

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1887

5 (15.3.1887)

Aerztliche Mittheilungen aus Baden.

Begründet von Dr. Robert Volz.

Karlsruhe.

Nr. 5.

15. März.

Ueber operative Behandlung der Pleuraexsudate.

Unter obigem Titel gab Dr. D. Fränzel aus Berlin in einem Vortrag auf dem fünften Congreß für innere Medicin am 14. April 1886 eine umfassende Darstellung der einschlägigen Materie (vergleiche: Verhandlungen des Congresses für innere Medicin, fünfter Congreß. Wiesbaden, J. Bergmann, 1886, Seite 9 ff.), welcher wir Folgendes entnehmen.

Nach einer kurzen Schilderung der historischen Entwicklung der Frage gieng der Vortragende zunächst zu den Details der Behandlung der fibrino-serösen Exsudate über und zwar zunächst zu der Frage: Wann soll ein fibrino-seröses Exsudat punctirt werden? Ist Indicatio vitalis vorhanden oder ist das Exsudat sehr groß und vielleicht schon etwas Dyspnoe zu bemerken, so muß gleich operirt werden; aber auch ohne bestehende Dyspnoe darf man bei sehr großen Exsudaten nicht zögern, d. h. in Fällen, wo entweder an der ganzen vorderen Thoraxwand absolute Dämpfung oder nur ein kleiner Streifen nicht absolut gedämpften hohen tympanitischen Schalles besteht. Ist die Verdrängung der Nachbarorgane dagegen noch unbedeutend oder die Flüssigkeitsansammlung keine übermäßige, sondern nur eine mehr als mittelgroße, dann thut man gut, mit der Operation zu warten, bis die Höhe der Entzündung vorüber ist, deshalb punctirt man in solchen Fällen nicht vor Ende der dritten Woche. Geschieht dies in solchen Fällen früher, dann kann oft das Fieber noch mehr gesteigert werden; jedenfalls erreicht das Exsudat nach der Punction wieder seine frühere Höhe. Ist dagegen das Fieber bei der Pleuritis mäßig und der Schmerz gering, so kann man die Operation schon früher, selbst vor Ablauf der zweiten Woche wagen, und wird sehr gute Heilresultate erzielen. Berechtigten die Krankheits Symptome zur Annahme eines eitrigen Ergusses, dann

wird die Punction erst die Diagnose feststellen und darf deshalb nie lange verschoben werden.

Anders aber steht die Frage, wie lang man mit der Punction warten darf, ohne daß der Thorax die Fähigkeit verliert, seine frühere Gestalt wieder einzunehmen. Nach Ansicht des Vortragenden wird man immer gut thun, sie in den ersten 8 Wochen, womöglich aber schon in den ersten 4 Wochen vorzunehmen. Ueber den Ort, wo man die Punction vornehmen soll, ist viel discutirt worden. Nach Ansicht des Vortragenden folgt man am besten dem Rathe von Lannee und punctirt zwischen der L. mammillaris und axillaris, ziemlich nahe der Ersteren und oberhalb der 6. Rippe. Dabei pflegt derselbe rechts den 4. und links den 5. Intercostalraum zu wählen, um rechts die Leber sicher zu vermeiden. An der Rückenwand des Thorax und zwar so tief wie möglich, d. h. zwischen der 9. und 11. Rippe zu punctiren, wie es Bowditch rieth, ist nach des Vortragenden Erfahrung nicht zweckmäßig. Zur Punction bedient man sich in neuerer Zeit ausschließlich der Aspirationsmethode, bei der man sich zur Entleerung ganz capillärer Troickarte bedienen kann. Dadurch wird die Operation zu einem ganz unbedeutenden Eingriff und selbst eine eventuelle Verletzung der Lunge oder des Zwerchfelles wird nur ganz geringfügige Nachtheile mit sich führen. Fragen wir zunächst, welchen Aspirationsapparat man benützen soll, so kann man darauf erwiedern, sie sind alle brauchbar, nur hat der eine geringe Vortheile vor dem andern voraus. (Dieulafoi, Potain u. s. w.) Hohladeln hält Fränzel nicht für praktisch, er beschreibet einen von ihm construirten Troickart, doch sind auch die von Fiedler und Beschorner construirten sehr zweckmäßig.

