DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Fünfter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner.

Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Plötzlicher Tod bei linksseitigem Pleuraexsudate — nebst epikritischen Bemerkungen.

Mitgetheilt von

Dr. med. M. Loeb in Worms a. Rh.

Den 11. März d. J. wurde ich zu dem 55jährigen Büstenfabrikanten Ph. Schw. gerufen, der schon längere Zeit über Husten und Athembeschwerden klagte, der indess erst seit einem Tage das Bett hütete. Patient, ein Potator höheren Grades, nahm die linke Seitenlage ein; die Untersuchung der Brust ergab links hinten eine Dämpfung, die von der unteren Lungengrenze bis etwas unter die Spina scapulae und bis zum 4. Brustwinkel reichte. Ueber der gedämpften Stelle war kein Athmungsgeräusch zu hören, nur nach oben schwaches Bronchialathmen. Der an der angegebenen Stelle fehlende Pectoralfremitus machte die Diagnose eines pleuritischen Exsudates zweifellos. Links vorn fand sich eine Dämpfung, welche unter der Clavicula begann und einen Winkel bildete, dessen eine Linie nach rechts hin sich über das Sternum wegzog, so dass unten die Dämpfung den rechten Sternalrand 2 Finger breit überragte; die andere Linie zog sich nach der Axillarlinie hin; doch war hier eine genaue Grenzbestimmung nicht möglich. Die Herztöne waren an der gewöhnlichen Stelle, vollständig rein, jedoch schwach zu hören; der Spitzestoss war nicht zu fühlen, jedoch bestand deutliche Pulsatio

epigastrica. Puls klein, regelmässig, 72 in der Minute; eine Erhöhung der Körperwärme war weder an genanntem Tage, noch später im ganzen Verlaufe der Krankheit zu constatiren. Die Herzgegend war stark vorgewölbt; die linksseitigen Inter-costalräume verstrichen. Schmerz wurde nur tief unten in der linken Lendengegend geklagt. — Dass neben dem pleuralen noch ein pericardiales Exsudat vorhanden, dafür sprach der Umstand, dass vorn die Dämpfung höher reichte als hinten, ferner sprach dafür die Form der Dämpfung und das Verhalten des Spitzenstosses, der bei einem hochgradigen Pleuraexsudate, welches den ganzen linken Brustraum ausgefüllt, rechts vom Sternum zu fühlen gewesen wäre¹⁾. — Wie lange Brustfell- und Herzbeutelerguss bei unserem Patienten schon vorhanden, war nicht zu ermitteln; Husten bestand seit circa $\frac{1}{4}$ Jahren, Athemnoth, die besonders beim Treppensteigen sich manifestirte, seit 4 Wochen. —

Unter dem Gebrauche kleiner Morphinumgaben (3 mal tägl. 0,008) besserte sich das subjective Befinden insoweit,

¹⁾ Die Diagnose gleichzeitig bei linksseitigem Pleuraexsudate bestehenden pericardialen Ergusses ist mitunter recht schwer. So erinnere ich mich eines derartigen Falles, wo ebenfalls kein Reibegeräusch zu hören war und wo zwischen mir und dem behandelnden Collegen lange Zeit Meinungsverschiedenheit bestand: Prof. Seitz und Prof. Oppenheimer, die später zugezogen wurden, sprachen sich ebenfalls für ein gleichzeitig bestehendes Pericardialexsudat bei dem betreffenden Kranken aus. — Als wichtiges differentielles Merkmal dient die Form der Dämpfung, welche bei uncomplicirten pleuritischen Ergüssen hinten immer höher hinaufragt, als vorn.

als der Husten sehr nachliess, die Athemnoth geringer wurde und Patient einen grossen Theil der Nacht schlafen konnte. Den 18. März Morgens fühlte sich der Kranke subjectiv recht wohl; da indess die Dämpfungsfigur links vorn und hinten dieselbe war, proponirte ich die Thoracocentese, welcher Vorschlag auch sofort von dem Kranken acceptirt wurde, nachdem ich ihm durch die Probepunction mit der Lühr'schen Spritze den flüssigen Inhalt der Pleurahöhle ad oculos demonstrirt hatte (es entleerten sich einige Tropfen seröser gelblicher Flüssigkeit). Als ich Nachmittags 4 Uhr gerade im Begriff war, mit dem desinficirten Potain'schen Apparate zu dem Patienten zu gehen, wurde ich beordert, schleunigst hinzukommen; ich fand indessen den Letzteren schon todt. Trotz meines strengsten Verbotes das Bett zu verlassen, hatte er einen Augenblick, als seine Frau aus dem Zimmer sich entfernt, dazu benutzt aufzustehen, um zu uriniren, war jedoch vor dem Bette lautlos umgesunken, und als seine Frau nach höchstens 2 Minuten wieder ins Zimmer trat, eine Leiche. — Die Section wurde leider nicht gestattet.

