



Beiträge zur Casuistik von
Empyem nach Influenza.

(5 in der Medicinischen Klinik zu Greifswald
beobachtete Fälle.)

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät
der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Mittwoch, den 3. August 1892

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Arthur Schmidt

aus Schlesien.

Opponenten:

Herr Drd. med. E. Lohmann.

Herr Drd. med. E. Richter.

Herr Drd. med. C. Peters.

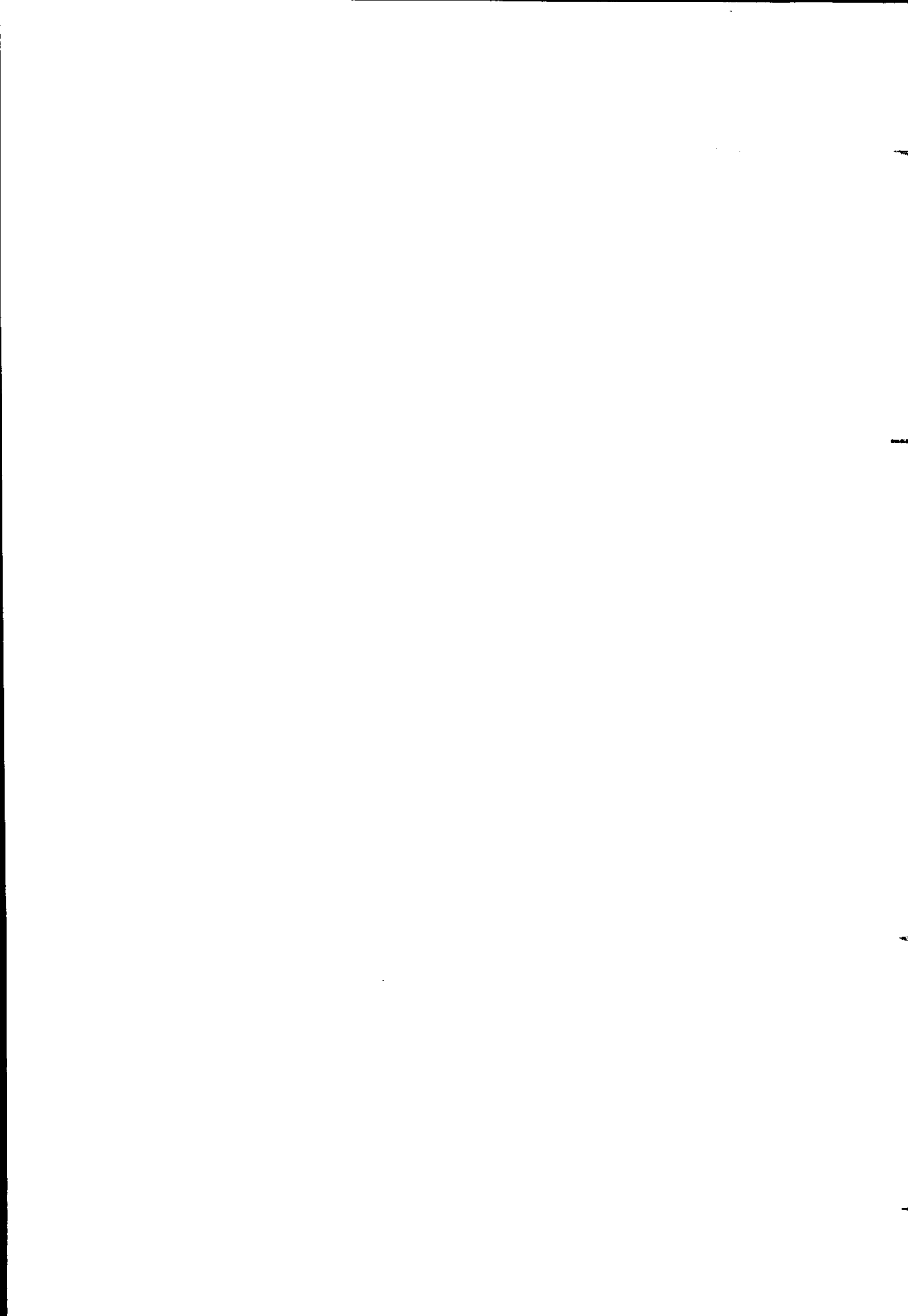


Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1892.





Seinen Eltern und Geschwistern

in Liebe und Dankbarkeit.

gewidmet

vom

Verfasser.

Wenige Monate sind seit dem Erlöschen der Influenzapandemie verstrichen und man ist — zum teil vielleicht durch die beunruhigenden von Ost und West gemeldeten Nachrichten über das Vorwärtsschreiten der Cholera beeinflusst — geneigt, der jüngst noch so gefürchteten Grippe ganz und gar zu vergessen. Und doch sind die Spuren, welche letztere allerorten hinterlassen hat, noch zu deutlich hervortretend, als dass man der unter dem Laienpublikum vielfach herrschenden Ansicht, man habe es mit der Influenza als einer völlig überwundenen Gefahr zu thun, in wissenschaftlicher Hinsicht beipflichten könnte. Zumal durch die komplizierenden Erkrankungen der genannten Seuche, die kaum ein Organ des menschlichen Körpers unberührt liess, ist neben dem Alter manch blühendes Menschenleben schwer betroffen worden, so dass in vielen Fällen selbst unter sorgfältigster Pflege und Nachbehandlung ein nur allmähliches Schwinden der Residuen überstandener Grippe beobachtet wurde. — Die Folgeerkrankungen betreffend, welche den reichhaltigen Symptomenkomplex der Influenza mit vervollständigen und durch ihre Hartnäckigkeit, sowie die den Patienten auferlegte lange Reconvaleszenz ein besonderes Interesse beanspruchen, möchte ich im folgenden auf eine Erkrankung des Respirations-

traktus hinweisen, die in mehreren Fällen zu beobachten, ich als Volontärarzt der hiesigen Medizinischen Universitätsklinik längere Zeit hindurch Gelegenheit hatte; ich meine das Empyem.

