

KONSTITUTION UND TUBERKULOSE IM KINDESALTER

VON

DR. KURT KLARE

ÄRZTLICHER DIREKTOR

DER PRINZREGENT-LUITPOLD-KINDERHEILSTÄTTE-SCHNEIDEGG

MIT 32 ABBILDUNGEN



1 9

3 5

GEORG THIEME / VERLAG / LEIPZIG

www.miasmenlehre.de

IRMGARD EDBAUER
HEILPRAKTIKERIN
Neubergstraße 25a
97273 Kürnach

Alle Rechte,
auch das der Übersetzung in die russische Sprache,
vorbehalten

Copyright 1935 by Georg Thieme, Leipzig, Germany

Printed in Germany

Wie ein roter Faden zieht sich durch die Geschichte der Medizin die Frage nach ursächlichen Zusammenhängen zwischen der Konstitution eines Menschen und dem Entstehen einer Tuberkulose. Der Altmeister der Heilkunst, Hippokrates, glaubte in der morphologischen Konstitution Anhaltspunkte für den Verlauf einer Tuberkulose zu finden. Schicksalhaft sieht er diesen Verlauf voraus, wenn er sagt: „Sieht jemand wie ein an Phthise Leidender aus, so sehe man zu, ob er nicht einen angeborenen Habitus phthisicus habe und daher dem Verderben nicht entgehen könne.“

Diese und ähnliche Anschauungen, die den kranken Menschen in den Mittelpunkt stellten, gingen durch alle folgenden Jahrhunderte, bis mit dem Beginn der bakteriologischen Ära die alten Anschauungen über konstitutionelle Bedingtheiten abgelegt und das Bakterium in den Mittelpunkt medizinischen Denkens gestellt wurde.

Ein halbes Jahrhundert ist seit der Entdeckung des Kochschen Bazillus vergangen, eine Zeit fleißiger, erkenntnisfördernder Arbeit. Der kritische Beobachter jedoch mußte schon bald erkennen, daß jegliche Weiterarbeit in der Tuberkulosewissenschaft allein unter dem Gesichtswinkel der Bakteriologie zur Unfruchtbarkeit verurteilt war, falls sie nicht ihren Gesichtskreis erweiterte.

Die fortschreitende Technik in Form der Röntgenologie führte zu einer Belebung und Neugestaltung des Tuberkuloseproblems von weittragender Bedeutung. Von Nachteil war nur die noch engere Begrenzung des pathologischen Geschehens auf ein Organ im Sinne Virchows. So steht seit Beginn der Röntgenologie das Röntgenogramm der Lunge im Brennpunkt des Interesses. Der Träger dieser Lunge findet bei Deutung und Bewertung des Röntgenbildes bisher nicht die Beachtung, wie wir sie im hippokratischen Denken verlangen müssen. Auch die Exaktheit der klinischen Beurteilung — wir müssen das offen gestehen — ist hinter dem Röntgenbild zurückgetreten. In der Fachliteratur dominiert das Röntgenbild; im Gutachten erfährt man von familiären Zusammenhängen wenig — einen um so breiteren Raum nimmt das Röntgenogramm ein. Wir haben uns im Mechanistischen verloren und haben die Zusammenhänge vergessen, womit ich den Wert technischer Errungenschaften, insbesondere des Röntgenverfahrens gewiß nicht herabsetzen will, nur meine ich, daß die Technik Dienerin und nicht Herrscherin in der Medizin sein soll.

In diese Zeit der Monotonie und Stagnation in der Tuberkulosewissenschaft fällt die große historische Zeitenwende, die mit der Umwertung aller Werte auf fast allen Gebieten des Lebens — mögen sie noch so sehr jenseits aller Weltanschauung liegen — revolutionierend und befruchtend eingewirkt hat. Auch am Tuberkuloseproblem wird sie nicht spurlos vorübergehen. Die individua-

listische Epoche, die „Ich-Zeit“, sah in den Tuberkulösen — fußend auf den Ergebnissen der Bakteriologie — den Einzelmenschen, der infolge der tuberkulösen Ansteckung tuberkulös erkrankte. Als mitbestimmender Faktor wurde lediglich noch das Milieu bei dem tuberkulösen Geschehen berücksichtigt. Dieses Dogma von der alleinigen Bedeutung von Infektion und Milieu machte vollkommen blind gegen die doch recht deutlich sprechenden Tatsachen der Bedeutung von Konstitution bzw. Disposition.

Dieser „Ich-Zeit“ ist die „Wir-Zeit“ gefolgt, die wir jetzt bewußt erleben. Wir betrachten den Einzelmenschen nicht mehr als Mittelpunkt, sondern als Glied in der Kette des Lebens, seine körperlichen und geistigen Eigenschaften nicht als Zufälligkeiten seines Ichs, sondern als ererbt von seinen Vätern.

In der Medizin kommt diese Rückkehr vom Einzelnen zum Gesamten, Übergeordneten darin zum Ausdruck, daß wir unseren Blick wieder lenken vom kranken Organ zum kranken Menschen. Wie diese völlig veränderte Denkweise weltanschaulich aber nicht eine Entwertung des Einzelnen bedingt, sondern im Gegenteil seinen Wert in der Verpflichtung für die Allgemeinheit hebt, so erfordert sie auf das Krankheitsgeschehen übertragen nicht allein eine lokale Therapie, sondern darüber hinaus die Erfassung und Behandlung des kranken Menschen.

Es liegt mir wahrlich fern, die Arbeit ernster Forscher auch nur im geringsten schmälern zu wollen. Ihre Beobachtungen und Schlußfolgerungen sind für uns selbst dort, wo sie sich als irrig erwiesen haben, Stufen auf der Leiter der Erkenntnis. Wir mußten diesen Weg erst gehen, um zu neuer, besserer Erkenntnis zu kommen. Bakteriologie und Röntgenologie sind niemals aus der Tuberkulosewissenschaft fortzudenken, aber das griechische πάντα ῥεῖ steht über der wissenschaftlichen Forschung heute wie einst. Greifen wir zurück auf Anschauungen der vorbakteriologischen Ära, verbinden wir alte und neue Forschungsergebnisse, so werden wir besser in das tuberkulöse Geschehen hineinsehen, als es uns bisher möglich war.

Der Gedanke, daß außer Infektion und Milieu irgendwelche anderen Faktoren Entstehung, Art und Verlauf einer Tuberkulose weitestgehend beeinflussen, hat gerade uns Fachärzte, die wir jahraus jahrein dieses wechselvolle und oft launische Spiel der Tuberkulose beobachten können, mit zwingender Notwendigkeit zu einer Erweiterung des Tuberkuloseproblems, zur Einbeziehung konstitutioneller Momente geführt. Ehe wir aber die Frage zu beantworten suchen, „Gibt es eine Konstitution, die zur Tuberkulose besonders disponiert ist?“, müssen wir einige allgemeine Betrachtungen über das, was wir unter Konstitution verstehen, und einige besondere Konstitutionsanomalien vorausschicken.

Die Konstitution eines Menschen umfaßt seine ganze Art und Eigenart, seine physische und psychische Konstruktion, also sein Äußeres sowohl wie sein Inneres, seinen Habitus, seine physiologischen Eigenschaften, seine Reaktionsweise, seine Gebarung, seine Psyche. Sie stellt also den Phänotypus, das Erscheinungsbild eines Menschen dar in seiner Ganzheit, und zwar zu der Zeit und in dem Augenblick, in dem wir uns mit diesem Menschen näher befassen.

Die Konstitution eines Menschen setzt sich aus zwei Hauptfaktoren zusammen, aus der Erbmasse (Erbkonstitution) und den Umwelteinflüssen (Peristase). Beide zusammen bedingen den Phänotypus. Die Gene ist

der konstante Anteil, der aber durch verschiedene Umwelteinflüsse phänotypisch verschieden gestaltet werden kann. Den Beweis für diese theoretisch absolut einleuchtenden Gedankengänge konnten Diehl und v. Verschuer durch ihre Zwillingsforschung erbringen, die es ermöglichte, Gene und Peristase in ihrer Bedeutung und Wirksamkeit relativ genau gegeneinander abzugrenzen.

Der Anteil der Peristase bei der Konstitution schließt u. a. ihre Beeinflussung durch therapeutische Maßnahmen — allerdings nur innerhalb der durch die Gene gegebenen individuellen Variationsbreite — in sich. Daß diese therapeutischen Maßnahmen rein individuell abgestimmt sein müssen, hat seine Ursache wiederum in der Gene. Vergegenwärtigen wir uns ganz allgemein die Bedeutung von Gene und Peristase bei unserem ärztlichen Handeln, vor allem auch bei der Verordnung von Medikamenten, so kann mancher Schaden verhütet werden.

Doch zurück zu dem Begriff der Konstitution, die wir als die Ganzheit eines Menschen, bestehend aus den verschiedenen Einzelfaktoren: Habitus, physiologisches Verhalten, Reaktionsweise, Gebarung und Psyche erkannt haben. Diese Faktoren, die zweifellos Bindungen untereinander haben, wollen wir aus ihrer Gesamtheit lösen und untersuchen, welche Bedeutung ihnen im einzelnen bei einem Menschen in gesunden und in kranken Tagen zukommt.

Der Beobachtung am leichtesten zugänglich und durch Messen, Wägen und Vergleichen relativ einfach zu erfassen ist der Habitus, auf ihn konzentriert sich deshalb immer wieder das Interesse der Ärzte. Es ist daher begreiflich, daß eine nicht geringe Anzahl von Autoren den Habitus zum Ausgangspunkt der Konstitutionserforschung und des pathologischen Geschehens nimmt. So entstand die Aufstellung gewisser Habitusarten, deren Einteilung nach Kretschmer (muskulärer, pyknischer und asthenischer Habitus) oder nach Sigaud (muskulärer, digestiver, respiratorischer und zerebraler Habitus) allgemein bekannt sein dürfte. Heute sind fast ausnahmslos drei Haupttypen anerkannt:

1. der muskuläre Habitus,
2. der digestive oder pyknische Habitus,
3. der leptosome Habitus, der eine Zusammenfassung des asthenischen, respiratorischen und zerebralen Habitus darstellt.

