsspiegels die Röntgenuntersuchung zeigen, daß ein buchtiger Hohlraum vorhanden ist, während man mehrere erwartet hatte oder es deckt die Durchleuchtung anstatt der vermuteten einzigen Höhle deren mehrere auf.

Man kann vielleicht in Hinkunft eine wesentliche Förderung der Lokaldiagnose durch die in neuester Zeit geübte intratracheale Injektion von röntgenshattendenden Substanzen erwarten. Die Einspritzung eines hochprozentigen öligen Jodpräparates (Lipojodil) ermöglicht die Sichtbarmachung des Bronchialbaumes und von Hohlräumen, welche mit demselben in Verbindung stehen. Die photographische Aufnahme des Thorax in verschiedenen Durchmessern kann manches diagnostisches Detail bringen; vielleicht wird man auch feststellen können, wo der Abszeß der Lungenoberfläche am nächsten liegt.

Von verwertbaren perkussorischen Zeichen kommen vor allem die nachfolgenden in Betracht: Das Auftreten einer Dämpfung, welche aber nicht konstant nachweisbar bleibt. Bald ist sie sehr deutlich, dann ist sie kaum nachweisbar und verschwindet gelegentlich vollkommen. Der Wechsel der Erscheinungen ist besonders deutlich nach dem Husten. Der Dämpfungsbezirk wird kleiner, wenn der Kranke exspektoriert hat und er ist besonders deutlich nachweisbar, wenn mehrere Stunden hindurch nicht gehustet wurde.

Auch kann der Schallwechsel bei Lageänderung deutlich werden; eine Seitenlagerung kann eine Dämpfung deutlicher oder undeutlicher machen. Die Zone hohen Perkussionsschalles ist dabei manchmal anders konfiguriert, auch oft an etwas anderer Stelle nachweisbar, als im Sitzen. Der Schallwechsel erklärt sich durch das Vorhandensein relativ erheblicher Flüssigkeitsmengen in einem größeren Hohlraume. Die Flüssigkeit fließt nach dem jeweils tiefsten Teile des Hohlraumes ab. Dieses wichtige Symptom kann auch dann ausgebildet sein, wenn neben der Flüssigkeit nur wenig Luft vorhanden ist. Es hat mir gute diagnostische Dienste in einigen Fällen geleistet, in welchen nur wenig Sputum durch Husten nach außen befördert wurde, so daß ein Schallwechsel nach Exspekoration nicht deutlich war.

Von gerade so großem Werte für die Erkennung des Hohlraumes ist das Hörbarwerden eines metallischen Beiklages zu den anderen auskultatorischen und durch die Perkussion zu ermittelnden Phänomenen. Wie alle metallischen Phänomene ist der metallisch klingende Schall eines der wertvollsten Hohlraumsymptome. Leider ist es nur ausnahmsweise vorhanden und kommt erst nach der Ausbildung anderer metallischer Phänomene zum Vorschein. Denn diese sind nicht alle zu gleicher Zeit entwickelt, oft eilt das eine metallische Phänomen den anderen zeitlich voraus.

Damit sind wir aber bei der Besprechung des Wertes auskultatorischer Zeichen für die Hohlraumdiagnose angelangt. Diagnostisch wichtig ist das Vorhandensein von großblasigen Rasselgeräuschen über Thoraxabschnitten, zu welchen keine größeren Bronchialäste hinführen. Wenn an diesen Stellen bei wiederholten Untersuchungen stets mittelgroß- und großblasiges Rasseln zu hören ist, so spricht dies für die Existenz einer Lungenhöhle, gleichgültig ob Konsonanzphänomene nachweisbar sind oder nicht. In einem meiner mit Erfolg operierten Fälle war dies das wichtigste, führende Symptom.

Tritt metallisch klingendes (amphorisches) Atmen auf, so ist häufig mit dem Nachweis dieses Phänomens die Lokaldiagnose gesichert. Ich stimme auf Grund eigener Erfahrungen anderen Autoren bei, daß das amphorische Atmen zu den zuverlässigsten Kavernensymptomen gehört. Es ist sehr oft das erste nachweisbare aus der Reihe der metallischen Erscheinungen. Häufig hört man es im Beginne, ganz aus der Ferne kommend; manchmal nimmt man es erst nach einem Hustenstoß wahr. Besonders oft ist das amphorische Atmen zuerst rückwärts etwa entsprechend der Fossa infraspinata oder dem Angulus scapulae nachweisbar, manchmal aber ist es früher in der Axilla zu

hören. Nur ausnahmsweise habe ich es an der vorderen Thoraxwand früher gefunden, als hinten.