Im allgemeinen sei bemerkt, dass, abgesehen von der nach „Erkältungen“ und Verletzungen des Brustkastens idiopathisch auftretenden Pleura - Affektion, die eitrigen Exsudate durch ein Übergreifen entzündlicher Vorgänge von der Nachbarschaft hervorgerufen werden. Alles, was an der Lunge, dem Herzbeutel, dem Mediastinum, den Rippen und dem Peritoneum von Entzündung vorkommt, vermag auch die Pleura zu beteiligen.

Weiterhin ist die eitrige Pleuritis ein Produkt jener Entzündungen, die wir als Lokalisationen spezifischer Krankheitserreger anzusehen geneigt sind und die uns im Hinblick auf die als akute Infektionskrankheit zu bezeichnende Influenza am meisten interessieren.

In gleicher Weise wie bei den im Gefolge anderer Infektionskrankheiten auftretenden eitrigen Pleuraentzündungen, ergab auch das die epidemische Grippe komplizierende Empyem kein typisch sich abspielendes Krankheitsbild.

Der Beginn erfolgte mitunter, nachdem die Primärkrankheit mehrere Attacken auf den Organismus gemacht oder längere Zeit hindurch bestanden hatte, plötzlich und stürmisch mit Schüttelfrost, des öfteren mit wiederholtem Frieren und Temperatursteigerungen von 40° und darüber. Daneben machte sich Seitenstechen und Atemnot, sowie ein in Anfällen auftretender, ausserst quälender Husten bemerkbar. Der Appetit war vermindert oder ganz auf-

gehoben, der Durst vermehrt, der Kopf eingenommen, Schlummersucht und Delirien stellten sich bei leicht Erregbaren ein — kurz, es war das Bild einer beginnenden Pneumonie.

In einigen der beobachteten Fälle hinwiederum schlich sich die eitrige Pleuritis langsamer ein, ohne einen bestimmten Termin ihres Beginnes zu kennzeichnen. Die Kranken gaben sich in dem Gedanken zufrieden, ebenso wie andere Menschen von der leidigen Influenza geplagt zu sein; sie fühlten sich vielleicht ein wenig angegriffen; daneben machte sie rascheres Gehen, Treppensteigen, schwerere Arbeit etwas kurzatmig; auch gesellte sich wohl Spannung und Druck in manchen Stellen der Brust, und mitunter mässiger Hustenreiz hinzu. Das Allgemeinbefinden der Patienten war freilich durch abendliche Fieberbewegungen hektischer Art beeinträchtigt; erstere achteten jedoch wenig darauf, so dass sich im Laufe weniger Wochen ein Zustand ziemlich hochgradiger, für den Kranken unerklärlicher Abnahme der Körperkraft und des Körpergewichtes herausbildete. Erst als der Erguss und mit ihm die Atemnot mehr und mehr sich steigerten, suchten die Betroffenen ärztliche Hilfe auf.

Soweit die in die Augen fallenden allgemeinen klinischen Symptome des im Verlauf von Influenza auftretenden Empyems. Dieselben an den in der hiesigen Medizinischen Universitätsklinik beobachteten fünf Fällen im besonderen zu betrachten und näher auszuführen, möge mir im folgenden gestattet sein.

In den ersten drei Fällen treten uns Krankheitsbilder

entgegen, welche, sich an die kürzere Zeit vorher aufgetretene Influenza anschliessend, eine recht stürmische Entwicklung boten und in allen Fällen zu operativen Eingriffen, im einen durch besondere Complicationen zum letalen Ausgang führten.

I. Fall.

Im Verlaufe der Discussion über die in Greifswald beobachteten Fälle von Influenza berichtet der Vorsitzende des Medizinischen Vereins zu Greifswald, Herr Geheimrat Professor Dr. Mosler in der ausserordentlichen Sitzung am 25. Januar 1890: „Einer der Praktikanten unserer Klinik, der beim Treppensteigen schon längere Zeit Herzinsufficienz bei sich verspürte, hat in den ersten Wochen des Dezember an Influenza gelitten. Als er sich etwas wohler fühlte, glaubte er durch einen längeren Spaziergang Besserung der noch bestehenden Mattigkeit erlangen zu können. An dem Abend desselben Tages wurde er von Schüttelfrost befallen.

Anderen Morgens, als der Kranke in meine Klinik aufgenommen wurde, waren die Symptome linksseitiger Pneumonie nachweisbar, mit solch hohen Temperaturgraden, so intensiven Nervenerscheinungen, dass wir die Möglichkeit einer Meningitis spinalis ins Auge fassten. Der sonst energische, kräftige Mann, ein alter Corpsstudent, war physisch und psychisch vollkommen gebrochen, verlangte unaufhörlich nach Morphiuminjectionen. Ein qualvolleres Krankheitsbild in Folge intensivster Dyspnoë, allgemeiner Hyperästhesien habe ich selten gesehen. Pericarditis und Pleuritis hatten

sich hinzuge stellt. Letztere führte zu reichlichem Exsudat zwischen Zwerchfell und Lunge, das sich nur in geringer Ausdehnung an der linken hinteren Thoraxseite nach aufwärts erstreckte. Auf mein Ersuchen wurde durch Herrn Collegen Helferich zweimal eine grössere Menge Exsudats (das eine Mal 800 ccm. das andere Mal 1100 ccm) aspiriert. Dasselbe hatte seropurulente, dünne, lehmwasserähnliche Beschaffenheit. Herr College Löffler hat darin massenhaft Streptococcen nachgewiesen und wurde von uns dieser Befund mit der Bösartigkeit des Krankheitsfalles in Verbindung gebracht.

Fast wie ein Wunder ist es uns und allen, die den Kranken mit beobachtet haben, erschienen, dass dieser so schwere Fall noch zur Genesung geführt worden ist. Nach zweimaliger Aspiration wurde durch Herrn Collegen Helferich ohne Chloroform, das durch die bestehende Herzschwäche sich verbot, eine modifizierte Operation des Empyems mit Umgehung der Rippenresection erfolgreich ausgeführt.“

Die Genesung des Patienten, nunmehrigen praktischen Arztes, Herrn Argo, schritt daraufhin langsam vorwärts.

