

AUS DEN INTERNATIONALEN FORTBILDUNGSKURSEN
DER WIENER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, HEFT 5

DIE
DIAGNOSE DER BEGINNENDEN
LUNGENTUBERKULOSE

VON

PROF. DR. WILHELM NEUMANN

SPRINGER-VERLAG BERLIN HEIDELBERG GMBH 1924

SPRINGER-VERLAG BERLIN HEIDELBERG GMBH

Die vorliegende Arbeit ist ein Sonderabdruck aus der „Wiener klinischen Wochenschrift“, Jahrgang XXXVII, Heft 18. — Alle Rechte vorbehalten.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Begründet von Hofrat Prof. H. v. Bamberger.

ORGAN DER GESELLSCHAFT DER AERZTE IN WIEN

Schriftleitung Prof. Dr. J. Kyrle in Wien.

37. Jahrgang.

Herausgegeben von F. Chvostek, F. Dimmer, A. Durig, V. Ebner, A. Elselsberg, S. Exner, E. Flinger, A. Fischel, A. Fraenkel, E. Fromm, E. Fuchs, R. Graßberger, M. v. Gruber, A. Haberdia, M. Hajek, J. Hochenegg, F. Hochstetter, G. Holzknecht, F. Kermauner, A. Lorenz, O. Marburg, R. Maresch, J. Meller, H. Meyer, M. Neuburger, H. Neumann, N. Ortner, H. Peham, E. Pick, C. Pirquet, G. Riehl, J. Schaffer, O. Stoerk, J. Tandler, J. Wagner-Jauregg, R. Wasicky, R. Weiser.

Die „Wiener klinische Wochenschrift“ gibt die an den Kliniken und Instituten Österreichs und der Nachfolgestaaten geleistete Arbeit in ihren Hauptergebnissen wieder und macht sie allen ärztlichen Berufsgruppen zugänglich. Als Organ der Gesellschaft der Ärzte in Wien, jener ob ihrer reichen Traditionen in allen Ländern der Welt bekannten und geachteten wissenschaftlichen Vereinigung, berichtet die Wochenschrift über die Tätigkeit der Gesellschaft, in der sich alle medizinischen Ereignisse widerspiegeln. Die „Wiener klinische Wochenschrift“ bietet durch Originalaufsätze und Abdruck von wichtigen Vorträgen sowohl dem Praktiker als auch dem Theoretiker eine Orientierung in den verschiedensten Zweigen des medizinischen Wissens.

Das reichhaltige Material ist in folgende ständige Gruppen zusammengefaßt: Klinische Vorträge, Originalien, Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften und Kongreßberichte, öffentliches Gesundheitswesen, gerichtliche Medizin, Aus Archiven und Zeitschriften, Bücherbesprechungen und Anzeigen, sozialärztliche Mitteilungen, Mitteilungen aus den Hochschulen usw.

Die „Wiener klinische Wochenschrift“ veröffentlicht ferner seit dem 1. April 1924 in zwangloser Folge die wichtigsten Vorträge aus den internationalen Fortbildungskursen der Wiener medizinischen Fakultät, die den **Abonnenten als Beilage kostenlos mitgeliefert werden**. (Näheres über die bisher veröffentlichten Vorträge siehe auf beiliegendem Blatt.)

Die „Wiener klinische Wochenschrift“ bietet ihren Abonnenten eine weitere Vergünstigung insofern, als die **Bezieher die im Verlag von Julius Springer in Berlin erscheinende „Klinische Wochenschrift“ zu einem dem allgemeinen Bezugspreise gegenüber um 20 % ermäßigten Vorzugspreis beziehen können**.

Ferner stehen den Abonnenten der „Wiener klinischen Wochenschrift“ **sämtliche bisher erschienenen und auch weiterhin zur Ausgabe gelangenden „Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der Medizin“ zu einem um 10 % ermäßigten Vorzugspreis zur Verfügung**. (Siehe auch Verzeichnis der bisher erschienenen Bände auf der 4. Umschlagseite.)

