Aus der Medizinischen Klinik der Universität in Kiew.
(Direktor: Prof. K. E. Wagner.)

Ueber die diagnostische Bedeutung des „Signe du sou“ bei pleuritischen Exsudaten.

Von B. M. Slatowerchownikow.

Im Jahre 1898 hat Prof. Pitres in der Zeitschrift „Archives cliniques de Bordeaux“ in dem Aufsatz „Les signes physiques des épanchements pleureux“ seine Beobachtungen über ein Symptom veröffentlicht, das bei einigen Erkrankungen der Lungen und der Pleura beobachtet wird und das er als „Signe du sou“ bezeichnet hat. Dieses Symptom wird folgendermaßen festgestellt: Der Assistent drückt fest an den Brustkorb der zu untersuchenden Person eine Kupfermünze und perkutiert an dieser mit einer anderen Kupfermünze, während der Untersuchende unmittelbar mit dem Ohre in demselben Niveau der entgegengesetzten Seite des Brustkorbes auskultiert, nachdem er das freie Ohr zuvor mit dem Finger verstopft hat. Man beobachtet hierbei folgende akustischen Erscheinungen. Wenn zwischen den Punkten der Perkussion und der Auskultation eine Schicht von spongösem oder alveolärem Gewebe liegt, so wird der Schall gedämpft und ohne jeden metallischen Beiklang übermittelt. Wenn aber zwischen dem Auskultations- und dem Perkussionspunkt eine mit Gasen gefüllte Höhle liegt, so wird der Schall verstärkt, mit hohem metallischem Beiklang übermittelt. Wenn sich zwischen dem Auskultations- und Perkussionspunkt eine homogene Substanz, eine harte oder flüssige, befindet, so wird der Schall mit deutlichem metallischen Beiklang übermittelt. Wenn zwischen dem Auskultations- und Perkussionspunkt heterogenes Gewebe liegt, beispielsweise alveoläres und flüssiges, so wird der Schall gedämpft, ohne metallischen Beiklang übermittelt. Das Symptom gilt als positiv, wenn der Schall mit deutlichem metallischen Beiklang, und als negativ, wenn er gedämpft übermittelt wird.

Wenn man die Angaben der Literatur über die in Rede stehende Frage studiert, so sieht man, daß dies Symptom

hauptsächlich in der Kinderpraxis Anwendung fand. Das ist auch durchaus erklärlich. Bei der Mehrzahl der Kinder sind wir nicht in der Lage, ein so wichtiges Symptom wie den Pectoralfremitus zu verwerten, während in manchen Fällen die Perkussion, die Auskultation und die äußere Besichtigung des Brustkorbes zur Feststellung des Charakters der Erkrankung unzureichend sind.

Auf Vorschlag meines hochverehrten Lehrers, Prof. K. E. Wagner, habe ich am Material seiner Klinik dieses Symptom systematisch studiert und mit den Ergebnissen der Perkussion und der Untersuchung des Pectoralfremitus verglichen. Außerdem habe ich geprüft, ob es vielleicht mit Hilfe dieses Symptoms möglich wäre, das Vorhandensein von Flüssigkeit in der Bauchhöhle und die Höhe ihres Standes festzustellen.

Ursprünglich verfuhr ich nach den Vorschlägen von Prof. Pitres, d. h. ich ließ einen Kollegen am Brustkorbe in der Richtung von oben nach unten perkutieren, während ich selbst an der entgegengesetzten Seite in derselben Höhe auskultierte. Später fand ich aber, daß es bequemer ist, an der Stelle der absoluten Dämpfung perkutieren zu lassen, ohne die Lage der Münze zu verändern, während die Auskultation nach wie vor in der Richtung von oben nach unten geübt wird: dann ist es sehr leicht, den Uebergang des dumpfen Schalles in hellen Metallklang aufzufangen. Außerdem kann bei diesem Modus der Assistent durch einen anderen Kranken oder durch einen Wärter ersetzt werden. Zu meinen Beobachtungen bediente ich mich auch des Apparates von Priv.-Doz. N. N. Philippow und fand, daß dieser sehr bequem ist und bei Vorhandensein von Exsudaten deutliche Schalländerungen ergibt.

Da ich mit meiner Arbeit bezweckte, die Resultate bei der Bestimmung der Exsudathöhe durch Perkussion, durch Untersuchung des Pectoralfremitus und mit Hilfe des Signe du sou miteinander zu vergleichen, so wurde bei allen Kranken eine Probepunktion gemacht, und zwar in der Höhe des Ueberganges des dumpfen Schalles in hellen Metallklang. Ich perkutierte in der üblichen Weise mittels Hammers am Plessimeter; die Bestimmung des Flüssigkeitsstandes nach dem Pectoralfremitus machte ich nach der lineären Methode, d. h. ich legte den Handteller nicht flach, sondern mit der Kante an.

Von den 48 von mir untersuchten Patienten hatten 28 exsudative Pleuritis — und zwar handelte es sich bei einem Patienten um eitrige, bei einem um hämorrhagische und bei 26 um seröse — zwei adhäsive Pleuritis, zehn fibrinöse Pneumonie, einer katarrhalische, zwei Bronchiektasie, einer Tuberkulose der rechten Lungenspitze, einer miliäre Tuberkulose und einer Pneumothorax, einer Tuberkulose des Peritoneums, einer atrophische Leberzirrhose. Außerdem untersuchte ich zahlreiche Personen mit gesunden Lungen.