Der II. Fall,

welcher dem erstangeführten an Intensität und Dauer keineswegs nachsteht, betrifft das 20jährige Hausmädchen Luise Kühl aus Greifswald.

Die Anamnese ergab, das der Vater der Patientin am Typhus starb, die Mutter und 7 Geschwister sich gegenwärtig guter Gesundheit erfreuen. Als Kind hatte sie häufig unter Drüsenanschwellungen am Halse zu leiden,

überstand im 8. Lebensjahre eine leicht auftretende Pneumonie, sowie die Masern. Als heranwachsendes Mädchen bedurfte Patientin ihrer stark ausgesprochenen Bleichsucht wegen häufig ärztliche Hilfe. Menstruelle Beschwerden, Magenkatarrh, öfteres Erbrechen der genossenen Nahrung, sowie anfallsweise auftretendes Beklemmungsgefühl vor der Brust bildeten die Merkmale einer sich frühzeitig bei ihr entwickelnden nervösen Veranlagung.

Nachdem die Patientin im vergangenen Jahre einen Influenzaanfall bekommen hatte, von dem sie nach 8 Tagen ohne ärztliche Behandlung genass, setzten die ersten Symptome ihrer jetzigen Erkrankung am 1. Januar 1892 ein.

Unter ausgesprochenen Frost- und Hitzeempfindungen traten heftige Kopf- und Brustschmerzen mit einem quälenden, trockenen Husten gepaart auf; auch über Ziehen in den Extremitäten und Rückenschmerzen hatte die Erkrankte zu klagen. Da die häuslichen Verhältnisse der letzteren eine eingreifende Therapie nicht möglich machten, suchte und fand sie am 5. Januar 1892 Aufnahme in der hiesigen Medizinischen Universitäts-Klinik.

Status praesens vom 5. I. 92.

Patientin zeigt mittlere Grösse, gute Muskulatur und entsprechend entwickelten panniculus adiposus. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind blass. An dem gut gewölbten Thorax ergiebt die Percussion vorn und hinten, auch über den Lungenspitzen hellen, normalen Schall.

Auskultatorisch vernimmt man in der regio infraclavicularis dextra saccadiertes Atmen; im Bereich der hinteren Thoraxfläche auf beiden Seiten Giemen, Schnurren, trockene

und spärliche feuchte kleinblasige nicht klingende Rasselgeräusche.

Die unteren Lungengrenzen sind bei der Atmung in ergiebigem Maasse verschieblich und stehen hinten in Höhe des 11. Brustwirbels. Die Respiration verursacht bei der Patientin Schmerzen und Hustenanfälle.

Die Herzdämpfung, Herztöne und Herzimpuls bieten keine Abnormitäten. Die Temperatur 38,2. Puls 128.

Zur Zeit bestehen intensive Kopf- und Rückenschmerzen sowie Beklemmungsgefühl vor der Brust; nebenbei Ohrensausen, Flimmern vor den Augen. Der Schlaf lässt zu wünschen übrig.

Die Zunge ist belegt; Schlingbeschwerden sind nicht vorhanden. Die Palpation des Abdomens erregt keinerlei Schmerzhaftigkeit. Der Appetit ist wenig rege; der Stuhlgang regelmässig.

Der Urin zeigt eine aus harnsauren Salzen bestehende Trübung, während die auf Albumen und Zucker gemachten Proben negative Resultate ergeben. Die Reaktion ist sauer.

Die auf Influenza gestellte Diagnose ergibt den Anfangssymptomen nach zu urteilen, eine im ganzen günstige Prognose.

Neben der Fieberdiät und symptomatischer Behandlung der einzeln auftretenden Beschwerden wurde dreimal täglich 1,0 Salipyrin verabreicht.

Status vom 10. I. 92.

Das Fieber ist geschwunden; die Temperatur schwankt morgens und abends zwischen 36,4 und 37,3⁰.

Status vom 14. I. 92.

Das Fieber setzt plötzlich mit einer morgendlichen Temperatursteigerung von $39,8^{\circ}$ wieder ein, erreicht nachmittags $40,1^{\circ}$. Die Untersuchung der Lungen ergibt keinerlei Dämpfung oder auffällige pathologische Atmungsgeräusche.

Status vom 15.--18. I. 92.

Die Fieberkurve weist im Verlauf dieser Tage morgendliche Temperaturen von $39,6$, 40 , $37,4$, $38,6^{\circ}$ und abendliche Steigerungen bis $39,7$, $38,6$, $38,9$, $39,7^{\circ}$ auf.

Es haben sich Schmerzen in der linken Gesichtseite, vorzugsweise im linken Ohre eingestellt, denen, wie der alsbald auftretende eitrige Ausfluss aus letzterem erweist, eine Otitis media zu Grunde liegt. Von seiten der Lungen liegen keinerlei Anomalien bedeutenderer Art vor.

Status vom 19.—25. I. 92.

Am ersten Tage steigt das Fieber bis $40,2$; Patientin erhält kalte Einwickelungen. Alsdann stellen sich jedoch am 2. Tage Schmerzen in der linken Brustseite ein. Temperatur $40,5^{\circ}$. Die Untersuchung ergibt in dem hinteren, unteren, linken Thoraxbezirk geringe Dämpfung mit schwach bronchialem Atmen. Tags darauf wird die Dämpfungszone deutlicher nachweisbar; mit ihr hoch bronchiales Atmen mit feuchten, nicht klingenden kleinblasigen bis mittelblasigen Rasselgeräuschen. Am 24. I. 92 Temperatur $39,2^{\circ}$. Die Dämpfung reicht links hinten am Thorax bis über die Mitte der Scapula. Vorn links in fraclavicular besteht deutlich tympanitischer Schall. Der Puls beträgt 132, er ist sehr schwach.

Status vom 26. I. 92.

Die Dämpfung erstreckt sich nunmehr auf die ganze linke hintere und vordere Thoraxpartie; in diesem Bezirk ist das Atmen überall abgeschwächt; Rasselgeräusche sind nicht wahrnehmbar.