ISBN 978-3-662-27578-8
DOI 10.1007/978-3-662-29065-1

ISBN 978-3-662-29065-1 (eBook)

DIE DIAGNOSE DER BEGINNENDEN LUNGENTUBERKULOSE

VON

PROF. DR. WILHELM NEUMANN

Alltäglich steht der beschäftigte Arzt vor der verantwortungsvollen Frage, ob bei einem Kranken eine beginnende Tuberkulose vorliegt oder nicht. Die sichere Beantwortung stößt aber vielfach auf grotste Schwierigkeiten. Bei einer akuten Krankheit, auch wenn sie zu Beginn noch unklare Symptome machen sollte, klärt ein Zuwarten von mehreren Tagen und die weitere Entwicklung der Erscheinungen meist die Diagnose bald auf. Bei der Tuberkulose aber kann es Monate und selbst Jahre dauern, bis sich im Zustandsbild etwas ändert. Wenn der Arzt seine Diagnose so weit hinausschieben wollte, würde darüber die beste Zeit zum Eingreifen versäumt werden. Soll er daher jede Differenz im Lungenspitzenschall, soll er jede Verengung der Spitzenfelder, jedes rauhere Atmen über einer Lungenspitze, jede Drüsenschwellung in der Hilusgegend auf eine beginnende Tuberkulose zururckfuhren und mit dem ganzen Rüstzeug der modernen Phthiseotherapie dagegen vorgehen? Er weiß ja doch aus Erfahrung, daß ein großer Teil der Kranken mit solchen Symptomen auch ohne alles Zutun, auch ohne kostspielige und zeitraubende Heilstättenbehandlung über kurz oder lang eine volle Genesung findet. Oder soll er gar einen jeden Erwachsenen, der eine spezifische Allergie aufweist, jeden Kranken mit positivem Pirquet, jeden mit positiver Stichreaktion nach Hamburger, jeden, der auf Ektebin oder auf Applikation eines eingedickten Alttuberkulins auf die mit Aether entfettete Haut nach Hamburger und Widowitz positiv reagiert, ebenfalls als beginnende Tuberkulose betrachten und ihn einer Heilstätte zuweisen? Da hatzen wir gar nicht Platz genug zur Unterbringung aller dieser Fälle. Auch hier würde sich häufig zeigen, daß jene Kranken, die dem wohlgemeinten Rat ihres Hausarztes aus äußeren Gründen nicht Folge leisten konnten, trotzdem ganz gesund werden. Der Arzt würde dann als uberangstlich überhaupt nicht mehr ernst genommen werden. Wir müssen ja nur bedenken, daß nach den Erhebungen Hamburgers bis 95% der 14jahrigen Schulkinder in einem Arbeiterviertel Wiens positiv auf Tuberkulin reagieren.

Auf der anderen Seite wird ein so strenges Vorgehen doch nicht davor schützen, daß manchmal recht langwierige Fälle von Tuberkulose uns entgehen.

Dafür nur ein Beispiel eigener Erfahrung: Eine überängstliche Mutter bemerkt an ihrem Töchterchen einen beständigen Husten, bemerkt, daß es subfebrile Temperaturen hat und sich matt fühlt. Sie fürchtet den Beginn einer Tuberkulose und geht nun von Arzt zu Arzt. Sie finden nichts und weil auch eine Pirquet-Probe negativ ausfällt, lehnen sie mit Entschiedenheit eine Tuberkulose ab. Das Kind fiebert weiter. Als ich die Kleine sah, fand ich bei ihr alle denkbaren Bronchialdrüsensymptome, fand aber auch eine vergrößerte, scharfrandige, harte Milz. Die Wassermannsche Reaktion des Blutes war negativ, eine hereditäre Lues konnte also als Ursache für den Milztumor ausgeschlossen werden. Ein Typhus oder eine Malaria waren nicht vorausgegangen. Es blieb also nichts anderes übrig, als eine Bronchialdrüsentuberkulose mit Einbruch in die Blutbahn, einen proliferierenden Primärkomplex bei ihr zu diagnostizieren, und die eingeleitete spezifische Therapie, die Heilstättenkur, veränderte das ganze Wesen des Kindes in glänzendster Weise.

