Zum Problem der tuberkulösen Kaverne

E.

Haefliger

Wald

Adresse des Autors: Dr. E. Haefliger, Zürcher Heilstätte, Wald.

Erscheint anderwärts

Diskussion

Galy: bei der anatomischen Untersuchung von Resektionspräparaten findet man bei den nicht ausgeheilten Restkavernen immer Pleuraverwachsungen und ein Fortbestehen von Drainagebronchien in den oberen Partien der Kavernen, während die Bronchien im untern Abflußgebiet oft schon verschlossen sind. Es findet sich nie Epithelisation der Kavernen.

Tanner: die endobronchiale Absaugung bringt nur ausnahmsweise Erfolg, meist nur kurzdauernde Verkleinerung der Kaverne und rasche Wiederaufblähung derselben.

Studer: In diesen Fällen ist die Anlage der Saugdrainage nach Monaldi zu empfehlen.

Sturzenegger: der Verschluss der Höhle erfolgt nur, wenn der Ableitungsbronchus sich schließt, der Monaldi führt aber im Gegenteil zum Offenbleiben der Kaverne.

Herzog: oft ist eine asthmatische Komponente für die Blähung der Kaverne verantwortlich infolge Bronchiolospasmus und Ventilmechanismus. Atemtherapie und Aleudrin-Inhalationen führten zur Verkleinerung der Kavernen.

Kreuser: Intrakavitäre Instillation von Conteben bringt manchmal Erfolg.

Tanner: Es fragt sich, ob nicht die Behandlung mit Steroiden die narbige Obliteration der Drainagebronchien verhindert.

Barras: Die Monaldrainage ist in diesen zwei Fällen wertvoll. Oft findet sich in den Fällen von Restkavernen eine Begleitbronchitis.