Status vom 29.—31. I. 92.

Die Dämpfung besteht fort. Der Traube'sche Raum ist völlig verstrichen. Die vorgenommene Probepunktion ergibt ein trübes, seröses Exsudat. Bei der nun folgenden Punktion mit dem Troicart werden c. 800 ccm des letzteren nach aussen entleert.

2 Tage später wird eine zweite Punktion ausgeführt, die c. 1800 ccm Flüssigkeit liefert und zugleich offenbart, dass das trüb seröse Exsudat zu einem eitrigem geworden ist.

Die Temperaturcurve weist das dieser Empyementwicklung charakteristische remittierende Fieber, zwischen 38,3 und 39,2 schwankend auf.

Die Prognose hat sich der nunmehr feststehenden Diagnose: Empyem zufolge wesentlich getrübt und die Ab- oder Zunahme des letzteren wird gegen oder für das eventuelle operative Einschreiten entscheiden.

Status vom 3. II. 92.

Die Percussion der linken Thoraxseite ergibt hinten unten deutliche Dämpfung, während vorn supra- und infraclavicular exquisite Tympanie mit leisem bronchialen Atmen besteht.

Temperatur 39,4°. Allgemeinbefinden der Patientin



schlecht. Der Puls 144 Schläge in der Minute. Es werden Campher mit Benzoë und frappierter Sect verabreicht.

Status vom 8. II. 92.

Wo nach der Punktion vom 29. I. deutlich tympanitischer Schall auf der linken, oberen und hinteren Thoraxpartie sowie links vorn infraclavicular vorhanden war, herrscht nun wieder ausgesprochene Dämpfung, verbunden mit leisem Bronchialatmen.

Status vom 12.—28. II. 92.

Das Allgemeinbefinden der Patientin, welches einige Tage nach der Punktion zufriedenstellend zu werden begann, hat durch eine mittlerweile aufgetretene weitreichende Thrombose der vena femoralis des linken Oberschenkels harte Einbusse erlitten. Die Kranke ist durch diese neue mit heftigen Schmerzen verbundene Komplikation psychisch aufs äusserste alteriert; sie stöhnt und jammert und es ist ein Ding der Unmöglichkeit, sie in der zur Verhütung von Embolien notwendigen Ruhelage zu halten.

Die Temperaturcurve weist als Maxima einige wenige Male 38,2—38,4° auf.

Der Schlaf ist häufig von Hustenanfällen unterbrochen, welche Stiche in Brust und Rücken verursachen und von spärlicher Expektoration schleimig eitrigter Massen begleitet sind.

Morphium- und Sulfonalgaben werden in höherem Grade als früher zur Beruhigung der klagenden Patientin notwendig.

Der Urin enthält keine pathologischen Bestandteile.

Die Verhältnisse des Digestionstractus erweisen sich als normal.

Die Inspektion des Thorax ergibt, dass die regio infraclavicularis sinistra und die linke Mamma tiefer stehen als rechts. Die ganze linke Thoraxhälfte, deren Intercostallräume weiter als rechts erscheinen, bewegt sich bei der Atmung nur in geringem Grade mit.

Der Herzimpuls ist ca. 2 Finger rechts vom Sternum zwischen 4.—6. Rippe fühlbar. Der Thoraxumfang oberhalb der Mamma beträgt 79 cm.; die Maximalausdehnung der linken Thoraxhälfte bei der Atmung beträgt 39 cm, rechts 42 cm.

Die Percussion ergibt:

Links vorn:

In der regio supraclavicularis deutlich tympanischen Schall, der 6 cm nach aufwärts ragt.

In der regio infraclavicularis Schachtelton mit tympanitischem Beiklang.

In der vorderen Axillarlinie ragt eine Dämpfungszone von der fossa axillaris an bis zum Traube'schen Raum hinunter und macht erst am arcus costalis ausgesprochener Tympanie Platz.

2 cm nach innen von der vorderen Axillarlinie herrscht zwischen II. und IV. Rippe tympanitischer Schall.

Links hinten:

Die regio supraspinata ist tympanitisch gedämpft; von der regio scapularis reicht eine totale Dämpfungszone nach abwärts und erstreckt sich seitlich bis zur vorderen Axillarlinie.

Rechts vorn:

ist der Percussionsschall in der Mammillarlinie bis zur VI., Rippe abwärts reichend hell.

Die relative Herzdämpfung reicht 5 cm, die absolute 2,5 cm über den rechten Sternalrand. Nach aufwärts geht sie in die Zone tympanitischen Schalles über, welche von der IV. Rippe beginnend sich nach aussen hin erstreckt. Nach links hin ist die Herzdämpfung nicht scharf von der nach der Achselhöhle hinziehenden Dämpfung abgrenzbar.

Die Auscultation ergibt:

Links vorn:

In der regio supraclavicularis unbestimmtes Atmen.

In der regio infraclavicularis deutlich vesiculäres Atmen mit inspiratorisch puerilem Charakter. Von der IV. Rippe an bis zur linea axillaris anterior ist das Atmen unbestimmt, weiter unten ganz abgeschwächt.

Links hinten:

Die regio supraspinata lässt ebenso wie die regio infraspinata und scapularis leises Bronchialatmen vernehmen, das in den weiter unten gelegenen Teilen von entfernt klingendem kleinblasigen feuchten Rasseln begleitet wird.

Rechts vorn:

weist die regio supraclavicularis normal vesiculäres Atmen; die regio infraclavicularis vesiculäres Atmen puerilen Charakters auf.

Rechts hinten:

In der regio supra- und infraspinata unbestimmtes Atmen, welches sich auch nach abwärts hin erstreckt.

Bei der dieser Untersuchung sich anschliessenden Probe-

punktion wurde dem Pleuraraume unterhalb des angulus scapulae eine Pravaz'sche Spritze Eiter entnommen.

Die Diagnose eines Empyems lag ja auch schon unter Berücksichtigung der früher erfolgten Punktionsresultate klar zu tage.

