

Aus der Wiener Chirurgischen Universitätsklinik in Wien.
(Vorstand: Prof. J. Hochenegg.)

Ueber den „Geruch in der klinischen Diagnostik“.

Von Dr. Felix Mandl.

Durch die in den Würzburger Abhandlungen veröffentlichte Arbeit Ebsteins über den „Geruch in der klinischen Diagnostik“ wurde ein seit Hippokrates Zeiten verwendetes, oft wertvolles diagnostisches Hilfsmittel der Vergessenheit entrissen. Leider sind infolge der spärlichen neueren Literaturangaben besonders die diesbezüglichen Erfahrungen der Chirurgen stiefmütterlich behandelt. Da nun mein Lehrer und Chef, Prof. Hochenegg, auf dieses klinische Moment seit jeher ein gewisses Gewicht legt und schon in seinen Vorlesungen stets die Hörer auf entsprechende Geruchseindrücke bei chirurgischen Krankheiten aufmerksam macht, seien im Folgenden seine auf langjähriger klinischer Tätigkeit basierenden Erfahrungen kurz wiedergegeben und auch einiges aus eigener Beobachtung hinzugefügt.

Schon beim Eintreten in den Ordinationsraum ist oft bei Kranken, welche den unbemittelten Bevölkerungsschichten angehören, ein gewisser mottiger Schweißgeruch zu bemerken. Ähnliche Geruchseindrücke empfindet man beim Betreten einer Waschküche. Dieser Geruch haftet den Kleidern der Patienten an und ist wahrscheinlich auf mangelhafte Lüftung und Reinigung derselben sowie Aufbewahren in nicht ventilierten dumpfen Räumen zurückzuführen. Pathognomonisch für bestimmte Krankheiten sind diese Ausdünstungen nicht. Hingegen ist ein Patient mit Harnträufeln — welcher Aetiologie immer — sofort an seiner urinösen Ausdünstung auffallend. Ebenso wie Patienten mit Fisteln des Verdauungstraktes oft so charakteristisch riechen, daß sich meist ohne weiteres Fragen erkennen läßt, ob hier eine Magenfistel, Dünndarm- oder Dickdarmfistel vorliegt.

Die Wahrnehmung der Geruchseindrücke wechselt nach Hochenegg zu verschiedenen Zeiten. Mein Chef gibt an, nach längerem Aufenthalt im Freien am sichersten das Riechorgan als Hilfsmittel zur Diagnosenstellung verwerten zu können.

Wenden wir uns nun einigen lokalisierten chirurgischen Krankheitsprozessen zu und fragen wir uns, wie der Geruchsinn uns bei der Diagnose unterstützen kann.

Oft sind wir bei Abszessen der Schädeldecke noch vor der eventuellen Probepunktion vor die Entscheidung gestellt, ob ein heißer oder kalter Abszeß, ob ein vereitertes Atherom oder ein Dermoid vorliegt. Ich habe nun zu wiederholten Malen beobachten können, daß die an der Schädeldecke lokalisierten Abszesse *e. pediculis*, die ich besonders häufig bei den Bewohnern der Kriegsschauplätze gesehen habe, durch ihren charakteristischen Mäusegeruch aufgefallen sind. Der kalte Abszeß ist, falls nicht sekundär infiziert, geruchlos, während das vereiterte Atherom ebenso wie das Dermoid und die Karzinomfistel penetrant riechen. Weiter sind durch ihren ganz besonders unangenehmen Gestank alle Abszesse merkwürdig, welche mit Mund- oder Nasenhöhle in Verbindung stehen. Bei der Trepanation eines Hirnabszesses war dies wiederholt ein diagnostischer Anhaltspunkt für solche, welche mit der Stirnhöhle in Verbindung standen. Nicht minder übelriechend sind die mit den Luft- oder Verdauungswegen kommunizierenden Karzinome (z. B. eine Struma maligna, welche in die Trachea perforiert). Hierher gehört auch ein in letzter Zeit an der Klinik operiertes Karzinom des Oesophagus, welches infolge röntgenologischer Fehldiagnose als Divertikel angegangen wurde. Mein Chef vermutete sofort auf Grund des ganz eigenartig jauchigen Gestankes aus der Mundhöhle der Patientin ein Karzinom und ließ sich trotz des scheinbar ganz eindeutigen Röntgenbildes von dieser Diagnose nicht abbringen. Seine Vermutung wurde später durch die Obduktion bestätigt. Heyrorsky zieht den Geruch beim Unterscheiden zwischen Karzinom und Kardiospasmus als diagnostisches Hilfsmittel heran. Von allen Erkrankungen, welche in oder um die Mundhöhle lokalisiert sind und zu einem Ankylostoma führen, welches für den ersten Augenblick eine sichere Diagnose nicht zuläßt, ist die Osteomyelitis der Kiefer nach den Erfahrungen Hocheneggs durch ihren ganz eigenartigen jauchig-brenzlichen Geruch charakterisiert.

