VII. Ueber die Bronchialdrüsentuberculose und ihre Beziehungen zur Tuberculose im Kindesalter.

Von Dr. H. Neumann in Berlin.

(Fortsetzung aus No. 13.)

Welches Alter leidet am meisten an Scrophulose? Die Antwort geht ziemlich allgemein dahin, dass die Scrophulose bis zum 15. Jahr allmählich zunimmt, wie dies besonders gut aus den Zahlenangaben Lebert's hervorgeht.¹⁾ Birch-Hirschfeld²⁾ lässt ihre grössere Häufigkeit mit dem dritten Lebensjahr beginnen, d'Espine und Picot³⁾ mit dem fünften Jahre. Im Gegensatz zu diesen Angaben stehen nur Klein und Schwechten,⁴⁾ welche in der Poliklinik der Charité im allgemeinen von dem Beginn der zweiten Dentition an eine rapide Abnahme der Scrophulose sahen. Bei der schon oben characterisirten Unsicherheit des Begriffs der scrophulösen Erkrankungen werden wir gut thun, die Häufigkeit der einzelnen Formen gesondert in Betracht zu ziehen. Greifen wir von den Erkrankungen der Knochen die Spina ventosa heraus, so sah Unger⁵⁾ im 1. Lebensjahr 1, im 2. 18, im 3. 12, im 4. 8, im 5. 8, im 6. 6, im 7. 9, im 8.—10. 16, im 11.—16. 5 Erkrankungen. Es war also das 2.—7. Lebensjahr am stärksten, besonders aber das 2. u. 3. Lebensjahr befallen; den letzteren Punkt kann ich aus meiner geringeren Erfahrung für Knochen- und Gelenktuberculose bestätigen; ich sah hiervon 1 Fall im 1., 5 Fälle im 2., 3 im 3., 2 im 4., je 1 im 5., 6., 8., 9. und 14. Lebensjahr. Es findet sich also bei dieser Form der „Scrophulose“ dieselbe Altersvertheilung wie wir sie bei der Tuberculose der Kinder überhaupt sahen, und wie wir sie im besonderen auch bei denjenigen scrophulösen Erkrankungen finden, die sich in gleicher Weise wie die Lungentuberculose an Masern anschliessen. In allen diesen Fällen ist die primäre Tuberkelinfektion der manifesten Tuberculose oder Scrophulose lange vorausgegangen und erst durch besondere Verhältnisse manifest geworden.

Wie aber auf der anderen Seite die primären Erkrankungen, die als Ausgangspunkt zu dienen pflegen, mangels einer Gelegenheitsursache, wie sie Masern und andere acute Erkrankungen oder ungünstige hygienische Verhältnisse bieten, dauernd latent bleiben können, beweisen die oben erwähnten Beobachtungen Bollinger's und Stich's. Jener sah in dem Münchener Waisenhaus keinen einzigen Fall von Tuberculose entstehen, obwohl 50,45 % der Kinder Vater oder Mutter oder beide an Tuberculose verloren hatten, und ebenso sah Stich in dem Nürnberger Waisenhaus bei einem Stande von 100 in grosser Zahl erblich belasteten Kindern zwischen 5 und 15 Jahren nur einen Fall von Tuberculose. Abgesehen von der mangelnden Gelegenheit zu frischer Infection, blieb hier zweifellos mancher Fall von Tuberculose latent, weil er unter den nachweisbar sehr günstigen Aussenverhältnissen keine Gelegenheit fand, manifest zu werden.

Werfen wir jetzt einen Blick auf die scrophulösen Schwellungen der äusseren Lymphdrüsen⁶⁾, deren Erkrankung, wie oben gezeigt wurde, häufig in Beziehung zu der Erkrankung der Bronchialdrüsen stehen, so stehen auch hier die Angaben von Lebert und von D'Espine und Picot denen von Klein und Schwechten gegenüber.