Die anderen metallischen Phänomene, wie die metallisch klingende Stimme, die metallisch klingenden Rasselgeräusche, die Succussio Hippocratica sind in der Regel erst in den späteren Krankheitsstadien ausgebildet, daher diagnostisch viel weniger wertvoll. In der Regel ist diejenige Stelle, an welcher man das amphorische Atmen zuerst hört, der Thoraxwand am nächsten.

Man mache aber es sich unbedingt zur Regel, die Diagnose erst dann mit Sicherheit zu stellen, wenn zwei 12 bis 24 Stunden auseinanderliegende Untersuchungen den gleichen Befund einwandfrei ergeben haben. Erst durch das wiederholte Examen wird die Diagnose so zuverlässig, daß der Eingriff vorgenommen werden kann.

Man bezeichnet sich an der Haut die betreffende Stelle und achtet darauf, ob bei der nächsten Untersuchung, unbeeinflusst durch das frühere Resultat, sich am gleichen Platze amphorisches Atmen deutlich erkennen läßt. Selbstverständlich darf man an die Hautverschiebung nicht vergessen. Durch die Nichtbeachtung dieses Umstandes ist schon mancher, richtig diagnostizierter und genau lokalisierter Lungenabszeß nicht gefunden worden. Ein Hautstück, welches in der Axilla bei mäßig erhobenem Arme den fünften Interkostalspalt gedeckt hatte, kann durch weiteres Erheben des Armes um ein bis zwei Interkostalräume höher und nach vorne oder nach rückwärts disloziert werden.

Immer wieder höre ich von Seiten der Praktiker den Vorschlag, die Lokaldiagnose durch die Probepunktion zu sichern. Man muß sich ganz entschieden dagegen aussprechen, da der kleine Eingriff sehr große Nachteile und Gefahren nach sich ziehen kann. Will es das Unglück, daß an der betreffenden Stelle keine Pleuraverwachsung besteht, so kann eine Infektion der Pleura durch den Stichkanal erfolgen. In einem auch von mir pro consilio gesehenen Falle führt eine foudroyante Pleurapneumonie 24 Stunden post punctio zum Tode.

Die Diagnose der Pleuraverwachsungen ist aber nicht immer so zuverlässig, daß man sie stets mit Sicherheit stellen könnte. Daher spare man sich die probatorische Punktion als einleitenden Eingriff für die Abszeßeröffnung auf. Ich pflege sie auf dem Operationstisch vorzunehmen und die Nadel stecken zu lassen, damit die unvermeidliche Verschiebung der Hautmarke paralytisch und dem Operateur der Weg zum Hohlraum gezeigt wird. Denn selbst bei richtiger Lokaldiagnose ist die Möglichkeit gegeben, bei dem Eingriffe den Abszeß zu verfehlen. Der Kranke braucht nur durch einen heftigen Hustenakt den Hohlraum vollkommen zu entleeren und es können die nicht starren Wände desselben einander so weit nähern, daß das Messer den Spalt nicht findet. Aber selbst in einem solchen Falle war die Operation nicht zwecklos; der Eiter pflegt in kürzester Zeit in die Operationshöhle durchzubrechen, da ja in nächster Nähe des Eiterherdes operiert wurde.

So hatte ich bei einem Kranken unmittelbar vor der Operation aus der

Abszeßhöhle stinkenden Eiter aspiriert. Durch ein Versehen entfernte der Chirurg während der Operation die in dem Abszeß steckende Nadel. Die Eiterhöhle konnte auch nach breiter Bloßlegung des kranken Lungenteiles nicht gefunden werden; am nächsten Tage aber floß reichlicher Eiter aus der Operationswunde. Die Eiterung hatte den Weg ins Freie durch die dünne Wand stehengebliebenen Lungengewebes gefunden.

