

Objekte / Dokumente

Pneumothoraxapparat «Erka». Geeignet für die ambulante Praxis.

A / 7 / 4 / 1



Allgemein

Titel / Bezeichnung	Pneumothoraxapparat «Erka». Geeignet für die ambulante Praxis.
Verzeichnungsstufe	
Institution	Medizinmuseum Davos

Beschreibung

Beschreibung	Tragbarer Pneumothoraxapparat mit beweglichen Wasserbehältern. Dieser Pneumothoraxapparat, geschützt in einem handlichen Holzkasten war geeignet für Hausbesuche des praktizierenden Tuberkulosearztes.
Sammlung	Lungentuberkulose
Anzahl / Umfang	1
Masse	Höhe: 46 (max. 65)cm / Breite: 25cm / Tiefe: 16cm
Schlagworte	Lungentuberkulose
Medientyp	Objekt
Kategorie	Objekt
Art	Medizinische Geräte

Provenienz und Erhaltung

Standort	Medizinmuseum Davos
Eingangsdatum	30.08.1999

Weitere Informationen

Signatur / Identifikationsnummer	A / 7 / 4 / 1
Bemerkungen	Kollapsmethoden in der Behandlung der Lungentuberkulose Die Ruhigstellung eines akut entzündeten und infizierten Organes ist ein allgemein gültiges Behandlungsprinzip. Bei der Lungentuberkulose wurde eine Verminderung der

Weitere Informationen

Atmung und damit Ruhigstellung der Lunge durch die Liegekur und ge-zielter mit den Kollapsmethoden erreicht. Man unterscheidet reversible und irreversible Kollapsbehandlungen. Reversibel sind der Pneumothorax, der Oleothorax und der extrapleurale Pneumothorax. Irreversibel die Paraffin- und andere Plomben, z.B. mit Akryharzkugeln und die Thorakoplastik Pneumothorax 1821erkennt Carson, ein schottischer Physiologe, bei Versuchen an Kaninchen, dass die Lunge sich zusammenzieht, wenn durch eine kleine Schnittwunde Luft zwischen die Lunge und die Brustwand gelangt und ein Pneumothorax entsteht. Militärärzte interessierten sich für den Pneumothorax zur Behandlung von Lungenblutungen. 1982 beobachtet Carlo Forlanini eine unerwartete Heilung einer schweren Lungentuberkulose, nachdem sich infolge der Perforation einer tuberkulösen Kaverne spontan ein Pneumothorax gebildet hatte. Er verfolgt die Idee, die cavernöse Lungentuberkulose mit einem Pneumothorax zu behandeln. 1888 legt er erstmals einen Pneumothorax bei einem Patienten mit einem Exsudat im Pleuraspalt an. 1894 gelingt es ihm auch einen Pneumothorax anzulegen bei einem Patienten ohne Pleuraexsudat, was wesentlich schwieriger ist. Forlanini entwickelte Nadeln, wie sie in ähnlicher Form auch heute noch verwendet werden. Die wichtigsten Indikationen für einen Pneumothorax waren: Tuberkulöse Kavernen, Blutungen aus Kavernen und andere Lungenblutungen (z.B. aus Bronchiektasen) Oleothorax Adolf Schmidt war 1906 wahrscheinlich der erste, welcher Luft und Öl gleichzeitig in den Pleuraraum injizierte, um mit grösserem Überdruck einen besseren Kollaps der Lunge zu erreichen. Mit Öl hoffte man auch Verwachsungen besser lösen zu können als mit Luft. Öl machte das regelmässige Nachfüllen, wie es beim Pneumothorax nötig war, überflüssig Später wurde 4%iges Gomenolöl, oft auch jodhaltiges Öl bei eitrigen Brustfellentzündungen zur Infektionsbekämpfung angewendet. Wegen der häufigeren und gefährlicheren Komplikationen wurde die Füllung der Pleurahöhle mit Öl wieder aufgegeben. Thorakokaustik Bei verwachsenem Pleurapalt war das Anlegen eines wirksamen Pneumothorax oft unmöglich. 1912 führte Jacobäus die «Elektro - Koagulations - Pleuroskopie», die Thorakokaustik ein. Unter endoskopischer Sicht wurden die Verwachsungen elektrochirurgisch gelöst und so der Kollaps der Lunge durch den Pneumothorax erreicht. Die Methode der Thorakoskopie, welche wegen der Chemotherapie und der Resektionsbehandlung tuberkulöser Herde in den fünfziger Jahren kaum mehr angewandt wurde, erlebte in den siebziger Jahren eine Renaissance als wertvolles diagnostisches Mittel bei Pleuraerkrankungen. Extrapleurale Pneumothorax Bei sehr ausgedehnten Pleuraverwachsungen war auch eine Thorakokaustik nicht möglich. 1934 führte Klaus in Deutschland den extrapleurale Pneumothorax ein. Er löste die Lunge über den erkrankten Abschnitten ausserhalb des verwachsenen Pleuraspalt von der inneren Brustwand ab und erhielt so den gewünschten Hohlraum, der wie beim intrapleurale Pneumothorax mit Luft gefüllt und nachgefüllt werden konnte. Sehr oft blieb nach der gewünschten Behandlungszeit aber eine Resthöhle zurück und bildete eine ständige Infektionsgefahr. Bauchpneumonie Die Bauchhöhle eingeblasene Luft führte zu einem Zwerchfellhochstand, einer Verminderung der Zwerchfellbeweglichkeit und dadurch zu einer teilweisen Ruhigstellung der Lungen, die Luft musste jedoch regelmässig nachgefüllt werden. Nach 1960 wurden ein Pneumothorax nur noch zu diagnostischen Zwecken angelegt.

Rechte und Zugang

Benutzbarkeit

Nutzungsrechte

PD (Public Domain): Gemeinfrei – Zugang ohne Einschränkung und ohne Rücksprache
