

### III. Eine Bemerkung zur Technik der Empyemoperation und der Probepunction.

Von Professor O. Rosenbach in Breslau.

Der von Bohland in No. 48 des Jahrganges 1891 dieser Wochenschrift ausgesprochenen Ansicht, dass „heut bei der Behandlung des Empyems nur noch die Rippenresection und die Bülow'sche Heberdrainage als die einzig berechtigten Methoden in Frage kommen,“ kann ich in dieser Fassung unmöglich beistimmen, da ich in mehr als 15 von mir selbst operirten Fällen ohne einen einzigen Misserfolg den einfachen Brustschnitt ohne Rippenresection in Anwendung gebracht habe. Da sich unter meinen Fällen Kinder mit sehr engen Intercostalräumen, Empyeme älteren und jüngeren Datums, jauchige, abgekapselte, mehrfächerige und tiefliegende Eiteransammlungen befanden, so kann ich wohl mit Recht die Methode des einfachen Brustschnittes mit Einführung von zwei starkwandigen Drains, deren Umfang je nach den Verhältnissen des betreffenden Falles zu bemessen ist, als drittes ebenso berechtigtes und einfachstes Verfahren ansehen.

Ich habe deshalb bereits in mehreren Aufsätzen Gelegenheit genommen, auf diese von mir geübte Methode, die sich durch ihre einfache Technik namentlich für die Praxis eignet, hinzuweisen, aber meine Bemühungen, ihr Bürgerrecht zu verschaffen, sind leider ohne allen Erfolg geblieben, denn man scheint der Resection der Rippen einen ganz besonderen, selbst vom Standpunkte der Theorie aus schwer begreiflichen, Einfluss auf den Heilungsprocess zuzuschreiben. — Es kann hier nicht der Ort sein, eine so oft discutirte Frage von neuem zu erörtern; ich möchte deshalb nur meine Ansicht, die sich auf ein grosses Beobachtungsmaterial von resecirten und unrescirten Fällen stützt, dahin formuliren, dass eine Entfernung von Rippen nur bei dachziegelförmig über einander liegenden Rippen — ein wohl äusserst seltener Fall, der wahrscheinlich stets mit alten pleuritischen Processen, die die Operation überhaupt sehr compliciren, in Verbindung steht — und bei sehr lange (über 6 Monate) bestehenden Empyemen mit dauernder Atelectase indicirt ist. Im letzterwähnten Falle hilft aber die bloss Resection von ein paar Centimetern einer oder zweier Rippen, wie sie bei uncomplicirten Empyemen üblich ist, auch nichts, sondern es muss, entsprechend der vorhandenen Lungencompression, die gewöhnlich irreparabel ist, zur Verkleinerung der Höhle eine wirkliche Thorakoplastik vorgenommen werden, deren Grösse direkt von dem Umfange des nicht mehr durch Lungenentfaltung auszufüllenden Hohlraumes abhängt. Solche Operationen kann aber natürlich der praktische Arzt nicht machen; sie sind Sache eines geübten Chirurgen, da die Gefahr der Operation keine unbedeutende ist. Sache des diagnosticirenden Arztes ist es aber, durch frühzeitige Diagnose die Ausbildung einer solchen Carnification der Lunge zu verhindern. In allen anderen Fällen jedoch — und seien die Intercostalräume noch so eng — genügt nach Anlegung einer 4—5 cm langen Oeffnung der Brustwand die Einführung zweier Drains mit starker Wandung, um in kürzester Frist eine genügende Abflussöffnung für den Eiter zu schaffen und beliebig lange zu erhalten. Ich führe im Anfange verhältnissmässig lange Röhren ein, wechsele an den ersten Tagen den Verband täglich und kürze nach etwa fünf Tagen die Röhren bis auf 4 cm, lasse auch, sobald die Secretion der Höhle sich verringert, und Gerinnsel sich nicht mehr bilden, das eine Drainrohr fort.

Die durchschnittliche Dauer der Heilung hat in meinen Fällen — und das ist für die Beurtheilung des Verfahrens wichtig — etwa sechs Wochen betragen; zwei in jüngster Zeit operirte, ziemlich schwere Fälle sind in 3½ Wochen geheilt worden, und ich zweifle nicht daran, dass bei allen Patienten, deren Lunge noch gut ausdehnungsfähig ist, sich gleiche Resultate erreichen lassen.

Wer sich für die Details dieses einfachen Verfahrens interessirt, bei dem weder Irrigationen der Pleura, noch starke Lageveränderungen des Kranken — letztere sind in der ersten Zeit nicht immer vortheilhaft für den Heilungsprocess — in Anwendung kommen, den verweise ich auf meine, sich mit der Operation und Nachbehandlung des Empyems beschäftigenden Arbeiten in der Berliner klinischen Wochenschrift 1882 No. 7 und 1890 No. 24 sowie auf den Artikel „Brustfellentzündung“ in der Realencyklopädie von Eulenburg und im 1. Bande der Encyclopädischen Jahrbücher.