Das mit Hülfe einer eingehenden physikalischen Untersuchung des Thorax beobachtete Schwinden des eitrigen Ergusses nach der jedesmaligen Troicartpunktion, sowie sein binnen kurzer Zeit erfolgtes Wiederanwachsen rückten die Möglichkeit einer spontanen Resorption in weite Ferne; mehr und mehr trat der durch Wissenschaft und Erfahrung begründete Grundsatz der heutigen Chirurgie, die endgültige Beseitigung eines Empyems lediglich durch blutige Eingriffe herbeizuführen, in ihr Recht; demzufolge führte Professor Helferich am Vormittage des 5. III. 92 die Radicaloperation mit Resektion einer Rippe in Narcose aus. Es entleerten sich hierbei ca. 3000 ccm. dickeitiger geruchloser Flüssigkeit.

Status vom 8.—15. III. 92.

Das Befinden der Patientin nach der Operation ist ein wesentlich gebessertes. Perkutorisch und aus kultatorisch nachweisbar hat eine bedeutende Ausdehnung der Lunge stattgefunden. Der Puls beträgt 120^0 , die Atmung 32, Temperatur $37,1^0$.

Die Lunge hat sich der vorderen Thoraxwand vollständig, der hinteren bis zur Mitte der Scapula angelegt. Das Zwerchfell steht 2 Intercostalräume höher als in der Norm.

Status vom 26. III. 92.

Die Eitersecretion hat nachgelassen, so dass der letzte Verband, ohne durchtränkt zu sein, 6 Tage liegen bleiben konnte. Die Incisionsöffnung ist nur noch für zwei mittel-grosse Drains durchgängig. Die linke Thoraxseite ist stark eingesunken, dehnt sich jedoch respiratorisch gut aus.

Status vom 5. IV. 92.

Die linke Lunge hat sich vorn und hinten ganz angelegt; es besteht nur eine geringe Secretion aus der Pleurawunde, in welcher noch 2 kleine Drains liegen.

Status vom 26. IV.—18. V. 92.

Patientin schreitet in der Besserung zusehends vor. Allmählich werden mit ihr Turnübungen vorgenommen, welche die Lungenausdehnung zusehends befördern.

Am 9. V. 92 wird das Drain aus der Wunde entfernt und Patientin mit einem Salbenverband am 18. V. 92 zu weiterer häuslicher Pflege und poliklinischer ambulanter Behandlung entlassen.

Die von Zeit zu Zeit erfolgende Vorstellung der Reconvalescentin in der Klinik zeigte eine allmählich fortschreitende Besserung des körperlichen Kräftezustandes. Die zu Haus gepflogenen Turnübungen führten nach und nach eine erfreuliche Dehnung und Atmungsbeteiligung der linken Thoraxhälfte herbei. —

Die eingehend geschilderte Erkrankung der Luise Kühl bietet uns ein Bild dar, wie es durch die hinzutretene Complication eines Empyems und die 4^{1,2} monatliche Dauer als ausnehmend schwer zu bezeichnen ist. Die Prognose, welche im Beginn der Influenza wohl als

fausta gelten konnte, wurde durch das im weiteren Verlaufe stürmisch sich entwickelnde Empyem zu einer prognosis maxime infausta, nicht selten pessima. Erwägen wir ferner, wie die Erkrankte von Anfang an durch ihr unberechenbares, aufgeregtes Wesen, ihre Widerspenstigkeit gegen ärztliche Massnahmen die Behandlung ungemein erschwerte und ihre Umgebung — ich möchte fast sagen — terrorisierte, so muss es als ein glänzender Erfolg einer unermüdllichen, den einzelnen Verhältnissen sich anschmiegender Therapie angesehen werden, wenn das junge so oft ante mortem stehende Leben einer endlichen Heilung entgegen geführt wurde. —

III Fall.

Derselbe betrifft die 40jährige Fischerfrau Luise Topschowsky aus Demmin. Die Todesursache der Eltern ist der Patientin nicht genau bekannt. Als Kind war sie mit Ausnahme eines Pockenalles stets gesund. Von den 12 Kindern, die sie geboren, leben nur vier.

Wie Patientin angiebt, traten die ersten Symptome der Influenza am 1. Januar 1892 auf; sie bestanden in heftigen Hustenanfällen und hohem Fieber.

Ungeachtet ihrer Abgeschlagenheit verliess sie häuslicher Arbeit halber, nach 14 Tagen das Krankenlager, musste jedoch letzteres, durch erneute Fieberanfälle und intensive Schmerzen in der rechten Brustseite gezwungen, alsbald wieder aufsuchen. Es trat gleichzeitig Expektoration eines zäh gelblichen Sputums, untermischt mit blutigen Streifen, auf, welches allmählich den foetiden Charakter annahm, den es bei ihrer Aufnahme offenbarte. Der Kräfte-

zustand wurde in kurzem derartig unzureichend, dass sie am 2. Februar 92 die Hülfe der hiesigen Königlichen Medizinischen Universitätsklinik aufsuchte.

Status praesens am 2. II. 92.

Patientin ist mittelgross, zeigt schlecht entwickelten panniculus adiposus, schlaffe Musculatur, grazilen Knochenbau. Die Körperhaut ist welk, gelblich, feucht. Die sichtbaren Schleimhäute sind blass, Oedeme nicht vorhanden.

Der Thorax ist schwach gebaut; Supra- und Infraclaviculargruben sind deutlich ausgebildet.

Beide Thoraxhälften nehmen an den Atemexcursionen gleichmässig Anteil.

Die regio supraclavicularis ergibt links normalen, rechts hypersonoren Percussionsschall: ebenso die regio infraclavicularis sinistra. Die regio infraclavicularis dextra weist eine Dämpfungszone auf, welche am unteren Rand der IV. Rippe beginnt und den ganzen rechten Unterlappen umfasst.

Die regiones supraspinatae beiderseits normal; ebenso regio subscapularis sinistra; in den unteren Partien der regio subscapularis dextra ist tympanitischer Schall nachweisbar.

Auscultatorisch finden sich auf der linken Lunge normale Verhältnisse vor, nur infrascapular ist exquisites Reiben mit bronchialem Exspirium nachweisbar.