Man läßt nun den Kranken zur Punction am besten eine erhöhte Rückenlage einnehmen; es ist dagegen weniger zweckmäßig, ihn sitzen zu lassen, weil ein empfindlicher Kranker leicht im Sitzen ohnmächtig wird. Den Kranken vor der Operation zu chloroformiren oder auch nur eine locale Anästhesirung vorzunehmen, empfiehlt sich nicht, ebenso ist eine vorhergehende Incision unnütz. Nachdem man sich die Einstichstelle an dem vorher ausgewählten Intercostalraum genau markirt und darauf geachtet hat, den unteren Rand der oberen Rippe möglichst zu vermeiden, sticht man den Troickart, den man vorher mit Carbolöl bestrichen hat, in der Weise in den Pleurafack ein, daß der Daumen der rechten Hand gegen den Seitenkopf angedrückt ist und so das Zurückweichen des Stilets verhindert, während Zeigefinger und Mittelfinger, den Hahn gerade zwischen sich haltend, längs der Canüle ausgestreckt sind und der untere Knopf des Instruments im Ballen der Hand ruht. Man stößt dabei mit einem kräftigen Stoße ein, um nicht etwa bei langsamem Vordringen die Pleura costalis abzulösen und vor sich herzu-

treiben, zieht dann das Stilet ganz nach hinten zurück, prüft, ob der Canüle im Pleurasack frei beweglich ist, setzt dann den Aspirationsapparat in das Seitenrohr luftdicht ein, aspirirt die im Verbindungsschlauche befindliche Luft, öffnet dann erst den Hahn des Seitenrohrs und aspirirt die Flüssigkeit in der Pleurahöhle.

Stockt die Entleerung der Flüssigkeit während der Aspiration und weist die Untersuchung nach, daß die Canüle in der Pleurahöhle sich befindet, so ist aller Wahrscheinlichkeit nach die Canüle verstopft. Man schließt dann den Hahn des Seitenrohrs, stößt das Stilet einen Augenblick vor, worauf dann die Aspiration von Neuem beginnt. Hat man die beabsichtigte Menge Flüssigkeit entleert, und über 1500 cem auf einmal zu entfernen rathet der Vortragende nicht, so entfernt man die Canüle in der bekannten Weise, nachdem vorher der Hahn derselben geschlossen wurde. Bei fibrinösen pleuritischen Exsudaten ist das Vorausschicken einer Probepunction nicht notwendig, aber erlaubt.

Während und nach der eigentlichen Punction beobachtet man verschiedene Ereignisse, welche der Arzt kennen muß, um durch deren Auftreten nicht überrascht oder gar gezwungen zu werden, von der Operation Abstand zu nehmen, was dem Patienten gegenüber keinen vortheilhaften Eindruck macht. Zunächst überzeuge sich der Arzt stets vor der Operation von der vollkommenen Wegsamkeit seines Apparates und dem notwendigen luftdichten Verschuß. Niemals unterlasse man, unmittelbar vor der Punction die Desinfection des ganzen Apparates entweder selbst vorzunehmen oder wenigstens unter seiner Aufsicht ausführen zu lassen, und zwar mit der peinlichsten Sorgfalt. Außerdem prüfe man den Troikart vor seiner jedesmaligen Benützung, ob das vorderste Ende der Canüle dem Stilet ganz dicht anliegt und ganz fein abgeschliffen ist. Ein weiterer unangenehmer Zwischenfall ist der, daß man statt in den Intercostalraum auf eine Rippe stößt, wie dies, wenn der Patient rasche Lageveränderungen macht, leicht passiren kann. Eine leichte Drehung der Hand genügt, um die richtige Richtung herbeizuführen. Plötzliche Todesfälle und Blutungen aus der Intercostalarterie gehören zu den größten Seltenheiten. Zuweilen ereignet es sich, daß nach Ausführung der Operation, während die Canüle frei in der Pleurahöhle bewegt werden kann, durch Aspiration kein Tropfen des Exsudates nach dieser gelangt. Hier ist mit Sicherheit anzunehmen, daß entweder der Thoraxwand ein Fibringerinnsel anliegt, in welches der Troikart hineingelangt ist, oder daß man den letzteren nicht energisch genug vorgestoßen hat, um durch die Pleura mit allen ihren Verdickungen und Auflagerungen durchzukommen und daß man zwischen lockeren Pseudomembranen sitzen geblieben ist. Man ist dann genöthigt, die Canüle zu entfernen und die Punction an einer anderen Stelle zu wiederholen.

