

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1891**

3 (15.2.1891)

# AERZTLICHE MITTHEILUNGEN

## aus und für Baden.

Begründet von Dr. Rob. Volz.

XLV. Jahrgang.

Karlsruhe

15. Februar 1891.

### Amtliches.

#### Winterstation des Landesbades in Baden-Baden.

Die Station wurde am 8. Januar d. J. eröffnet und können noch weitere Anmeldungen zur Benützung derselben bis Anfang des nächsten Monates erfolgen. Die Bedingungen und Modalitäten der Aufnahme sind durch Erlass Grossherzoglichen Ministeriums des Innern vom 16. Oktober 1890 (Aerztliche Mittheilungen 1890 Nr. 20) bekannt gegeben.

### Aus Wissenschaft und Praxis.

#### Zur operativen Behandlung der Pleuraergüsse.

Vortrag, gehalten in dem Kreisverein Lörrach-Waldshut von Dr. Brunner in Schopfheim.

Das Gebiet, auf dem ich heute eine kleine Wanderung antreten will, ist ein allbekanntes und längst bebautes. Operative Eingriffe bei pleuritischen Exsudaten sind schon im grauen Alterthume vorgenommen worden, hat ja schon Hypokrates den Intercostalschnitt bei Empyem geübt.

Aber ausgebaut ist das Gebiet nicht. Immer sind die operativen Massnahmen bei pleuritischen Ergüssen noch nicht Gemeingut aller Aerzte geworden. Gerade aber der beschäftigte Arzt in Stadt und Land ist durch planmässiges Vorgehen in dieser Krankheit berufen, langjähriges Elend und Siechthum von seinen Kranken fernzuhalten.

Der Grund hiefür mag zum Theil in einer gewissen Scheu vor der Eröffnung des Brustkorbes liegen; die Hauptschuld aber möchte ich der Complirtheit der Methoden zuschreiben.

Der operativen Behandlung der Pleuraergüsse habe ich während meiner bald zwanzigjährigen ärztlichen Thätigkeit stete Aufmerksamkeit geschenkt, Alle Wandlungen in Anschauungen und Methoden habe ich während dieser Zeit mit durchgemacht. Immer aber war ich bestrebt, Einfachheit ohne Werthverlust in die Methoden zu bringen, wie allein sie für den Landarzt von Werth sind. Gerade letzterer Umstand bestimmt mich, heute der Sache näher zu treten und dieselbe vor Ihnen zu besprechen.

Wie auf allen operativen Gebieten, so hat auch hier sich seit der Einführung der antiseptischen Wundbehandlung ein Umschwung in den thera-

peutischen Anschauungen vollzogen. Ein weiterer Umstand, der umgestaltend auf die Heilung der Ergüsse einwirkte, war die Einführung der Probepunction. Mit welchem Aufwand scharfsinniger Kritik suchte man nicht früher die Natur des Ergusses zu erforschen? Ueber dieses Suchen ging aber die beste Zeit zum activen Eingriff verloren. Heute stellt uns die Probepunction in die Lage, jeder Zeit die Beschaffenheit des Ergusses festzustellen. Dieser kleine Eingriff ist leicht und wenn er antiseptisch ausgeführt wird, gefahrlos. Jede gut schliessende Pravaz'sche Spritze kann hiezu verwendet werden. Ich gebrauche eine grössere Spritze von doppeltem Volumen in der ganzen Anlage, bevor die Canule angeschraubt werden kann. Durch die Aspiration füllt sich die Spritze und das Exsudat erscheint als seröses oder eiteriges oder als Uebergang beider. Aber nicht nur diese physicalische Beschaffenheit lehrt uns die Probepunction, sondern sie gibt uns auch nach der mikroskopischen Seite hin einen Einblick in die Grundursachen der Krankheit, sie zeigt uns den Pneumococcus, den Eitercoccus, den Tuberkelbacillus und die Krebszellen. Dass heute alle, auch die Erkältungspleuritiden auf Spaltpilze zurückzuführen sind, gilt wohl als feststehend.