Es war also doch eine beginnende Tuberkulose gewesen trotz negativem Pirquet. Wie ist das möglich? Erinnern wir uns nur, wie es ehemals die Viehhändler der russischen Ostseeprovinzen machten, wenn sie tuberkulöse Rinder trotz der tierärztlichen Prüfung an der deutschen Reichsgrenze nach Deutschland verkaufen wollten. Sie gaben dem Rinde einige Tage vorher eine sehr hohe Tuberkulindosis. Das Tier bekam darauf eine hohe fieberhafte Reaktion und wenn es nach Ablauf derselben an die Grenze gebracht wurde, vermochte die relativ kleine Tuberkulindosis, welche die deutschen Tierärzte verabfolgten, nicht die Tuberkulose aufzudecken. Was da die Viehhändler mit dem Tierarzt taten, das tut so und so oft die Natur mit uns Ärzten. Gerade bei den Fällen, wo kurz vorher ein ordentlicher Bazillenschub durch die Blutbahn gerollt ist, muß unsere spezifische Reaktion versagen, weil die Tuberkulinmengen, die wir einverleiben, viel zu klein sind im Verhältnis zur Toxinüberschwemmung, die der Organismus kurz vorher durchgemacht hat. Daher sah ich ein gleiches Verhalten nicht so selten nach einer hochfieberhaften serösen Pleuritis, dasselbe wiederholt bei beginnender Phthise mit positivem Sputum, kurz nach einem fieberhaften Schub. Also auch dieses Kriterium versagt. Es deckt zu viele Fälle auf, von denen ein großer Teil keine Behandlung braucht und mit seiner leichten und harmlosen spezifischen Infektion von selbst fertig wird, es wiegt uns gerade bei vielen bösartigeren Fällen in eine unbegründete Sicherheit.

Ebenso geht es uns, wenn wir uns auf die sogenannten Aktivitätszeichen verlassen. Betrachten wir zunächst die Rasselgeräusche. Es gibt Fälle, welche monatelang über den Spitzen ein feinblasiges, trockenes, aber auch feuchtes und selbst klingendes Rasseln bieten, ohne besonders bösartig zu sein. So kann ein Primärherd in einer Lungenspitze durch eine perifokale Entzündung eine Spitzenpleuritis verursachen, die lange Zeit rasselt. Die zwar ernster zu bewertende, aber immerhin noch recht gutartige, kleinherdige

Spitzentuberkulose, die Tuberculosis fibrosa densa von Bard, zeigt durch viele Monate kleinblasiges Rasseln über den Spitzen. Dabei will ich ganz von den Fällen schweigen, wo ein Spitzenemphysem, wo eine Pharyngitis, eine Lungenhyperämie bei einem Herzfehler, ein chronisches Lungenödem bei einem Nephritiker solches Rasseln verursacht. Auf der anderen Seite steht die inzipiente Phthise, bei welcher wir eventuell nur einmal für ganz kurze Zeit das typische Rasseln dieser bösartigen Tuberkulose hören, entweder als das Subkrepitieren einer frischen Spitzeninfiltration, das abgesetzte gackernde Rasseln eines Käseherdes oder das Gurgeln einer kleinen Zerfallshöhle. Nach ein bis zwei Wochen ist alles wieder verschwunden, so daß wir an unserer Diagnose irre werden könnten. Diesbezüglich hat sich mir die Leidensgeschichte eines jungen Bankbeamten besonders eingepägt. Der kam zu mir und ich hörte über seiner rechten Spitze feuchtes Subkrepitieren, ich fand dabei eine breite, stumpfe, harte Milz und diagnostizierte daher beginnende Phthise. Darum riet ich zum Spitalsaufenthalt. 14 Tage später kam er auf die Abteilung. Nun war nichts mehr zu hören, auch der Röntgenbefund war negativ, er hatte kein Sputum mehr, seine Tuberkuloseempfindlichkeit war ebenfalls eine ganz minimale. Nur die Fortdauer der Milzschwellung war ein stetes Memento. Und dieses Zeichen trog nicht. Er verließ unsere Abteilung und nach einigen Monaten sah ich ihn wieder mit einer Hämoptoe, mit positivem Sputum und mit den Zeichen einer Kaverne. Daraus ergibt sich die unumstößliche Regel, daß ein einmaliger positiver, unzweifelhafter Auskultationsbefund viel mehr bedeutet als noch so viel negative Befunde, die hinterher erhoben werden. Man stelle sich nur vor, wie verhängnisvoll dieses launische Verhalten der Phthise hätte werden können. Nehmen wir an, es wäre das eine schwangere Frau gewesen und der Arzt hätte auf Grund des richtigen ersten Befundes eine beginnende Phthise diagnostiziert und damit die Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft gestellt. Eine spätere Nachprüfung hätte dann die erste richtige Diagnose absolut nicht bestätigen können und jeder Gerichtsarzt hätte zum Schlusse kommen müssen, daß hier eine Indikation zu Unrecht gestellt worden sei. Dennoch war die erste Diagnose berechtigt und ein Austragen der Schwangerschaft, das kommende Wochenbett hätte dann eine rasch fortschreitende Ausbreitung der Tuberkulose, eine Aspiration in bisher freie Lungenpartien verursacht.