Rechts supraclavicular vernimmt man verschärftes Atmen, infraclavicular nach der Axillargegend zu unbestimmtes Atmen mit spärlichen trockenen Rasselgeräuschen. In der regio subscapularis dextra ist amphorisches Atmen

mit feuchten mittelblasigen klingenden Rasselgeräuschen nachweisbar; beim Husten treten an dieser Stelle feuchte grossblasige metallisch klingende Rasselgeräusche zu tage.

Die Symptome, welche die physikalische Diagnostik uns hier bietet, unterscheiden sich wesentlich von denen der voraufgehenden Fälle.

Die im Sputum nachweisbaren elastischen Fasern und die ungemein fötide Beschaffenheit der expektorierten Massen deuten auf einen gangränösen Lungenprozess.

Die unter zeitweiliger Vermehrung des Hustens plötzlich auftretende Überflutung der Luftwege mit Eiter, welche des öfteren den Erstickungstod der Patientin befürchten lässt, weist mit gewisser Sicherheit auf das Vorhandensein eines möglicherweise abgekapselten Empyems mit Durchbruch nach der Lunge zu hin. Die oben angegebenen auscultatorischen Phänomene, zumal das amphorische Atmen mit metallisch klingenden grossblasigen Rasselgeräuschen stellen die Diagnose: Pneumothorax, hier mit Empyem gepaart, als Pyopneumothorax sicher.

Dass der Eiter hier in unserem Falle auf dem Wege eines oder beider Bronchien durchgebrochen war, bewies die intra vitam beobachtete „maulvolle“ Expektion und die aashaft stinkende Beschaffenheit der Sputummengen; war doch der Lufttritt und das gleichzeitige Eindringen der Fäulnisbakterien, die zu der tiefgehenden Zersetzung des Exsudates und Lungengangrän führten, nur nach Eröffnung grösserer Luftwege ermöglicht, während bei einem siebförmigen Eindringen des Eiters in die Lunge der Auswurf nicht so übelriechend zu sein pflegt. Die sogleich

post mortem vorgenommene Autopsie erwies erstere Annahme als richtig. Auf die Gefahr einer akuten Herz- und Lungeninsuffizienz während der Narcose hin, war, wenn überhaupt noch ein Mittel, so das operative Verfahren bei der in hohem Maasse heruntergekommenen Kranken indicirt. Erwähnt sei, dass der am 15. II. 92 von Prof. Helferich ausgeführten Radikaloperation des Empyems eine Probeoperation mit positivem Resultat voranging. Die befürchtete Herzinsuffizienz trat leider unmittelbar nach beendigtem chirurgischen Eingriff ein.

Section der Brustorgane von Luise Topschowsky.

Bei Herausnahme des Brustbeins zeigt sich dessen Pleura links etwas vascularisirt, rechts in eine oedematöse, zum Teil fibrinöse Substanz umgewandelt. In der linken Pleurahöhle findet sich ein klarer Erguss von 20 ccm, rechts ist die Lunge an Herzbeutel und Thoraxwand so fest verlötet, dass man nirgends zwischen die Pleurablätter eindringen kann. Im Herzbeutel finden sich 15 ccm klarer hellgelber Flüssigkeit, das Herz ist entschieden grösser als die Faust der Leiche. In beiden Herzhöhlen ist reichlich flüssiges Blut, rechts etwas Speckgerinnsel. Der rechte Ventrikel ist etwas hypertrophisch, der linke Ventrikel normal dick, beiderseits zeigt die Muskulatur frische rote Farbe und derbe Consistenz. Alle Klappen sind schlussfähig, das Klappengewebe ist zart, die Aorta normal breit.

Beim Ablösen der rechten Lunge trifft man etwa auf der Mitte zwischen Mammillar- und Axillarlinie auf einen abgekapselten, dickwandigen Abscess, der mit stinkendem

Eiter erfüllt ist. Die Operationswunde liegt von diesem Abscess 5 cm entfernt in der Richtung nach der Wirbelsäule zu.

Von dem Jaucheherde aus geht ein Canal nach der Lungenbasis hin, woselbst die Jauchehöhle den ganzen Raum zwischen Diaphragma und Lungenbasis einnimmt. An der Operationsstelle ist das kanalartige Verbindungsstück zwischen den beiden Jauchehöhlen gelegen, so dass eine Durchtrennung der 6 mm dicken Schwarte auch hier in den Jaucheherd geführt haben würde. Die Abscesswand ist ringsum von Granulationsgewebe ausgekleidet, welches oben ziemlich gereinigt ist, während an der Basis die Innenfläche matt graugelb nekrotisch aussieht und mit Eiter überzogen ist.

An mehreren Stellen gehen trichterförmige Recessus von der Jauchehöhle nach dem Lungengewebe zu. Von einem derselben gelangt man mit Sonde und Scheere bequem in einen arrodieren, erweiterten Bronchus; das Lungenparenchym ist im Oberlappen oedematös, von geringem Blutgehalt, im Unterlappen atelectatisch, derb, teils bindegewebig verödet, teils von broncho pneumonischen Herden durchsetzt. In den Bronchien findet sich putriden Inhalt.

Die linke Lunge zeigt im Unterlappen mässige Pleuritis sicca, der Oberlappen ist oedematös, blutreich; der Unterlappen von vermindertem Luftgehalt, blutreich; er enthält frische Hepatisationsherde um zahlreiche kleinste mit putridem Inhalt gefüllte Bronchien herum.

Diagnose.

Empyema dextrum, Bronchitis putrida duplex, Bronchopneumonia lobi inferioris utriusque, Perforatio empyematis in bronchum quendam pulmonis dextri.

Von den drei bis jetzt angeführten Krankheitsfällen ist der letzte von Beginn an prognostisch schlecht zu beurteilen gewesen. Das Empyem, wie es hier im Gefolge der Influenza auftrat, nahm zwar nicht die Ausdehnung, wie bei den beiden erstgenannten Kranken, an, wurde jedoch durch die putriden Prozesse in den Bronchien und seine Perforation in die Lunge eine ungleich gefährlichere Complication als dort.