Das physiologische Verhalten, dem allerdings schon weniger Interesse entgegengebracht wird, ist durch physiologische Meß- und Untersuchungsapparate ebenfalls verhältnismäßig exakt festzustellen.

Die übrigen Faktoren: Reaktionsweise, Gebarung, Psyche sind zahlenmäßig am wenigsten genau zu erfassen — sie erfreuen sich deshalb keiner besonderen Beliebtheit. Und doch ist es gerade einer dieser Faktoren, der unser größtes Interesse beanspruchen sollte, die Reaktionsweise, die allgemeine Ansprechbarkeit eines Menschen auf Reize endogener oder exogener Art. In der Reaktionsweise liegen Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf verankert. Sie ist daher der Kernpunkt der Konstitution. Auf sie müssen ärztliche Beobachtung und ärztliches Handeln ganz besonders ihren Blick richten. Aber auch der Wissenschaftler, der Theoretiker, sollte sich diesem Gebiet mehr zuwenden, wenn auch dieser Teil der Konstitutionslehre, die individuelle Art der Reizantwortung durch Zahlen und Messungen

nicht exakt zu erfassen ist. Wir sind gezwungen, auf diesem Gebiet der Konstitution rein empirisch zu arbeiten, wie wir auch auf so vielen anderen Gebieten der Medizin die Empirie zu Rate ziehen müssen. Ich sehe deshalb nicht ein, warum wir deswegen die Konstitution, d. h. hier die individuelle Reaktionsweise, vernachlässigen sollten. Nur durch ganz umfassende Untersuchungen wird es uns ja überhaupt möglich sein, in jahrzehntelanger Arbeit die konstitutionellen Zusammenhänge bei den verschiedensten Krankheiten zu erfassen.

Aus diesen Überlegungen heraus möchten wir unter Konstitution die individuelle Reaktionsart eines Menschen verstanden wissen, denn sie stellt für die praktische ärztliche Betrachtungsweise von Krankheit und Krankheitsverlauf den wichtigsten Teil der Konstitution dar.

Es mag überheblich klingen, und doch muß es gesagt sein: Konstitution kann man nicht aus Büchern erlernen — Konstitution muß man beobachten, erschauen, erfühlen. Das Erfassen der Konstitution eines Menschen ist Ausdruck ärztlicher — nicht medizinischer Kunst und nicht zuletzt Sache der Erfahrung, weshalb uns hierin die alten Hausärzte von einst so weit überlegen waren. Nur dem, der mit gutem ärztlichen Blick die individuelle Art der Reizbeantwortung seiner Kranken erfaßt hat, hilft das geschriebene Wort weiter, seine Beobachtungen in ein System zu bringen und das vielleicht allzu Subjektive, nicht allgemein Gültige, von seinen Anschauungen zu abstrahieren.

Wohl kaum ein Krankheitsbild zwingt so sehr, konstitutionellen Zusammenhängen nachzugehen, wie das der Tuberkulose, deren Verlauf, wie wir Tuberkuloseärzte immer wieder erleben müssen, so variabel ist, daß sich uns im Einzelfall die Frage nach dem „Warum“ unwiderstehlich aufdrängt. Über 90% aller Menschen kommen mit dem Tuberkelbazillus in Berührung, d. h. sie werden tuberkulös infiziert, ein kleiner Teil erkrankt an Tuberkulose, ein sehr geringer Teil (jährlich knapp 1 : 1000) stirbt daran.

Diese Frage nach dem Warum führt uns bei aller Würdigung der Umweltbedingungen unwillkürlich zur Konstitution, die beim Einzelindividuum eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Disposition für oder gegen Tuberkulose in sich zu tragen scheint. Ist diese Tuberkulosedisposition nun eine selbständige konstitutionelle Veranlagung oder ist sie von anderen uns bekannten Konstitutionsanomalien abhängig bzw. findet gar in ihnen ihre letzte Ursache? Um diese Frage zu beantworten, wollen wir uns die wichtigsten Konstitutionsanomalien kurz vergegenwärtigen.

Der großen Anzahl der durch Dysfunktion der Drüsen mit innerer Sekretion (Hyper- und Hypofunktion) entstandenen Konstitutionsanomalien kommt im allgemeinen bei der Tuberkulose, soweit sie das Alter der Kinder und Jugendlichen betrifft, mit Ausnahme der Pubertätsphtise eine Bedeutung nicht zu. Ein Eingehen darauf erübrigt sich deshalb.

Bei den prognostisch so ungünstigen Pubertätsphtisen ist man geneigt, worauf besonders Redeker hingewiesen hat, neben verschiedenen anderen Faktoren hauptsächlich die Entwicklungsvorgänge, die hyperfunktionell gesteigert erscheinen — diese Mädchen sind oft sehr frühzeitig entwickelt — für die ganz besondere Verlaufsart der Tuberkulose verantwortlich zu machen. Auch bei jüngeren Mädchen, bei denen sich schon vor den Entwicklungsjahren eine Phtise entwickelt, scheinen spezielle Hormone, die schon von Lebensbeginn an im Körper in gewisser Menge auftreten, durch besondere Aktivität

die sonst diesem Lebensalter zugehörigen Schutzkräfte zu durchbrechen. — Am Schluß meiner Ausführungen werde ich auf die Frage der Pubertätsphthisen noch einmal zurückkommen, wenn wir noch andere Faktoren kennengelernt haben, die den Verlauf einer Tuberkulose im günstigen bzw. ungünstigen Sinne beeinflussen können.

Weit bedeutungsvoller für Entstehung und Verlauf einer Tuberkulose als die Dysfunktion der inneren Drüsen ist die Dysfunktion der Gewebe, wie sie uns als **Hyperfunktion** in der exsudativ-lymphatischen Diathese (reizbare Konstitution, vegetative Stigmatisation) und als **Hypofunktion** in der Asthenia universalis congenita entgegentritt.

Wesen, Ursache und Entstehung dieser Konstitutionsanomalien nach dem heutigen Stand der Wissenschaft seien nur kurz gestreift. Das Wichtigste und immer wieder zu Vergegenwärtigende ist die Tatsache, daß es sich nicht um einzelne Zustände handelt, sondern allgemein und primär um **Funktionsänderungen**, um eine **Hyper-** bzw. **Hypofunktion** der Gewebe, um eine gesteigerte bzw. verminderte Reizbeantwortung.

Das variable Bild der reizbaren Konstitution ist so weit bekannt, daß ich nur kurz auf die drei Charakteristika: Überempfindlichkeit der Haut, der Schleimhäute und der lymphoiden Organe, wie sie vor allem von Cerny beschrieben worden sind, hinzuweisen brauche. Darüber hinaus finden sich vielerlei Allgemeinerscheinungen, die dem Arzt oft weniger bekannt sind, da sie keine eigentlichen Krankheits Symptome sind und deshalb den Patienten nicht zum Arzt führen. Viel genauer weiß eine gut beobachtende Mutter über diese Dinge Bescheid, seien es nun allgemeine Anfälligkeit und Neigung zu den banalen Erkältungskrankheiten, vibrierendes Temperament mit plötzlicher Ermüdbarkeit, mangelnde Konzentrationsfähigkeit bei guter Intelligenz, schlechtes Einschlafen, morgendliche Müdigkeit, Enuresis nocturna z. Zt. gestörten Allgemeinbefindens, vasomotorische Störungen, funktionelle Herzunregelmäßigkeiten, Hautempfindlichkeit gegen Wolle und Insolation, Urticaria, Neigung zu Fieber aus unbekanntem Ursachen, besondere Geschmacksrichtungen usw. Ebenso gehören die allergischen Krankheiten dem großen Symptomenkomplex der vegetativen Stigmatisation an. Derartige Kinder sind, wenn die reizbare Konstitution bei ihnen stark ausgebildet ist, die Sorgenkinder ihrer Eltern, werden physisch und psychisch — wo eine Abhärtung geboten ist — verzärtelt und werden durch diese Verzärtelung immer labiler und anfälliger, bis mit den Entwicklungsjahren von selbst langsam eine Abnahme der Anfälligkeiten eintritt. Die alten Ärzte sagten mit Recht: „Es wächst sich aus.“

Die Erscheinungen der exsudativ-lymphatischen Konstitution betreffen immer nur einige oder gar nur ein Organsystem. Dabei können wir beobachten, daß in bestimmten Lebensaltern ein besonderes Organsystem bevorzugt erscheint. Im Säuglingsalter ist es vorwiegend die Haut, Gneis oder Grind und Milchschorf sind die Charakteristika. Bei anderen Kindern ist das Säuglingsalter frei von exsudativ-lymphatischen Erscheinungen, dagegen tritt etwa vom 3.—6. Jahr das „Spielalter-Ekzem“ der Knie- und Ellenbeuge oder Handgelenke auf. Es folgt dann ein Lebensabschnitt mit vorwiegender Beteiligung der Schleimhäute, der oft abgelöst wird von einem Lebensabschnitt, in dem lymphatische Erkrankungen im Vordergrund stehen. Diese Folge ist allerdings

nicht unbedingt Regel — eher ist die Regellosigkeit für die reizbare Konstitution charakteristisch. Oft finden wir bei einem Kind nur die Neigung zu Säuglingsekzem, bei einem anderen Kind nur Neigung zu rezidivierenden Anginen, bei einem dritten zu Asthma bronchiale, bei einem vierten zu rezidivierenden Bronchitiden. Als Regel sei festgestellt, daß im allgemeinen selten mehrere Organsysteme zu gleicher Zeit Anfälligkeitserscheinungen zeigen, sondern daß die Anfälligkeit der Organsysteme sich ablöst. Andererseits steht bei manchen Menschen während ihres ganzen Lebens die Anfälligkeit nur eines Organs im Vordergrund.