Während der Entleerung des Exsudates stellen sich nicht selten Hustenstöße ein, jedoch bei der Aspiration viel seltener als bei den früheren Methoden. Besonders werden diese Hustenstöße vermieden, wenn die Aspiration langsam erfolgt und nicht mehr als höchstens 1500 ccm Flüssigkeit nach außen entleert werden. In diesem Fall wird auch nie Lungenödem nach der Punction eintreten, was früher manchmal der Fall war.

Meist besteht nach der Punction ein Gefühl brennenden Schmerzes an der Punctionsstelle und ein unbestimmter Druck auf der kranken Brustseite. Deshalb lasse man nach jeder Punction den betreffenden Kranken mehrere Tage bei knapper Diät ruhig im Bette liegen, und an der Punctionsstelle 2 mal 24 Stunden eine Eisblase. In der Regel verschwinden die Schmerzen nach wenigen Stunden. Nur wenn das Exsudat eitrig wird, stellen sich nicht selten lebhaftere Schmerzen unter hohem Fieber ein. Sonst macht sich meist während 1—2 Tagen eine geringe Temperaturerhöhung bemerkbar, während das Exsudat nicht ganz unbeträchtlich steigt. Am 2., 3. oder 4. Tage hört das Steigen auf und dann beginnt eine ziemlich rasche Resorption unter gleichzeitig stark gesteigerter Diurese. Leichte Hautreize, wie namentlich Jodbepinselungen und der innerliche Gebrauch eines Chinadefoktes mit Kali acetic. pflegen die Aufsaugung sehr zu befördern. War das Exsudat sehr groß, so macht die Resorption nur langsame Fortschritte, bis die Operation wiederholt wird. Die letzten Reste verlieren sich oft erst nach Monaten, am besten durch längeren Gebirgsaufenthalt.

Nach dem Gesagten ist die Punction des Thorax indicirt bei fibrino-serösen Exsudaten: 1. bei Indicatio vitalis, 2. bei großen Exsudaten, um der Gefahr plötzlichen Todes zu entgehen, 3. bei mehr als mittelgroßen Exsudaten, um die Resorption überhaupt zu ermöglichen und zu beschleunigen, 4. bei dem Verdacht, daß das Exsudat eitrig oder jauchig ist.

Eine hämorrhagische Beschaffenheit pflegen die pleuritischen Exsudate am häufigsten anzunehmen bei Tuberculose der Pleura, seltener bei Krebs oder Sarkom derselben, dann finden sich blutige Ergüsse bei durch Trauma entstandener Pleuritis, zuweilen bei hämorrhagischer Diathese, zuweilen aber auch bei einer ganz einfachen Pleuritis. In solchen Fällen muß man mit der Aspiration natürlich sehr vorsichtig sein, den Aspirationsapparat sehr schwach und sehr langsam wirken lassen und sich mit der Entleerung von 500—600 Gramm begnügen lassen.

Ganz anders muß sich unser therapeutisches Vorgehen verhalten bei der Behandlung eitriger oder jauchiger pleuritischer Exsudate.

(Schluß folgt.)

Verein der Aerzte der Stadt Baden.

Sitzung vom 4. Januar 1887.

Anwesend sind die Herren Dr. Dr. Apfel, Baumgärtner, Frey, Heiligenthal, v. Hoffmann, Dessinger, Oster, Schindler, Schliep, Seelos, Voche.

Der Vorsitzende, Herr Dr. Baumgärtner, theilt im Auftrage des schwer erkrankten Dr. Kühn dessen Austritt aus dem ärztlichen Verein mit und recapitulirt sodann in Kürze die während des vergangenen Jahres innerhalb des Vereines erörterten Fragen und gehaltenen Vorträge in chronologischer Reihenfolge.

Nach kurzem Rechenschaftsbericht über das vergangene Jahr und Festsetzung des Jahresbeitrages pro 1887 werden auf Vorschlag des Herrn Dr. Dessinger der bisherige Vorsitzende und Schriftführer durch Acclamation wieder gewählt.

Nach Erledigung der Vereinsangelegenheiten hält Herr Dr. Baumgärtner seinen bereits zur vorigen Sitzung angekündigten Vortrag über „Indication zur Strumaexstirpation“.

Der Vortragende, welcher seit 1881 im hiesigen Krankenhause in 26 Fällen die Operation vorgenommen hat, gibt zunächst einen historischen Ueberblick über die Kropfoperation unter Hinweis auf die diesbezügliche Literatur und läßt sodann, bevor er zum eigentlichen Thema übergeht, die Präparate, sowie die Photographien der Patienten vor und nach der Operation circuliren.