Wann ist die günstigste Zeit zum Eingriff? Erkennt man aus den Symptomen, daß der Abszeß rasch fortschreitet, so ist er zu eröffnen, sobald die Diagnose sicher steht. Solche Symptome sind: Hohes, andauerndes Fieber, sehr reichlicher Auswurf, elastische Fasern in demselben, hohe Pulsfrequenzen bei niedrigem Blutdruck. Das gleiche gilt noch in erhöhtem Maße, wenn das entleerte Sputum fötide riecht oder wenn manifeste Lungengangrän besteht. In letzterem Falle müssen wir auch mit der Möglichkeit eines schnell sich ausbildenden, septischen Zustandes rechnen. Früh auftretende livide Verfärbung der Fingernägel und der Schleimhäute, Blässe des Gesichtes, manchmal auch leichte Benommenheit und Zeichen von Nierenreizung zeigen uns den Hinzutritt der gefährlichen Komplikation an. Bei Gangrän oder bei putridem Abszesse würde ich, wenn Herzschwäche einsetzt, auch auf wiederholte Untersuchungen verzichten und die Eröffnung des Hohlraumes so rasch als möglich vornehmen lassen. Ich habe schon einigemal die Genugtuung erlebt, daß ein in schlechtestem Zustande eingelieferter Kranker nur über mein dringliches Ersuchen vom Chirurgen operiert und gerettet wurde. Im vergangenen Jahre wurde ein junges Mädchen moribund auf die Abteilung gebracht; wir konnten bei der ersten Untersuchung eine Lungengangrän und den vermutlichen Sitz derselben feststellen. Die sofort vorgenommene Operation führte zur Eröffnung der Gangränhöhle und in weiterer Folge zur Heilung der Kranken.

Hingegen kann man bei nicht putriden Abszessen zuwarten, wenn die exspektierten Eitermengen ohne Zeichen einer Retention ständig zurückgehen, das Fieber abklingt, und der Puls gut ist. Länger als drei Wochen pflege ich aber nicht zuzuwarten, da sonst die Gefahr eines chronischen Lungenabszesses droht. Die Eröffnung der Eiterhöhle bedeutet aber noch nicht die Beseitigung jeder Gefahr. Die so gefürchteten postoperativen Blutungen haben in nicht wenigen meiner Fälle noch am vierten bis fünften Tage nach der Operation den Tod herbeigeführt.

Bronchiektasien sollen in der Regel nicht zur Eröffnung gelangen. Fast immer bilden sich Bronchial-Fisteln aus, welche den Kranken auf das schwerste belästigen. Die in solchen Fällen indizierte Operation ist, wenn überhaupt ein chirurgischer Eingriff unternommen werden soll, die Ruhigstellung des erkrankten Lungenabschnittes.

Für die Ausschaltung eines Lungenteiles von den Atembewegungen gelangen hauptsächlich drei Methoden zur Anwendung: Der künstliche Pneumothorax, die Entfernung größerer Abschnitte der knöchernen Thoraxwand und die Phrenikotomie.

Ich möchte vorwegnehmen, daß nach meiner Auffassung der anscheinend

so geringfügige und harmlose Eingriff der Phrenikotomie prinzipiell abzu lehnen ist. Der Effekt der Ruhigstellung eines Lungenabschnittes wird wohl auf diesem Wege erreicht oder man kommt ihm wenigstens ziemlich nahe. Aber man hat — es ist dies meine persönliche Anschauung — nicht das Recht, den Kranken durch eine künstlich herbeigeführte Diaphragma-Lähmung in eine dauernde Gefahr zu bringen, weil man nicht imstande ist, nach erreichtem Zwecke die Paralyse zu beseitigen. Wenn der unglückliche Zufall eintritt, daß auf der kontralateralen Seite sich eine basale Pneumonie etabliert, so wird eine Rettung des Kranken nur ausnahmsweise gelingen. Eine therapeutische Maßnahme darf nicht eine lebensgefährliche Bedrohung des Kranken bis an dessen Ende nach sich ziehen.

