Aus dem Städtischen Krankenhaus Friedrichstadt in
Dresden.

Zur Behandlung der Lungenphthise mit künstlichem Pneumothorax.

Von Adolf Schmidt.

In No. 7 der Münchener medizinischen Wochenschrift dieses Jahres (S. 338) findet sich ein kurzer Bericht über einen Vortrag L. Brauers im ärztlichen Verein zu Marburg, Sitzung vom 20. Dezember 1905. Brauer bespricht darin die Krankengeschichte eines jungen Mädchens mit einseitiger Lungenschwindsucht, welches er mittels Einblasung von sterilem Stickstoff in die Pleurahöhle der erkrankten Seite nach dem Vorgange von Murphy behandelt hat. Dieser Bericht, meines Wissens der erste über einen derartigen Versuch aus Deutschland, veranlaßt mich, eine Methode, welcher ich mich seit längerer Zeit zum Zwecke der Einführung von Gasen, aber auch von Flüssigkeiten in die Pleurahöhle bediene, schon jetzt zu veröffentlichen, obgleich meine therapeutischen Erfahrungen über ihren Nutzen bei den verschiedenen in Betracht kommenden Erkrankungszuständen der Lunge noch nicht abgeschlossen sind.

Das Verfahren besteht in der stumpfen Durchbohrung der Pleura mittels eines besonderen Troikarts, welcher nach demselben Prinzip wie der von mir für Infusionen in die Peritonealhöhle angegebene (diese Wochenschrift 1904, No. 49) konstruiert ist. Nur sind seine Dimensionen entsprechend geringer, und zwischen der Kanüle und dem Ansatzstücke befindet sich ein Hahn. Wie die Figur zeigt, besteht er aus

zwei Teilen: einer kurzen, scharfen Geleithnadel (a) und einer durch diese hindurchzuführenden stumpfen, vorn mit zwei Öffnungen versehenen Hohltnadel (b).

Die Geleithnadel wird in einem Intercostalraume (ich wählte meist den neunten Intercostalraum in der hinteren Axillarlinie) bis an das Heft vorgestoßen. Bei ihrer geringen Kürze (1 cm) durchbohrt sie zwar die Zwischenrippenmuskeln, aber nicht die Pleura costalis. Nun wird die stumpfe, etwa 6 cm lange und 1½ mm starke Hohltnadel in die Geleithnadel hineingeführt und durch das Rippenfell vorgestoßen, was ohne Schwierigkeit gelingt. Daß man sich in der Pleurahöhle befindet, bemerkt man sofort an der freien Beweglichkeit der Nadel. Findet sich an der Stelle der Punktion unerwarteterweise eine Ver-

wachsung der Pleurablätter, so stellen sich der Durchbohrung erhebliche Widerstände entgegen, oder die vorgeschobene Nadel wird bei der Inspiration wieder zurückgedrängt, sodaß man nicht leicht mit der Nadel in die Lunge vordringen kann. Mir ist das nur einmal bei einer Sauerstoffinfusion passiert, ohne daß der Patient eine Empfindung davon hatte. Befindet sich der Troikart in der Pleura, so wird das Ansatzstück mit dem Reservoir der zu injizierenden Substanz verbunden und der vorher geschlossene Hahn geöffnet. Die Einführung von Gasen und Flüssigkeiten macht, wenn sie langsam geschieht, keinerlei Schmerzempfindung. Erst nach Einführung von etwa 500 ccm beginnt eine Erschwerung der Atmung für den Kranken sich bemerkbar zu machen, welche aber erst bei etwa 1500 ccm (links etwas eher) unangenehm empfunden zu werden pflegt. Nach der Entfernung der Nadel hat man nur die kleine Öffnung mit einem Heftpflaster zu schließen.

Dieses Verfahren hat vor der Freilegung der Pleura costalis durch einen Schnitt den Vorzug größerer Einfachheit und Ungefährlichkeit. Zwar haben Murphy und Brauer die freigelegte Pleura ebenfalls stumpf durchbohrt, sodaß die Pleura pulmonalis nicht gefährdet wurde, aber es kann dabei offenbar doch leichter atmosphärische Luft mit eindringen als bei meinem Vorgehen, welches außerdem den ganzen Eingriff des Charakters einer Operation entkleidet.

Ich habe mittels dieses Verfahrens von Gasen chemisch reinen Sauerstoff und sterile Luft, von Flüssigkeiten Kochsalzlösungen und Oel in die Pleura gebracht. Die Gase habe ich benutzt, um eine Kompression der oberen Lungenteile, die Flüssigkeiten um eine solche der unteren Teile zu erzielen. Die Krankheitsprozesse, welche ich zu beeinflussen versucht habe, waren Lungenphthisen, alte, schlecht resorbierbare Pleuraexsudate, Bronchiektasen und Höhlenbildungen, Emphyse. Im ganzen habe ich bisher einige 20 Infusionen ausgeführt, ohne jemals etwas Unangenehmes dabei erlebt zu haben. Ueber die therapeutischen Resultate werde ich auf dem diesjährigen Kongreß für innere Medizin berichten.

Daß der stumpfe Troikart auch zu Probepunktionen der Brust- und Bauchhöhle Verwendung finden kann, brauchte eigentlich nicht besonders bemerkt zu werden. Ich erwähne es auch nur, weil Salomon (Berliner klinische Wochenschrift 1906, No. 2) meinen Bauchtroikart dadurch zu einem Probepunktionsinstrument noch geeigneter zu machen versucht hat, daß er einen Katheter durch die innere Hohltnadel hindurchführte. Ich kann allerdings darin keine Verbesserung sehen, da die Gefahr besteht, daß der Katheter beim Zurückziehen an der Öffnung der Hohltnadel abreißt.