V. Aus dem Dr. Kadner'schen Sanatorium in Niederlössnitz bei Dresden.

Wie lange kann ein Mensch leben, der zum Diabetes eine Lungentuberkulose bekommen hat?

Ein kasuistischer Beitrag von Dr. G. Oeder.

In der wundervoll geschriebenen Monographie der Zuckerkrankheit, die mir von neuem in diesen Tagen in ihrer 3. Auflage zu Gesicht kam, sagt Prof. C. v. Noorden: „Die Tuberkulose der Lunge spielt im Diabetes eine hochwichtige Rolle. Es ist nicht zu kühn geschätzt, dass mindestens ein Viertel aller Diabetiker bei uns in Deutschland an Lungentuberkulose erkranken und, einmal erkrankt, schnell daran zu Grunde gehen.“

„Ausser Schnelligkeit des Verlaufes“ — hebt der Autor ein zweites Mal noch hervor — „zeigt die Lungentuberkulose noch einige Besonderheiten.“

¹⁾ Lorenz, Nothnagel's Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie Band XI, III. Theil.

Der Zufall wollte, dass mir in der Zeit, als ich diese Aeusserungen las, auch ein Patient wieder zu Gesicht kam, welcher sich erlaubte, seelenvergnügt weiter zu leben, trotz der ungünstigen Prognose, die einer unserer zuverlässigsten Kenner dem Diabetiker stellt, der eine Lungentuberkulose hinzubekommen.

Mit v. Noorden theilen ja wohl fast alle anderen und besonders auch die allgemein praktizierenden Aerzte diese Anschauung; auch ich habe seiner Zeit die Prognose im vorliegenden Falle sehr ernst — wenn auch nicht gleich letal — gestellt. Der weitere Verlauf aber hat mich trotz meiner damaligen glücklicher Weise vorsichtigen Vorhersage doch noch einigermaassen überrascht. Ich glaubte es früher und glaube es auch jetzt noch, dass in den meisten Fällen die Lungentuberkulose eine ganz fatale Complication des Diabetes darstellt; wie behutsam man aber in der Prognose sein muss, zeigt der folgende Fall, den ich gerade deshalb den Herren Collegen, besonders denen in der Praxis, mitzuthellen nicht unterlassen will, damit sie sehen, dass es glücklicher Weise nicht immer so schlecht zu gehen braucht, wie man allgemein denkt.

Es war am 8. April 1896 — also jetzt vor fünf Jahren — als ich zu einem Bauunternehmer gerufen wurde, dessen Krankengeschichte ich in folgendem nach meinen — wohl etwas lückenhaften — Aufzeichnungen (wie man sie eben in der Praxis machen kann) in kurzen Umrissen skizziren will. Er gab an:

Seit November 1895 leide er an einem hartnäckigen Influenzakararrh, der trotz der bisher angewandten ärztlichen Hilfsmittel nicht weichen wolle. Er habe in dieser Zeit immer reichlich schleimig-eiterigen Auswurf gehabt; in den letzten Wochen habe er oft 2–3 Tage lang Fieber, Schmerzen in den verschiedensten Gelenken und allgemeine Mattigkeit verspürt. Er fühle sich recht krank und mache sich Sorge wegen der langen Dauer seiner Krankheit, zumal da ein Bruder von ihm, 60jährig, an einem Lungenleiden gestorben sei. Sonst sei Tuberkulose nicht in seiner Familie vorgekommen; auch von anderen familiären oder hereditären Krankheiten wisse er nichts; sein Vater sei 65jährig an Bauchfellentzündung, seine Mutter 91jährig an Altersschwäche gestorben; drei Geschwister seien am Leben und gesund.

Bis zum Jahre 1888 habe er keine schwere Krankheit gehabt; 1888 aber sei er von einer heftigen Blinddarmentzündung befallen worden. Der perityphlitische Abszess habe von einem Chirurgen inzidiert werden müssen; viermal habe sich ein operativer Eingriff in Narbesein nötig gemacht; der Wurmfortsatz sei nicht entfernt. Von der Operation her habe er eine Fistel am Bauch, die ab und zu noch jetzt aufbreche und Eiter entleere. Der Stuhl sei immer träge und nur mit Sagrada zu erzielen. Die lästige Bauchgeschichte habe ihn natürlich auch nervös gemacht. Urinbeschwerden habe er nie gehabt.