Schon lange galt als allgemeiner Grundsatz, dass die serösen Ergüsse durch Punction resp. Aspiration und die eiterigen durch den Schnitt zu entfernen sind. Dieser Satz ist heute noch in voller Geltung ohne Rücksicht auf die Grundursache des Ergusses. Lange aber war und ist zum Theil heute noch controvers der Zeitpunkt des operativen Eingriffes.

Während viele vor zu frühem Eingriff warnen, drängen andere hierauf. Betrachtet man die anatomischen und physikalischen Verhältnisse, so begreift man, dass die Gemeinde der Dränger sich mehrt. Der Zweck des operativen Eingriffes ist: den Status ante morbum wieder herzustellen. Dies hängt aber von der Entfaltungsfähigkeit der comprimierten Lunge ab. Die Obsolescenz der Lunge ist nur zu heben, wenn die Compression durch den Erguss nicht zu lange dauert und besonders wenn die retrahirte Lunge keine festen Verwachsungen eingegangen hat. Ein zweiter Factor zur Entfaltung der Lunge ist die Functionserhaltung der Athmungsmuskulatur. Bekanntlich steht die Brusthälfte, welche einen grösseren Erguss beherbergt, in Exspirationsstellung; nur das Zwerchfell ist durch die Schwere der Flüssigkeit nach abwärts gedrängt. Bleibt der Erguss Wochen lang sich selbst überlassen, so wird die Gesamtheit der Athmungsmuskeln wegen Nichtgebrauch atrophiren, vorwiegend aber werden die Thoraxerweiterer, also die Inspirationsmuskeln, der Degeneration anheim fallen. Gerade aber letztere kommen bei der Entfaltung der Lunge nach der Operation sehr in Betracht, worauf ich noch zurückkommen werde.

Die Entfaltungsfähigkeit der Lunge und die Functionstüchtigkeit der Athmungsmuskeln wird demnach nur durch die Frühoperation erhalten und nur diese ist im Stande, die Forderung des Status ante morbum zu erfüllen.

Früher war die Frühoperation bei serösen Ergüssen nur durch die Indicatio vitalis erlaubt. Sonst musste man abwarten, bis die entzündlichen Erscheinungen sich legten und der Erguss anderen Mitteln nicht weichen wollte. Heute ist man durch viele Fälle belehrt, dass gerade der Erguss die Quelle des Fiebers und die Ursache der Zunahme der Flüssigkeit ist, denn die frühzeitig punktirten Ergüsse kommen in der Regel nicht wieder und mit ihrer Hebung erlöscht das Fieber.

Wann soll nun operativ eingegriffen werden?

Ich habe es mir zur Regel gemacht, dass bei jedem Erguss, wenn keine stürmischen Erscheinungen es früher verlangen, spätestens nach Ablauf der

ersten 14 Tage durch die Probepunction ich mich von der Beschaffenheit desselben überzeuge. Ist er serös und erreicht er die vierte Rippe in der Warzenlinie nicht, so warte ich mit der Punction bis in die vierte oder fünfte Woche. Wenn aber der Erguss die Höhe der vierten Rippe übersteigt, so unterziehe ich denselben alsbald der Punction. Hierzu wähle ich den siebenten Zwischenrippenraum in der vorderen Achsellinie oder den achten in der Rückengegend; letztere Stelle kommt jedoch nur bei besonderen Verhältnissen in Betracht. Von den Aspirationsapparaten bin ich bei der Punction ganz abgekommen; ich bediene mich zum Ausflusse eines Druckes, welcher durch eine Höhendifferenz zwischen der Ein- und Ausflussöffnung, auf dem Princip des Hebers beruhend, gegeben ist. An der seitlichen Ausflussöffnung eines Troicart, die durch das Zurückziehen des Stilets geöffnet wird, ist ein Gummischlauch von  $1\frac{1}{2}$  — 2 Meter Länge befestigt; in letzteren ist ein Glasrohr zur Beobachtung der durchgehenden Flüssigkeit eingeschaltet. Der durch Zurückziehen des Stilets geöffnete Troicart und der Schlauch werden durch Ansaugen einer 3procentigen Carbolsäurelösung gefüllt und hierauf das Stilet vorgestossen. Auf diese Weise ist der Luft der Zutritt versagt. Das freie Schlauchende ist in ein Gefäss obiger Carbollösung getaucht, das auf dem Boden steht und den abfließenden Erguss aufnimmt. Der Kranke befindet sich in dem erhöhten Bette in diagonalen, d. h. halb liegender Stellung. Zur Operation sind Instrumente, Hände und Operationsfeld in ganz reinem Zustand herzustellen. Der Abfluss des Ergusses darf nur langsam von statten gehen, stockt er durch Vorlagerung einer Fibrinflocke, so kann diese durch vorsichtiges Vorstossen des Stilets flott gemacht werden.

