II. Zur Diagnose der Lungen-Tuberculose

von

Dr. Max Schaeffer

in Bremen.

Störk¹⁾ sagt in seiner Laryngoskopie über den Zweck dieser Disciplin: „Diese jüngst geborene unter den medicinischen Disciplinen scheint berufen, für die ganze übrige Heilkunde eine bahnbrechende Bedeutung zu erlangen. Man hat in jüngster Zeit im Kehlkopfe durch Wochen, Monate und Jahre sich erstreckende Beobachtungen über krankhafte Processe angestellt, die in der Lunge occulte vor sich gehen und weder durch Stethoscop noch durch Plessimeter ermittelt werden können. Wir erwähnen nur der Tuberculose, die der Gegenstand so vieler tiefgehender Controversen ist und deren Entwicklung im Kehlkopfe wir nun in allen ihren einzelnen Phasen mit den Augen verfolgen können. Es ist aller Grund zu der Behauptung vorhanden, dass die Tuberculosenfrage mit Hilfe der Laryngoskopie dereinst ihre endgültige Erledigung und Entscheidung finden werde.“ —

Allerdings ist seitdem die Tuberculosenfrage in gewisser Beziehung durch Koch's Entdeckung des Tuberkel-Bacillus mit dem Mikroskope entschieden, d. h. die bereits bestehende Tuberculose kann auf diesem Wege sicher nachgewiesen werden, sobald der Verdacht auf die Krankheit zur Untersuchung des Sputums auffordert.

Die Frage aber wann, wo, wie kann die entstehende Tuberculose bereits nachgewiesen werden, resp. zur Untersuchung des Sputums bereits Veranlassung geben und mit zu Hilfenahme aller anderen Krankheitsmomente eine Diagnose auf beginnende Tuberculose gestatten, diese Frage harret noch ihrer Entscheidung.

Durch Störk's Ausspruch namentlich fühle ich mich veranlasst, mit dieser Arbeit hervorzutreten, welche weniger bei meinen Specialcollegen als bei den übrigen Collegen auf Zweifel und Widerspruch stossen wird.

Bis zu Koch's Entdeckung und der damit verbundenen Schlussfolgerung, dass wir die Tuberculose ganz bestimmt als eine Infektionskrankheit betrachten müssen, fehlte mir für eine Reihe von Fällen das Mittelglied in meinen Beobachtungen. Sie erst erlaubte mir, meine Anschauung als berechtigt zu vertreten.

Bei 310 Lungenkranken, welche ich seit 1874 bis October 1882 beobachtet und sorgfältig gebucht habe, drängte sich mir die Ueberzeugung auf, nachweisen zu können, dass

1) gewisse Krankheitserscheinungen im Larynx im Zusammenhalte mit anderen Symptomen ohne nachweisbare Lungenerscheinungen eine sehr frühzeitige Diagnose auf beginnende tuberculöse Lungenerkrankung gestatten und dass

2) die tuberculösen Lungenerkrankungen fast ausnahmslos mit gleichseitigen Larynxerkrankungen verlaufen.

Bei vorstehenden Erkrankungen spielt die Heredität eine bedeutende Rolle, wie selbst Koch anerkennt. Schottelius²⁾ möchte der angeborenen Disposition sogar „die alleinmassgebende Rolle“ zuweisen. Unter meinen 310 Fällen konnte ich 79 Mal, also in 25,8 % Fällen, die Heredität bestimmt nachweisen. Nach Baumgarten's³⁾ Auseinandersetzungen über latente Tuberculose wäre als ätiologisches Moment die hereditäre Anlage zu Scrophulose und die erworbene Syphilis heranzuziehen. Abgesehen von der Scrophulose habe ich 4 Fälle (3 männliche, 1 weibliche) combinirt mit Syphilis beobachtet.

Als weiteres ätiologisches Moment ist die directe Infection zu bezeichnen. Giboux⁴⁾ hat bei Kaninchen durch die Ausathmungsluft von Phthisikern Tuberculose erzeugt.

Unter meinen Fällen habe ich 8 (4 männliche, 4 weibliche) als solche betrachtet, in denen keine angeborene Disposition nachweisbar war; die betreffenden Kranken aber in engem Zusammenleben mit tuberculösen Gatten die Krankheit acquirirt hatten.

Nur mit Anerkennung der Richtigkeit von Baumgarten's Auseinandersetzungen ist es ferner möglich, eine Reihe von Fällen zu erklären, wo die Kinder scheinbar gesunder Eltern vor diesen an Tuberculose verstarben. Bei einzelnen solchen Fällen konnte ich constatiren, dass die Eltern wirklich später an Tuberculose verstarben.

Dass Kummer und Sorgen, starke Durchnässungen, das Ausgesetztsein schroffen Witterungswechseln, schwere Krankheiten bei an und für sich schwächlichen Individuen die Disposition zu tuberculösen Lungenerkrankungen erhöhen, ist allgemein anerkannt. Dass dieselben Schädlichkeiten aber auch bei den kräftigsten Constitutionen ohne hereditäre Belastung eine Disposition zu tuberculöser Lungenerkrankung schaffen können, ist meine

¹⁾ Störk, Laryngoskopie und Rhinoskopie. Pitha und Billroth.

²⁾ Schottelius, „Zur Kritik der Tuberculosenfrage“. Virchow's Archiv. 91. Bd. 1. Heft 1883.