Ich halte mich für meine eigenen Untersuchungen an die Halsdrüsenanschwellung als den „wahren Repräsentanten der Scrophulosis.“ Um mit einiger Sicherheit sympathische Drüsenanschwellungen bei nicht specifisch tuberculöser Localaffection zu vermeiden, habe ich alle Fälle, bei denen das Wurzelgebiet noch zur Zeit der Beobachtung krank war, unberücksichtigt gelassen; da aber auch bei augenblicklich gesunder Haut oder Schleimhaut die Drüsenanschwellungen vielfach einfach chronisch-entzündlicher Art sein konnten, so habe ich nur diejenigen Drüsenanschwellungen, welche als stark vergrössert bezeichnet waren, registriert, weil diese jedenfalls am häufigsten tuberculöser Natur waren. Ich war mir aber

¹⁾ Arch. f. Kinderheilk. Bd. 11, p. 224.

²⁾ l. c. p. 138.

³⁾ Ziemssens spec. Phathol. XIII. II.

⁴⁾ Maladies de l'Enfance. IV. edit. 1889.

⁵⁾ Charité-Annal. 1881 p. 576.

⁶⁾ Vergl. Bergmann, Erkrankungen der Lymphdrüsen in Gerhardt's Handbuch d. Kinderkrankh. VI, I.

hierbei vollkommen dessen bewusst, dass sich auch unter den „wenig“ und „mittelstark“ vergrösserten Halsdrüsen ebenso wie unter den bei gleichzeitiger peripherer Erkrankung gefundenen Drüsenanschwellungen zahlreiche tuberculöse Lymphadenitiden befinden mussten, welche hiernach unberücksichtigt blieben. Starke chronische Schwellung der cervicalen und submaxillaren Lymphdrüsen¹⁾ fand sich nun bei 4883 Kindern zwischen dem 1. und 14. Lebensjahr 309 mal (hierbei 145 weibliche, 164 männliche), also in 6,38 % der Fälle, während bei dem gleichen Material tuberculöse Meningitis 25 mal, Lupus, tuberculöse Hautgeschwüre und Eiterungen des Unterhautgewebes 15 mal, Knochen- und Gelenktuberculose 16 mal, Miliartuberculose 3 mal, Mesenterialdrüsentuberculose 3 mal, Bläsentuberculose 1 mal, Phthisis 79 mal zur Beobachtung kam, von 64 Fällen mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Tuberculose“ zu schweigen. Es fanden sich also gegenüber den 6,38 % scrophulöser Halsdrüsenanschwellungen, und zwar z. Th. bei denselben Kranken, 2,9 % zweifellos tuberculöser Erkrankungen.²⁾ ³⁾

Es ist nun bemerkenswerth, dass, wenn wir die Drüsenanschwellungen nach den absoluten Zahlen betrachten, wir ebenso wie Klein und Schwechten in den beiden ersten Lebensjahren die weitaus grössten Zahlen finden. Anders freilich, wenn wir die Zahlen auf die kranken Kinder des gleichen Lebensjahres berechnen. Alsdann findet sich ein Anstieg der chronischen, vermuthlich tuberculösen Lymphadenitis bis zum 7. Lebensjahr und von hieraus ein langsamer Abfall. Nach Quinquennien berechnet, ist das zweite am stärksten, das dritte weniger stark, am schwächsten das erste vertreten.

Für die in der Mitte stehende Häufigkeit des dritten Quinquenniums bemerke ich, dass hier die Häufigkeit der Erkrankungen des Nasenrachenraumes vielleicht schon eine grössere Wichtigkeit für die Drüsenanschwellungen als eine gleichzeitige Bronchialdrüsen-erkrankung beanspruchen darf. — Von einer Berechnung der Häufigkeit der Drüsenanschwellungen auf die gleichaltrigen Lebenden überhaupt müssen wir leider absehen; sie würde voraussichtlich das früher erwähnte Gesetz für die Altersvertheilung der Tuberculose bestätigen.

Halsdrüsenanschwellungen.