Ein zweiter Fall. Der Hausarzt auf dem Lande entdeckt bei einem jungen Mädchen eine Tuberkulose. Die besorgten Eltern reisen nach Wien und stellen die Tochter gleich drei Professoren vor. Der eine findet eine ganz geringfügige Läsion, die zwei anderen überhaupt nichts und die Eltern sind beruhigt. Schon vier Wochen später werde ich zu dem jungen Mädchen gerufen, weil es hoch fiebert und weil ihr Auswurf positiv geworden war. Die Untersuchung deckt eine frische zerfallende Infiltration des ganzen rechten Unterlappens auf, ausgehend von einem älteren phthisischen Spitzenherd. Nur ein sofort angelegter Pneumothorax und eine bisher schon zwei Jahre dauernde Sanatoriumskur vermögen die drohende Gefahr des Todes an

Schwindsucht so weit zu bannen, daß man gegenwärtig über das spätere Schicksal dieses Mädchens einigermaßen beruhigt sein kann.

Etwas günstiger liegt zwar die Sachlage bei einer Hämoptoe. Denn die zeigt doch mit großer Wahrscheinlichkeit eine beginnende oder schon weiter vorgeschrittene Lungentuberkulose an. Mit dem Märchen vom Äderchen, das bei einem Hustenstoß gesprungen sei, lassen sich selbst Laien kaum mehr täuschen. Dennoch sind auch hier der Fehlerquellen gerade genug. Man denke an ein Bronchuskarzinom als Ursache der Blutung, man denke an Echinokokken, an Streptotricheen und Aktinomykose in der Lunge, an eine Fremdkörperpneumonie usw. Man vergesse auch nicht an eine Infarktblutung. So kenne ich viele Fälle, wo nach einer Varikokelenoperation sich ein derartiges Ereignis einstellte. Der blutige Auswurf, die von der Thrombose herrührende Subfebrilität wurde dann mit Unrecht auf Rechnung einer „Apizitis“ gesetzt, die durch die Operation manifest geworden sei. Auch beim Versagen der Herzkraft, namentlich bei einer idiopathischen Herzhypertrophie, kann der Bluthusten in Folge eines Infarktes oft das erste alarmierende Symptom sein und eine beginnende Alterstuberkulose nahelegen. Alle die bisher erwähnten Täuschungsmöglichkeiten haben mit der Lungentuberkulose wenigstens die ernste Prognose und die unbedingte Behandlungsbedürftigkeit gemein. Ganz anders steht es da aber mit der sogenannten Hämosialemese, einer sehr häufigen Quelle für Fehldiagnosen. Das züchtet dann gewöhnlich die höchsten Grade von Phthiseophobie, die ich je gesehen habe. Eine Besichtigung der Mundhöhle deckt meist eine leicht blutende Gingivitis auf, die eine Alveolarpyorrhoe begleitet, oder zeigt eine Zahnfistel, deren Granulationspfropf die Blutbeimengung bedingt. Die Art des Aufwurfes, der eine rosa gefärbte wässrige Flüssigkeit vorstellt, das ausschließlich morgendliche Vorkommen der „Hämoptoe“ und bakteriologisch die reichliche Mundflora bringen da die Entscheidung.

