

MITTEILUNG AUS DER CHIRURGISCHEN KLINIK DER KÖN. UNG.
FRANZ JOSEF UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Direktor : Prof. Dr. L. MAKARA.

Schussverletzung beider linken Lungenlappen; Lungennaht, Heilung.

Von Dr. ST. SÁNDOR.*

Die Verletzungen der Lungen hatten, was ihre Lebensgefährlichkeit betrifft, lange Zeit hindurch einen nicht verdienten guten Ruf. Sie zeigen tatsächlich eine grosse Neigung zur Heilung und eine Infektion durch die eingeatmete Luft ist nur dann zu befürchten, wenn auch ein grösserer Bronchus verletzt wurde. Dagegen sind die Infektionen, durch die bei der Verletzung eingeführten Körper, sehr gefährlich. Solche Infektionen kommen aber glücklicherweise selten vor, so dass ihre Gefahr nach GARRÉ nur in dritter Linie in Betracht kommt. Die Hauptgefahren sind die Verblutung und der Spannungs-Pneumothorax. Die schwerste Frage ist nach GARRÉ, die Bestimmung der Zeit und der Art des operativen Eingriffs. Man muss den Thorax öffnen, wenn die Gefahr der Verblutung droht und die Aussicht einer spontanen Blutstillung verschwindet.

Die erste Mitteilung über eine Lungennaht nach Lungenverletzung, machte OMBONI vor 24 Jahren. Der folgende Fall soll zur Erweiterung der ziemlich geringen Statistik dienen.

F. B. 22 jähriger Architekt versuchte den Selbstmord, am 2. März l. J. durch einen Schuss, aus einem 7 mm. Revolver

* Nach einem Vortrage, gehalten in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 14. November 1908.

in die linke Brusthälfte. Die etwa 9 mm. weite versengte Eingangsöffnung des Schusskanals lag 2 cm. unterhalb der Brustwarze. Die Kugel war unter der Haut des Rückens, 2 Finger unterhalb der Spitze des Schulterblattes zu tasten. Hämoptöe, gröbere Dämpfung, subkutanes Emphysem waren nicht vorhanden. Puls 60, Atmung 38, oberflächlich. In den Kleidern fand sich viel Blut, der Patient war blass, seine Lippen waren jedoch nicht sehr blutarm. Während der Untersuchung, sowie beim Sprechen, Schreien oder Husten strömte aus der Wunde viel dunkelrotes, nicht schaumiges Blut.

Therapie: Desinfektion der Umgebung der Wunde, steriler Verband, 1 centigr. Morphin subkutan, Eisbeutel auf die Brust, Ruhe.

Nach zwei Stunden traten Zeichen einer grösseren Blutung auf. Nach der Abnahme des Verbandes strömte aus der Wunde in vollem Strahle das dunkle, nicht schaumige Blut. Es konnte nicht länger gewartet werden, der Kranke wurde zur Operation vorbereitet. Am Brustkorb war schon eine ausgedehnte Dämpfung und rund um die Wunde subkutanes Emphysem vorhanden. Die Operation wurde in leichter Aethernarkose ausgeführt, welche durch eine kurze Chloroformnarkose eingeleitet wurde. Der Brustkorb wurde durch einen 12 cm langen, durch die Schusswunde den Rippen entlang geleiteten Schnitt weit geöffnet. Nach der Resektion der III. und IV. Rippen, sowie teilweise des IV. Rippenknorpels konnte festgestellt werden, dass die kollabierte linke Lunge in teilweise geronnenem Blute schwimmt, welches die ganze Brusthälfte ausfüllt. Das Herz schlug kräftig; weder der Pneumothorax, noch das Hervorziehen der Lunge übte einen schädlichen Einfluss auf die Herz-tätigkeit. An der Lingula der hervorgezogenen Lunge wurde eine zerquetschte, stark blutende Wunde entdeckt; sie wurde von beiden Seiten durch 5 tiefgreifende Catgutnähte zusammen-genäht. Der darunter liegende Lungenlappen zeigte an seiner vorderen und hinteren Hälfte die beiden etwa 4 mm. weiten Mündungen eines nicht blutenden Schusskanals. Die vordere Mündung wurde durch zwei Nähte geschlossen, die hintere war nicht zugänglich. Nach dem Entfernen von ca. $1\frac{1}{2}$ – $1\frac{3}{4}$ Litern

Blut wurde die Pleuralhöhle unvollständig geschlossen, drainiert und die weichen Teile entsprechend zusammengenäht.

Der Patient fühlte sich nach der Operation, abgesehen vom schmerzhaften Hustenreiz, welcher drei Tage andauerte, verhältnissmässig wol. Er hatte jedoch Temperaturerhöhungen bis 37·8 C. Durch das Drainrohr entleerte sich ein anfangs klares, seröses, später trübes, schliesslich eiteriges Exsudat. Am 21 März stieg die Temperatur bis auf 38 C. Um das eiterige Exsudat besser ableiten zu können, wurde ein Stück der X. Rippe vorne reseziert und die Brusthöhle auch von dieser Seite drainiert. Das Exsudat wurde trotzdem von Tag zu Tag reichlicher und übelriechender.

Am 16. Apr. wurden die X. und XI. Rippen beinahe gänzlich entfernt und in der weit geöffneten Brusthöhle ein, bei der ersten Operation dort vergessener Tupfer gefunden.

Die Brusthöhle wurde nun offen behandelt. Der Patient verliess am 9 Mai die Klinik; seine Brusthöhle war damals bis auf eine Fistel von der Weite des Durchmesser eines Bleistiftes geschlossen. Die Fistel verheilte in weiteren zwei Wochen vollkommen.

Zusammenfassung.

1. Die penetrierenden Verletzungen des Brustkorbes können trotz den schweren Anfangssymptomen spontan heilen. Solche Fälle sind also exspektativ zu behandeln, man muss sich jedoch zur Operation bereit halten.

2. Die Gefahr solcher Verletzungen liegt in der Blutung und in der Spannung des Pneumothoraxes. Die rechtzeitig ausgeführte Eröffnung der Brusthöhle und das Schliessen der Lungenwunde durch Nähte, ist das beste Mittel gegen beide Gefahren. Die Indikation zum operativen Eingriff wird durch das Verhalten des Patienten, während der Exspektation, gegeben.