

Korrespondenzen.

Erwiderung auf die Bemerkungen Prof. Rosenheim's zu meinem Aufsätze in Nr. 23 dieser Wochenschrift.

Von Dr. v. Eicken in Freiburg i. Br.

Meine historische Darstellung bedarf einer Ergänzung. Schon Ende der 80er Jahre hat v. Hacker gerade Röhren per vias naturales in die Luftröhre eingeführt (cf. Wiener klinische Wochenschrift 1902, No. 34) und dieses Verfahren mehrfach in seinen Kursen demonstriert. Einer solchen Demonstration kann die Bedeutung einer Veröffentlichung nicht vollständig abgesprochen werden. Wenn wir also gerecht sein wollen, so müssen wir die obere direkte Tracheoskopie als von v. Hacker und Rosenheim herrührend bezeichnen. Diese Untersuchungsmethode gab Killian den Anstoss zur Ausbildung seiner direkten Bronchoskopie, wie er selbst ausdrücklich hervorgehoben hat. Sie bildet zugleich den Vorakt der oberen direkten Bronchoskopie. Weder v. Hacker noch Rosenheim haben die klinische Bedeutung ihrer Methode richtig eingeschätzt, sie hielten es nicht einmal für nothwendig, rechtzeitig ihre Erfahrungen zu publizieren. Es ist das grosse Verdienst Kirstein's, die Aufmerksamkeit auf sie gelenkt und sie für die Laryngologie wenigstens nach einer Richtung hin verwerthet zu haben.

Auch die untere direkte Bronchoskopie bedarf eines Voraktes, denn das Rohr muss zunächst durch die Trachealwunde in die Luftröhre eingeführt werden. Die Möglichkeit, mit relativ kurzen Röhren die Trachea, die Bifurkation und in gewissen günstigen Fällen selbst einen grösseren Abschnitt des rechten Hauptbronchus zu übersehen, haben v. Schrötter und insbesondere Pieniazek demonstriert und praktisch verwerthet.

So stand die Frage, bevor Killian seine Bronchoskopie angab. Diesen Namen gebraucht Killian nur für den Akt des Eingehens mit dem Rohr in die Bronchien selbst. Für das Wesentliche erklärt er ausdrücklich die Verdrängung der Bronchien aus ihrer Lage und er geht mit dem Verschieben des Rohres unter Verdrängung des Bronchus so weit, bis es ihm gelungen ist, nicht allein den ganzen rechten, sondern auch den ganzen linken Bronchialbaum vollständig zu überblicken. Sowohl die Hauptbronchien als auch ihre Aeste stehen winklig zur Axe der Luftröhre, gerade in der Ueberwindung der durch diese Winkel gegebenen Schwierigkeiten lag etwas prinzipiell Neues. Niemand vor Killian hatte daran gedacht, dass es möglich und ohne Gefahr für den Patienten erlaubt sei, mit geraden starren Röhren die Bronchien so beträchtlich aus ihrer Lage zu verdrängen. Nur für diese Bronchoskopie *κατ' ἐξοχήν* beansprucht er mit Recht die Priorität.

Bekanntlich weicht die Achse des rechten Hauptbronchus von der Trachea in einer Reihe von Fällen nur wenig ab; man kann schon mit dem Spiegel bei passender Körperhaltung des Patienten gelegentlich die erste Theilung im rechten Hauptbronchus sehen; dasselbe lässt sich mit dem Kirstein'schen Spatel vom Zungengrund aus oder nach Verdrängung der Epiglottis erreichen, und gelingt noch besser, wenn man mit einem Rohr in die Trachea, sei es nun per vias naturales oder von der Tracheotomiewunde aus, eventuell bis zur Bifurkation ein-geht. Auf diese letztere Thatsache stützt sich Rosenheim, wenn er sagt: „Nachdem die Möglichkeit, auf diesem Wege (obere direkte Tracheoskopie) die Trachea und die grossen Bronchien der direkten Besichtigung unschwer zugänglich zu machen, von mir gezeigt war, war die Methode gegeben.“ Diese Bemerkung ist in mehrfacher Hinsicht ungenau! Vor allem beziehen sich die Angaben Rosenheim's nicht auf „die grossen Bronchien“, sondern ausschliesslich auf den rechten Bronchus; zweitens besteht die Möglichkeit, mittelst seiner Tracheoskopie tief in den rechten Bronchus zu sehen, nur für eine beschränkte Zahl der Fälle; drittens war durch die obere Tracheoskopie die Bronchoskopie noch lange nicht gegeben. Noch im Jahre 1896 schrieb Kirstein, den wir in diesen Dingen als Schüler Rosenheim's betrachten müssen, folgendes: „Die untere Trachealhälfte ist eine höchst gefährliche Gegend! Die rhythmische Vorwölbung ihrer Wandung, besonders der links und etwas nach vorn leicht sichtbare und zählbare tracheale Aortenpuls, ist bei gut autoskopirbaren Menschen ein regelmässiges imponantes Phänomen,

welches zur grössten Vorsicht bei der Einführung von starren Instrumenten mahnt. Die Aorta liegt an der Luftröhrenmündung beinahe so oberflächlich, wie die Radialis am Handgelenk.“ Damit war gleichsam eine Warnungstafel schon vor dem tieferen Abschnitt der Trachea angebracht; es gehörte geradezu ein gewisser Muth dazu, weiter in die Tiefe vorzudringen. Rosenheim hat sich denn auch nur bis in den Eingang des rechten Hauptbronchus gewagt (eine Thatsache, mit der er später an die Oeffentlichkeit trat, als Killian).

Nachdem Killian seinen Vortrag „Ueber direkte Bronchoskopie“ in Heidelberg angekündigt hatte, schrieb ihm Rosenheim, um ihn auf die letzterwähnte Thatsache aufmerksam zu machen (cf. Anmerkung 6 zu Killian's Vortrag, Münchener medizinische Wochenschrift 1898, No. 27). In jenem Briefe lässt Rosenheim aus keiner Silbe errathen, dass er an die Möglichkeit, weiter in die Tiefe vorzudringen, überhaupt dachte.

Nachdem die Methode der direkten Bronchoskopie durch Killian gegeben war, ist es denn auch Rosenheim zunächst garnicht eingefallen, irgend ein Anrecht an dieselbe für sich geltend zu machen. Erst jetzt, nach fünf Jahren, wo sie sich durch Killian's Bemühungen Bürgerrecht erworben hat, tritt er mit Prioritätsansprüchen hervor und sucht das Verdienst Killian's dadurch zu schmälern, dass er seine, bezw. die v. Hacker'sche Tracheoskopie in den Vordergrund stellt. Erst wenn Rosenheim die Gelegenheit gefunden haben wird, die Killian'sche Bronchoskopie selbst praktisch auszuüben, wird ihm der prinzipielle Unterschied klar werden, der zwischen dieser Methode und der direkten Tracheoskopie besteht.