Groß sind wieder die Täuschungsmöglichkeiten bei einem dritten Aktivitätszeichen, bei den subfebrilen Temperaturen und namentlich beim Bewegungsfieber. Wohl ist es richtig, daß subfebrile Temperaturen, eventuell nur nach körperlicher Arbeit, ohne ausgesprochenen Organbefund den Verdacht einer okkulten Tuberkulose nahelegen. Aber auch die Chronioseptikämie von Löwenhardt, ausgehend von kariösen Zähnen, von Mandelpfropfen, von einer leichten, dafür aber um so chronischeren Infektion der Gallenwege, einer sonst fast symptomlosen Pyelitis, bei Frauen auch von den Adnexen aus, kann durch Wochen und Monate einen gleichen Fieberverlauf bedingen. Auch kommen nach Grippe und überhaupt nach infektiösen Bronchitiden, nach Keuchhusten usw. langdauernde Fieberbewegungen vor, welche durch eine nicht spezifische, entzündliche Schwellung der Bronchialdrüsen verursacht werden. Man vergesse auch nicht, daß die Syphilis in jedem Stadium ihres Verlaufes zu solchen und selbst hohen Temperaturbewegungen Veranlassung geben kann. Man erinnere sich, daß eine Störung in der Wärmeregulation dazu führen kann. So sind chronische Hauterkrankungen, eine Ichthyosis, eine allgemeine Dermatitis imstande, nach jeder stärkeren Körperarbeit

manchmal hohe Temperaturen hervorzurufen. Auch das Wärmeregulationszentrum im Zwischenhirn kann die Ursache für eine Subfebrilität abgeben. Man erinnere sich der Fälle von Mammelle und von Speer, wo selbst autoptisch nur Gehirnherde bei multipler Sklerose als Ursache des chronischen Fiebers beschuldigt werden konnten. Solche Beobachtungen leiten dann hinüber zu den Temperatursteigerungen bei vegetativen Neurosen, die wohl auf dasselbe Konto gesetzt werden müssen und die in einem Falle von Löwenthal (Münch. med. Woch., 1922, S. 222) ihr Analogon finden. Hier fanden sich bei einem lymphatischen Kinde mit Neigung zu subfebrilen Temperaturen lymphatische Einlagerungen im Nucleus caudatus als einziges anatomisches Substrat. Auf jeden Fall erscheint es angezeigt, bei chronischer, unklarer Fieberbewegung die Blutsenkungsgeschwindigkeit zu bestimmen. Wird diese nämlich normal befunden, so liegt entweder ein ganz gutartiger tuberkulöser Prozeß vor ohne Einschmelzung und ohne Progredienz, oder es handelt sich um einen der Fälle von zerebral ausgelöster Subfebrilität, wie ich sie hier kurz skizziert habe.

Noch vieldeutiger ist ein weiteres Aktivitätszeichen, die ständige Abmagerung. Es kann sich eine allgemeine Atherosklerose, eine beginnende Herzmuskelinsuffizienz, eine latente Syphilis, eine vegetative Neurose, es kann sich die depressive Phase einer zirkulären Psychose, ein malignes Neoplasma dahinter verstecken.

Schaudernd möchte man da am liebsten die Augen schließen vor dem unübersehbaren Chaos, welches die Diagnose der beginnenden Tuberkulose in sich schließt. Resignierend möchte man auf eine sichere Diagnose überhaupt verzichten. So geschieht es ja auch vielfach. Pessimistisch veranlagte Ärzte betrachten und behandeln jeden Fall von subjektiv oder objektiv verdächtigen Zeichen als beginnende Tuberkulose. Optimisten täuschen sich und die Kranken darüber hinweg, bis eine ausgesprochene, dann vielfach auch rettungslose Phthise jeden Zweifel behebt.

Aus diesem Chaos, aus dieser Not wurden die Untersuchungen geboren, welche ich in einer Monographie niedergelegt habe, deren zweiter Teil demnächst bei Springer in Wien erscheint. Die schriftliche Niederlegung des genauen Lungenbefundes von Patienten, welche mit der eingangs erwähnten Frage, ob sie tuberkulös seien, zur Untersuchung kamen, das weitere Verfolgen ihres Schicksals bei zweifelhaftem Lungenspitzen- oder Bronchialdrüsenbefund sollte Klarheit bringen. Als Schüler von Neusser und Ortner begnügte ich mich aber nicht nur mit der Lungenuntersuchung allein, sondern es wurden die ganze Konstitution des Kranken und der Befund an den übrigen Organen dabei berücksichtigt. Da zeigte sich bald, daß der gleiche physikalische Befund über den Lungenspitzen oder in der Hilusgegend für die Zukunft meist ernster zu bewerten war, wenn die Milz sich als vergrößert erwies. Die schönen Untersuchungen Rankes und Liebermeisters gaben dann für dieses, zunächst empirisch gefundene Gesetz die Erklärung ab. Solange die Tuberkulose eine lokal auf die Lungen beschränkte Affektion darstellt, wie es beim Primärkomplex von Ranke der Fall ist, verläuft sie ohne Ver-

