Schlussbemerkung

C.-E.		Alken
-------	--	-------

Homburg-Saar

- Conclusion

Nach dem Frankfurter Symposion bin ich unter dem Eindruck der Arbeiten und der Resultate von Semb ziemlich aktiv gewesen und habe fast alle polständigen Prozesse sowie die polständigen Exclusionen reseziert. Bei der Auswertung des Materials ergaben sich 3 Gruppen: Narbige Ausheilung.

Gesäuberte Kavernen.

Kavernen mit eitrigem Detritus, käsigem Zerfall und viru-lenten Tuberkelbazillen.

Bei dem Versuch, diese Befunde mit dem klinischen Bild in Über-einstimmung zu bringen, lassen sich an Hand der Röntgenserien und der übrigen klinischen Befunde ebenfalls 3 Gruppen aufstellen, die im allgemeinen den eben erwähnten anatomisch-pathologischen Befunden entsprechen:

Fälle mit offenbleibendem Kelchhals.

Fälle mit langsamer Kelchstenosierung.

Fälle mit schneller Kelchstenosierung.

Die eben von Herrn Jönsson demonstrierten Bilder ausgeheilte Fälle mit offenem Kelchhals entsprechen durchaus meinem Material aus der 1. Gruppe, deren Histologie Herr Singer in so eindrucksvoller Weise demonstriert hat. Bleibt der Kelchhals offen, so kann sich bei günstiger Abwehrlage unter dem Einfluß der Chemo-therapie der tuberkulöse Destruktionsherd abstoßen. Bei langsamem Kelchverschluß besteht ebenfalls die Möglichkeit der Säuberung des tuberkulösen Herdes mit dem Endzustand der glattwandigen, gesäuberten Kavernen, wie sie im Schrifttum wiederholt beschrie-

III/1956 A l k e n, Schlußbemerkung – Conclusion 161

ben sind. Bei ausgeprägter Neigung zur Bindegewebsbildung und schnellem Verschluß des Kelchhalses kann sich das tuberkulöse Gewebe nicht mehr demarkieren, und es kommt zu den Veränderungen, wie Herr May sie wiederholt beobachtet hat und wie sie von Herrn Gloor beschrieben wurden. Bei dieser Gruppe ist m. E. auch in völliger Übereinstimmung mit Herrn May die Indikation zur Polresektion eindeutig gegeben. In den beiden ersten Gruppen nehme ich bis auf weiteres eine konservative Haltung ein und möchte den weiteren Verlauf unserer 17 in langfristiger Behandlung und Beobachtung stehenden Exclusionsfälle abwarten. Im ersten Falle, den ich Ihnen demonstriert habe, handelt es sich um eine Patientin mit doppelseitiger Exclusion, bei der ich den langsamen Verschluß des Kelchhalses über mehrere Jahre hindurch an Hand der Serienbilder beobachten konnte. Die Patientin hat in den letzten Jahren zwei Graviditäten komplikationslos durchgemacht und ist in der stabilen Konversion geblieben. Ich sehe hier keinen Grund zu operativem Eingreifen.

Nach den Demonstrationen des heutigen Tages habe ich den Eindruck, daß man die Einteilung in drei Gruppen bei dem größten Teil der Fälle mit polständigen Prozessen zur Anwendung bringen

kann. In den Fällen der Gruppen 1 und 2 mit anatomischer Heilung ist die Resektion überflüssig, bei der Gruppe 3 hundertprozentig indiziert. Demnach müssen unsere Bestrebungen dahin gehen, die einzelnen Gruppen differentialdiagnostisch zu trennen und damit eine klare Indikation für den operativen Eingriff zu erhalten. Nach meinen Erfahrungen ist dies zum Teil möglich, wenn man die Entwicklung der morphologischen Veränderungen, Exclusionen usw., an Hand der Röntgenserie verfolgen kann und durch die klinischen und bakteriologischen Befunde ergänzt. In Zweifels-fällen und bei großen Kavernen leistet hier die Aortographie gute Dienste. Kleine Kavernen lassen sich mit dieser Methode nicht erfassen. Wie wir durch die Vasographie an der freigelegten Niere nachweisen konnten, werden kleine Ausfallsbezirke durch die normale Gefäßstruktur des gesunden Nierenparenchyms überlagert.