Bekannt ist, daß die Erscheinungen der exsudativ-lymphatischen Konstitution jenseits der Entwicklungsjahre mehr oder weniger zurückgehen. Beim Erwachsenen können andere Erscheinungen auftreten, ebenfalls dem großen Symptomenkomplex der vegetativen Stigmatisation angehörend, aber häufig nicht als im ursächlichen Zusammenhang damit stehend angesehen. His hat schon vor mehr als 20 Jahren das Bild der reizbaren Konstitution beim Erwachsenen beschrieben und dabei auf Gicht, Rheuma, Diabetes, Migräne, Atherosklerose, allergische Erkrankungen usw. hingewiesen.

Wenn also das Erscheinungsbild der reizbaren Konstitution sich auch ändert oder schwindet — die Diathese selbst bleibt bestehen und vererbt sich weiter. Ihre höchste Aktivität entwickelt allerdings die Diathese vom 3.—14. Lebensjahr und beeinflusst in diesem Lebensabschnitt in entscheidender Weise die normalen und krankhaften Lebensvorgänge.

Ausgelöst werden die Manifestationen der reizbaren Konstitution durch endogene und exogene Reize, die an und für sich gering sein können und bei normal Konstituierten (Normomesenchymatiker nach Standenath) nicht zur Entstehung irgendwelcher Krankheitserscheinungen führen. Wird ein gesetzter Reiz von einem zweiten gefolgt, ohne vorher ganz abgeklungen zu sein, so ist die Reaktion stärker, als ohne den vorhergegangenen Reiz. Wir können beobachten, daß Kinder, die dem Typ der reizbaren Konstitution angehören, ohne aber besondere Anfälligkeiten zu zeigen, nach einem starken Reiz, z. B. nach dem ersten Impfen, oft für Jahre eine enorm gesteigerte Anfälligkeit zeigen, die ohne den gesetzten Reiz vielleicht nicht aufgetreten wäre. Es dürfte sich deshalb empfehlen, beim Impfen ganz allgemein die Konstitution zu berücksichtigen, weil dadurch manche Mißhelligkeiten von vornherein beseitigt würden.

Das exsudativ-lymphatische Kind ist gewöhnlich schon äußerlich zu erkennen. Es gehört dem erethischen (Abb. 1) (d. i. dem hageren) oder seltener dem pastösen Typ (Abb. 2) an. Das Wechseln des Habitus besonders vom pastösen zum erethischen zur Zeit der ersten Streckung ist bekannt. Die Komplexion dieser Kinder ist gewöhnlich hell: Augen blau oder grau, Haare blond mit rötlichem Schimmer, Haut durchscheinend, zart. Sind dunkelhaarige Kinder exsudativ, so zeigen sie meist eine gemischte Komplexion: die Augen sind grau, die Haut zartrosa („Säuglingshaut“).

Mit diesen kurzen Ausführungen ist die vegetative Stigmatisation bei weitem nicht erschöpft. Ursache, reizauslösende Momente, Rassenzugehörigkeit, Gebarung und vieles andere konnten nicht erörtert werden. Trotzdem glaube ich, auf die Vielgestaltigkeit der Diathese genügend hingewiesen zu haben.

Funktionell das Gegenstück zur reizbaren Konstitution, der gesteigerten Reizbeantwortung, ist die verminderte Reizbarkeit: die *Asthenia universalis congenita*. Ich betonte schon eingangs, daß die Asthenie eine Körperfunktion und kein Zustand ist. Sie ist, worauf Stiller immer wieder hingewiesen hat, eine Hypoplasie und funktionelle Schwäche von Muskulatur und Stützgewebe. Als Folgezustand zeigt sich das bekannte Erscheinungsbild der



Abb. 1. Erethischer Typ

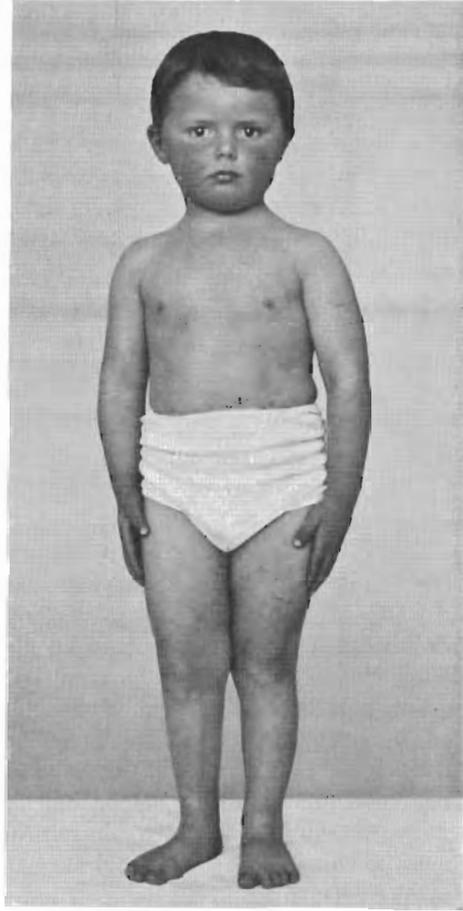


Abb. 2. Pastöser Typ

Asthenie: die paralytische Thoraxform mit steil abfallenden Rippen und spitzem epigastrischen Winkel, abstehenden Schulterblättern, Zwerchfelltiefstand, **Tropfenherz**, Splanchnoptose u. a. m. In den Rahmen der verminderten Reizbeantwortung gehört ebenfalls — im Gegensatz zur reizbaren Konstitution — eine mangelhafte Antikörperproduktion und Neugewebusbildung.

Auf die Asthenie gehe ich im einzelnen nicht ein, sie tritt nach allgemeiner Anschauung erst jenseits des 10. Lebensjahres auf und entwickelt ihre höchste Aktivität zwischen dem 15.—30. Lebensjahr. Ihre Bedeutung für das Kindesalter ist demnach gering.

Es ist irrig, von „asthenischen“ Kindern zu sprechen. Bei genauer Beobachtung zeigen derartige Kinder fast immer die verschiedensten Anzeichen allgemeiner Anfälligkeit — es handelt sich also nicht um „asthenische“ Kinder, sondern um erethische Typen der reizbaren Konstitution.

Ehe wir untersuchen, inwieweit Zusammenhänge bestehen zwischen den besprochenen Konstitutionsanomalien und der Tuberkulose, sei nochmals daran erinnert, daß es prinzipiell nichts Neues ist, Entstehung und Verlauf einer Tuberkulose durch die Körperveranlagung bedingt anzusehen. Zu allen Zeiten schon, besonders in früheren Jahrhunderten vertrat man mit mehr oder weniger Überzeugung die Anschauung, daß eine bestimmte Konstitution, bei ihrem Träger in einem besonderen Habitus kenntlich, bei der Tuberkulose, d. h. der Phthise, von entscheidender Bedeutung sein müßte. Ich erinnere nur an die Konstitutionseinteilungen, -Beschreibungen und -Bewertungen des Hippokrates. Gerade Hippokrates sah aber in der Konstitution mehr, als nur den Habitus. Er kannte sehr wohl die exsudativ-lymphatische Diathese und beschrieb sie als „rötlich, fette, feuchte Konstitution“ gegenüber der „dunkelfarbigen, straffen und trockenen Konstitution“. Zur Entstehung einer Tuberkulose hält er „die vermöge ursprünglich fehlerhafter Konstitution mit einer deformen Brust und mit flügelartig abstehenden Schulterblättern begabten Individuen für sehr gefährdet“. Aus dieser Beschreibung geht hervor, daß schon Hippokrates die Thoraxbesonderheiten nicht als primär, sondern als sekundär ansah und auf eine „fehlerhafte Konstitution“ zurückführte.

Später müssen wir immer wieder sehen, daß man die Tuberkulose in Zusammenhang brachte mit einem bestimmten Habitus und zwar dem asthenischen Habitus, den man schließlich als prädisponierend für Tuberkulose ansah. In ihm glaubte man die „tuberkulöse Konstitution“ gefunden zu haben.

Diese Anschauung wurde durch die Forschungsergebnisse der letzten Jahrzehnte erschüttert. Die alles überragende Bedeutung von Infektion und Umwelt verdrängte jegliche konstitutionellen Erwägungen. Außerdem wurde durch den Ausbau der Tuberkulosefürsorge und des Heilstättenwesens die Beobachtung gemacht, daß die Tuberkulösen sich keineswegs nur auf Astheniker beschränken. Nicht selten erkranken besonders kräftig erscheinende Individuen vom muskulären Typ an einer Phthise. Auf Grund dieser Erfahrungen nimmt Fr. v. Müller für das Erwachsenenalter an, daß es sichere äußere konstitutionelle Merkmale, die zur Tuberkulose disponieren, nicht gibt. Ebenso wenig gibt es nach Simon und Redeker für das Kindesalter eine „im äußeren Habitus sich manifestierende Disposition zur Lungentuberkulose, die genügend charakterisiert wäre, um bei der Diagnose entscheidend oder auch nur hinweisend verwertet werden zu können“.

Die These von der Asthenie als der „tuberkulösen Konstitution“ war hiermit endgültig fallen gelassen. Aber seit etwa einem Jahrzehnt, seitdem man auch in Deutschland wieder angefangen hat, konstitutionelle Momente nicht ganz von der Hand zu weisen — leider waren hierbei Heilstätten und Tuberkulosefürsorge nicht führend —, ist man zu der Erkenntnis gekommen, daß zwar Menschen jeglicher Habitusart tuberkulös erkranken können, daß aber bei ausgesprochenen Asthenikern der Verlauf einer Phthise schneller und bösartiger ist, als bei Nichtasthenikern. Der Grund für die unzureichende Widerstandskraft gegen Tuberkulose liegt sicherlich nicht in der sekundär bedingten

Thoraxform, der Schmalbrüstigkeit, sondern in dem Wesen der Asthenie mit ihrer verminderten Reaktionsfähigkeit, ihrer „Leistungsschwäche“ im allgemeinen und im besonderen in dem Mangel an reaktiver Bindegewebswucherung sowie in der unzureichenden Antikörperproduktion.