größerung der Milz. Die Milz beginnt zu schwellen, sich als tastbarer Tumor bemerkbar zu machen, wenn die Tuberkulose generalisiert ist, wie Ranke das nennt. Wenn Tuberkelbazillen im Blute kreisen, dann werden sie von der Milz vor allem abgefangen und vernichtet (siehe darüber Bartel und Neumann, Lymphozyt und Tuberkelbazillus, siehe darüber die Arbeiten Bergels und Schröders). Die Folge ist ein ganz eigenartiger, scharfrandiger, harter, palpabler Milztumor. Ich spreche dann von einem proliferierenden Primärkomplex. Die Probe aufs Exempel ergab sich aus der Beobachtung von Kranken, welche auf dem Blutweg entstandene chirurgische Tuberkulosemanifestationen zeigten. Sie alle besaßen, wenn sie frisch waren, diesen typischen Milztumor. Die weitere Beobachtung zeigte aber auch, daß die beginnende Phthise, Rankes isolierte Tuberkulose, ebenfalls einen Milztumor aufwies, wenn auch von plumperer, weniger harter Beschaffenheit. Lange Zeit wußte ich mir das nicht zu deuten, denn eine Blutaussaat fehlt ja bei diesen Fällen. Noch komplizierter wurde das Verhalten der Milz, als sich durch fortschreitende Erfahrung herausstellte, daß die bösartige galoppierende Phthise, welche Ranke generalisierte Tuberkulose nennt, häufig überhaupt keinen Milztumor erkennen ließ, während doch hier die Autopsie und der Verlauf fast regelmäßig hämatogene Aussaat zeigt. Das Verständnis für dieses paradoxe Verhalten wurde angebahnt, als durch die bakteriologischen Untersuchungen Liebermeisters und durch die histologischen Untersuchungen Huebschmanns sich herausstellte, daß auch bei der lokalisierten Phthise, bei der gewöhnlichen Phthise der älteren Autoren, der Phthisis fibrocavosa Bards Bazilleneinbrüche in die Blutbahn stattfinden. Es kommt nur deshalb nicht zur Entwicklung von Miliartuberkeln, weil der abgeheilte Primärkomplex einen hohen Immunitätsgrad zurückließ. Man vergleiche darüber die schönen Ausführungen Beitzkes in der W. kl. W., 1923, 30. Wir können also ungezwungen annehmen, daß auch bei der gewöhnlichen Phthise die Milz die Tuberkelbazillen abfängt, sie aber noch gründlicher vernichtet wie bei den proliferierenden Primärkomplexen. Daher schwillt sie noch stärker an und bekommt die plumpe, stumpfe Form.

Das Fehlen einer Milzschwellung bei einigen, und zwar besonders bösartigen Fällen von Generalisation auf dem Blut-, Lymph- und Bronchuswege, bei den galoppierenden Phthisen ließe sich dann im gleichen Sinne erklären wie das Fehlen von pleuralen Ergüssen bei der allgemeinen Miliartuberkulose. Denn bei dieser sind doch so und so viele Tuberkel subpleural gelegen. Bei gutartiger Tuberkulose genügen einige wenige der Pleura anliegende Herde, um eine Exsudation in die Pleurahöhle hervorzurufen. Bei der Miliartuberkulose fehlt aber jede Abwehrtätigkeit des Organismus und deshalb auch jeder größere Erguß.

Damit beginnt sich das Chaos schon einigermassen zu entwirren, denn nun haben wir schon mehrere Typen vor uns, bei denen wir die Frage, ob Tuberkulose oder nicht, klar und eindeutig beantworten können.

1. Zunächst jene Fälle, wo deutliches amphorisches Atmen, deutliche Veränderungen der Flüsterstimme ins Metallische hinein, metallische Rassel-

geräusche, metallisches und musikalisches Knarren, Gurgeln oder Käserasseln, vor allem auch Subkrepitieren in den medialen Partien der Fossa supraspinata oder interskapular auf einen Zerfall bezw. eine spezifische Infiltration hinweisen;

2. Jene Fälle, wo bei meist einseitigem oder wenigstens vorwiegend einseitigem unausgesprochenen Befund ein stumpfer Milztumor, für den weder eine Lues noch ein überstandener Typhus bezw. Malaria, noch eine Chronio-septikämie im Sinne von Löwenhardt (siehe Klinische Wochenschr., 1923, 50) die Erklärung abgibt, auf einen Prozeß hinweist, der im Sinne einer sekundär fibrösen inzipienten Phthise zu deuten ist.