Weit größere Bedeutung hat die Anlegung des künstlichen Pneumothorax, ein jetzt außerordentlich häufig geübtes Verfahren. In der Regel gelangt Stickstoff zur Einblasung, seltener Sauerstoff oder Luft. Man berichtet über viele günstige Fälle und ich besitze selbst ziemlich erhebliche Erfahrungen über gute Beeinflussung von Lungentuberkulose durch diesen kleinen Eingriff. Andererseits will ich nicht verschweigen, daß ich wiederholt nach dem Eingriffe akute Progression gesehen habe; allerdings hatten wir zu dieser Zeit die Indikationen dieser Operation noch nicht genau kennen gelernt. Die Auswahl der Fälle muß, wie wir jetzt wissen, eine sehr sorgfältige sein.

Handelt es sich um eine rezente Lungentuberkulose, so sollte die Anlegung eines Pneumothorax nur dann ins Auge gefaßt werden, wenn die Erkrankung einseitig ist. Ein Befallensein beider Lungenhälften ist selbst dann eine Gegenanzeige, wenn die Ausdehnung des Prozesses auf einer Seite weitaus überwiegt. Wir gehen, durch traurige Erfahrungen belehrt, so weit, daß wir bei Lungentuberkulose jungen Datums selbst dann von der Anlegung eines Pneumothorax Abstand nehmen, wenn auf der anscheinend gesunden Seite nur die Röntgenuntersuchung rezenterer Veränderungen aufdeckt, während der auskultatorische Befund negativ ist. Natürlich ist in solchen Fällen zum Studium der Veränderungen eine Plattenaufnahme erforderlich, eine einfache Durchleuchtung genügt in der Regel nicht. Die Gaseinblasung in den Pleuraraum der kranken Seite löste in mehreren Fällen unserer Beobachtung ein sehr stürmisches Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses in der kontralateralen Lunge aus.

Anders liegen die Verhältnisse in chronisch verlaufenden, längere Zeit hindurch in Beobachtung stehenden Fällen. Wenn man bei solchen Kranken ein geringes Befallensein einer Seite bei schwererer der anderen konstatiert und die Beobachtung lehrt, daß der Prozeß auf der leichter veränderten Lunge stillsteht oder gar in Rückbildung begriffen ist, dann mag man den Pneumothorax artificialis auf der schwerer lädierten Seite anlegen. Begnügt man sich anfangs mit der Einblasung von relativ geringen Mengen von Stickstoff und kontrolliert man ständig den Zustand der Lungen, dann ist die Gefahr eine geringe. Wenn aber Anzeichen einer Progression des Lungenprozesses auf der dem Pneumothorax entgegengesetzten Seite nachweisbar

sind, so läßt man den Pneumothorax eingehen. In wenigen Wochen ist der gesamte Stickstoff resorbiert und damit erscheint die Gefahr abgewendet.

Sehr wichtig ist es, vor der Einblasung zu erkennen, ob Pleura-Adhäsionen bestehen, resp. wo ein von Adhäsionen freier Raum zu finden ist. Das Vorhandensein eines „rétrécissement thoracique“, das breite, flächenhafte Einkunkensein des Brustkorbes weist auf mächtige Verwachsungen hin. Man wird in einem solchen Falle sich vergeblich bemühen, eine von Verwachsungen freie Stelle zu finden. Aber selbst wenn Zeichen einer Thoraxschrumpfung fehlen, lassen starke inspiratorische Einziehungen der Interkostalräume flächenhafte Verklebungen der Pleurablätter vermuten. Ebenso läßt auch die aufgehobene oder geringe respiratorische Verschieblichkeit des unteren oder gegen das Herz gelegenen Lungenrandes Adhäsionen erwarten. Die Einstichstelle muß weit von der schwer beweglichen Lungenpartie gewählt werden. Auch die radiologische Untersuchung kann wertvolle Behelfe zur Entscheidung dieser Frage liefern: Der Verschluß der Pleura-Sinus läßt den Rückschluß auf umfangreiche basale Verklebungen zu.