Objektiv konnte constatirt werden, dass 38,6° Rektaltemperatur, emphysematöser Brustkorb, Luftkissen über den Schlüsselbeinen, links vorn oben und links hinten oben, sowie links hinten unten Dämpfung, Bronchialathmen, Rasselhusten bestand; der Auswurf enthielt zahlreiche Tuberkelbazillen und Eitercocci. Die Stimme war ein wenig belegt. Am Abdomen fand sich auf der rechten Seite eine grosse, breite blassrothe Narbe, die sich rechtwinklig in zwei Schenkel theilte und hernienartig schwach verwölbt. Auf der Spitze des Winkels sass ein linsengrosser Knoten, von einer eiterigen Borke bedeckt, bei deren Ablösung sich einige Tropfen dicken Eiters entleerten. Die zufällig gleich am ersten Tage vorgenommene Urinuntersuchung ergab zu meinem Erstaunen eine starke Reduktion mit der Trommerschen Probe; auch Nylander war positiv. Die Gährungsprüfung ergab mit aller Sicherheit Traubenzucker als Ursache der Reduktion (Absorption des Gases im Gährungsröhrchen mit Kalilauge erwies es als CO₂); keine Acetessigsäure (Eisenchloridreaktion). Durch Titration wurden 7,5% Traubenzucker bei ca. 1¼ Liter täglicher Urinmenge gefunden.

Der Kranke stand im 51. Lebensjahre und war im ganzen leidlich genährt, gegen früher aber angeblich doch stark reduziert.

Die Sache des Mannes stand entschieden recht schlimm:

1. Katarrhalische (vielleicht auch ganz) tuberkulöse Pneumonie des linken Unterlappens bis in die Spitze hinauf, wahrscheinlich auch in der Spitze des linken Oberlappens; fieberhaftes, anscheinend progredientes Stadium.

2. Bauchfistel mit eitrigem Absonderung (im Eiter keine Tuberkelbazillen).

3. Glykosurie mit starkem Zuckergehalt (7,5%).

Ich that, was in solchen Fällen der Arzt wohl immer thut: Nach fünfjähriger Beobachtung nahm ich die Ehefrau beiseite und theilte ihr meinen Befund mit. Ich liess zwar zunächst der Frau die Hoffnung auf zeitweise Besserung, wenn der Kranke durch geeignete Kost zuckerfrei werden könnte. Ich liess mich — um das offen zu bekennen — bei dieser Ermunterung aber mehr von dem Gefühl schonenden Mitleids, als von meiner inneren Ueberzeugung leiten. Für mich dachte ich: Dem Manne kann nicht mehr geholfen werden; der hat höchstens noch Monate zu leben. Die Lungenkrankung schien so progredient, dass mich der Zustand der Lunge allein schon den schlimmen Ausgang befürchten liess. Nun dazu noch die Colonfistel, aus der sich in den nächsten Tagen übelriechender Eiter entleerte — eine Complication, die auch nichts Gutes prophezeien liess. Und zu allem Ueberfluss die

starke Harnzuckerausscheidung. Die drei Befunde genügten nachgerade zu einer ersten Prognosenstellung!

Am elften Tage meiner Beobachtung trat obendrein noch eine sehr profuse Hämoptysie ein, sodass der Mann im Bette ohnmächtig wurde. Als die Blutung stand, spiegelte ich den Kehlkopf und fand am 22. April 1896 eine leichte Röthung und Schwellung des linken wahren Stimmbandes und am Rand der Epiglottis links ein blasses, stecknadelkopfgrosses Knötchen mit rothem Hof. Ich sprach diesen Befund damals auch als tuberkulös an — vielleicht mit Unrecht. Bei dem Ernst der Lage wurde von den Angehörigen noch ein Dresdener Consiliarius hinzugezogen — natürlich zu meiner Controlle hinter meinem Rücken.

Ueber den weiteren Verlauf will ich nur kurz resümiren: Am 1. Mai 1896 zweite Hämoptysie mit starkem Collaps. Danach allmähliche Besserung des Lungenbefundes.

Am 17. Mai 1896 wird mit der Sonde ein harter Fremdkörper in der Bauchfistel gefühlt und mit dem scharfen Löffel entfernt; es ist ein 2 cm langer, ½ cm dicker, wurmförmiger Stein, den ich nicht näher untersuchen konnte.