3. jene besonders häufigen Fälle, wo bei unausgesprochenem und meist ziemlich symmetrischem bilateralem Spitzenbefund ein scharfrandiger, harter Milztumor auf wiederholte Blutüberschwemmungen zurückzuführen ist. Wir haben dann entweder einen proliferierenden Primärkomplex oder einen seiner Folgezustände, eine Tuberculosis fibrosa densa, bezw. eine Phthisis ulcero-fibrosa vor uns.

4. Übrig bleiben dann die Fälle mit palpatorisch normaler Milz. Von diesen nehme ich

a) zunächst noch jene aus, wo die Perkussion eindeutig eine vergrößerte Milzdämpfung ergibt, welche nicht durch eine rachitische Aufwerfung und Aufkrepelung des Rippenbogens ihre natürliche Erklärung findet. Denn da handelt es sich häufig noch um unausgesprochene Fälle der vorhergehenden Gruppe. Die Frage nach einer bestehenden Tuberkulose kann hier weder bejaht noch verneint werden. Hier muß man den Kranken in fortlaufender Beobachtung halten, bis der sichere Nachweis einer vergrößerten Milz, bis ein sicher aktiver Befund über die Lungenspitzen ihn in eine der vorherigen Gruppen einreihen läßt, bis das längere Fehlen aller weiteren Symptome ihn davon ausschließen läßt;

b) eine Sonderstellung nehmen ferner noch die Fälle ein, wo sich eine blande Proliferation findet, also eine unspezifische Tuberkulose an den Gelenken, vor allem aber an den Augenhäuten in Form einer „rheumatoiden“ Skleritis, Iritis, Iridozyklitis oder Chorioiditis. Es bedeutet das zumeist eine Aussaat von Tuberkelbazillen von so geringer Menge oder so geringer Virulenz, daß die Milz darauf nicht mit Schwellung reagiert, gleichwie ja auch die gesetzten hämatogenen Herde selbst bei der histologischen Untersuchung nichts von Aufbau eines Tuberkels erkennen lassen. Nur die Bazillenuntersuchung im Sinne Liebermeisters oder die Impfung derartiger Gewebestückchen auf Meerschweinchen könnte ihre spezifische Natur aufdecken;

c) eine besondere Besprechung verdienen dann noch alle Fälle dieser Gruppe, wo ein Sputum zu erhalten ist. Denn es kann nicht eindringlich genug darauf hingewiesen werden, daß in einem solchen Falle unbedingt eine Untersuchung des Auswurfes auf Tuberkelbazillen auch mittels der Antiformin-Methode vorgenommen werden muß. Denn gar nicht so selten kommen Fälle zur Beobachtung, wo bei ganz geringfügigem Lungenbefund das Sputum positiv ist. Es sind das jene Fälle, welche Bard als oberflächliche tuberkulöse Bronchitis beschrieben hat. Die anatomische Deutung derartiger Fälle

ist mir gegenwärtig nicht möglich, denn diese Tuberkuloseform ist äußerst gutartig und so hatte ich trotz 20jähriger Beschäftigung mit der Tuberkulose noch keine Gelegenheit, eine Autopsie derartiger Fälle zu sehen. Klinische Eigentümlichkeiten solcher Tuberkuloseformen, das Fehlen einer Mitbeteiligung der Bronchialdrüsen, das Fehlen eines stärkeren Krankheitsgefühles legen die Vermutung nahe, daß sie leichten Reinfektionen nach abgeheiltem Primärkomplex entsprechen, zu leicht, um eine gewöhnliche Phthise hervorzurufen. Das anatomische Bild von Fällen, die solche klinische Symptome machen könnten, hat Abrikosoff (Virchows Archiv, 178, S. 173) beschrieben. Es ist das eine umschriebene, zentral verkäsende Bronchitis und Peribronchitis, welche er nach den anatomischen Eigenheiten auf eine leichte Reinfektion zurückführt;