Auf diese einfache Art der Punction habe ich schon Dutzende von Fällen behandelt und bin immer zum Ziele gekommen. Nie habe ich Blutungen oder ein Oedem der sich entfaltenden Lunge gesehen, was aus leicht verständlichen Gründen bei der Aspiration nicht selten sich einstellt.

Werden heute in einem serösen Ergusse Tuberkelbacillen gefunden, so wird die Therapie durch die geniale Erfindung Koch's in eine neue Bahn gelenkt. Ich habe mich vor Kurzem in einem Falle der Tuberculose des Brustfelles durch Jodoform zu erwehren gesucht. Ein 16 jähriges Mädchen mit allgemeiner tuberculöser Infection, dem ich wegen Caries im Ellenbogen dieses Gelenk resecirte und einen kindkopfgrossen Senkungsabscess, von einem cariösen Brustwirbel ausgehend, durch Injection von Jodoformemulsion heilte, bekam einen schleichenden Pleuraerguss rechterseits. In der vierten Woche hatte er die vierte Rippe fast erreicht. Die Probepunction ergab einen trüben serösen Erguss mit Tuberkelbacillen. Ich schritt zur Punction und injicirte nach Beendigung derselben alsbald 50 gr einer 10procentigen sterilisirten Jodoformemulsion. Durch entsprechende Bewegungen wurde dafür Sorge getragen, dass das Jodoform überall mit dem Brustfell in Berührung kam. Der Erguss stellte sich in der ersten Woche wieder bis zur fünften Rippe ein, ging aber dann zurück und ist heute  $4\frac{1}{2}$  Wochen nach der Jodoformbehandlung ganz geschwunden. Der Fall lässt natürlich heute keinen Schluss zu. Erst der weitere Verlauf wird zeigen, ob die Eigenschaft des Jodoforms, tuberculöse Gewebmassen durch Verfettung zu necrotisiren, auch auf die Pleura sich erstreckt.

Ich kehre nun zurück zur Probepunction. Zeigt mir dieselbe einen eiterigen Erguss, so schreite ich alsbald zur Radicaloperation durch Schnitt. Um aber die eiterige Natur des Ergusses zu erkennen, ist es erforderlich, an mehreren und besonders tieferen Stellen des Brustkorbes (9. oder 10. Zwischenrippenraum in der Rückengegend), die Probepunction vorzunehmen, denn es

gibt dünnflüssige eiterige Exsudate, deren corpusculären Elemente als schwerere sich in der Tiefe ansammeln, während die oberen Schichten der Flüssigkeit nur als serös erscheinen. Alle diese eiterigen Ergüsse werden nun mit dem Schnitte operirt. Nun muss aber diese Indication noch erweitert werden. Es ist mir schon einigemal begegnet, dass getrübte seröse Ergüsse nach der Punction wieder kamen und eiterig wurden. Früher glaubte ich, die Schuld sei der Punction zuzuschreiben; heute bin ich überzeugt, dass im Ergüsse von vorneherein eiterbildende Coccen sich vorfanden. Deshalb habe ich es mir seit einiger Zeit zur Regel gemacht, getrübte Flüssigkeit eines Pleuraergusses, die ich durch Probepunction erhalten habe, auf die Anwesenheit von Bacterien zu untersuchen, d. h. auf Tuberkelbacillen und besonders den eiterbildenden Streptococcus zu fahnden. Letzteren zu finden ist mir schon in zwei Fällen gelungen, deren Erguss seröse Beschaffenheit zeigte und auch diese beiden Fälle habe ich durch den Schnitt operirt, da das Empyem bei Punction oder weiterem Zuwarten gewiss nicht ausgeblieben wäre. Will man also rationell zu Werke gehen, so müssen auch die serösen Ergüsse, welche eiterbildende Coccen enthalten, dem Brustschnitte unterzogen werden, eine Forderung, welche auch v. Ziemssen in seinem klinischen Vortrage über Behandlung der Pleuritis stellt.