Und dennoch können die angeführten Zeichen im Stiche lassen. Erst vor kurzem haben wir einen Kranken vergeblich operiert, welcher weder durch die Perkussion noch durch die Durchleuchtung nachweisbare, erhebliche Adhäsionen besaß; in drei zeitlich auseinanderliegenden Eingriffen an sechs verschiedenen Thoraxstellen haben wir nie mehr als 50 cm³ N eintreiben können. Dann mußten wir stets wegen heftiger Schmerzen des Kranken die weitere Einblasung aufgeben, es war auch unmöglich, mehr Gas in die Pleurahöhle einzubringen. Andererseits kommt es vor, daß man den Versuch wagt, trotzdem Verwachsungen vorhanden zu sein scheinen — und es gelingt! In praxi wird man sich daher eher zu einem Versuch einer Lufteinblasung als zu einer Unterlassung entschließen.

Wiederholt findet man in der Literatur den eindringlichen Rat, man solle einen Pneumothorax anlegen, um eine schwere Hämoptoe zum Stillstand zu bringen. In der Regel kann man aber nicht erkennen, von welcher Lungenseite die Blutung ausgeht, weil die schwerere Lokalerkrankung noch nicht dafür spricht, daß in ihrem Bereiche der Ausgangspunkt der gefährlichen Blutung sich befindet. Überdies habe ich erlebt, daß wenige Tage nach Anlegung eines Pneumothorax wegen eines einseitigen Lungenprozesses eine überaus schwere Lungenblutung auftrat; Patient hatte nie vorher Blut ausgeworfen. Man wird daher meinen Skeptizismus bezüglich dieser Indikation begreifen.

Hingegen mag das Verfahren der Lufteinblasung bei multiplen Lungenabszessen zur Anwendung gelangen, wenn dieselben in einem Lungenabschnitt zusammengedrängt liegen und nicht nach außen eröffnet werden können.

Die Ruhigstellung durch Thorakoplastik hat besonders seit Sauerbruchs energischem Eintreten viele Anhänger unter den Chirurgen, aber auch unter den Internisten gefunden. Diese Operationen sind umfangreich; große Teile der knöchernen Thoraxwand gelangen durch sehr erhebliche Rippen-Resektionen in Wegfall. Der Eingriff ist wohl als solcher nicht allzu schwer, hat

aber doch seine Gefahren, weil er an sehr geschwächten Kranken vorgenommen werden muß. Es kann nicht in Abrede gestellt werden, daß die Erfolge von Sauerbruch und hier in Wien die von Denk an der Klinik Eiselsberg geradezu bestechend sind. Schwere Lungentuberkulose wurde durch diesen Eingriff zu langjährigem Stillstande und zur Ausheilung gebracht, mancher schwere Fall dem Tode entrissen. Andererseits ist auch nach meinen Erfahrungen bei nicht wenigen Kranken der operative Eingriff vergeblich gewesen, oder es trat im unmittelbaren Anschluß an denselben eine rapide Verschlechterung des Allgemeinzustandes ein.

Der umfangreichere Eingriff der Thorakoplastik kommt besonders dann in Betracht, wenn sehr ausgedehnte Veränderungen vorwiegend oder fast ausschließlich eine Lunge betreffen. Namentlich das Vorhandensein großer Kavernen in stark infiltriertem und wahrscheinlich unnachgiebigem Gewebe mit reichlicher Sekretbildung legt den Gedanken an diese Operation nahe. Ebenso muß man ihn in Fällen von rasch fortschreitender Lungentuberkulose erwägen, wenn die Veränderung nur einen Lungenflügel betrifft. Aber auch hier ist es notwendig, das Freibleiben der anderen Lunge zum mindesten von rezenten Prozessen festzustellen. Das Hörbarwerden reichlicher, wenn auch nur auf zirkumskripte Stellen beschränkter Rasselgeräusche oder röntgenologische Befunde, welche rezente Herde aufweisen, sind, wenn sie auf der kontralateralen Seite gefunden werden, ebenso viele Gegenanzeigen gegen die Vornahme einer Thorakoplastik.

In der Regel versucht man es doch mit der Anlegung eines Pneumothorax. Gelingt derselbe nicht infolge von flächenhaften Verwachsungen, dann ist die Thorakoplastik angezeigt. Reichlicheres Sputum, übler Geruch desselben, erschwerte Exspektoration mit den Zeichen von Sekretstauung lassen es nicht rätlich erscheinen, längere Zeit zuzuwarten. Ebenso sind hohes Fieber, rascher Kräfteverfall als Zeichen einer Allgemein-Intoxikation bestimmend für baldiges, energisches Handeln.