Gegenüber den 3 vorstehenden Krankheitsbildern möchte ich zum Schluss 2 Fälle von eitriger Pleuritis anführen, die einen wesentlich leichteren Verlauf als jene nahmen. Bei beiden Patienten trat die Influenza nur leicht auf und hinterliess bei dem einen, wie dem anderen die ähnlichen Residuen; dieselben wurden von den Kranken im Anfang als geringfügig betrachtet, bis die nach und nach zu Tage tretende und fortschreitende Körperschwäche letztere zu ärztlicher Behandlung nötigte.

Die Entwicklung des Empyems nahm in beiden Fällen nicht den rapiden Verlauf wie bei jenen vorgenannten Kranken.

IV. Fall.

Patient ist der 27 Jahr alte Pferdeknecht Hermann Wiebke aus Sternfeld. Hereditäre Belastung seitens der Eltern liegt bei ihm nicht vor. Als Kind und im späteren

Alter erfreute er sich meist guter Gesundheit. 4 Wochen vor seiner Aufnahme in die Medizinische Klinik zu Greifswald wurde er von der Influenza befallen, von welcher er sich jedoch nicht gänzlich zu erholen vermochte. Brustbeklemmungen, Hustenreiz und mangelhafter Schlaf wollten nicht weichen und veranlassten ihn, sich am 31. Januar 92 in das hiesige Königliche Universitäts-Krankenhaus aufnehmen zu lassen.

Status vom 31. I. 92.

Patient ist mittelgross, hat schlecht entwickelten panniculus adiposus, ein mageres und blasses Gesicht.

Die Inspection des Thorax ergibt dessen mangelnde Wölbung, tiefe Supra- und Infraclavicular-Gruben sowie eine mässige Einziehung der linken Thoraxhälfte.

Die palpierende Hand vermisst links infraclavicular und links subscapular den Pectoralfremitus.

Die Percussion ergibt beiderseits gleichen Stand der Lungenspitzen, 5 cm oberhalb der Clavicula.

In den beiden regiones supraclaviculares ist der Schall normal, ebenso über dem Bezirk der ganzen rechten Lunge.

Links infraclavicular herrscht tympanitische Dämpfung welche allmählich in absolute Herzdämpfung übergeht.

Links subscapular bis zu den unteren hinteren Lungengrenzen lässt sich absolute Dämpfung nachweisen.

Die Auscultation ergibt über den gedämpften Lungenabschnitten abgeschwächtes Atmen.

Das Herz ist etwas nach rechts verlagert; die Herztöne leise, aber rein.

Die übrigen Systeme weisen ausser den oben erwähnten, keine weiteren Anomalien auf.

Status vom 2. II. 92.

Hustenreiz und Schlaflosigkeit bestehen noch fort. Temperatur 38,1°. Auskultatorisch ist links infraclavicular abgeschwächtes Atmen zu konstatieren, entsprechend dem hier aufgehobenen Pectoralfremitus.

Die Probepunktion ergibt etwas dünneitriges Flüssigkeit.

Status vom 12. II. — 12. III. 92.

Die vorwiegend in kräftiger Diät, Priessnitz'schen Einwickelungen des Thorax, Jodpinselungen bestehende Therapie bessert das Allgemeinbefinden, insofern der Hustenreiz und die Beklemmungserscheinungen seitens der Brust nachlassen. Eine allmähliche Resorption des Pleuraergusses ist als wahrscheinlich zu bezeichnen. Ein operativer Eingriff war bei diesem Kranken von vornherein nicht indiciert, da bereits bei seiner Aufnahme eine Schrumpfung der linken Thoraxhälfte mit nur mässig ausgesprochenen Anzeichen eines Ergusses bestand, somit konnte schon damals ein bereits eingetretener Rückgang des Prozesses angenommen werden.

Die vor der Entlassung des Patienten am 12. III. 92 vorgenommene Untersuchung ergibt: Die linke Thoraxseite schleppt bei der Respiration nach. Der Schall ist über den erkrankt gewesenen Lungenpartien verkürzt. Die obere Grenze des Traube'schen Raumes steht in Höhe der

IV. Rippe, die hintere untere Lungengrenze 2 Fingerbreit höher als rechts.

Die Herzdämpfung reicht nicht völlig an den linken Sternalrand heran.

Das Atmungsgeräusch ist über den befallen gewesenen Lungenabschnitten gleichmässig abgeschwächt, somit eine relative sanatio mit Hinterlassung reichlicher pleuritischer Schwarten anzunehmen.

V. Fall.

Betrifft den 40jährigen Arbeiter Carl Schult aus Greifswald. Die Eltern sind an ihm unbekanntem Krankheitsfall gestorben. Von Kindheit an will Patient gesund gewesen sein. Am 24. Januar 1892 erkrankte er nach vorausgegangener Erkältung an der Influenza; seitdem klagt er über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Husten und Stiche in der linken Thoraxseite. Seine Aufnahme in die hiesige Medizinische Universitäts-Klinik erfolgte am 2. II. 92.

Status vom 2. II. 92.

Mittelgrosser, kräftiger Körper, die Musculatur mässig entwickelt. Es besteht herpes labialis. Die Körperhaut fühlt sich feucht und heiss an. Die Temperatur 39,5°.

Es besteht intensives Durstgefühl. Die Zunge ist feucht und belegt.

Der Urin weist reichliches Uratsediment auf und ist hochgestellt.

Von Seiten des Nervensystems treten heftige Kopfschmerzen und andauernde Schlaflosigkeit in den Vordergrund.

Die Inspection des Thorax ergibt, dass die regio infraclavicularis sinistra etwas hervorgetreten ist. Gleichzeitig ist der Pectoralfremitus hier und links subscapular abgeschwächt.

Der perkutorische Befund über der ganzen rechten Lunge ist normal.

Über der linken Lungenspitze findet sich Dämpfung mit tympanitischem Beiklang. Letzter ist auch infraclavicular nach abwärts nachweisbar.

Die Auskultation ergibt auf der rechten Thoraxseite nichts Pathologisches.