Neuerdings und besonders auf dem Congresse der inneren Medicin, der über die Behandlung der Empyeme berieth, ist die Aspirations-Drainage von Bülow empfohlen worden, bei der mittelst einer Troicaröhre ein elastischer Schlauch in die Pleurahöhle eingeführt wird, dessen äusseres Ende in eine aseptische Flüssigkeit taucht. Dieser Schlauch mit eingetauchtem Ende bleibt die ganze Heilungsdauer. Ich habe dieses Verfahren noch nicht angewendet. Entleerung des Eiters und Entfaltung der Lunge ohne Pneumothorax sind seine Vorzüge, absolutes ruhiges Verhalten und längere Heilungsdauer seine Nachtheile. Für die Privatpraxis wird es sich nur in wenigen Fällen verwerthen lassen.

Alle meine Empyeme habe ich mit dem Schnitte operirt. Im Ganzen kann ich auf 19 Fälle zurückblicken, von denen alle genesen sind. Zwölf wurden mit Rippenresection und in den letzten drei Jahren 7 ohne solche ausgeführt. Gerade letztere Fälle haben mich veranlasst, dieses Thema als Landarzt zu praktischen Aerzten zu besprechen, weil die an sich ja nicht schwierige Empyemoperation mit Rippenresection durch den Wegfall der letzteren so sehr vereinfacht ist, dass sie wie eine Abscessöffnung Gemeingut aller Aerzte wird und werden muss. Die Rippenresection verfolgt einen doppelten Zweck: erstens soll sie dem Eiter den Abfluss erleichtern und zweitens soll sie zur Verkleinerung der Empyemhöhle beitragen; für den ersten Zweck habe ich jeweils eine Rippe in der Länge von 5 cm und für den zweiten 2—3 Rippen in der Ausdehnung von 6—8 cm entfernt. Ein veraltetes Empyem und davon abhängig die Starrheit des Brustkorbes und besonders die bei eiteriger Pleuritis so festen Verwachsungen der comprimierten Lunge werden auch heute noch die Resection nothwendig machen, allein letztere entfällt ganz bei Frühoperationen, welche ja gerade in die Hand des behandelnden Arztes gegeben ist. Selbst bei verspäteten Operationen ist es mir in zwei Fällen gelungen, ohne Resection durchzukommen, wo schon starke Annäherung der Rippen vorhanden war. Zwei Kranke im Alter von 52 und 49 Jahren mit metapneumonischem Empyem rechterseits kamen erst in der 5. resp. 7. Woche in meine Behandlung. Die Rippen waren so genähert, dass ein eingeleger Gummischlauch von Kleinfingerdicke stark comprimirt wurde. Ich legte deren zwei Röhren ein und durch deren Elasticität war in den folgenden Tagen der

Zwischenrippenraum zum vollen Volumen der Röhre erweitert, so dass sogar der Zeigefinger eindringen konnte.