Plötzliche Todesfälle sind bei grösseren Pleuraexsudaten keine allzugrosse Seltenheit und reiht sich unser Fall ähnlichen von Trousseau (*Chinique médicale de l'Hôtel-Dieu* I p. 637 ff.), Bartels (*Deutsch. Archiv für klin. Medic.* IV p. 265) und Fraentzel (*v. Ziemssen's Hdb.* IV p. 408) beobachteten an, obgleich wir nicht eigentlich von einem grossen Ergüsse in der Pleurahöhle, sondern von einem grossen Ergüsse in der Brusthöhle bei unserem Kranken sprechen dürfen. — Meist handelt es sich um hochgradige linksseitige Pleuraergüsse, und erfolgt der Tod in der Regel plötzlich durch Syncope, welche nach Trousseau durch die Torsion der Aorta, nach Bartels und Fraentzel durch rechtwinklige Knickung der unteren Hohlvene im Foramen quadrilaterum hervorgerufen wird; eine brusque rasche Bewegung giebt gewöhnlich den letzten Anstoss. — Wie in unserem Falle der Tod eintrat, muss bei dem Mangel der Section hypothetisch bleiben. Bedenkt man indess, dass man es einerseits mit einem hochgradigen Potator und in Folge dessen mit einem wahrscheinlich stark fettig degenerirten Herzen zu thun hatte; dass andererseits der pericardiale Erguss die Herzmusculatur schädigte,

und ein bedeutendes Pleuraexsudat das in seiner Leistungsfähigkeit heruntergekommene Organ zu erhöhter Arbeit nöthigte, so hat die Annahme einer plötzlichen Herzparalyse nichts Auffälliges¹⁾.

Diese plötzlichen Todesarten bei Pleuraexsudaten haben insofern etwas Lehrreiches, als sie auffordern: 1) bei jeder grösseren Flüssigkeitsansammlung in der Brust den Patienten jede heftige Bewegung vermeiden zu lassen; 2) mit der Thoracocentese nicht zu warten, bis Orthopnoe eingetreten ist, sondern sie bei jeder grösseren Flüssigkeitsmenge im Thorax vorzunehmen; und wenn man einmal zur Operation entschlossen ist, keine Stunde länger mit der Ausführung derselben zu zögern. Grade in Fällen, wo ein pericardialer Erguss ein linksseitiges Pleuraexsudat complicirt, greife man sofort zum Troikart, damit nicht wie in unserem Falle ein plötzlicher Tod das Praevenire spielt. Etwa bestehendes Fieber contraindicirt die Operation nicht. Zum Beweise dafür erlaube ich mir nachfolgenden Fall kurz hier anzuführen:

8 Tage nach erwähntem Todesfalle consultirte mich ein 16jähriger Gymnasiast von auswärts in meiner Wohnung. Die Untersuchung ergab ein Exsudat, welches die ganze rechte Brusthälfte ausfüllte (Brustumfang rechts 40, links 38 Ctm.); T. 39,3°, P. 120, R. 28. Zwei Stunden später machte ich mit dem Potain'schen Apparate die Punction; die Nadel wurde im VI. Intercostalraum zwischen Axillar- und Mammillarlinie eingestossen und ca. 5—6 Schoppen Flüssigkeit entleert (unter Assistenz meines verehrten Collegen Kreisarzt Dr. Neidhardt, welcher auch den obigen Fall mit zu behandeln die Güte hatte). Den nächsten Tag war Patient fieberfrei und Tags darauf fuhr der junge Mann fieberfrei, ohne jede Athemnoth, seinem 4 Stunden entfernten Heimatsorte zu²⁾.

Ueber das Operationsverfahren nur noch einige Worte.

¹⁾ Ich habe bis jetzt 3 mal bei Frauen plötzlichen Tod bei Klappenfehlern des Herzens beobachtet (es handelte sich in allen Fällen um Mitralleiden), in 2 Fällen davon, wo eine Section mir erlaubt wurde, ergab dieselbe keine Embolie weder der Gehirn- noch Lungenarterien, so dass zur Erklärung des raschen Todes nur die Annahme einer Herzparalyse übrig bleibt.

²⁾ Ich bemerke hier nur noch, dass ich bei dem Patienten zwar nochmals die Paracentese zu machen genöthigt war; dass die Temperatur indess nie höher als 38° C. stieg und der Kranke vollständig genesen ist.

Nachdem ich die Operation ziemlich häufig bald mit dem gewöhnlichen Troikart, bald mit dem Potain'schen Aspirationsapparate ausgeführt, gebe ich doch dem Troikart, um dessen unteres Ende des Lufteintritts wegen ein Condom gebunden ist, den Vorzug, da es meiner Ansicht nach gar nicht nothwendig ist, die Flüssigkeit aus dem Thoraxraume bis auf den letzten Tropfen zu entleeren. Bei der Anwendung der Aspirationsapparate ist gewöhnlich die Entwicklung von Gasen aus der Pleuraflüssigkeit für die Operation wesentlich erschwerend und verlangsamend. —