Am 29. Mai 1896 leichte dritte Hämoptysie. In den nächsten Tagen geht das Fieber zurück, und die Lungenerscheinungen (soweit sie katarrhalisch) lassen nach, sodass Patient am 5. Juni 1896 ins Voigtland, in waldreiche Gebirgsgegend, zu den Schwiegereltern reisen kann. Nach sechs Wochen kommt er erheblich besser und gut genährt zurück, hat 4½% Zucker — er isst alles. Am 21. September 1896 plötzlich heftige Leibscherzen, 39° Temperatur, 28 Respiration, 110 Puls. Unter der oberflächlich geschlossenen Bauchfistel sitzt ein neuer grosser Abszess, aus dem sich durch Inzision kothiger Eiter entleert. Der zugezogene Chirurg lehnt Radikaloperation der Fistel ab; am 2. Oktober 1896 ist sie spontan verheilt. Am 17. Dezember 1896 werde ich wegen eines akuten Schnupfenkatarrhs geholt, der aber schnell abheilt. Die frühere Dämpfung links hinten unten hat sich aufgehellt, doch hört man in den untersten Partien neben Vesikulärathmen noch spärliches inspiratorisches Knacken; kein Fieber. Am 11. Februar 1897 treten wieder Bauchschmerzen ein, und die Fistel sezernirt vorübergehend wieder; in drei Tagen ist alles gut.

Dann hatte der Patient lange Zeit keine Veranlassung mehr, meinen ärztlichen Rath in Anspruch zu nehmen.

Ich traf ihn nur gelegentlich manchmal auf der Strasse; er war dick und rund geworden, wie er in seinen gesunden Tagen gewesen war, und fühlte sich ganz wohl; er war eifrig beruflich thätig; dabei lebte er nicht etwa sehr streng; er trank manches Schnitzchen Bier, ass Kartoffeln und Brod in mässiger Menge, nur keinen Zucker. Wenn er einmal in stärkerem Grade gesündigt hatte, schickte er mir seinen Urin zur Untersuchung. Ueber diese Urinuntersuchungen werde ich nachher tabellarisch berichten. Besonders gut verliefen angeblich die Winter 1897/1898, 1898/1899 und 1899/1900; Patient hat mich in der ganzen Zeit nicht ein einziges Mal für sich consultirt; ich kam nur bei anderen Krankheitsfällen von Familiengliedern in sein Haus; ich glaube auch nicht, dass er in dieser Zeit in anderer ärztlicher Behandlung stand; wohl aber ist er damals wahrscheinlich einigen Heilmittelschwindlern in die Hände gefallen, mit denen wir hier in der Dresdener Gegend ja so reich gesegnet sind.

Erst im Februar 1901 liess er mich eines Schnupfenfiebers wegen wieder holen. Ich habe ihn in der Zeit vom 13. Februar bis 4. März sechs Mal gesehen; ich fand ihn gut genährt, er hustete in Folge des akuten Katarrhs und warf wenig Schleim aus; im Auswurf aber fanden sich noch reichlich Tuberkelbazillen. Die linke Fossa supraclavicularis wölbt sich gegen rechts ein bisschen weniger vor; die linke Seite schleppte bei der Athmung nach. Ueber der linken Spitze vorn und hinten war deutlich abgeschwächter Perkussionston und abgeschwächtes Vesikulärathmen, z. Z. ohne alle bronchitischen Geräusche. An den sichtbaren Arterien war keine auffällige Sklerose zu erkennen. Das Herz zeigte sich nach rechts deutlich verbreitert, 2. P. T. accentuirt. Im Urin: bei 1½ Liter Tagesmenge 3,3% Traubenzucker (polarisirt), kein Eiweiss, keine Acetessigsäure. Nachtschweisse waren nicht da, das Allgemeinbefinden — vom Schnupfen abgesehen — vorzüglich. Furunkulose, Hautjucken, Polyurie und andere unangenehme Nebenerscheinungen diabetischer Erkrankung fehlten; auch Retinitis und Katarakt waren nicht da (Patient hat fast täglich mikroskopische Untersuchungen zu machen und nie über Sehstörung geklagt). Er ist jetzt 57 Jahre alt, hat graues Haupt- und Barthaar bekommen, ist aber sonst rüstig und arbeitsfähig, nur zuweilen ein bisschen hypochondrisch verstimmt.

Ich lasse nun die Tabelle über meine Urinuntersuchungen bei dem Kranken folgen (Siehe Seite 695).

Epikritisch brauche ich nicht viel hinzuzufügen. Es ist wahrscheinlich, dass die Glykosurie schon einige Zeit vor der Entdeckung entstanden, und dass sekundär im November 1895 eine Lungentuberkulose dazu getreten ist, die jetzt also schon im sechsten Jahr besteht, ohne fortzuschreiten, trotz der sehr schweren alarmirenden Erscheinungen, die sie besonders im April 1896 gemacht hat. Vielleicht hat der Kranke diesen Stillstand dem Umstande zu verdanken, dass er von gesunden Eltern stammt und von Haus aus einen tiefen breiten Thorax hatte. Die Glykosurie ist als eine mittelschwere (nach