Aber ich wiederhole: Sind beide Lungenflügel ergriffen, so kann man die Indikation zum operativen Eingriff nur relativ selten stellen, weil nur ein durch längere Zeit hindurch stationärer Prozeß auf der viel schwächer betroffenen Seite die Operation gestattet.

Hingegen ist die einseitige, wenn auch multiple Bronchiektasie eine strikte Indikation für die Vornahme einer Thorakoplastik. Der Pneumothorax mißglückt zumeist, da flächenhaft Verwachsungen der Pleurablätter Regel sind. Namentlich jüngere Leute, welche ein energisches Vorgehen gutheißen, sind leicht für diesen Eingriff zu gewinnen. Bei älteren Patienten bin ich nur dann für die Thorakoplastik, wenn das Herz im guten Zustande ist; ich habe schon tödlichen Kollaps in den ersten Tagen nach der Operation bei einem bejahrten Mann gesehen.

Alles in allem kann man erklären, daß die Lungen-Chirurgie bedeutende Erfolge aufzuweisen hat. Sie ist oft unmittelbar lebensrettend, wenn sie zur Eröffnung von Eiterhöhlen führt, sie leitet oft die langsamere Heilung von Lungenprozessen ein, welche sonst deletär wären, sie hindert häufig das

Fortschreiten schwerer Lungenkrankheiten. Aber nur die richtige Indikationsstellung ist ausschlaggebend für die Prognose. Die Nichtbeachtung gut fundierter Indikationen und Kontraindikationen führt zu entmutigenden Fehlerfolgen.

Im Anschlusse an meine Darlegungen sei noch kurz ein Kapitel aus den Grenzgebieten besprochen, nämlich der subphrenische Abszeß, weil derselbe häufig chirurgische Komplikationen von Seite der Thoraxgebilde herbeiführt. Lungenabszesse, Lungengangrän, Pyo-Pneumothorax, Pleura-Empyeme sind seine häufigsten Folgezustände. Wenn man die Frage stellt: Wann, in welchem Stadium ist der subphrenische Abszeß zu operieren, so müßte die strikte Antwort lauten: Sobald die Diagnose sicher steht. Die Indikation fällt also in diesem Falle mit der Diagnosestellung zusammen. Aus diesem Grunde müssen wir kurz auf die Klinik dieser Affektion zu sprechen kommen.

Die subphrenischen Eiterungen nehmen am häufigsten ihren Ausgang von der Appendix, etwas seltener von einem Ulcus peripyloricum, resp. ventriculi, von der Nierenkapsel oder von den Gallenwegen. Die anderen Ausgangspunkte kommen nur ausnahmsweise in Betracht. Die Suppuration geht intra- oder retroperitoneal zur Diaphragmakuppe und pflegt durch kürzere oder längere Zeit die Zwerchfellgrenze zu respektieren. Der in der Regel gashältige Abszeß hat aber die ausgesprochene Neigung durch das Diaphragma hindurch in die Pleurahöhle oder in die Lunge (nach Verlötung der Pleurablätter) zu perforieren und wird so der Ausgangspunkt folgeschwerer Thoraxeiterungen.

Das Leiden ist ein tückisches und ist namentlich in den Frühstadien nicht leicht erkennbar. Wenn aber ein Arzt mit den Besonderheiten dieser bösartigen Krankheit vertraut ist, so wird er bei jedem appendizitischen Anfälle mit dieser Möglichkeit rechnen. Dauert das Fieber bei einem Kranken mit Appendizitis länger als 3 bis 4 Tage an oder ist eine hochfieberhafte Paranephritis nachweisbar, so kann nur eine tägliche, genaueste Kontrolle vor peinlichen Überraschungen schützen. Die Angaben des Kranken sind in diesem Stadium zumeist irrelevant. Das wichtige Moment für die Beurteilung des Zustandes ist der Stand des Diaphragmas. Zeigt die Untersuchung ein Höherrücken des Zwerchfelles bei erhaltener respiratorischer Verschieblichkeit, so ist das ein weiteres, schwerwiegendes Verdachtsmoment. Der Nachweis einer Verlagerung einzelner Organe (durch Verdrängung zu erklären) ist dann ein wichtiger diagnostischer Behelf. Die Leber rückt nach abwärts, das Herz wird nach oben und links disloziert. Die Ausbildung manifester metallischer Phänomene in Zwerchfellshöhe sichert dann die Diagnose eines gashältigen subphrenischen Abszesses. Bei perkutorischer Auskultation hört man Metallklang, mitunter hört man auch schwaches, wie aus der Ferne kommendes amphorisches Atmen. Die Succussio-Hippocratis ist in der Regel nachweisbar.