³⁾ Baumgarten, „Latente Tuberculose“. Volkmann's klin. Vorträge Nr. 218 1882.

⁴⁾ Giboux, Comptes rendues. XCIV.

festen Ueberzeugung, namentlich nach den Beobachtungen, die ich an Kranken gemacht habe, welche den Feldzug 1870/71 mitgemacht hatten.

Aus der Art der Beschäftigung meiner Kranken auf bestimmte Schädlichkeiten als Krankheitsmoment zu schliessen, war mir bei der Vielseitigkeit meines Materiales unmöglich. Nur wundere ich mich, dass die ländliche Bevölkerung in demselben Verhältnisse wie die städtische unter meinen Kranken vertreten ist. —

Seit Beginn meiner laryngoskopischen Thätigkeit hatte ich es mir zur Pflicht gemacht, den Larynx aller Patienten zu besichtigen, welche aus irgend einem Grunde eine Untersuchung ihrer Lungen von mir verlangten. Dabei war mir aufgefallen, dass bei vielen Individuen, welche nur über ein ganz unbestimmtes Druckgefühl über den Thorax, über eine Art rheumatischer Schmerzen über denselben oder über leichte Athembeschwerden klagten, ganz leichte chronische Larynxkatarrhe mit paretischen Erscheinungen meist von Seite der Glottisschliesser verbunden waren. Diese Paresen blieben auffällender Weise auch nach Beseitigung der katarrhalischen Affectionen bestehen und schenkte ich ihnen deshalb eine besondere Aufmerksamkeit. Einzeln sah ich bei derartigen Kranken auf derselben Seite im Pharynx Erkrankungen, Hypertrophie der entsprechenden Tonsille, Pharyngitis granulosa lateralis, Erkrankungen im Cavum pharyngonasale, Otitis media purulenta und Nasenkatarrhe, die gleichfalls mit Parese des Velum molle derselben Seite verbunden waren. Die Katarrhe heilten, die Paresen blieben trotz Anwendung des Inductions-Constanten-Stromes bestehen.

Diese Patienten waren meist nur Abends heiser oder hatten eine belegte Stimme, mussten sich viel räuspern, ohne dass grössere Quantitäten Auswurf zum Vorschein kamen. In den Sputis solcher Kranken, die ich in den letzten Monaten darauf untersuchte, konnte ich nie Tuberkelbacillen nachweisen.

In diesen Fällen ergab die Lungenuntersuchung zuerst immer ein negatives Resultat. Nach 1 Monat schon, oft später, stellte sich trockner Reizhusten ein, ohne Auswurf und die Lungenuntersuchung ergab dann bald ein positives Resultat, fast ausnahmslos auf der gleichen Seite mit den paretischen Erscheinungen im Larynx.

Die physikalischen Erscheinungen auf der Lunge waren meist sehr gering, leicht tympanitischer oder abgeschwächter Schall auf der betreffenden Lungenspitze, oder nur abgeschwächtes Athmen oder nur verlängertes Expirium. Auswurf war meist nicht vorhanden, stellte sich ziemlich spät ein. Dagegen verloren die Patienten den Appetit, magerten ab, hatten Abends leichte Fieberbewegungen und gegen Morgen leichte Schweisse. Wurde nun die Secretion eine reichlichere, so konnten auch Tuberkelbacillen nachgewiesen werden. Allmählich, je nachdem langsamer oder schneller, entwickelte sich das Gesamtbild der Lungentuberculose, falls es nicht durch entsprechende Kuren gelungen war, die ersten Krankheitserscheinungen zu beseitigen. Bei diesen Fällen entwickelten sich auch beim Weiterschreiten der Lungenerkrankung selten schwerere Larynxerscheinungen. Nur bei einigen kam es in den späteren Stadien zu Infiltrationen, seichten Ulcera im Larynx.

Schech⁵⁾ behauptet, dass die so viel angesprochene Anämie des Larynx für Kehlkopfschwindsucht nicht so häufig vorhanden sei. Gerade in diesen für mich so verdächtigen Fällen jedoch möchte ich ihr häufiges Vorkommen betonen. Die katarrhalischen Erscheinungen, vielleicht erst durch die Parese entstanden, weil die Stimmittel mehr angestrengt wurden, um die Folgen der Parese auszugleichen, waren oft sehr gering. Waren dieselben durch locale Medication beseitigt, so war die Larynxschleimhaut oft überraschend anämisch im Gegensatz zu dem oft noch blühenden Aussehen der Patienten.

Heiserkeit Abends, viel Räuspern, leichtes Druckgefühl im Larynx, schnelle Ermüdung bei vielem Sprechen waren und blieben oft bis zu Ende die einzigen subjectiven Symptome.

Verschlimmerten sich aber die Larynxerscheinungen, kam es zur Infiltration und Ulceration des betr. Stimmbandes, dann steigerte sich die Lungenerkrankung gerade in diesen Fällen rapide und erfolgte der Tod meist in sehr kurzer Zeit unter dem Bilde der sog. galoppirenden Schwindsucht.

(Fortsetzung folgt.)

⁵⁾ Schech. „Klinische und histologische Studien über Kehlkopfschwindsucht.“ Aerztliches Intelligenzblatt Nr. 41 und 42. 1881.