Im Allgemeinen lassen sich die Indicationen zur Strumaexstirpation in 3 Kategorien eintheilen:

1. Indication aus kosmetischen Rücksichten,
2. Indication wegen bestehenden Schmerzes,
3. Indication wegen bestehender Dyspnoe.

Die Frage, ob aus kosmetischen Gründen operirt werden darf, beantwortet der Vortragende im Allgemeinen mit nein, jedoch gibt es auch hier Ausnahmen; erstens wenn es vom Patienten absolut verlangt wird und es sich um eine allseitig leicht bewegliche Struma handelt, sodann wenn es sich um meist einseitige Hängekröpfe handelt, auch Cystenkröpfe hält der Vortragende zur Operation geeignet.

Besteht bei vorhandener Struma Schmerz ohne Fieber, so ist der Verdacht auf Carcinom berechtigt und in diesem Falle die Operation indicirt, ist jedoch bei breiter Basis carcinomatöse Degeneration vorhanden, so ist die Operation unbedingt contra-indicirt.

Bei bestehender Dyspnoe ist die Exstirpation stets berechtigt, soll jedoch womöglich eine partielle sein, allein in manchen Fällen ist eine Totalexstirpation geradezu geboten als alleinige lebensrettende Operation.

Bezüglich der Kachexia strumipriva macht der Vortragende die Mittheilung, daß nur ein kleiner Procentsatz der Patienten mit Totalexstirpation von Kachexia strumipriva befallen wurde, und daß von diesen wiederum eine Anzahl existire, bei welchen sich die Erscheinungen des Idiotismus im Laufe der Zeit bedeutend gebessert haben.

Treten innerhalb eines Jahres nach der Operation keine Anzeichen von Idiotismus auf, so besteht auch keine Gefahr eines Kachexia strumipriva mehr.

Sitzung vom 1. Februar 1887.

Anwesend sind die Herren Dr. Dr. Apfel, Baumgärtner, v. Corval, Frey, Fischer, v. Hoffmann, Jörger, Neibert, Deffinger, Oster, Schindler, Schliep, Schmitt, Schneider, Voche.

1. Vereinsangelegenheiten:

Der Vorsitzende macht die Mittheilung, daß das seitherige Vereinsmitglied Herr Dr. Kühn seinem langjährigen Leiden erlegen ist und bittet die Anwesenden, durch Erheben von den Sigen des Verstorbenen ehrend zu gedenken.

2. Wissenschaftliches:

Herr Dr. Deffinger hält hierauf den für die heutige Sitzung angekündigten Vortrag über Sexualneurosen.

Nach kurzer Betrachtung der verbreitetsten Neurosen im Allgemeinen, geht der Vortragende über zu den Sexualneurosen und zwar speciell des Weibes, wobei er in übersichtlicher und erschöpfender Weise die ätiologischen Momente aufführt, welche zumeist in unseren modernen socialen Verhältnissen zu suchen sind. Bei Besprechung der Therapie erwähnt er der Narcotica, Tonica und Nervina, unter letzteren speciell des Broms und seiner Salze als werthvolles therapeutisches Hülfsmittel, ferner der elektrischen und hydrotherapeutischen Behandlung, sowie endlich der gynäkologischen Operationen als letztes Hülfsmittel.

Baden = Baden, 11. März 1887.

Dr. Schindler.

Ärztlicher Kreisverein Mannheim-Heidelberg.

Sitzung am 26. Januar in Heidelberg.

Anwesend 20 Mitglieder.

Nachdem dem Rechner Decharge ertheilt worden, gab der Er-
laß Großh. Ministeriums des Innern vom 17. December 1886 (Ärztliche Mittheilungen Nr. 2) Veranlassung zu einer eingehenden Besprechung des Verhältnisses der Ärzte zu den Krankencassen. Man war einstimmig der Ansicht, daß nach den bis jetzt in unserem Kreise wie anderwärts gemachten Erfahrungen es in

feiner Weise angezeigt sei, von den früher vom Verein aufgestellten Minimalfällen abzugehen. Als dringend wünschenswerth wurden den Collegen genaue statistische Aufzeichnungen über die Cassenmitgliedern geleistete ärztliche Hülfeleistungen empfohlen.