Wenn eine Röntgenuntersuchung möglich ist, kann sie sehr wertvolle Aufschlüsse liefern. Sie kann ein Cavum in der Zwerchfellkuppe erkennen lassen, welches neben einer Gasblase auch ein Flüssigkeitsniveau zeigt. Eine

Erschütterung des Rumpfes läßt den Ablauf von Flüssigkeitswellen deutlich wahrnehmen. Der Hochstand einer Diaphragmahälfte kann vor dem Röntgenschirm besonders deutlich erkannt werden.

Was geschieht nun, wenn der subphrenische Abszeß nicht rechtzeitig eröffnet wird? Er bricht durch das Diaphragma nach oben durch. Erfolgt die Perforation in die Pleurahöhle, so entsteht ein Pyo-Pneumothorax; eröffnet man denselben durch Rippenresektion, so kann man oft die breite Perforationsöffnung, resp. den zweiten unterhalb des Diaphragmas gelegenen Hohlraum sehen. So verhängnisvoll auch die Entstehung eines Pyo-Pneumothorax abdomineller Genese zumeist ist, darf man doch nicht ohne weiteres den Kranken verloren geben. Ich habe schon einige Male die Freude erlebt, Kranke genesen zu sehen, welche einen Pleuradurchbruch eines subphrenischen Abszesses erlitten hatten. Man muß daher, da man die meisten Fälle von Pyo-Pneumothorax nicht chirurgisch behandelt, stets bei unklarer Ätiologie mit allem Nachdrucke ermitteln, ob der Entstehung des Pneumothorax eine Abdominalaffektion unmittelbar vorausgegangen ist. Hört man von einer Appendizitis, einer Ulkusanamnese, dann ist Zuwarten nicht am Platze. Ein Pneumothorax dieser Ätiologie muß in der Regel operativ behandelt werden.

Wenn der subphrenische Abszeß in die Lunge einbricht, so erkennt man dieses Ereignis in der Regel durch das Aushusten großer, faekulent riechender Eitermengen. Allerdings darf man auf dieses Symptom allein die Diagnose nicht aufbauen, weil durchbrechende Leberabszesse sich ähnlich verhalten können. Perforierende Pleura-Empyeme sind manchmal außerordentlich putride, riechen aber in der Regel nicht faekulent.

Auch der Durchbruch des subphrenischen Abszesses in die Lunge ist, wenn der Kräftezustand es zuläßt, eine strikte Indikation für einen operativen Eingriff. Unterläßt man denselben, so ist eitriger Zerfall und Jauchung von Lungengewebe in nächster Umgebung der Perforationsstelle zu befürchten.

Die Häufigkeit des subphrenischen Abszesses wechselt zu verschiedenen Zeiten. Es hängt dieser anscheinend sonderbare Umstand mit den verschiedenen Indikationen für die Zeit des Eingriffes im Verlaufe eines appendizitischen Anfalles zusammen. Als die operative Behandlung der Blinddarm-entzündung in ihren allerersten Anfängen war, hat mich gerade die erschreckende Häufigkeit der subphrenischen Abszesse bewogen, die mir befreundeten Chirurgen zu einem möglichst aktiven Vorgehen zu bewegen. In dem darauf folgenden Jahrzehnte gehörte der subphrenische Abszeß schon zu den Raritäten. Es war die Zeit, in welcher jede Appendizitis im Anfalle operiert wurde. Seitdem man allgemein womöglich das Ende des akuten Anfalles abwartet, wenn keine Zeichen einer akuten Perforation vorhanden sind, nimmt die Zahl der subdiaphragmatischen Eiterungen wieder stark zu. Gerade jüngeren Chirurgen ist das Krankheitsbild oft nicht genügend geläufig und es wird manchmal viel kostbare Zeit mit dem Zuwarten verloren. Die genaue Kenntnis der Klinik des subphrenischen Abszesses ermöglicht die Rettung so mancher Kranker, welche sonst dem Untergange geweiht wären.