Die Frage nach der Konstitution bei den gutartigen Formen der Tuberkulose bzw. den Gesunden blieb unerörtert, bis auffiel, daß gerade die sonst so überaus „anfälligen“ Kinder, denen mit dem beginnenden Ausbau der Tuberkulosefürsorge besondere Beachtung geschenkt wurde, vor der Tuberkulose in ihrer schweren Form relativ verschont blieben. In weiterer Verfolgung dieser Beobachtungen fand man als konkretes Beispiel, daß Ekzemkinder im späteren Leben selten oder nie lungenkrank werden. Auch bei Kindern mit Skrofulose, deren Entstehung auf eine Wechselwirkung zwischen exsudativ-lymphatischer Konstitution und tuberkulöser Infektion zurückgeführt wird, kommt eine Phthise fast niemals zur Beobachtung. So kam man zu der Erkenntnis, worauf Pfaundler als erster hingewiesen hat, daß der „Lymphatismus“ ein Moment darstellt, das eine Tuberkulose eher im günstigen, als im ungünstigen Sinne beeinflußt. Auch Fr. v. Müller sieht im Lymphatismus einen Schutz gegen Tuberkulose. Nach Borchardt bietet der Lymphatiker hinsichtlich der Lungentuberkulose eine sehr viel günstigere Prognose als der Astheniker oder der normal Konstituierte, die nicht zum wenigsten durch die erhöhte Reaktionsfähigkeit des lymphatischen Gewebes mit bedingt ist.

Zeigen also einerseits unsere Erfahrungen, daß der Lymphatiker gegen maligne Formen der Lungentuberkulose relativ gefeit ist, so weisen sie uns andererseits darauf hin, daß die eigentliche Lungenphthise bei diesen Konstitutionstypen weitaus seltener zur Beobachtung kommt als andere Tuberkuloseformen, deren Verlauf einen ausgesprochen gutartigen Charakter zeigt. Dazu gehören alle extrapulmonalen Tuberkulosen wie Skrofulose, Skrofuloderm, Lupus, Knochen- und Gelenktuberkulosen. Die Skrofulose, deren Entstehen, wie wir sahen, immer zwei Faktoren — den Lymphatismus und eine tuberkulöse Infektion — voraussetzt, stellt eine tuberkulöse Erkrankung des frühesten Kindesalters dar. Trotzdem heilt die Skrofulose aus und zwar weniger durch eine Tuberkulosetherapie, sondern durch Konstitutionstherapie, die den Lymphatismus in seiner extrem gesteigerten Form zum Abklingen bringt. Auf die Tatsache, daß auch unter den chirurgischen Tuberkulosen Kinder vom Typ der reizbaren Konstitution auffallend zahlreich vertreten sind, hat zuerst Kleinschmidt hingewiesen. Bei einem sehr großen Material von chirurgischen Tuberkulosen (durchschnittlich 40—50% der Belegzahl) hatten wir schon früher die gleiche Feststellung gemacht und können sie immer wieder bestätigen. Die einzige extrapulmonale Tuberkuloseform, die auf dem Boden der exsudativ-lymphatischen Diathese entsteht und einen ausgesprochen malignen Verlauf zeigt, ist die Meningitis tuberculosa.

Bei den intrathorakalen Tuberkulosen sind außer den Drüsenerkrankungen grundsätzlich verschiedene Formen zu unterscheiden: einerseits die entzündlichen Formen, die Lungeninfiltrierungen und andererseits die Streuungstuberkulosen und die eigentlichen Phthisen. Ausgesprochene Bronchialdrüsentuberkulosen — worunter ich die tumorige Form verstehe — sind vorwiegend bei Lymphatikern anzutreffen. Die Schatten der verkalkten Drüsen in der Hilusgegend entsprechen nach Munk „durchaus den verkästen und verkalkten

skrofulösen Drüsen und kennzeichnen dadurch für das ganze Leben die lymphatische Konstitution“. Daß derartige Kalkschatten aber nicht nur in der Hilusgegend als dem Sitz der größeren Bronchialdrüsen anzutreffen sind, sondern auch über eine vollkommen gesunde Lunge verbreitet sein können, hat jeder Tuberkulosearzt schon beobachten können. Entsprechend unserer Anschauung über den günstigen Einfluß des Lymphatismus auf eine Tuberkulose kommt Munk auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schluß, daß „die Feststellung derartiger Kalkschatten eine gewisse Berechtigung zu einer günstigen Prognose für das Individuum in bezug auf Auftreten und Verlauf einer Lungentuberkulose gibt“.

Ein Krankheitsbild von ganz besonderem Interesse sind die Lungeninfiltrierungen. Die erste Tuberkuloseform, deren Entstehung man auf eine Wechselwirkung zwischen tuberkulöser Infektion und exsudativ-lymphatische Konstitution zurückführte, war die Skrofulose. Die andere Tuberkuloseform, bei der man ebenfalls diese konstitutionelle Voraussetzung beobachten kann und die von mir seit über einem Jahrzehnt mit besonderer Aufmerksamkeit verfolgt wurde, ist die Lungeninfiltrierung, für die Schlack einmal die Bezeichnung „Skrofulose der Lunge“ anwandte, um auf die konstitutionellen Zusammenhänge hinzuweisen.

Eine Beschreibung des Krankheitsbildes erübrigt sich in diesem Kreise. Interessant und wichtig aber ist die ursächliche Entstehung. Handelt es sich um eine Primärinfektion bei einem exsudativ-lymphatischen Kinde, das sich zur Zeit in einem Zustand hochgradiger, allerdings unspezifischer Überempfindlichkeit besonders des Lungengewebes befindet, so antwortet das den Primäraffekt, die sekundäre Drüse und die Metastasenstraße umgebende Lungengewebe auf den tuberkulo-toxischen Reiz mit einer mehr oder weniger ausgedehnten unspezifischen Entzündung von Charakter einer serös-lymphozytären Durchtränkung des Lungengewebes, der Primärinfiltrierung. Bei der langsamen Rückbildung ist das „Stadium der Bipolarität“ nach Redeker charakteristisch. Der Vorgang bei den viel häufiger zur Beobachtung kommenden Sekundärinfiltrierungen ist genau derselbe: einerseits der tuberkulo-toxische Reiz, der bei einem Kind, dessen Lungengewebe sich nicht in einen Zustand erhöhter Reagibilität befindet, unterschwellig wäre und keinerlei Reizerscheinungen auslösen würde — andererseits ein auf dem Boden der exsudativ-lymphatischen Konstitution überempfindliches Lungengewebe. Die Folge ist eine reaktive unspezifische Entzündung, deren Fokus in diesem Falle die Hilusdrüsen oder eine Paratrachealdrüse sind. Ätiologisch gehören die perifokalen Entzündungen um einen Lungenherd ebenfalls hierher, auch sie stellen unspezifische reaktive Entzündungen dar, deren Fokus aber ein Lungenherd ist und die deswegen vorwiegend erst von der Pubertät an zur Beobachtung kommen, während Primär- und Sekundärinfiltrierungen für das Kindesalter charakteristisch sind.

An dieser Stelle möchte ich auf einen Einwand eingehen, den kürzlich Starcke (Lostau) machte. Weil die Anzahl der exsudativ-lymphatischen Kinder recht groß, im Verhältnis dazu aber die Anzahl der beobachteten Infiltrierungen relativ gering ist, möchte Starcke, obwohl er bei seinen Infiltrierungen Anzeichen der exsudativ-lymphatischen Konstitution stets nachweisen konnte, den ursächlichen Zusammenhang zwischen reizbarer Konstitution und Infiltrierung in Abrede stellen. Diesen Einwand zu widerlegen ist nicht schwer, besonders

dann nicht, wenn wir uns nochmal das variable Bild der exsudativ-lymphatischen Konstitution vor Augen führen. Die Manifestationen der reizbaren Konstitution sind so ungemein zahlreich, daß es erst sorgfältigster Beobachtung bedurfte, um sie auf einen gemeinsamen Nenner, nämlich die „reizbare Konstitution“ zu bringen. Das eine Kind leidet an Milchschorf und Ekzem oder Skrofulose, ein anderes an Nasopharyngitiden und Anginen, wieder ein anderes an chronischen Darmkatarrhen, ein viertes an chronischer Bronchitis oder Otitis media, Asthma bronchiale oder Drüsenschwellungen, Migräne, Urticaria usw. Es hat also den Anschein, als ob ein Organ oder Organsystem, wenigstens während einer bestimmten Zeitperiode, zu Überempfindlichkeitserscheinungen disponiert ist. Wenn also bei einem Kind das Lungengewebe konstitutionell hyperergisch ist, so wird es auf einen tuberkulo-toxischen Reiz mit einer reaktiven Entzündung antworten. Es hieße das Wesen der reizbaren Konstitution mit seiner Vielgestaltigkeit verkennen, wenn wir die ursächlichen Zusammenhänge zwischen Lungeninfiltrierungen und Konstitution leugnen wollten.

Ein anderer Einwand Starckes befaßt sich mit der Frage der Konstitution der Kinder im allgemeinen. Starcke ist der Anschauung, daß im Kindesalter die Konstitution nur schwer zu erfassen sei, sie wechsele häufig. Besonders sei ein Konstitutionswechsel vom digestiven zum leptosomen Habitus nicht eben selten. — Da wir unter Konstitution in erster Linie die individuelle Reaktionsweise verstehen und wissen, daß sich bei der reizbaren Konstitution zwei Habustypen, der erethische und der pastöse Habitus, finden, die allerdings wechseln können, ohne daß aber — und darauf kommt es an! — die Reizbeantwortung sich ändert, erledigt sich dieser Einwand von selbst.

Im Laufe des letzten Jahrzehnts hatte ich etwa 270 Kinder mit Lungeninfiltrierungen in Behandlung. Bei sämtlichen Kindern war die „reizbare Konstitution“ einwandfrei nachgewiesen. Fast immer ließ schon die Anamnese charakteristische Anzeichen für das Vorhandensein einer vegetativen Reizbarkeit erkennen, wie Milchschorf, Ekzeme, rezidivierende Bronchitiden, rezidivierende Anginen, Asthma bronchiale, Blepharitis bzw. Blepharo-Konjunktivitis, Otitis media, Darmkatarrhe, Cystitis, Cystopyelitis, Urticaria usw. Auch während der Behandlung kamen zahlreiche exsudativ-lymphatische Manifestationen zur Beobachtung.