Die Operation mit dem Schnitt gilt bei dem Publikum als eine grosse und hat durch den Lufttritt in den Brustraum für Manchen etwas Erschreckendes; allein in Letzterem darf man bei strenger Antisepsis nichts Gefährliches und Schädliches mehr erblicken. Wohl entsteht eine Pneumothorax; es wird die Lunge durch ihre elastischen Elemente wie bei der Eröffnung des Brustkorbes an der Leiche noch mehr zusammensinken, allein dieser Pneumothorax verschwindet bei guter Athmungsbewegung und bei ausdehnbarer Lunge bald, so dass man bei Frühoperationen letztere in einigen Tagen schon sich der Schnittöffnung nähern sieht. Wie kann sich aber die Lunge trotz des bestehenden Pneumothorax ausdehnen? Die Beantwortung dieser Frage hat mehr als theoretisches Interesse. Der Pneumothorax verschwindet in dem Maasse, als die Lunge sich ausdehnt. Hierbei spielen die Athmungsmuskeln die grösste Rolle. Sind dieselben und besonders die Inspirationsmuskeln nicht entartet und funktionsfähig, so werden sie den entleerten Thorax kräftig und ergiebig erweitern. Derselbe nimmt an Ausdehnung zu, wodurch sich der umgelegte Verband wie ein Ventil auf die Wunde legt und den Luftzutritt behindert. Dadurch wird ein verdünnter Luftraum entstehen, in dem die comprimirte Lunge durch negativen Druck, d. h. durch Zug sich auszudehnen sucht. Sind die Muskeln der Ausathmung ebenfalls functionstüchtig, so werden sie durch Verkleinerung der Empyemhöhle die eingedrungene Luft auspressen, wodurch bei der Einathmung das Spiel der Luftverdünnung und des Zuges an der Lunge von Neuem anhebt. Es ist leicht verständlich, dass, wenn auch der Ausschlag der einzelnen Athembewegung nicht gross sein kann, die Summe derselben doch Beträchtliches zu Stande bringt. Das Haupterforderniss hierbei ist aber die Functionstüchtigkeit der Athemmuskulatur, welche diese Eigenschaft nur bei Frühoperationen in gewünschtem Maasse behält.

Die Operation ist die denkbar einfachste. Zu ihrer Ausführung ist ein spitzes und ein geknöpftes Messer, eine Hohlsonde und einige Unterbindungsklammern nothwendig. Das Hauptgewicht lege ich auf strenge Antisepsis. Hierin behandle ich die Operation als grosse. Die Instrumente, das gläserne Ansatzrohr des Irrigators zum Ausspülen eingerechnet, werden durch ein viertelstündliches Kochen in reinem Wasser sterilisirt. Patient wie Arzt nehmen ein Bad. Ausserdem wird das Operationsfeld in weiter Ausdehnung mit Schmierseife und Rasirmesser behandelt. Die Hände des Arztes werden vor der Operation der von mir schon lange geübten Fürbringer'schen Methode der Reinigung unterworfen. (Gründliches Reinigen mit Seife und Bürste, Behandeln der Finger und besonders der Nägel mit 90procentigem Spiritus, hierauf Bad in 12procentiger Sublimatlösung von 1 Minute Dauer.) Den Schnitt führe ich bei freiem Exsudat in dem sechsten Zwischenrippenraum in der vorderen Achsellinie in einer Länge von 6 cm und halte mich im Zwischenrippenraum an den oberen Rand der unteren Rippe. Jedes blutende Gefäss wird sorgfältig unterbunden. Die Pleurawunde wird nur 1 cm breit angelegt, um den Abfluss des Eiters zu mässigen; drohen in Folge von Gehirnanämie Ohnmachtzustände, so wird derselbe unterbrochen. Stets ist eine Aetherspritze in Bereitschaft, um Collapse zu bekämpfen. Bei schwachem Pulse wird sie vor der Operation applicirt. Ist der Abfluss der Flüssigkeit beendet, so wird die Pleurawunde durch das Knopfmesser auf 4 cm erweitert; in dieselbe legt man zwei kleine fingerdicke, mit Jodoform bestreute Gummiröhren, von denen die eine 10—12 cm lang und mit Seitenöffnungen versehen, gegen

