Kurze Mitteilung.

Aus der chirurgischen Abteilung des Marienkrankenhauses in
Hamburg. (Oberarzt: Prof. Urban.)

Zur Ausführung der Rippenresektion beim akuten Pleuraempyem.

Von Dr. Fritz Hollenbach, Sekundärarzt.

Wenn ich mich zu diesem anlässlich der Influenzaepidemie schon reichlich erörterten Kapitel nochmals äußere, so werde ich dazu veranlaßt durch eine von Ö h l e c k e r in seiner Arbeit „Über Bauchbrüche nach Rippenschußbruch usw.“ gemachte Mitteilung (Bd. 157, Heft 1—2 dieser Zeitschrift) über die von ihm geübte Ausführung der Rippenresektion beim akuten Pleuraempyem. Ö h l e c k e r drainiert nämlich die Pleurahöhle nicht, sondern tamponiert das Thoraxfenster mit einem luftdichten Gazetampon, den er 5—7 Tage liegen läßt und hat mit dieser einfachen Methode glänzende Resultate gehabt. In einer Arbeit „Über die Behandlung des Pleuraempyems bei Grippe“ (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22) habe ich unsere an 52 Fällen gemachten Erfahrungen mitgeteilt; leider mußte die ursprünglich eingehender angelegte Arbeit gekürzt werden, so daß unter anderem auch die Beschreibung der von uns seit langem mit bestem Erfolge geübten Methode der Rippenresektion in Wegfall kommen mußte. Wir führen dieselbe in folgender Weise aus. In Lokalanästhesie wird die 9. Rippe oder bei tief nach unten gedrücktem Zwerchfell die 10. Rippe in 6—8 cm Ausdehnung reseziert. Der größte Teil des Exsudates wird abgelassen, dann in die Wunde ein Gazetampon — kein Drain — eingelegt, der durch einige Seidenfäden in seiner Lage gehalten wird und die Pleurahöhle luftdicht abschließt. Der Tampon bleibt 5—7 Tage liegen, nur die oberflächlichen durchtränkten Schichten werden gewechselt. Auf die Tamponade der Pleuraöffnung legen wir ganz besonderen Wert, da dieselbe einerseits

das Exsudat nach außen hindurchtreten läßt, anderseits das Ansaugen von Luft verhindert.

Was die Gefahr des durch die Thorakotomie hervorgerufenen Pneumothorax betrifft, so halten wir dieselbe bei dem durch Eitererreger hervorgerufenen Empyem selbst im akuten Stadium für nicht sehr groß. Auch bei der frühzeitigen Operation finden sich schon entzündliche Verklebungen der Pleurablätter und eine beträchtliche Infiltration der Pleura pulmonalis, die der Lunge eine gewisse Starrheit verleiht und einen Kollaps derselben verhindert. Schon in der ersten Woche nach der Operation wird nach Möglichkeit durch Auf- oder Außerbettsitzen und aktive Lungengymnastik (systematische Atemübungen, Aufblasen von Luftringen) die Lunge wieder zur Entfaltung gebracht. Wir glauben, daß gerade die erste Zeit nach Ablassen des Exsudates für die Ausdehnung der Lunge von entscheidender Bedeutung ist. Mit jedem weiteren verstreichenden Tage werden die fibrinösen Auflagerungen fester, macht ihre Umwandlung in schwartiges Gewebe Fortschritte und wird die Lunge immer unbeweglicher. Daß die Lunge sich unter luftdicht abschließender Tamponade ganz ausgezeichnet wieder ausdehnt, davon konnten wir uns bei der Entfernung des Tampons überzeugen; in der Mehrzahl der Fälle war nur noch ein schmaler sezernierender Spalt zwischen Lunge und Thoraxwand festzustellen. Außerdem wirkt der Tampon günstig auf die Wundheilung, in dem er sich in die frische Wunde einsaugt, die Gewebsspalten verschließt und die Granulationsbildung anregt. Bei keinem unserer Fälle haben wir Abszesse oder Pflégmonen in der Umgebung der Wunde auftreten sehen.

Die mit dieser Methode bei dem mit Recht so gefürchteten Grippeempyem erzielten Erfolge — 25 Proz. Mortalität einschließlich der Spättodesfälle — bestätigten voll und ganz die schon früher von uns gemachten günstigen Erfahrungen. In den zahlreichen Arbeiten über Pleuraempyem bei Grippe wird stets das Saugverfahren nach Perthes oder irgendeine Modifikation desselben als Methode der Wahl hingestellt. Die Verfahren erfordern aber, wie ihre Erfinder und auch Ö h l e c k e r hervorheben, ganz besondere Sorgfalt und vor allen Dingen viel Personal. Außerdem ist die Beschaffung und Instandhaltung dieser mehr oder weniger komplizierten Apparate bei der augenblicklichen Teuerung mit erheblichen Ausgaben verknüpft. Diese beiden Faktoren mögen bei den mit großen staatlichen Zuschüssen arbeitenden Anstal-

ten nicht ins Gewicht fallen, sie spielen aber bei den auf sich selbst gestellten, mit großen finanziellen Schwierigkeiten kämpfenden Privatkrankenhäusern eine gewichtige Rolle.

Und schließlich kommen für einen Arzt, der eine Rippenresektion im Hause des Patienten auszuführen gezwungen ist, die Saugmethoden gar nicht in Frage.

Unter diesen Gesichtspunkten dürfte diese einfache Art der Rippenresektion besonders empfehlenswert sein.