Ganz allgemein fällt auf, daß bei Kindern mit Infiltrierungen die exsudative Komponente der Diathese ausgesprochener ist, während bei den chirurgischen Tuberkulosen die lymphatische Komponente überwiegt. Daß trotzdem die Gesamtkonstitution mit ihrer exsudativen und lymphatischen, vago-tonischen, neuropathischen und arthritischen Komponente das Übergeordnete ist, zeigt sich nicht zuletzt in dem gleichzeitigen Auftreten einer Infiltrierung mit einer chirurgischen Tuberkulose.

Hinsichtlich des Alters der Kinder mit infiltrativen Prozessen der Lunge konnten wir einen ausgesprochenen Höchstgipfel zwischen dem 4. und 7. Lebensjahr feststellen. Die jüngeren Kinder, besonders die 2—4jährigen gehörten — wie das in diesem Alter häufig ist — vorwiegend dem pastösen Habitus an, unter den älteren Kindern zeigte sich ein Überwiegen der Mischformen und des erethischen Typs.

Bemerkenswert ist, daß die Rückbildung der Infiltrierung bei pastösen Kindern im allgemeinen einer längeren Zeit bedarf als bei Erethikern.

Wir alle kennen die Gutartigkeit der Infiltrierungen und ihre spontane Rückbildung. Wir dürfen mit Bestimmtheit annehmen, daß vor der Röntgenära, d. h. also in einer Zeit, in der die diagnostischen Möglichkeiten hinter den uns heute zur Verfügung stehenden zurückstanden, Infiltrierungen genau so häufig aufgetreten sind wie heute. Sie heilten ohne Behandlung aus, wie auch heute ein sicherlich nicht kleiner Prozentsatz nicht erkannter Infiltrierungen. Wir wollen deshalb das Krankheitsbild nicht unnötig verkomplizieren. Auf keinem Fall dürfen wir bei evtl. Bazillennachweis durch Tierversuch oder im Magenspülwasser die Erkrankung als bazillär ansehen und die Angehörigen in diesem Sinne informieren. Ich glaube, daß bei großen Reihenuntersuchungen von Kindern mit tuberkulöser Infektion ohne nachweisbare Krankheitserscheinungen durch Tierversuch ebenfalls Bazillen nachgewiesen werden könnten. Meine Nachfragen konnten bis jetzt Ansteckungen durch Kinder mit Infiltrierungen innerhalb der Familie nicht ergeben. Nicht selten entlasse ich Kinder, deren Infiltrierung noch nicht restlos zurückgegangen ist — allerdings unter der Voraussetzung eines guten Allgemeinzustandes und eines sorgfältigen häuslichen Milieus. Selbstverständlich erlaube ich den Schulbesuch, nur rate ich ab von Überanstrengungen und Reizen (Sport, Sonnenbäder, Quarzlampebestrahlung usw.). Die nach einiger Zeit von mir angeforderte Röntgenaufnahme zeigt stets die vollkommene Rückbildung der Infiltrierung.

Von größtem Interesse und weitgehender Bedeutung für die Prognose ist die Konstitutionsfrage bei der Lungenphthise. Die Tatsache, daß die Prognose der offenen Lungentuberkulosen bei Kindern und Jugendlichen ungünstig ist, wird allgemein anerkannt. Die Hoffnung, durch therapeutische Maßnahmen die Heilungsaussichten wirksam zu ändern, ist gering, denn wir haben erkennen müssen, daß bei den Pubertätsphthisen konditionelle Momente weit zurücktreten hinter den konstitutionellen Momenten.

An einem Krankenmaterial von mehr als 500 offentuberkulösen Kindern und Jugendlichen konnte ich feststellen, daß die Zahl der Lymphatiker unter diesen Patienten durchschnittlich gering ist, auffallend gering gegenüber den Kindern mit anderen Ausdrucksformen der Tuberkulose.

Bei der Rankeschen Stadieneinteilung der Tuberkulose in das Primär-, Sekundär- und Tertiärstadium nahm man bis jetzt an, daß es sich um Gradunterschiede im Verlauf der Tuberkulose handelte. Heute möchte ich eher annehmen, daß es Artunterschiede sind: die Sekundärformen mit ausgesprochener Drüsenbeteiligung (röntgenologisch nachweisbar) sind die Tuberkuloseformen des Lymphatikers — die Tertiärformen ohne Drüsenbeteiligung die Tuberkulose der Nichtlymphatiker.

Um das Schicksal der offentuberkulösen Kinder weiter zu verfolgen, stellte ich regelmäßig in Abständen von 3 Jahren Nachforschungen über den weiteren Verlauf der Erkrankung an. Schon während der Beobachtungszeit in der Heilstätte konnten wir immer wieder feststellen, daß Kinder mit ausgesprochenen exsudativ-lymphatischen Erscheinungen einen günstigeren Verlauf ihrer Erkrankung erkennen ließen als die Patienten ohne lymphatische Stigmata. Bestätigt wurden diese Beobachtungen durch unsere Nachforschungsergebnisse, die bei Lymphatikern fast stets einen mehr chronischen Krankheitsverlauf zeigten als bei Nichtlymphatikern.

Bei der Erwähnung der Funktionsstörungen der Drüsen mit innerer Sekretion streiften wir schon kurz die Pubertätsphthisen, die bei Mädchen so ungemein viel häufiger zu beobachten sind als bei Knaben. Sicherlich spielen hier die Entwicklungsvorgänge, die früher und intensiver einsetzen als bei Knaben, eine überragende Rolle. Vielleicht ist aber auch ein anderer Faktor nicht ohne Bedeutung, und zwar die exsudativ-lymphatische Konstitution. Tatsächlich ist der Lymphatismus bei Knaben ausgeprägter, als bei Mädchen, so daß Pfaundler zu der Annahme kam, daß Frauen oft nur Träger der Diathese seien, ohne daß sich bei ihnen irgendwelche Manifestationen zeigen müssen. Die Diathese selbst aber vererben sie weiter. Die exsudativ-lymphatische Konstitution finden wir aber bei Knaben nicht nur häufiger und intensiver, sondern auch länger anhaltend. Die Entwicklungsvorgänge, die beim männlichen Geschlecht an und für sich schon um etwa 2 Jahre später und weniger intensiv einsetzen, finden noch einen relativ ausgesprochenen Lymphatismus vor. Sie wirken auf den noch aktiv lymphatischen Organismus als Reiz und rufen — rein äußerlich gesehen — eine exsudativ-lymphatische Manifestation: die Facies skrofulosa hervor, die wir bei halbwüchsigen Jungen immer wieder beobachten können.

Nicht uninteressant in der Frage, welche Rolle der Lymphatismus bei der Tuberkulose spielt, sind die Beobachtungen von Stefko und Putzig bei den Mongolen. Nach ihren Untersuchungen zeigen die Mongolen einen mehr infantilen-femininen Typus als die Europäer. Die inneren Organe scheinen nicht voll entwickelt zu sein. Besonders auffallend ist die Mongolenlunge, die sich der Europäerlunge gegenüber durch eine ausgedehnte Entwicklung des Lymphgewebes auszeichnet. Stefko beobachtete, daß die Tuberkulose bei der mongolischen Rasse ungemein häufig in den Lymphdrüsen lokalisiert ist. Den Typus der Erwachsenentuberkulose konnte er unter seinem Material nicht feststellen.

Auch diese Beobachtungen sind dazu angetan, unsere Annahme, daß Lymphatismus und Tuberkulose sich im gewissen Sinne ausschließen, zu stützen. In Ausnahmefällen können allerdings gehäufte Infektionen auch bei Lymphatikern die natürlichen Schutzkräfte durchbrechen und zu einer malignen und rapid verlaufenden Phthise führen. Doch diese Fälle sind selten und beeinträchtigen die Tatsache, daß die exsudativ-lymphatische Diathese, die so oft noch als „minderwertige Konstitution“ angesehen wird, den besten Schutz gegen Tuberkulose darstellt, in keiner Weise.

Zusammenfassend ergibt sich aus meiner mehr als zehnjährigen Beschäftigung mit konstitutionellen Fragen im Kindesalter die Forderung, daß in jedem Fall bei Verdacht auf Tuberkulose oder bei tuberkulöser Erkrankung

1. der Familienanamnese,
2. der Eigenanamnese,
3. dem Status

nach der Seite der Konstitution, d. h. praktisch nach der Seite der Reizantwortung hin ganz besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist, denn nur durch die Erforschung der Aszendenz sind manche im Status des Einzelindividuums im Augenblick der Untersuchung vielleicht nicht nachzuweisende Anlagen auffindbar, die aber für das Zustandsbild und den Verlauf einer Tuberkulose von ausschlaggebender Bedeutung sein können. Wenn wir Anamnese und Status

in dieser Weise zum großen Experiment erweitern, wird es möglich sein, eine weit sichere Prognose zu stellen, als wir bis jetzt dazu in der Lage waren. Auch in sozialer Hinsicht dürften sich Folgerungen in dem Sinne ergeben, daß man zur Behandlung der gemäß ihrer Konstitution prognostisch günstigeren Tuberkulösen weit eher lange und wiederholte Kuren befürworten und verantworten kann als bei den Konstitutionstypen, die auf Grund ihrer konstitutionell bedingten mangelhaften Resistenz der Tuberkulose gegenüber von vornherein auch bei ausgedehnten Kuren — die Frage der Asylierung namentlich Asozialer schalte ich hier aus — aller Voraussetzung nach Aussicht auf Heilung nicht bieten.

Ganz besonders für die Indikationsstellung chirurgischer Maßnahmen halte ich die Konstitutionsdiagnostik für eine unbedingte Voraussetzung, denn gerade der chirurgische Eingriff setzt die Kenntnis der Reizbeantwortung des Einzelindividuums voraus. Wenden wir mehr als bisher den Blick auf den ganzen Menschen, fragen wir weniger, was für eine Tuberkulose hat dieser Mensch, sondern fragen wir mehr, was ist das für ein Mensch, der diese oder jene Tuberkuloseform hat, und wir werden auch als Tuberkuloseärzte wieder mehr Ärzte im Sinne unseres großen Altmeisters Hippokrates sein.