Bei Personen mit gesunden Lungen wurde Signe du sou kein einziges Mal erzielt.

Das in Rede stehende Symptom wurde bei allen unseren mit exsudativer Pleuritis behafteten Kranken sowie auch bei einem Patienten mit Pneumothorax nachgewiesen; bei den übrigen Kranken mit Lungenentzündung, Lungentuberkulose, Bronchiektasie, adhäsiver Pleuritis blieb das Symptom aus.

Mit Rücksicht auf den beschränkten Raum kann ich hier nur auf 2 Patienten etwas ausführlicher eingehen.

Fall von adhäsiver Pleuritis. Bei dem Patienten wurden folgende Erscheinungen beobachtet: Die Temperatur war normal. Die rechte Hälfte des Brustkorbes war eingesunken und blieb bei der Respiration hinter der linken zurück. Bei der Perkussion konstatierte man vorne an der Mamillarlinie von der V. Rippe, hinten einen Querfinger unterhalb des Angulus scapulae Dämpfung. Dislokation der benachbarten Organe war nicht vorhanden. Bei der Auskultation oberhalb des Dämpfungsgebietes hörte man stark abgeschwächtes Atemgeräusch. Der Stimmfremitus war hier gleichfalls stark abgeschwächt. Signe du sou fehlte. Die an vielen Stellen vorgenommene Punktion ergab keine Flüssigkeit. Es war klar, daß wir es hier nicht mit exsudativer Pleuritis, sondern mit Verdickung der Pleura und Atelectasis der adhärenen Lunge zu tun hatten.

Bei einem anderen Patienten ergab die gewöhnliche klinische Untersuchung fast identische Anhaltspunkte: wir fanden bei ihm gleichfalls die linke Seite eingesunken und bei der Respiration hinter der rechten zurückbleibend. Dislokation der benachbarten Organe war nicht vorhanden. Links ließ sich Dämpfung zwei Querfinger unterhalb der Scapula nachweisen. Oberhalb des Dämpfungsgebietes waren Respiration und

Stimmfremitus stark herabgesetzt. Signe du sou positiv. Die Punktion ergab seröse Flüssigkeit.

In diesen beiden Fällen konnte die richtige Diagnose fast ausschließlich an der Hand dessen gestellt werden, ob signe du sou vorhanden war oder nicht.

Das Vorhandensein und den Höhenstand von Flüssigkeit in der Bauchhöhle mittels des Signe du sou nachzuweisen, war unmöglich. Dies hängt wahrscheinlich davon ab, daß der Schall heterogene Medien passieren muß, wie sie die Flüssigkeit, die Darmwandungen und deren heterogener Inhalt darbieten.

Vollständige Dämpfung und Fehlen von Stimmfremitus wurden in einer Höhe nachgewiesen, Signe du sou jedoch in allen Fällen ungefähr 1—1½ Querfinger oberhalb dieser Höhe. Dabei wies der Beginn des Ueberganges vom dumpfen Schall der Münze in hellen metallischen Klang mit Genauigkeit auf den Höhestand des Exsudats hin, was in allen Fällen durch Probepunktion auch bestätigt wurde.

Schluß. Wir glauben somit auf Grund vorstehender Ausführungen zu dem Schlusse gelangen zu können, daß das Symptom „Signe du sou“ ein sehr wertvolles Symptom für die Diagnose von Exsudat in der Pleurahöhle und für die Feststellung der Grenzen desselben ist und durch seine Genauigkeit die Perkussion und die Prüfung des Stimmfremitus übertrifft.

Was den Einfluß der Beschaffenheit des Exsudats auf das in Rede stehende Symptom betrifft, so wird dieses sowohl bei seröser als auch bei eitriger Natur der Flüssigkeit wahrgenommen, worauf schon L. J. Jastrschembski hingewiesen hat.

Besonderen Wert muß das in Rede stehende Symptom in denjenigen Fällen haben, in denen 1. es wegen gewisser Gründe unmöglich ist, beim Patienten Stimmfremitus zu erzeugen, beispielsweise bei bewußtlosen Kranken, bei Kräfteverfall und bei Verlust der Stimme, bei Frauen etc., und in denen 2. die Vornahme der Probepunktion unmöglich ist. Die Befunde, die mittels des Signe du sou erhoben werden, sind nach meinen Beobachtungen den Ergebnissen der Probepunktion sowohl in bezug auf die Feststellung von Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Flüssigkeit als auch in bezug auf die Bestimmung des Höhestandes derselben gleichwertig.

Literatur: 1. Pitres, Archives cliniques de Bordeaux. 1898. — 2. Moussous, Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1899, Januar. — 3. Ausset, Leçons cliniques sur les maladies des enfants. 3. Serie (Die Pleuritiden). 1900. — 4. Brudzinsky, Medycyna. Zitiert nach L. J. Jastrschembski. — 5. L. J. Jastrschembski, Wratschebnaja Gazeta 1907, No. 43. — 6. N. N. Philippow, Charkowski medizinski Journal 1909.