¹⁾ Nach Abschluß dieser Arbeit fand ich, daß auch Kovarszky (siehe M. Kl. 1921 Nr. 30) einen derartigen Apparat für 2,5 ccm Untersuchungsflüssigkeitsgemisch angibt, dessen Konstruktion aber wesentlich abweicht von dem meinigen.

Ausgebreitete Ekzeme der Achselhöhle und klinisch ebenso aussehende Ekzeme der Analgegend sind auch durch ihre verschiedenen Gerüche auseinanderzuhalten. Daß bei artifizieller Gangrän einer Extremität der Demarkationsschorf noch lange Zeit den Geruch des verwendeten Agens aufweisen kann (z. B. Karbol), ist leicht erklärlich. Bei veralteten Panaritien ist der tendinösen Form eigentümlich, daß die eitrige Einschmelzung der Sehnen mit Verbreitung eines besonders penetranten Geruches vor sich geht, was wir auch in der Nachbehandlung dieser Panaritien bei fortschreitender Nekrose oft beobachten können.

Was schließlich die untere Extremität anbelangt, so sei hervorgehoben, daß der beginnende Plattfuß infolge einer Innervationsstörung bekanntlich sehr schwitzt, daß sich aber dieser Schweiß durch seine Geruchlosigkeit vom ausgesprochenen „Schweißfuß“ vorteilhaft unterscheidet. Alle fungösen extrakapsulären Prozesse mit Fistelbildungen sind durch ihren scharfen, stechenden, käsigen Geruch von anderen Erkrankungen noch bei geschlossenem Verbands fast mit Sicherheit zu unterscheiden.

Was die topische Diagnose intra laparotomiam anbelangt, so vertritt ein von der Appendix ausgehender subphrenischer Abszeß seine Herkunft durch seinen Fäzesgeruch. Thaler weist auf den geruchlosen salpingitischen Abszeß gegenüber dem appendizitischen hin. Weil macht auf den säuerlichen Geruch bei Eröffnung des Abdomens wegen Magen- oder Duodenalperforation aufmerksam. Wir glauben bei beginnender Vereiterung eines traumatischen Hämatothorax diese schon aus der Entwicklung eines üblen Geruches konstatieren zu können.