die Wirbelsäule vorgeschoben wird, während die andere 5 cm lang nur während der Ausspülung zum Abfluss dient und nach derselben herausgenommen wird. Nur bei engen Zwischenrippenräumen lasse ich beide Röhren liegen. Beide Röhren tragen Sicherheitsnadeln. Zur Ausspülung habe ich in letzteren Jahren Creolin verwendet (20 Tropfen auf 1 Liter Wasser); sie wird nach der Operation so lange fortgesetzt, bis der Abfluss kein Exsudat mehr enthält. Im weiteren Heilverlaufe sind keine weiteren Spülungen mehr nothwendig; ausserdem bergen sie eine gewisse Gefahr durch Lockerung der Thromben in den Lungenvenen. Nur in einem schweren Falle, wo ich bei einem trüben serösen Ergüsse wegen Anwesenheit des *Streptococcus pyogenes* mit dem Schnitt operirte, musste ich wiederholt ausspülen, um die daumendicken, oft 20 cm langen Fibrinstränge herauszuschwemmen. Das Creolin scheint mir einen scretionsbeschränkenden Einfluss auf die Pleura, ähnlich wie auf die Blasenschleimhaut auszuüben. Nach Beendigung der Operation wird die Wunde mit Jodoform bestreut und mit solcher Gaze in mehreren Schichten bedeckt; Salicylwatte in grosser Menge und Ausdehnung und eine nasse gestärkte Gazebinde vervollständigend den Verband. In den ersten 8 Tagen ist täglicher, in der zweiten Woche zweitägiger und später immer seltener werdender Verband nothwendig. Hierbei ist die strengste Antisepsis beizubehalten. Schon an dem Ende der ersten Woche kann man an das Verkürzen des Drainrohres gehen; dasselbe wird bei Frühoperationen Ende der dritten oder Anfangs der vierten Woche entfernt werden können. Meist wird das verkürzte Rohr durch die Naturkräfte ausgetrieben. Sollte dies einmal zu frühe geschehen, wie in einem meiner Fälle, so kann man es leicht und ohne Gefahr durch die Granulationen wieder einführen. Früher hegte man vor diesen Granulationen Furcht wegen einer eventuellen Verwachsung der Pleura visceralis mit dem Brustschnitte; diese Furcht kann heute als überwunden gelten, da ja nach neueren Erfahrungen die Pleura keine Granulationen erzeugt und deshalb ein Ueberschreiten derselben auf das Brustfell und eine Verwachsung nicht eintritt.

Nach dieser Methode habe ich in den letzten drei Jahren 7 Fälle behandelt und habe ohne Rippenresection in 32—36 Tagen Heilung erzielt. Diese war eine vollständige; weder Dämpfung, noch Functionsbeeinträchtigung der Lunge, noch Rückgratsverkrümmung blieb zurück.

In chronologischer Reihenfolge lasse ich die Fälle kurz folgen:

1. F. W., 12 Jahre alt, macht eine linksseitige Spitzenpneumonie durch. Im Anschluss hieran Pleuritis mit rahmig eiterigem Erguss bis zur 4. Rippe. Operation mit dem Schnitte am 25. Krankheitstage. Schon am 4. Tage nach der Operation Annäherung des Lungenrandes an den Schnitt, der im 6. I. C. R. angelegt war. Entfernung des Gummirohres am 17. Tage und Schluss der Brustfistel am 23. Tage post. operat. Keine Dämpfung und keine Rückgratsverkrümmung.

2. E. H., 19 Jahre alt, zeigt im Anschluss an ein schweres Kopferysipel einen linksseitigen Pleuraerguss, der mit hohem Fieber einhergieng. Ende der 3. Woche zur Kranken ad concilium gerufen, findet man einen Erguss, der bis zur 2. Rippe reichte. Die Probepunction ergibt in den oberen Schichten trüben serösen und in den tieferen dickeiterigen Erguss. Operation durch den Schnitt. Durch Verdrängung des Herzens und Abknickung der Gefässe starke Athemnoth und schwache Herzkraft, daher Operation ohne Narcose und Aetherinjectionen vor und während derselben. Entfernung der Gummiröhre am 25. und Heilung der Fistel am 29. Tage nach der Operation. Eine 3fingerbreite Dämpfung im Bereiche der 8. bis 10. Rippe am Rücken verliert sich in weiteren 14 Tagen. Heilung gut.

3. M. A., 5 Jahre alt, kommt 21 Tage nach einer abgelaufenen rechtsseitigen Lungenentzündung mit Empyem in meine Behandlung. Höhe des Ergusses bis zum 3. Zwischenrippenraum. Operation mit Schnitt. Am 20. Tage nach derselben wird das Drainrohr von selbst ausgestossen und die Fistel schliesst sich in 9 weiteren Tagen. Heilung der äusseren Wunde und Ausdehnung der Lunge zur Norm 5 Wochen nach der Operation. Eine nach letzterer sichtbare geringe Lordose ist mit dieser Zeit wieder ausgeglichen.

