Zur Klinik der Tuberkulose.

Von

Dr. A. Kirch,

k. k. Assistenzarzt, Chefarzt einer Abteilung für Lungenkranke.

Bei der Untersuchung einer grösseren Zahl von Lungentuberkulosen kann man gelegentlich folgende Wahrnehmung machen: Der Kranke expektoriert einen ziemlich reichlichen, mehr minder eitrigen Auswurf, — selbstverständlich müssen wir uns überzeugen, dass das Sputum aus der Lunge des betreffenden Patienten stammt, — in demselben Kochsche Bazillen auffindbar, dabei ist der Auskultationsbefund äusserst dürftig; verschärftes oder abgeschwächtes Atmen, kein Rasseln selbst bei Anwendung der verschiedenen Hilfsmittel zur Erzeugung desselben im Verlauf einer längeren Beobachtung. Es handelt sich um ein Beispiel der anauskultatorischen Tuberkulose, eine Bezeichnung, die W. Neumann dafür geprägt hat. Zunächst nun ein kleiner Beitrag zu diesem Kapitel. Das Vorhandensein von Sekret in der Lunge pflegen wir auskultatorisch durch den Nachweis der feuchten und trockenen Rasselgeräusche zu erschliessen. Was nun die ersteren, für die Tuberkulosedagnostik im allgemeinen wichtigeren, betrifft, so kann bekanntlich blasiges Rasseln leicht demonstriert werden, indem man in ein Gefäss mit Flüssigkeit durch ein Rohr Luft bläst. Eine einfache Überlegung sagt uns (was sich übrigens durch entsprechende Variation obigen Versuches leicht zeigen lässt), dass nebenstehende drei Faktoren für die Geräuschbildung von Wichtigkeit sind: ein Medium von nicht allzugrosser Kohärenz, das Kaliber des Luft zuführenden Rohres (dabei ist in Betracht zu ziehen, dass in der Lunge der betreffende Bronchus häufig schon selbst das Sekret enthält), schliesslich eine hinreichende lebendige Kraft des Luftstromes. Jedes dieser Momente nun, häufig natürlich Kombinationen, bedingt gelegentlich das Fehlen von Rasseln. Ein sehr zäher Auswurf, wie er manchmal die Ursache für eine anauskultatorische Tuberkulose darstellt, weist bis zu einem gewissen Grad auf eine geringe Progredienz der Erkrankung hin, eine Tatsache, die auch andere Erfahrungen stützen. Was die Weite der Bronchien betrifft, so ist ein allzugrosser, lichter Durchmesser fast ebenso ungünstig für die Entstehung feuchten Rassels wie ein zu kleines Lumen; füllt nämlich das Sekret nicht den ganzen Querschnitt des Bronchus aus, ist der Auswurf noch zähe, kommt es oft nicht zu feuchtem Rasseln, wohl aber können die

Voraussetzungen zur Entstehung trockener, musikalischer Rhonchi gegeben sein. (Über diesen Punkt cf. Sahli, klin. Untersuchungsmethoden). Bei sehr engem Bronchus, noch dazu, wenn Abknickungen, Verengungen vorhanden sind, geht soviel an kinetischer Energie der eindringenden Luft verloren, dass aus diesem Grunde das Rasseln unterbleibt. Selbstverständlich reicht auch ein kräftiger Luftstrom nicht aus, blasige Geräusche hervorzurufen, wenn der Hohlraum mit Sekret nicht direkt von der Luft getroffen wird, sondern sich beispielsweise parallel zur Längsachse des Bronchus, diesem seitlich angeschlossen, erstreckt. Andererseits ist bei Elastizitätsverminderung der Lunge (zirrhatischen Prozessen, Kombination mit Emphysem) die lebendige Kraft des Luftstromes von vornherein zu gering; angeschlossen sei hier noch die Bemerkung, dass aus der eben genannten Ursache der begleitende Bronchialkatarrh bei Emphysem beziehungsweise sein Grad nicht ohne weiteres aus der grösseren oder geringeren Reichlichkeit der bronchitischen Geräusche abgeschätzt werden kann. Antoptisch habe ich von den aufgezählten, teils nur theoretisch konstruierten, teils klinisch auch angenommenen Bildern vereinzelt Kavernen mit Vorwiegen eines Durchmessers gefunden, die Innenwand des zumeist in Schwielenewebe eingebetteten Kavum glatt. Die Diagnose solcher kleiner Hohlräume ist bei dem Fehlen der gewöhnlichen Kavernensymptome, wenn das Röntgenverfahren, das in diesem Punkt entschieden das meiste leistet, versagt, wohl nur in Ausnahmefällen möglich und erhebt sich auch da nicht über das Mass einer recht geringen Wahrscheinlichkeit. Beispielsweise wurde in folgendem Falle die Annahme einer Kaverne durch die Sektion bestätigt. Der Befund lautete: Dämpfung des linken Oberlappens mit verschärftem Atmen, kein Rasseln; stark eingesunkene Schlüsselbeingrube links. Entleerung einiger grösserer Sputumballen von eitriger Beschaffenheit alle zwei bis drei Tage. Es gibt aber auch Rasselgeräusche, die nicht durch Sekretanhäufung entstehen; die Annahme Sahlis, dass es sich bei diesen knackenden Geräuschen um ungleichmässige Verschiebungen in einer teilweise verdichteten Lungenpartie handelt, scheint mir vollkommen berechtigt; von dem Knisterrasseln, dem Entfaltungsgeräusch sei hier ganz abgesehen. Weiter möchte ich über ein Begleitsymptom ausgedehnter, käsiger Pneumonien, das nach meinen diesbezüglichen Erfahrungen nicht allzuselten zu sein scheint, kurz berichten; bei solchen Kranken fand sich öfters eine Phlebothrombose an einem Unterschenkel. Es soll nicht erörtert werden, ob diese Thrombose als eine marantische aufzufassen ist oder ob andere Momente eine Rolle spielen; ich persönlich wäre geneigt, an die Möglichkeit des Vorhandenseins von Hyperinose zu denken, allerdings ohne gleichzeitige Leukozytose. W. Neumann hat nämlich gezeigt, dass die käsigen Bronchopneumonien ohne Leukozytose verlaufen, während bekanntlich bei croupöser Pneumonie Leukozytose und Hyperinose die Regel sind; allerdings muss, wie Krehl meint, zwischen beiden Vorgängen kein strenger Konnex bestehen, so dass vielleicht Hyperinose ohne Leukozytose existieren könnte (Nichtauftreten von Hyperinose bei Leukozytose ist wohl sichergestellt).