Lebensjahr	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Absolute Zahl	42	50	21	23	28	23	26	32	18	10	14	7	9	4	2
Procentzahl zu d. gleichaltrig Behandelten	2,1	6,0	4,2	7,3	12,2	14,8	14,2	21,2	15,3	10,3	15,0	10,7	10,6	8,3	7,1

Wir hätten hiermit die Aetiologie der Bronchialdrüsentuberculose und ihre Bedeutung im Bilde der Tuberculose des Kindesalters geschildert. Gewöhnlich die erste Localisation der Tuberculose führt sie in den ersten Lebensjahren häufig in kurzer Zeit zu einer tödtlichen Tuberculose des übrigen Körpers, während sie in den nächsten Jahren gewöhnlich ein geheimes Dépôt des Infectionstoffes darstellt, von dem aus tuberculöse, zum Theil weniger bösartige Erkrankungen der verschiedenen Organsysteme bei passender Gelegenheit verursacht werden.

Hiernach liegt die Wichtigkeit auf der Hand, welche der Diagnose der Bronchialdrüsentuberculose zukommt. Hier stösst man nun auf überraschende Gegensätze, welche darin gipfeln, dass z. B. d'Espine und Picot erklären: „le diagnostic de la phthisie bronchique est le plus souvent possible“, während hingegen Henoch die Frage: „Ist man imstande, die tuberculöse Affection der Bronchialdrüsen im Leben durch bestimmte Symptome zu diagnosticiren?“ nach seiner Erfahrung für die grosse Majorität der Fälle verneinen muss. Es soll nun nicht unsere Aufgabe sein,

¹⁾ Es wurde von mir bei jedem Kind nach etwaigen Drüsenanschwellungen geforscht und nur, insofern gelegentlich vielleicht eine Schwellung als mittelstark aufgefasst wurde, die ein anderes mal als stark imponirte — und umgekehrt — können in der Beobachtung als solcher Fehler liegen. Direct wegen der Drüsenanschwellung wurde Hülfe nur ganz vereinzelt nachgesucht; die vereiterten tuberculösen Halsdrüsen fallen im allgemeinen weniger den Kinder-, als den chirurgischen Polikliniken zu. — Es ist selbstverständlich, dass jedes Individuum nur einmal — und zwar bei dem Eintritt in die oft über Jahre sich erstreckende Behandlung — berücksichtigt wurde.

²⁾ Das Material war zum grössten Theil poliklinisch, zum kleineren Theil klinisch (aus dem städtischen Krankenhaus Moabit) und privat. Diagnosen, wie „Miliartuberculose“, „Bläsentuberculose“ stützen sich neben der klinischen Beobachtung auf die Section.

³⁾ Von 36 148 in den Jahren 1862–1882 im Berner Kinderspitale und seiner Poliklinik behandelten Kindern litten 1932 (5,3 %) an Tuberculose. Demme, Freiburger Naturforscher-Vers. p. 227.

die Diagnostik der Bronchialdrüsentuberculose an dieser Stelle erschöpfend zu erörtern. Die Zahl der vorzüglichsten Abhandlungen über dieses Thema ist eine grosse: wir erinnern an diejenigen von Rilliet und Barthez;¹⁾ Baréty;²⁾ Cadet de Gassicourt;³⁾ an die diagnostischen Bemerkungen von Franz Mayr,⁴⁾ von Steiner und Neureutter⁵⁾ und die Abhandlung von Widerhofer.⁶⁾ Es ist hier vielmehr nur unsere Absicht, einen flüchtigen Blick über dieses ausgedehnte Gebiet zu werfen und nur dort etwas länger zu verweilen, wo eigene Beobachtungen uns zu einer entschiedenen Stellungnahme auffordern.

Wir berücksichtigen für die Diagnose gewisse anamnestiche Momente, rationelle Symptome und physikalische Symptome; stehen letztere nur in entfernterem Zusammenhang mit der Bronchialdrüsen-erkrankung, so können sie nur mittelbar die Diagnose stützen, während sie geradezu den Ausschlag geben, wofern sie unmittelbar durch auscultatorische oder percutorische Phaenome die Erkrankung zur klinischen Anschauung zu bringen imstande sind.

(Fortsetzung folgt.)