4. F. L., 26 Jahre alt, hat Seitenstechen, heftige Schmerzen und hohes Fieber. Es bildet sich ein rechtsseitiger Pleuraerguss, der schon am 11. Tage den 2. Zwischenrippenraum erreicht. Die Probepunction ergibt seröse, stark trübe Flüssigkeit mit viel Fibringerinnsel und nur spärlichen Eiterkörperchen; ausserdem fand sich der Streptococcus pyogenes. Operation am 13. Krankheitstag durch den Schnitt. Das auf der Höhe von  $39,5-40,0^{\circ}$  sich haltende Fieber sinkt sofort auf  $37,7^{\circ}$ , um diese Temperatur nicht mehr zu übersteigen. Während dem Wundverlauf mussten drei Ausspülungen des Brustraumes vorgenommen werden, um daumendicke und 15—20 cm lange Fibrinstränge aus dem Brustkorb herauszuschwemmen, was gut gelang. Entfernung der Gummiröhre am 15. und vollständige Heilung der Brustwunde am 22. Tage nach der Operation. Keine Dämpfung.

5. Fr. Sch., 52 Jahre alt, mit metapneumon. Empyem rechts, kam erst Ende der 5. Woche in meine Behandlung. Ergusshöhe über die 4. Rippe. Operation mit dem Schnitte. Die Rippen sind so genähert, dass kleinfingerdicke Gummiröhren nur correprimit eingeführt werden können. Es werden deren zwei eingelegt, welche durch ihre Elasticität die Rippe so heben, dass der Zwischenrippenraum am 3. Tage für den Zeigefinger durchgängig ist. Entfernung des letzten Drains am 26. und Heilung der Wunde am 30. Tage nach der Operation. Keine Dämpfung.

6. A. G., 29 Jahre alt, macht eine Lymphangitis, von einem ulcerirten eingewachsenen Nagel ausgehend, durch, an die sich unter Schüttelfrost eine Pleuritis linkerseits anreihet, deren Erguss unter stürmischen Erscheinungen rasch bis zum 4. I. C. R. ansteigt. Probepunction am 8. Krankheitstage ergibt eine seröse stark getrübe Flüssigkeit, an der der Streptococcus gefunden wird. Am 9. Krankheitstage Operation durch den Schnitt. Entfernung des Drains am 17. und Heilung der Wunde am 23. Tage nach der Operation.

7. H. A., 49 Jahre alt, kommt mit einem 7 Wochen alten metapneumonischen Empyem in meine Behandlung. Der Erguss sitzt rechts und reicht bis zur 3. Rippe. Operation durch Schnitt; Zwischenrippenräume eng. Deshalb Einlegen zweier fingerdicken Gummiröhren. Am 4. Tage ist die Rippe bis zur vollen Entfaltung der Röhren gehoben, deshalb Entfernung eines derselben. Das andere wird am 24. Tage post. operat. vor der Wunde gefunden und nicht mehr eingeführt. Es tritt jedoch Fieber auf und trotz des Aussickerns von Eiter aus der Brustfistel entsteht eine kleine Dämpfung, daher Wiedereinführen des Rohres nach 3 Tagen und endgiltige Entfernung desselben am 33. Tage. Nach weiteren 3 Tagen war die Fistel geschlossen. Keine Dämpfung.

Ich komme nun zu einem kurzen Schlusssatze.

Nur die Frühoperation leistet bei Pleuraergüssen Ersprissliches. Das Zuzwarten auf Geradewohl, ob die Resorption stattfindet, ist irrationell, weil die beste Zeit zum Handeln verloren geht. Besonders erfordern die Empyeme alsbaldigen Eingriff. Dieser ist ohne Rippenresection so vereinfacht, dass jeder Arzt in jeden Verhältnissen ihn auszuführen im Stande ist. Doch nur als Frühoperation feiert der Brustschnitt ohne Resection seine Triumphe. Möge darum die Vereinfachung der Methode jedem Arzte bei Empyem alsbald das

Messer in die Hand drücken. Hiezu aufzufordern und beizutragen war der Zweck der kleinen Wanderung auf diesem Gebiete.  
Schopfheim, 5. December 1890.