KRANKENGESCHICHTEN

Barbara D., 7 Jahre alt, aufgenommen am 7. Mai 1934.



Abb. 3

Anamnese: Eine ältere Schwester des Kindes „skrofulös“, hatte zwischen dem 6. und 8. Lebensjahr Augenentzündungen und Drüsenschwellungen. Die Zwillingsschwester hatte ebenfalls Augenentzündungen. Kind selbst mit 4 Jahren Hautausschlag auf dem Kopf, dann Halsdrüsenschwellung, Mai 32 Augenentzündung rechts, im Winter darauf auch links mit starker Lichtscheu.

Status: Blasses, elend aussehendes Mädchen in stark reduziertem Ernährungszustand. Schleimhäute mäßig durchblutet. Blutfarbstoffgehalt nach Tallquist 85.

2*

Blutbild vom 7. 5. 34: Leukozyten: 6400.

Differenzierung: Baso.	2 %
Eos.	7 %
Stab.	21 %
Segm.	31 %
Lympho.	34 %
Mono.	5 %

Tuberkulinsalbenreaktion mit Hamburger forte $\frac{1}{4}$. Senkungszahl der roten Blutkörperchen nach Linzenmeier 44 Minuten. Puls und Temperatur in normalen Grenzen. Kein Husten, kein Auswurf.



Abb. 4

Komplexion: Haare dunkelblond, Augen graubraun, Haut hell, zart.

Drüsen: Unter dem Unterkiefer und im Kieferwinkel beiderseits zahlreiche bis pflaumengroße, nicht schmerzhaft Drüsen. Ähnliche vor und hinter dem Kopfnickermuskel, rechts mehr als links.

Obere Luftwege: Tonsillen vergrößert. Pharynx adenoidalis.

Augen: Schiefe Kopfhaltung, äußerste Lichtscheu, starke Tränensekretion (Abb. 3). Augenlider gerötet, geschwollen, verklebt. Im Bereich der Augenbrauen zahlreiche linsengroße, mit Borsten bedeckte rote Knötchen. Bindehäute stark

gerötet. Hornhäute: deutliche Verschleierung des ganzen Pupillarbereichs mit dichterem Trübung im unteren Bezirk, rechts ähnlich wie links.

Thorax: Von mittlerer Wölbung, symmetrisch.

Lungen: Perkussorisch und auskultatorisch o. B.

Röntgenogramm vom 11. 5. 34: Im 3. rechten I.C.R. linsengroßer, scharf umschriebener Fleckschatten. Am Vorderende der 5. linken Rippe erbsgroßer, etwas weicherer Schatten. Linker Hilus streifig-fleckhaft.

Herz: Grenzen nicht verbreitert, Töne rein, regelmäßig.

Abdomen: Leber und Milz nicht vergrößert.

Nervensystem: Reflexe lebhaft. Dermographismus +.

Diagnose: Skrofulose. Keratitis und Conjunktivitis serofulosa.

Kurverlauf: Kurz nach der Aufnahme Angina katarrhalis. Die Reizerscheinungen an den Augen nahmen daraufhin noch zu, nach Kalkinjektion jedesmal vorübergehend leichte Milderung. Schließlich Besserung, dafür aber Schwellung der Lippen und krustöses Ekzem auf dem behaarten Kopf. Nach Rückgang Augen wieder schlechter, auch am Körper einige Ekzemstellen. Ende Juli 34 fieberhafte Halsdrüsenanschwellung zunächst links, anfangs August auch rechts kleinapfelgroßes Drüsenpaket (Abb. 4: Kopfhaar wegen Ekzems abgeschnitten!). Nach Auftreten der Drüsenanschwellungen wesentliche Besserung des Augenbefundes, die Reizerscheinungen gehen zurück, die Augen werden spontan geöffnet. Die Drüse kam später zur Einschmelzung. Kind steht zur Zeit noch in Behandlung.

Hans Jürgen H., 9 Jahre alt, aufgenommen am 8. Februar 1934.

Anamnese: Mutter des Kindes war als Kind „skrofulös“. Kind selbst hatte als Säugling Juckekzem, das bis zum 2. Lebensjahr anhielt. Oktober 33 kurz hintereinander Scharlach, Masern, Keuchhusten. November 33 Halsdrüsenanschwellung links, die nach vorübergehender Besserung im Januar 34 wieder stärker wurde.

Status: Blasser, elender Junge in dürftigem Ernährungszustand. Sichtbare Schleimhäute schlecht durchblutet. Blutfarbstoffgehalt nach Tallquist 75.

Blutbild vom 9. 2. 34: Leukozyten 15 200.

Differenzierung: Eos.	1 %
Stab.	3 %
Segm.	76 %
Lympho.	18 %
Mono.	2 %

Tuberkulinsalbenreaktion nach Hamburger mite +. Senkungszahl der roten Blutkörperchen nach Linzenmeier 47 Minuten. Puls und Temperatur in normalen Grenzen. Etwas Husten, kein Auswurf.

Komplexion: Haare blond, Augen blau-grau, Haut zart, hell.

Rötung am inneren Augenwinkel rechts. Lidränder mit Borken bedeckt. Am Naseneingang Borken und Rhagaden, Lippen trocken mit zahlreichen Borken und Rhagaden, besonders in den Mundwinkeln.

Drüsen: Starke Schwellung der ganzen linken Halsseite (Abb. 5) mit Rötung auf der Höhe der Schwellung, darin gut hühnereigroßes derbes Drüsenpaket, das leicht druckempfindlich ist. Rechts kirschgroße Drüse am vorderen Rand des Kopfnickers.

Obere Luftwege: Nase: Schnupfen. Tonsillen groß, zerklüftet. Pharynx adenoidalis.

Thorax: Symmetrisch, seitlich etwas eingezogen.

Lungen: Im ganzen rauhes Atmen, sonst o. B.

Röntgenogramm vom 20. 5. 34: Neben der zweiten Rippe links in Hilusnähe linsengroßer Schattensfleck. Beide Hili streifig-fleckhaft gezeichnet.



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7

Herz: Grenzen nicht verbreitert, Töne rein, Aktion regelmäßig.

Abdomen: Leber und Milz nicht vergrößert, o. B.

Nervensystem: Dermographismus \pm .

Diagnose: Skrofulose. Halsdrüsentuberkulose.

Kurverlauf: Die Drüsenschwellung wurde zunächst noch größer. Das Ekzem auf der Oberlippe und am Naseneingang heilte gut ab. Nach mehrfachen Punktionen des Drüsenabszesses Fistelbildung und Rückbildung des Drüsenabszesses. Mitte April Biudehautreizung links, die nach wenigen Tagen zurückging. Am 23. Mai 34 abermals starke Reizung beider Augen mit Tränensekretion und mehreren Phlyktänen, links mehr als rechts. Gleichzeitig Schwellung, Rötung und Rhagadenbildung auf der Oberlippe und am Naseneingang (Abb. 6). Auf Injektion von „Yatrencasein schwach“ vorübergehende Besserung; weiterhin stark wechselnder Befund. Zur Zeit Augen und Oberlippe ziemlich ruhig (Abb. 7). Steht noch in Behandlung.

Klaus Sch., 8 Jahre alt, aufgenommen am 20. Mai 1934.



Abb. 8

Anamnese: Vater neigt zu Schnupfen und Halsentzündungen, ebenso das Kind selbst. Patient hatte mit 2½ Jahren Diphtherie. Verträgt keine Sahne. Im Winter des öfteren Ekzem. Oktober 33 Erythema nodosum, danach „Lungenerkrankung“ festgestellt.

Status: Gut gebauter, leicht pastöser Junge in ausreichendem Ernährungs- und Kräftezustand (Abb. 8). Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Blutfarbstoffgehalt nach Tallquist 80.

Blutbild vom 23. 5. 34: Leukozyten 13 400.

Differenzierung: Eos.	2 ⁰ / ₀
Jugendl.	1 ⁰ / ₀
Stab.	2 ⁰ / ₀
Segm.	40 ⁰ / ₀
Lympho.	37 ⁰ / ₀
Mono.	8 ⁰ / ₀

Tuberkulinsalbenreaktion mit Hamburger mite (+). Senkungszahl der roten Blutkörperchen nach Linzenmeier 175 Minuten. Puls und Temperatur in normalen Grenzen.

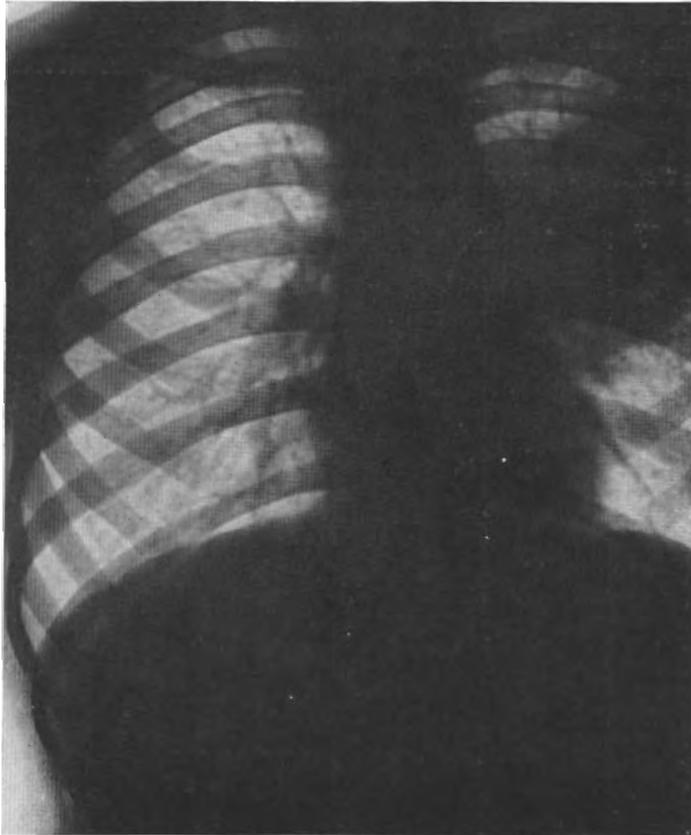


Abb. 9

Komplexion: Haare blond, Augen blau, Haut zart, hell.