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN WIEN VI

Die Klinik der beginnenden Tuberkulose Erwachsener

Von

Professor Dr. Wilhelm Neumann

Privatdozent an der Universität Wien, Vorstand der III. medizinischen
Abteilung des Wilhelminenspitales.

I. Band: Der Gang der Untersuchung.

Mit 26 Abbildungen, 158 Seiten, 1923.

Preis: Kronen 66.000, Goldmark 4.—, Dollar 0.95

Aus dem Inhalt:

Die Anamnese. — Die Besichtigung des Kranken, die Inspektion. — Die Palpation. — Die Perkussion. — Die Auskultation. — Sonstige Untersuchungsmethoden.

Der erste Teil des Werkes „Der Gang der Untersuchung“ befaßt sich mit der Besprechung aller für die Diagnose der Lungentuberkulose verwertbaren allgemeinen und physikalischen Untersuchungsergebnisse und bringt eine Fülle von Einzelheiten, die zum großen Teil auf des Verfassers eigener Beobachtung fußen und eine wesentliche Verfeinerung der physikalischen Diagnostik bedeuten. Der Leser wird zum Verständnis für den kausalen Zusammenhang zwischen dem erhobenen Lungenbefund und den zugrunde liegenden anatomischen Veränderungen geführt und erhält eine Anleitung, aus der Beobachtung und Verwertung geringfügiger Nebenbefunde zu einem schärferen Bild über den Sitz und die Art der Erkrankung zu kommen, wobei auch die Fehlerquellen und die selbst dem gewiegtesten Untersucher gesteckten Grenzen des ärztlichen Erkennens nicht verschwiegen bleiben. Wiener klinische Wochenschrift, 1924, Heft 34.

II. Band: Der Formenkreis der Tuberkulose.

Mit etwa 69 Textabbildungen und einer Tabelle. 266 Seiten, 1924.

Preis: Kronen 140.000, Goldmark 8.40, Dollar 2.—

Aus dem Inhalt:

Die Einteilung der Lungentuberkulose. — Die beginnende Lungentuberkulose mit positivem Befund über den Lungenspitzen: „Der Lungenspitzenkatarrh“, die „Apicitis“. — Die beginnende Lungentuberkulose mit pathologischem Befund über den Lungenbasen. — Beginnende Tuberkulose mit diffussem Befund über den Lungen. — Die beginnende Lungentuberkulose, die sich unter anderen Krankheitsbildern verbirgt. — Tuberkulosemasken oder larvierte Tuberkulosen. — Systematische Übersicht über die verschiedenen Tuberkuloseformen.

Eine genaue Besprechung der mannigfaltigen Formen, unter denen die Tuberkulose auftritt. Der Reihe nach werden die Spitzenbefunde, die Befunde an den Lungenbasen, die diffusen Lungenprozesse und die Tuberkulosemasken besprochen und dabei viele neue Gesichtspunkte für die Beurteilung einer Lungentuberkulose gewonnen.

Die Schilderung der verschiedenen Tuberkulose Typen in ihrem wechselvollen und dabei doch charakteristischen Verlauf wird besonders anregend durch die Einschaltung zahlreicher, mit schematischen Lungenbefunden illustrierter Krankengeschichten und Obduktionsbefunde. Immer wieder ist darauf hingewiesen, wie die verschiedene Entstehung klinisch ähnlicher Krankheitsbilder zu einer ganz verschiedenen Prognose berechtigt. Die Angabe der Behandlung beschränkt sich auf die spezifische und auf die Kollapstherapie und auf die bei jeder Krankheitsform besonders besprochene Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung. Den Anhang bildet ein Kapitel über die larvierte Tuberkulose sowie eine Tabelle übersichtlich gestaltete Zusammenstellung des „natürlichen Systems der Tuberkulose“. Wiener klinische Wochenschrift, 1924, Heft 34.

Im Frühjahr 1925 erscheint: III. (Schluß) Teil. Das Heer der unspezifischen und der fälschlich sogenannten Apicitiden.