Wenden wir uns nun den Erkrankungen des Mastdarms zu. Vor allem sei hervorgehoben, daß Hochenegg oft bei Mastdarmkarzinomkranken einen ganz eigenartigen, sprachlich schwer definierbaren Geruch verspürt hat und in einem Falle, durch diesen veranlaßt, eine Person seiner Umgebung, welche vollkommen beschwerdefrei war, dazu brachte, sich rektal untersuchen zu lassen. Seine Vermutung wurde bestätigt und bei dem gut aussehenden und sich ganz wohl fühlenden Patienten ein Carcinoma recti gefunden. Ferner sei erwähnt, daß sich auch der Schleim, der sich bei Hämorrhoiden oder bei Polyposis recti anal entleert, von dem beim Karzinom exprimierten durch das Fehlen des letzteren anhaftenden jauchigen Geruches unterscheidet. Dieser Geruch bleibt besonders bei exulzierten Rektumkarzinomen auch post operationem bestehen und in der Nachbehandlung ist das Schwinden desselben mit endgültiger Abstoßung nekrotischer Fetzen aus dem Wundbereich und Reinigung der Granulationen synchron.

Was den Geruch bestimmter Bakterien anbelangt, so ist uns der Leimgeruch des Pyozyaneus längst bekannt. Ueber den Geruch bei Gasbrandkranken haben Coenen, Denk und Walzel berichtet. Im übrigen verweise ich auf die Arbeit Ebsteins. Wir wollen nun auch einige allgemeine Beobachtungen an dieser Stelle vorbringen. Wiederholt haben wir bei Patienten, welchen Natr. cacodyl. injiziert wurde, einen knoblauchartigen Geruch der Atemluft gefunden. Auch nach subkutanen Injektionen stellte sich dieser — entgegen der von Ebstein geäußerten Ansicht — ein.

Auch manche Karzinomkranke haben einen besonders übelriechenden Schweiß, und Hochenegg hat ihn oft als diagnostisches Hilfsmittel benützen können. Angeregt durch diese Tatsache und die Untersuchungen Schicks mit dem Schweiß menstruierender Frauen, habe ich vor etwa 1 Jahre bei Karzinomkranken versucht, auch mittels der von M. Weiß modifizierten Millonschen Reaktion eine Veränderung der im Schweiß ausgeschiedenen Stoffwechselprodukte zu finden. Der Schweiß wurde nach der von Schick angegebenen Methode in der Achselhöhle gewonnen, indem nach entsprechender Reinigung Wattebäusche, welche an der Außenseite mit undurchlässigem Stoff versehen waren, den durch die gewöhnlichen Schwitzprozeduren in Schweiß versetzten Patienten eingelegt worden waren. Die Resultate dieser Untersuchungen wurden seinerzeit nicht publiziert, da sie kein eindeutiges Resultat darboten, und seien hier nur gestreift, obwohl bei manchen Patienten ein ganz eigenartiger Schweißgeruch konstatiert werden konnte, der sich von dem Schweißgeruch Nichtkarzinomkranker in vereinzelt Fällen zu unterscheiden schien, wenn man das oben erwähnte Wattebäuschchen in verschlossenem Glase längere Zeit aufbewahrte.

Die Fähigkeit im Erkennen von Karzinomen und anderen Krankheiten durch bloßen Geruch wird auch dem verstorbenen großen Kliniker Neußer nachgerühmt. Ohne Zweifel ist eine ganz besondere Veranlagung des Geruchsinnes zur Verwertung der feinsten Geruchsunterschiede erforderlich. Inwieweit Uebung diese Unterscheidungen unterstützen kann, ist leider mangels entsprechender Erfahrung bisher nicht bekannt. Ein ernst gemeinter und auch durchaus ernst zu nehmender Vorschlag Neußers geht dahin, Hunde zu diagnostischen Zwecken abzurichten.

Diese kurze Mitteilung hat den Zweck, die Aerzte wieder auf ein altes Hilfsmittel der ungekünstelten Diagnosenstellung aufmerksam zu machen, und selbst zu einer Zeit, in der meist nur ganz komplizierte Apparate bei der Krankenuntersuchung zu Hilfe gezogen werden, soll der primitive und historische Brauch, den Geruchssinn aus diagnostischen Gründen zu schärfen, nicht in Vergessenheit geraten.

Daß viele Gerüche ihre chemische Grundlage haben, beweisen die folgenden Zeilen Prof. Klimonts.