Links supraclavicular ist das Atmen abgeschwächt; infraclavicular bronchial. Ebenso am unteren Scapularwinkel. Über der Mitte der Scapula ist Aegophonie nachweisbar.

Das Sputum ist rostfarben. Die Herzdämpfung geht in die Lungendämpfung über. Der Puls beträgt 100 in der Minute.

Status vom 5. II, 92. Vorstellung in der Klinik.

Inspektion des Thorax.

Die linke Thoraxhälfte bleibt gegenüber der rechten beim Atmen zurück. Der Herzimpuls ist im 4. Intercostalraum fühlbar.

An der linken hinteren unteren Brustseite findet sich eine vorgewölbte gerötete und schmerzhaft Stelle.

Die Pectoralfremitus ist über der ganzen vorderen Thoraxhälfte aufgehoben.

Die Perkussion der ganzen linken vorderen und hinteren Brustseite ist schmerzhaft und ergibt Dämpfung.

Auskultatorisch ist in den erkrankten Bezirken teils unbestimmtes, teils bronchiales Atmen nachweisbar.

Das Sputum enthält Bronchialabgüsse.

Resumé:

Nachdem durch die eingeleitete Therapie die anfänglichen Temperatursteigerungen zurückgegangen sind, lautet die Diagnose, durch den Befund des sputum croceum unterstützt auf linksseitige fibrinöse Pneumonie.

Die gleichzeitigen links auftretenden Schmerzen, der aufgehobene Pectoralfremitus, die beim Schütteln des Patienten wahrnehmbare succussio Hippocratis begründen die Annahme einer komplizierenden Pleuritis.

Die oben erwähnte auf der linken hinteren Thoraxpartie sichtbare gerötete Stelle könnte eine zufällig aufgetretene Zellgewebsentzündung oberflächlicher Art eventuell ein peripleuritischer Abscess sein; nach dem übrigen Befund zu urteilen, steht diese Stelle jedoch im Zusammenhang mit dem pleuritischen Exsudat und bedeutet einen bevorstehenden Durchbruch des Eiters d. h. ein Empyema necessitatis. Den klaren Beweis für diese Mutmassung liefert die am 19. II. 92 gemachte, Eiter ergebende Probepunktion, welcher am 21. II. die Radicaloperation des Empyems folgte.

Ausgang: sanatio completa.

Nach Betrachtung der fünf die Influenza komplizierenden Empyemerkrankungen möchte ich vor Schluss der Erörterung noch einen Blick auf die die eitrige Pleuritis speziell betreffende bakteriologische Frage werfen.

Wie bekannt, hat erst die jüngst verflossene Zeit den Erreger der Influenza in Gestalt eines „Stäbchenmikroorganismus“ zur Kenntnis gebracht.

Die im hiesigen bakteriologischen Institut von Professor Löffler angestellten Untersuchungen des Emyemeiters ergaben den *Diplococcus pneumoniae*, sodann bei der Cultur auf Blutserum überwiegend Kolonien des *Staphylococcus pyogenes aureus*, daneben in geringerer Zahl Kolonien von Streptococccen. Ob und in wie weit die der Influenza eigentümlichen Bakterien in den vorliegenden Fällen zur Entstehung eines für Influenza charakteristischen Emyems Veranlassung gegeben haben, steht somit dahin; jedenfalls haben uns die 5 Krankheitsbilder gelehrt, dass die im Gefolge der Epidemie auftretenden eitrigen Pleuritiden als eine schwere, uns in hohem Masse interessierende Komplikation der Influenza anzusehen sind.

Am Schlusse dieser Arbeit bleibt mir noch die angenehme Pflicht zu erfüllen, meinem hochverehrten Lehrer, dem Herrn Geheimrat Professor Dr. Mosler für die gütige Überweisung des Themas, sowie Herrn Dr. Pagenstecher, I. Assistenzarzt der Medizinischen Klinik, für die liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Litteratur.

Bacteriologisch - Pathologische Untersuchungen über die bei Influenza und ihren Complicationen vorkommenden Mikroorganismen. v. Weichselbaum.

Verhandlungen des Medizinischen Vereins zu Greifswald. Jahrgang 1890.

• ♦ •

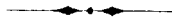
Lebenslauf.

Arthur Schmidt, evang. Confession, wurde als Sohn des Herzoglich Ratiborer Rates Carl Schmidt am 6. März 1868 zu Rauden, Oberschlesien, geboren. Vom 12. Lebensjahre an besuchte er die Königliche Landesschule Pforta in Thüringen, darauf 1 Jahr lang die Oberprima des Königlichen Gymnasiums zu Ratibor, welches er Michaelis 1888 mit dem Reifezeugnis verließ, um sich in Greifswald dem Medizinischen Studium zu widmen. Nachdem er vom 1. April bis 1. Oktober 1889 mit der Waffe im Inf.-Regt. Prinz Moritz v. Anhalt-Dessau (5. Pommersches) No. 42 gedient hatte, bestand er im S.-Somester 1890 die ärztliche Vorprüfung und am 26. Juli 1892 das tentamen medicum. Das tentamen rigorosum legte er am 30. Juli 1892 ab.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Docenten:

Ballowitz, Grawitz, Gerstäcker, Haidenhain, Helferich, Hoffmann, Holtz,
 Krabler, Landois, Limpricht, Löffler, Mosler, Oberbeck,
 Peiper, Pernice, von Preuschen, Schirmer, Schmitz, Schulz, Solger,
 Sommer, Strübing.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigen Dank aus. Zu besonderem Danke fühlt er sich verpflichtet den Herren Geh. Med.-Rat Professor Dr. Mosler und Professor Dr. Helferich, an deren Kliniken er längere Zeit als Volontairarzt thätig sein durfte.



Thesen.

I.

In manchen Fällen von Empyem lässt sich die Bülow'sche Drainage an Stelle der Rippenresection mit Erfolg ausführen.

II.

Die lokale Behandlung ist bei Cystitis der Darreichung innerer Mittel vorzuziehen.

III.

Der Einfluss der Schule auf die Entwicklung der habituellen Scoliose ist wesentlich durch unzweckmässige Subsellien bedingt.