v. Noorden) oder sogar als eine schwere anzusehen. Eine Organerkrankung (Pankreas, Leber, Nerven und Gehirn) konnte nicht als Ursache der Zuckerausscheidung angesprochen werden, sondern es handelte sich um eine Alteration des Kohlehydratstoffwechsels. Die Toleranz für Kohlehydrate scheint von Anfang an nicht gross gewesen zu sein, da bei der geringsten Nebenkost gleich Reduktion im Urin auftrat. Später habe ich leider den Patienten nicht mehr dazu bewegen können, die Toleranz feststellen zu lassen; ich glaube aber nicht, dass sie jetzt

wesentlich anders ist als vor fünf Jahren; denn, so oft ich auch untersucht habe, ganz zuckerfrei ist Patient seit Juni 1896 nicht mehr geworden, da er zu einer strengeren Kur nicht mehr zu haben war, und — er fühlt sich absolut wohl dabei. In den letzten Jahren ist der Zuckergehalt des Urins eher gestiegen, als gefallen; auch die tägliche Urinmenge scheint grösser geworden zu sein (über zwei Liter). Die Kothfistel ist seit Jahren geschlossen geblieben.

Datum	ccm Tagesmenge	Zucker		Spez. Gewicht	Albumin	Eisenchlorid	Trommer	Nylander	Gährung	Polaris.	Bemerkungen.
		titrirt ‰	Tagesmenge g								
10. IV. 1896	1200	7,5	90,0	1040	0	0	+	+	+		Sauer, klar.
13. IV. "	1400	7,0	98,0		0	0	+	+	+		Probe vor meinen Augen entleert.
22. IV. "	1400	0,75	10,5	1025			+	0	?		Nach achttägiger Standardkost. Viel reine Harnsäure.
28. IV. "		Keine Spur mehr		1023			0	0	0		Urin klar.
2. V. "		0					0	schwach +			3—6 Stunden nach 15 g Brod. 24stündliche Mischung nach 30 g Brod. do.
9. V. "		0				0	0	0			
16. V. "		0			0	0	schwach +		0		
29. V. "		0		1024	0	0		0			
19. VI. "		1,2					+	+	+		Urinprobe aus der Sommerfrische zugeschickt.
16. VII. "		4,5					+	+	+		
25. VII. "		??		1031			+		+		
21. IX. "		2,0			Spur E nach Splegler +	0	+		+		Eiweiss wohl durch das Abszessfieber bedingt.
18. X. "		1,2			0	0	+		+		
7. XI. "	1250	3,0	37,5	1030	0	0	+		+		Nimmt seit drei Tagen das Schwindelmittel Glykosolvol gegen meinen Willen. Ich habe mich auf Drängen bereit erklärt, die Urincontrolle dabei vorzunehmen.
9. XI. "	1560	2,0	31,2	1027	0		+	+	+		
11. XI. "	1650	2,25	37,12	1026	0	0	+		+		
13. XI. "	1560	2,3	35,88	1028			+		+		
21. XI. "	1350	2,9	39,15	1030			+		+		Das Mittel wird als gänzlich wirkungslos ausgesetzt. Diät. Klar, hellgelb, sauer.
27. II. 1897	1250	0,34	4,25	1027	0	0	+		+		
14. V. "		0,25		1023	0	0	schwach +	deutlich +			
14. VII. "	2000	2,5	50,0	1027		0	+	+	+		
29. VII. "	1850	1,0	18,5	1030							
10. I. 1898	1700	5,0	85,0	1032	0	0					
6. VIII. "		2,2			0	0					
13. IV. 1899		3,5		1033	0	0			+		
20. IX. "	2050	5,0	102,5		0	0			+	5,0 % rechtsdrehend	Klar.
14. II. 1901		3,3			0	0				3,3 % rechtsdrehend	Klar, sauer.

Ich habe den Verlauf ausführlich geschildert, weil ich glaube annehmen zu dürfen, dass die Krankengeschichte einiges Interesse hat. Sie zeigt, dass nur eine äusserst vorsichtige Prognose den Arzt vor folgenschweren Irrthümern bewahren kann; hätte ich zu Beginn der Geschichte ein Wort über einen voraussichtlich schnellen tödtlichen Ausgang der Krankheit verlauten lassen, so würde der langsame Verlauf und zeitweise Stillstand des Lungenleidens irgend einem Schwindelmittel oder Schwindler, den der Kranke zu Hilfe rief, zugut geschrieben worden sein.

Voraussichtlich wird der Kranke noch länger am Leben bleiben; am Ende entschliesst er sich auch zeitweise zur Einhaltung der ihm verordneten strengeren Diät. Wenn er, wie ich hoffe, sich meiner Beobachtung nicht entzieht, dann kann ich vielleicht später nochmals über den weiteren Verlauf berichten.