Drüsen: Im Kieferwinkel beiderseits und hinter dem Kopfnicker linsen- bis kirschkerne große indolente Drüsen.

Obere Luftwege: Tonsillen vergrößert und zerklüftet, Pharynx adenoidalis.

Thorax: Gleichmäßig, von mittlerer Wölbung.

Lungen: Links vorn Atemgeräusch verschärft, im Expirium verlängert. Bronchophonie bei Auskultation der Wirbelsäule bis zum 3. Brustwirbel.

Vergleichende Röntgenogramme:

10. 10. 33: Scharf umschriebener Schattenfleck in Höhe der 5. Rippe rechts.

Rechter Hilus verbreitert, mit starker Streifenzeichnung ins Unterfeld. Im linken Oberfeld zwischen 2. u. 3. Rippe diffuse Verschattung, die in den linken Hilus übergeht.

Vom 27. 10. 33 (Abb. 9): Die Verschattung des linken Oberfeldes hat an Ausdehnung zugenommen.

Vom 4. 1. 34 (Abb. 10): Weitere Zunahme der Verschattung, die das ganze Oberfeld bis zur 3. Rippe herab einnimmt.

Vom 31. 7. 34 (Abb. 11): Die Verschattung des linken Oberfeldes hat sich von außen her aufgehellt und bis auf einen gut Taubenei großen Bezirk um den linken Hilus zurückgebildet.

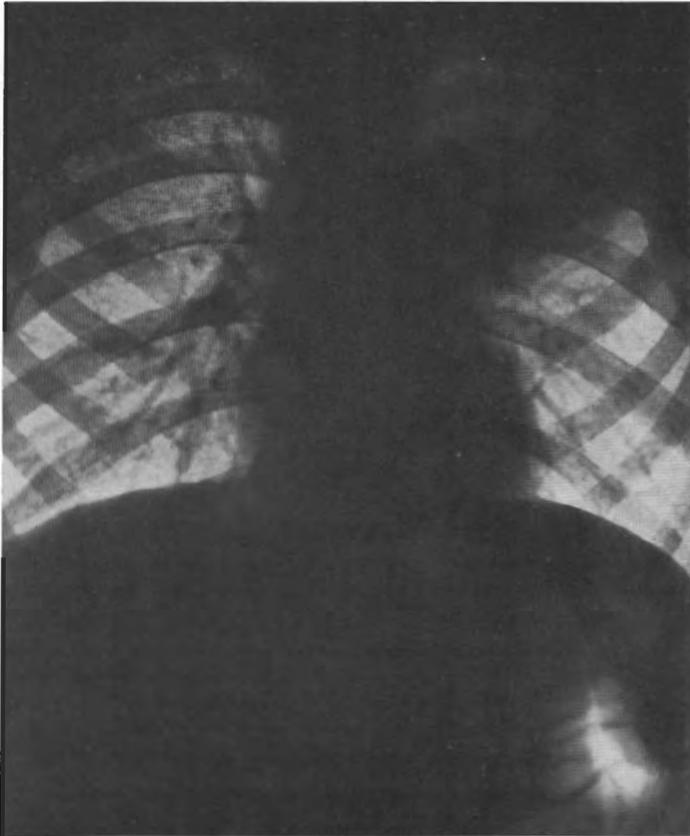


Abb. 10

Herz: Grenzen nicht verbreitert, Töne **rein**, regelmäßig.

Abdomen: o. B.

Nervensystem: Dermographismus +++.

Diagnose: Linksseitige Oberlappeninfiltrierung.

Kurverlauf: Mitte Juli 34 auf Wespenstich außergewöhnlich starke Schwellung und Rötung der linken Wange. Sonst verlief die Kur ohne Störung. Das Körpergewicht steigt langsam an, die **Blutsenkung** ist noch beschleunigt. Klinisch ist über den Lungen ein deutlicher **Befund nicht mehr** zu erheben. Kind befindet sich zur Zeit noch in der Heilstätte.

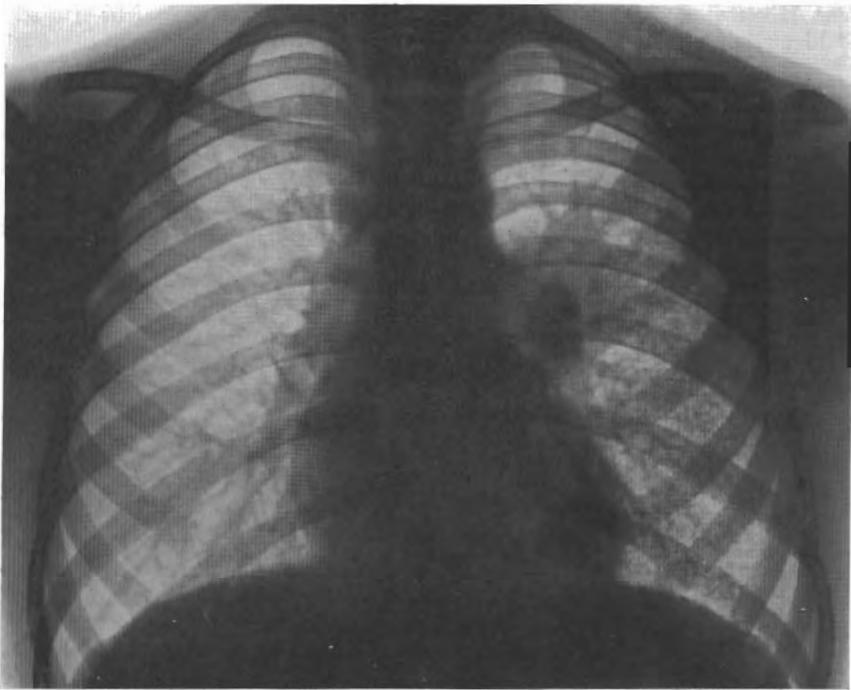


Abb. 11

Engelbert G., 4 Jahre alt, aufgenommen am 18. Januar 1931.

Anamnese: Kind hatte mit einem Jahr Hautausschlag, später auch auf dem Kopf. Häufig Bronchialkatarrh. Seit mehreren Wochen Schmerzen im rechten Hüftgelenk.

Status: Im Gesicht pastöser Junge in reduziertem Ernährungszustand (Abb. 12). Haut und sichtbare Schleimhäute schlecht durchblutet. Blutfarbstoffgehalt nach Sahli 75. Tuberkulinsalbenreaktion nach Hamburger + Senkungszahl der roten Blutkörperchen nach Linzenmeier 60 Minuten. Puls und Temperatur in normalen Grenzen. Kein Husten, kein Auswurf.

Komplexion: Haare braun, Augen braun, Haut zart, blaß.

Drüsen: In beiden Kieferwinkeln bohnen große Drüsen. Beiderseits mehrere bis kleinerbs große Nackendrüsen.

Obere Luftwege: Tonsillen stark vergrößert, links mehr als rechts, zerklüftet. Pharynx adenoidalis.

Thorax: Lang, schmal, leidlich gewölbt.

Lungen: Zu Kurbeginn bestand über der rechten Lunge vorn bis 3. Rippe, hinten bis Mitte Skapula deutliche Schallverkürzung. Auskultatorisch bronchiales Atmen, vereinzelte bronchitische Geräusche.

Vergleichende Röntgenogramme der Lunge:

Vom 19. I. 31 (Abb. 13): Rechtes Oberfeld bis zur 2. Rippe von einer nach unten scharf begrenzten Verschattung ausgefüllt, die in den flächenhaft verbreiterten Hilus übergeht.

Vom 20. I. 31 (Abb. 14): Die Beschattung des rechten Oberfeldes hat sich von lateral her aufgehellt.



Abb. 12

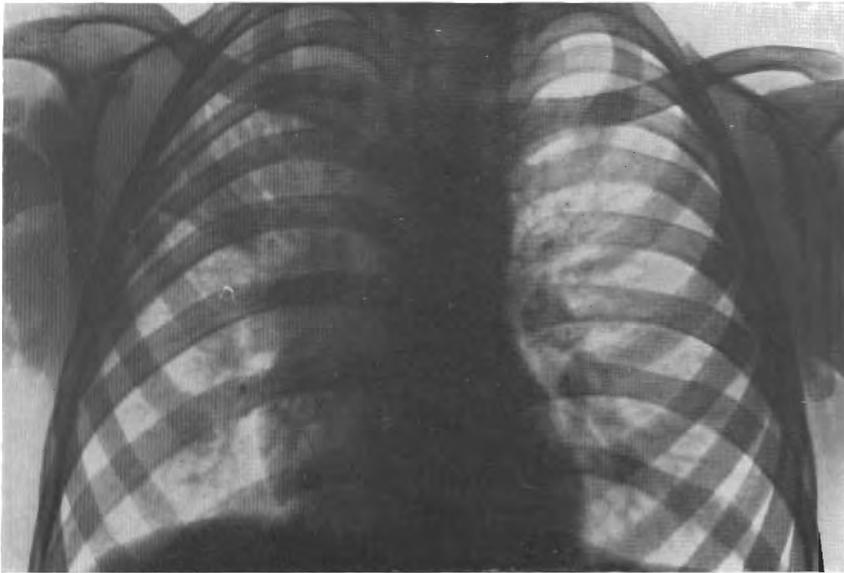


Abb. 13

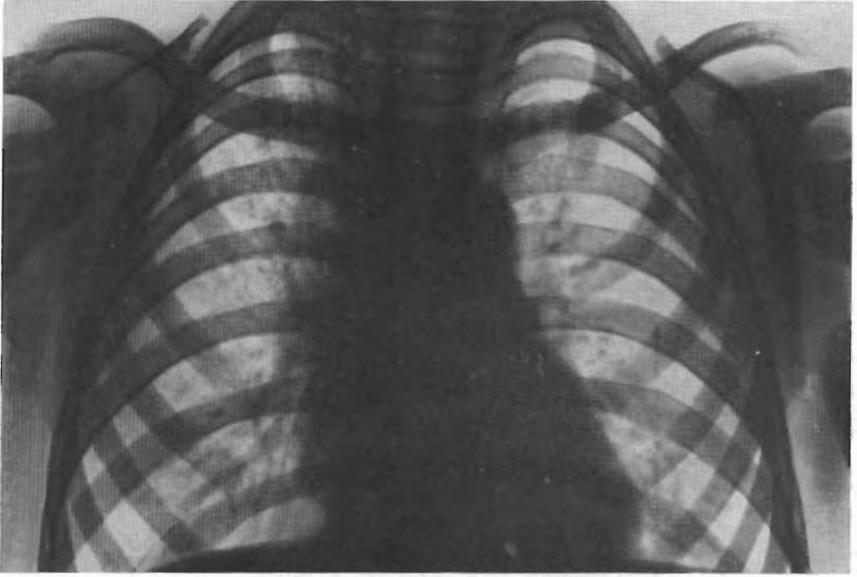


Abb. 14



Abb. 15

Herz: Grenzen nicht verbreitert, Töne rein, regelmäßig.