Der Schriftführer.

Unterstützungscasse für hilfsbedürftige Aerzte.

Die Rechner der ärztlichen Vereine werden freundlichst ersucht, die Jahresbeiträge pro 1887 unter Beifügung eines Mitgliederverzeichnisses an den Unterzeichneten baldigst einzusenden.

Mannheim, 12. März 1887.

Lindmann.

Ärztlicher Ausschuß.

Die Rechner der ärztlichen Vereine werden ersucht, die Jahresbeiträge an die Cassé des Ärztlichen Ausschusses (1 Mark pro Mitglied) an den Unterzeichneten baldgefälligst einzusenden zu wollen.

Mannheim, 12. März 1887.

Lindmann.

Wie wir hören, beabsichtigt der Staatsärztliche Verein am 4. April d. J. eine Versammlung in Karlsruhe abzuhalten. Die Tagesordnung wird sich vorläufig auf folgende Vorträge erstrecken:

1. Referat über die Einrichtungen für Gesundheitspflege in der Stadt Karlsruhe von Medicinalrath Dr. Arnspurger.

2. Referat über die Aufforderung des Groß. Ministeriums des Innern an den Verein, sich über eine Revision der Gebührenordnung zu äußern. (Der Referent ist noch nicht fest bestimmt.)

Da in Verbindung mit dem ersten Vortrag eine Besichtigung der neuesten Sanitätswerke in der Stadt Karlsruhe, Canalisation, Schlachthaus, Impfanstalt, Schulhäuser u. s. w. stattfinden soll und die Wichtigkeit des zweiten Gegenstandes voraussichtlich zu längeren Erörterungen Veranlassung geben wird, soll beabsichtigt sein, schon um $\frac{1}{2}$ 10 Uhr Morgens mit der Sitzung zu beginnen, so daß der ganze Tag für die Versammlung wird verwendet werden können und ferner wohnende Collegen $1\frac{1}{2}$ Tage der Sache widmen müssen. Näheres wird die in Kurzem erfolgende Einladung des Vorstandes enthalten. Es ist zu hoffen, daß die Versammlung von allen Freunden des Vereines und der Bestrebungen der öffentlichen Gesundheitspflege in unserem Lande von Nah und Ferne zahlreich besucht werden wird.

Zeitung.

Ernennungen. Bezirksarzt Ad. Hofmann von Eppingen wurde zum Bezirksarzt in Tauberbischofsheim ernannt.

Niederlassungen und Wohnortswchsel. Arzt Dr. Emil Fischer hat sich in Mannheim, Arzt Dr. Ekan Bär in Eppingen niedergelassen. Arzt Dr. Gagg ist von Meßkirch nach Immendingen, Arzt Dr. Gutmann von Volkertshausen nach Mähringen, Arzt Ulrich von Eppingen nach Kirnbach gezogen.

Wegzug. Arzt Dr. C. Herm. Fischer ist von Steißlingen nach gezogen.

Anzeigen.

Schwefelbad Alvaneu.

3150 Fuss über Meer. Graublinden. 5 Stn. v. Bahnst. Chur.

Saison 15. Juni bis 15. September.

Reiche Quellen von anerkannter **Heilkraft**, namentlich gegen **Nerven-, Haut- und Knochen-Leiden.**

Sehr gesundes montanes Klima.

49]6.1

Die Stelle eines Fabrikarztes in Volkertshausen ist per 1. Juni zu besetzen. Gehalt 1200 M. und freie Wohnung. Gelegenheit ausgedehnter Privatpraxis. Reflektanten sind ersucht, sich mit Referenzen an die Baumwoll-Spinn- und Weberei in Arlen bei Singen (bad. Oberland) zu wenden.

48]3.1

Zu kaufen gesucht:

Eulenburgs Real-Encyclopädie, I. Auflage.

Offerten mit Preisangabe vermittelt die Expedition der „Ärztlichen Mittheilungen“.

47]

Zimpf-Zmpressen. Den Herren Zimpfärzten empfehlen wir unser Lager aller zum Zimpfgeschäfte nöthigen Zmpressen (roth, grün und weiß), welche wir nunmehr sämmtlich auf gut satinirtes Papier gedruckt, umgehend liefern.

Karlsruhe.

Malsch & Vogel, Verlagsbuchhandlung.

Karlsruhe. Unter Redaction von Dr. Arnsperger. — Druck und Verlag von Malsch & Vogel.