Im Anschlusse an die vorstehenden Bemerkungen sei noch eine Notiz zur Technik der Probepunction, die sich ja jetzt volles Bürgerrecht als diagnostische Methode erworben hat, gestattet. Einer der häufigsten Einwürfe gegen das als diagnostisches Hilfsmittel nicht genug zu schätzende Verfahren ist bekanntlich der, dass ein negatives Resultat der Punction keinen sicheren diagnostischen Schluss bezüglich der Abwesenheit von Flüssigkeit erlaubt, da wegen der Enge der zu dem Eingriffe verwandten capillaren Canülen der Reibungswiderstand durch die Aspirationskraft nicht überwunden wird, so dass, selbst wenn der Eiterherd beim Einstich getroffen ist,

dickflüssiger, oder kleine Gerinnsel enthaltender Eiter nicht immer in den Cylinder der Spritze eintritt. Dass dieser Einwurf eine gewisse Berechtigung hat, wird niemand leugnen, der zahlreiche Probepunctionen, namentlich bei den tiefliegenden Eiterungen — Perinephritis, Pelveoperitonitis, Paratyphlitis etc. —, bei denen von der frühzeitigen Diagnose die Operation und in der Mehrzahl der Fälle auch die Heilung abhängt, gemacht hat. Gerade hier, wo man besonders lange Canülen braucht, ist die Aspiration des — ohnehin resistenteren — Eiters durch das verhältnissmässig enge Caliber der Canülen sehr erschwert, da ja der Reibungswiderstand in der längeren Röhre beträchtlich grösser werden muss. Deshalb ereignet es sich hier viel häufiger als bei Probepunctionen im Thoraxraume, dass überhaupt nur wenige Tropfen eitriger Flüssigkeit langsam in den Cylinder der Aspirationsspritze eintreten. Ja nicht selten bleibt die Spritze ganz leer, und der Stempel schnellst sogar, wenn man ihn loslässt, wieder zurück, so dass man entweder die Annahme von Eiter überhaupt von der Hand weisen oder doch, wenn man seiner Sache sicher zu sein glaubt, die Punction an anderen Stellen, vielleicht mit demselben Misserfolge, wiederholen muss. Nun haben mich aber vielfache Erfahrungen in den letzten Jahren belehrt, dass auch ein solch anscheinend negatives Resultat erst dann wirklich als negativ zu betrachten ist, wenn man sich überzeugt hat, dass auch die Canüle leer geblieben, und dass in ihr kein Eitertröpfchen oder kleines Flöckchen von Eiter enthalten ist, denn es ereignet sich gar nicht selten, dass eben infolge besonders hoher Reibungswiderstände Eiter nur bis in den Anfangstheil der Canüle aufgesogen wird. Dies geschieht namentlich dort, wo zufällig gleich im Anfange der Aspiration ein kleines Flöckchen in die Canüle eintritt und sie durch festes Anhaften an der Wand verengt oder verstopft. Um dieser Möglichkeit Rechnung zu tragen, ist es unserer Erfahrung nach vortheilhaft, in allen Fällen, in denen beim Herausziehen des Kolbens bis zu einem Drittel keine Flüssigkeit in den Cylinder eintritt, die Spritze mit fixirtem Kolben, um ihn am Heruntergleiten zu hindern, sofort herauszuziehen. Würde man den Kolben durch den Luftdruck heruntergleiten lassen oder ihn während des Herausziehens selbst herunterdrücken, so würde man nicht nur den etwaigen Inhalt der Canüle in das Körperinnere zurücktreiben und im Unklaren über das wahre Resultat der Punction bleiben, sondern man könnte auch leicht die in der Canüle enthaltenen Mengen von Eiter oder Entzündungsproducten im gesunden Gewebe deponiren und so zur Verschleppung der Infection beitragen. Namentlich bei Punctionen des Darmes oder jauchiger Höhlen ist es von grösster Wichtigkeit, nach Vollendung der Aspiration — sei sie nun positiv oder negativ ausgefallen — den Stempel der Spritze fest zu fixiren und die Canüle blitzschnell herauszuziehen. Hat man nun eine solche anscheinend negativ ausgefallene Punction beendet, so überzeuge man sich vor allem von der Anwesenheit und Beschaffenheit des etwaigen Canüleninhaltes. Dies geschieht am besten so, dass man vor die Canülenspitze einen Objectträger hält und nun vorsichtig den Spritzenstempel herunterdrückt. Man wird dann nicht gerade selten sich überzeugen können, dass ein kleines Tröpfchen reinen Eiters, der schon makroskopisch als solcher erkennbar ist, oder ein kleines Eiterflöckchen, welches oft in einem Tropfen aspirirten Blutes schwimmt, den Inhalt der Canüle bildet, und kann durch das Mikroskop diesen Befund jederzeit verificiren. Bei einem solchen Vorgehen habe ich in mehreren Fällen eine Vermuthungsdiagnose sichern und zur Operation, die dann ein grösseres oder geringeres Eiterdepot aufdeckte, rathen oder doch mit grossem Vertrauen vermittle einer dickeren Canüle an derselben Stelle eine neue Probepunction vornehmen können.

Mein Rath geht also dahin, auch im Falle eines scheinbar negativen Ergebnisses der Probepunction das Resultat erst dann als negativ zu betrachten, d. h. eine Eiteransammlung an der Punctionsstelle auszuschliessen, wenn die mikroskopische Besichtigung des geringen, gewöhnlich blutigen, Canüleninhaltes die Abwesenheit grösserer Mengen von Eiterkörperchen (als dem etwa vorhandenen Blute entspricht) sicher ergeben hat.