## Zeitung.

**Niederlassungen und Ortswechsel.** Arzt Dr. Ludwig Löffler, geb. 1864 in Neckarbischofsheim, appr. 1890, hat sich in Pforzheim niedergelassen, Arzt Wilhelm Vogt, geb. 1864 in Königshofen, appr. 1890, in Königshofen, A. Tauberbischofsheim, Arzt Dr. Karl Schleinzler, geb. 1864 in Pont-sur-Seine, appr. 1890, in Untermünsterthal, A. Staufen, Arzt Dr. Martin Deiss, geb. 1865 in Mannheim, appr. 1890, in Durlach.

Arzt Dr. Ernst Lembke ist von Kuppenheim, A. Rastatt, nach Karlsruhe gezogen, Arzt Dr. Hugo Beckmann, bisher in Säckingen, hat sich in Heidelberg niedergelassen.

**Todesfall.** Am 4. Januar starb in Endingen, A. Emmendingen, Arzt Dr. Anton Hoch, 59 Jahre alt.

Am 10. Februar starb in Oberkirch der Grossherzogliche Bezirksarzt Geheime Hofrath Dr. **Sigmund Schneider** nach kurzem Krankenlager an einer Herzaffektion, im Alter von 72 Jahren.

Diese Trauerkunde wird im ganzen Lande die Herzen der ärztlichen Collegen tief und schmerzhaft bewegen. War doch der Dahingegangene seit einer langen Reihe von Jahren ein leuchtendes Vorbild für tüchtige, fleissige und eifrige Thätigkeit als Arzt und Sanitätsbeamter, für warmes und hingebendes Interesse an dem Gedeihen und der Hebung des ärztlichen Standes, für freundschaftliche, wohlwollende und noble Collegialität. Durch diese seltenen Eigenschaften erwarb er sich nicht nur das unerschütterliche Vertrauen der Bevölkerung und der Collegen des Bezirkes, in welchem er während eines Zeitraumes von 48 Jahren erfolgreich und treu als Arzt thätig war, sondern auch die Freundschaft und Verehrung der Aerzte in den weitesten Kreisen des Landes. Die fortgesetzte Wahl in den Aerztlichen Ausschuss, welchem Schneider seit dessen Entstehung während 27 Jahren als Mitglied und in den letzten 5 Jahren als Vorsitzender angehörte, sowie zum Vorsitzenden des Staatsärztlichen Vereines, unter dessen Begründern er in erster Linie zu erwähnen ist, geben deutliches Zeugniß für diese ihn hochachtende Gesinnung seiner Collegen. 20 Jahre lang bekleidete Schneider die Stelle eines Bezirksarztes in Oberkirch. Auch Seitens der Grossherzoglichen Staatsregierung wurden dessen hervorragende Leistungen gewürdigt und anerkannt. Schon im Jahre 1874 erhielt er den Titel: Medicinalrath, im Jahre 1889 wurde er zum Geheimen Hofrath ernannt, früher schon war ihm das Ritterkreuz erster Classe des Ordens vom Zähringer Löwen verliehen worden.

Schneider's mannhafte, thatkräftige und klarblickende Persönlichkeit beschränkte ihr Streben und Wirken aber nicht auf das Feld ärztlicher Thätigkeit. Als Arzt im idealsten Sinne des Wortes hatte er sein ganzes Denken und Leben mit dem Wohl und Wehe des Volkes, insbesondere der Bewohner seines Wirkungsbezirkes auf's innigste verflochten. Wo es galt, für des Vaterlandes Grösse und Macht, für geistige und politische Freiheit, für das Wohl und Interesse des Volkes einzutreten, befand er sich in der ersten Reihe als treuer, zuverlässiger und hingebender Kämpfer. Dankbare Anerkennung seiner Bezirkslandsleute sandte ihn seit Einführung der Kreisverfassung in die Kreisversammlung und den Kreisausschuss des Kreises Offenburg, in deren Versammlungen er lange Jahre den Vorsitz führte und die Anregung zu vielen segensreichen Institutionen gab.

So ist der Besten Einer von uns geschieden!

Ehre und Treue seinem Andenken!

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