d) bei allen übrigen Fällen dieser Gruppe kommen wir durch die klinische Untersuchung über ein Nonliquet nicht hinaus. Da hilft uns nun die spezifische Tuberkulindiagnostik aus der Klemme. Wenn nämlich die bestehenden Beschwerden durch eine so gutartige Tuberkulose bedingt sein sollten, dann muß die Tuberkulinprobe positiv ausfallen. Ein negativer Ausfall läßt also Tuberkulose ausschließen. Ein positiver gibt uns gleich einen Fingerzeig für die Behandlung ab. Denn in solchen Fällen vermag eine spezifische Kur schließlich doch Wandel zum Guten zu schaffen, auch wenn die Heilung monatelang auf sich warten ließe. Das sind auch dann die Fälle, welche ohne Gefahr und mit bestem Erfolg mit Tuberkulineinreibungen behandelt werden dürfen, also mit Einreibungen von Ateban Phiag. nach meiner Vorschrift, mit Ektebin Merck, mit den Petruschkyschen Linimenten oder mit den Ponndorfschen Impfungen. Ein derart energisches Vorgehen ist selbst bei chronischer Subfebrilität bis zu 38·0 axillar erlaubt. Nur sollte man sich bei subfebrilen Fällen zuvor durch eine Untersuchung der Blutsenkungsgeschwindigkeit von einem Fehlen einer Beschleunigung derselben überzeugen. Ein solches Verhalten schließt auch nach meiner Erfahrung eine aktiv destruirende Tuberkulose aus.

Wir brauchen diese Untersuchung und auch eine Röntgenuntersuchung bei den Fällen dieser letzten Gruppe. Denn bei derartigen Temperaturen muß man sich immer vor Augen halten, daß auch eine galoppierende Phthise im Beginn ohne Milzschwellung einhergeht, die Kranken dabei auch eine positive Tuberkulinallergie aufweisen können und die Lungen einen geringfügigen Befund erkennen lassen. Nur die beschleunigte Blutsenkung und eventuell ein Röntgenbild, welches flächige, häufig lobär abgegrenzte Schatten zeigt oder gar schon zentrale Aufhellungen, also Kavernen, erkennen läßt, machen auf den Ernst der Situation aufmerksam.

Sie sehen also, meine Herren, daß wir nicht in jedem Falle von vorneherein sagen können, ob und was für eine beginnende Tuberkulose vorliegt, trotzdem aber bekommt diese Entscheidung durch die Ihnen eben vorgetragenen Gesichtspunkte eine weit größere Sicherheit, derart, daß ich sie nicht mehr missen möchte, wenn es gilt, jemanden auf eine beginnende Tuberkulose zu untersuchen.

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN WIEN VI

Die Klinik der beginnenden Tuberkulose Erwachsener

Von

Professor Dr. Wilhelm Neumann
Privatdozent an der Universität Wien,
Vorstand der III. Medizinischen Abteilung des Wilhelminenspitales.

I. Band

Der Gang der Untersuchung

Mit 26 Abbildungen, 158 Seiten 8°. 1923.

Preis Kronen 66.000, Goldmark 4.—, Dollar 0.95

Aus dem Inhalt:

Die Anamnese. — Die Besichtigung des Kranken, die Inspektion. — Die Palpation.
Die Perkussion. — Die Auskultation. — Sonstige Untersuchungsmethoden.

II. Band

Der Formenkreis der Tuberkulose

Mit etwa 69 Textabbildungen und 1 Tabelle, 266 Seiten 8°. 1924.

Preis Kronen 140.000, Goldmark 8.40, Dollar 2.—

Aus dem Inhalt:

Die Einteilung der Lungentuberkulose. — Die beginnende Lungentuberkulose mit positivem Befund über den Lungenspitzen: Der „Lungenspitzenkatarrh“, die „Apicitis“. — Die beginnende Lungentuberkulose mit pathologischem Befund über den Lungenbasen. — Beginnende Tuberkulose mit diffusem Befund über den Lungen. — Die beginnende Lungentuberkulose, die sich unter anderen Krankheitsbildern verbirgt. — Tuberkulosemasken oder larvierte Tuberkulosen. — Systematische Übersicht über die verschiedenen Tuberkuloseformen.

In Vorbereitung: III. (Schluß-) Teil. Das Heer der unspezifischen und der fälschlich sogenannten Apicitiden.