Nervensystem: Dermographismus ++.

Spezialbefund des rechten Hüftgelenkes: Mäßige Atrophie von Ober- und Unterschenkel. Starke Adduktions- und Innenrotationsstellung, Flexionskontraktur von etwa 45°. Druck- und Klopfeschmerz auf Trochanter major, geringer Stauungsschmerz. Das Becken geht bei allen Bewegungen mit.

Röntgenogramm (Abb. 15): Geringe Atrophie sämtlicher am Hüftgelenk beteiligter Knochen rechts. Medial im Femurhals scharf demarkierte kirschgroße Aufhellung. Leichte Unregelmäßigkeit der Gelenkkonturen. Fragliche Aufrauung im Pfannendach.

Diagnose: Hüftgelenkstuberkulose rechts. Oberfeldinfiltrierung rechts.

Kurverlauf: Während des Aufenthaltes häufig Bronchitiden. Februar 31 Rachendiphtherie. Oktober 31 Masern, in deren Verlauf doppelseitige Mittelohrentzündung, die eine Antrotomie beiderseits erforderlich machte. Bei der Entlassung war das Hüftgelenk gestreckt, leicht adduziert. Beugung bis etwa 80° möglich. — Die Kur wurde aus finanziellen Gründen abgebrochen, um unter ärztlicher Aufsicht zu Hause fortgesetzt zu werden.

Franz S., 10 Jahre alt, aufgenommen am 29. August 1930.



Abb. 16

Anamnese: Vater des Kindes hat häufig Bronchitiden. Kind selbst war früher nie krank. Ende Januar 30 plötzlich erkrankt mit hohem Fieber. Durch Röntgenuntersuchung Lungenerkrankung festgestellt.

Status: Blau aussehender, schwächlich gebauter Junge in reduziertem Ernährungszustand (Abb. 16). Schleimhäute mäßig durchblutet. Blutfarbstoffgehalt nach Sahli 75.

Blutbild vom 30. 8. 30: Leukozyten 10 000.

Differenzierung: Eos.	1,0%
Stab.	8,5%
Segm.	57,5%
Lympho.	30,0%
Mono.	3,0%

Tuberkulinsalbenreaktion nach Hamburger —. Senkungszahl der roten

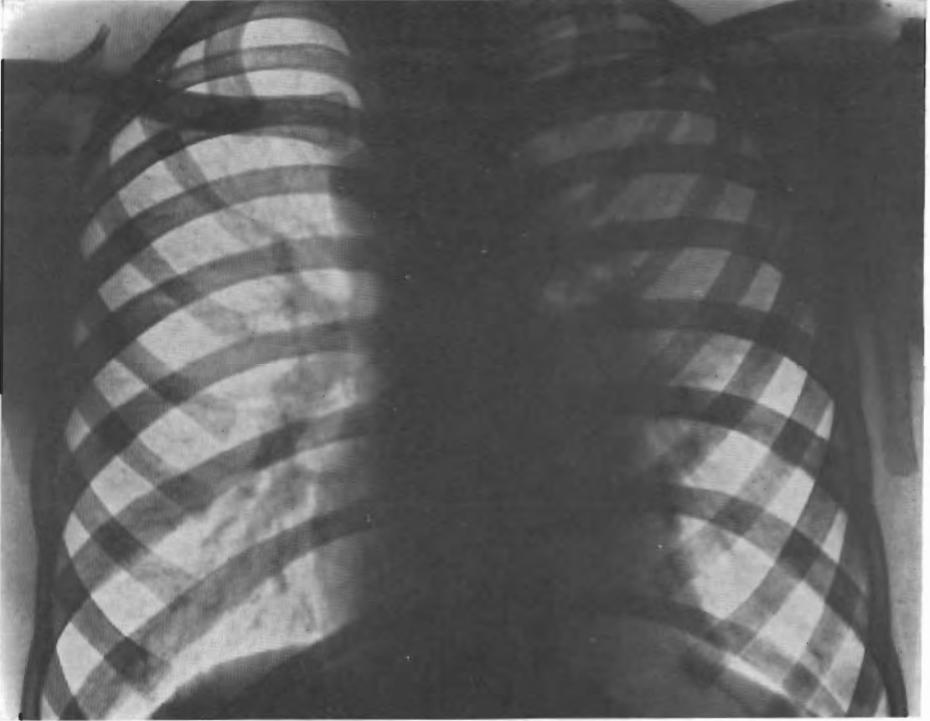


Abb. 17

Blutkörperchen nach Linzenmeier 25 Minuten. Puls und Temperatur in normalen Grenzen. Etwas trockener Husten, kein Auswurf.

Komplexion: Haare dunkelblond, Augen braun, Haut rosa.

Drüsen: In beiden Kieferwinkeln bohnen große Drüsen. Beiderseits bis kleiner große Nackendrüsen.

Obere Luftwege: Tonsillen klein, Pharynx adenoidalis.

Thorax: Lang, schmal, flach.

Lungen: Links vorn bis zur 4. Rippe, links hinten bis Mitte Skapula deutliche Schallverkürzung. Im Bereich der Verkürzung ist das Atengeräusch bronchial. Vorn im 1. Zwischenrippenraum nach Anhusten vereinzelt Knacken. Deutliche Bronchophonie bis zum 3. Brustwirbel.

Vergleichsweise Röntgenogramme:

Vom 29. 8. 30 (Abb. 17): Im linken 8. I.C.R. kirschgroßer Schattenfleck. Linkes Ober- und Mittelfeld von einer nach medial an Intensität zunehmenden Verschattung angefüllt, die in den flächenhaft verbreiterten Hilus übergeht.

Vom 26. 2. 31 (Abb. 18): Linkes Ober- und Mittelfeld hat sich völlig aufgehellt.

Hertz: Grenzen nicht verbreitert, Töne rein, regelmäßig.

Nervensystem: Dermographismus +++ (Abb. 16).

Diagnose: Linksseitige Ober- und Mittelfeldinfiltrierung.

Kurverlauf: Bei ungestörtem Kurverlauf Besserung des Allgemeinbefindens, Gewichtszunahme. Die Schallverkürzung über der linken Lunge hellte sich auf. Die Senkungszahl der roten Blutkörperchen nach Linzenmeier stieg von 25 auf 245 Minuten an.

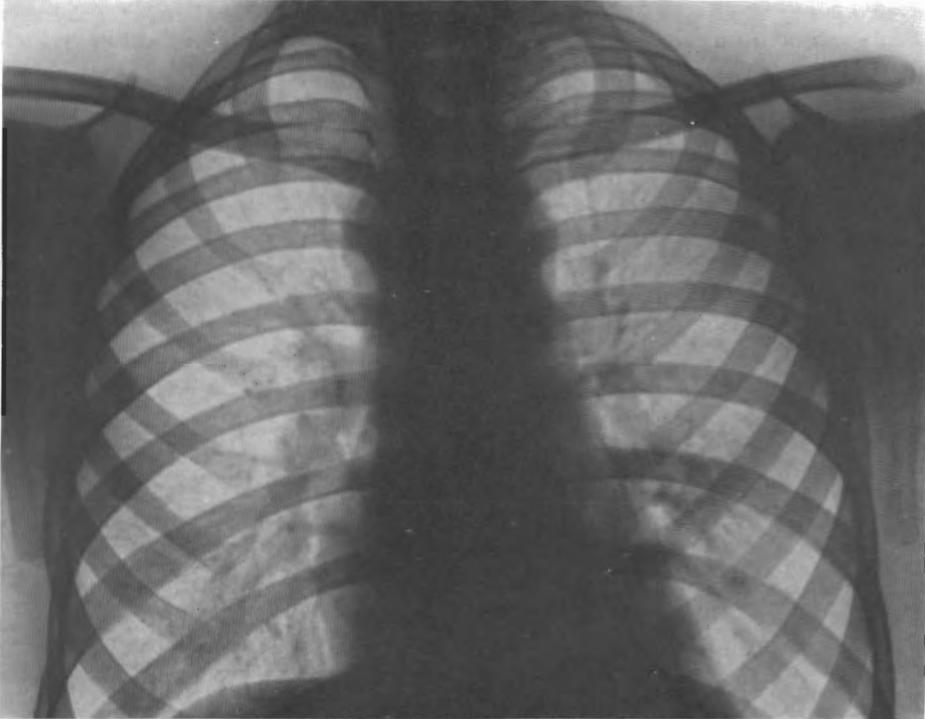


Abb. 18

Gerhard B., 3 Jahre alt, aufgenommen am 4. Januar 1933.

Anamnese: Vater des Kindes leidet an offener Lungentuberkulose. In der Familie des Vaters Neigung zu Katarrhen. Kind selbst hatte als Säugling mit 3 Monaten ausgedehntes Ekzem im Gesicht und auf dem Kopf, das sich bis ins 3. Lebensjahr hartnäckig hinter dem linken Ohr hielt und zeitweise näßte. Von jeher Neigung zu Katarrhen.

Status: Etwas blaß aussehender, im Gesicht pastöser Junge in ausreichendem Ernährungszustand (Abb. 19). Sichtbare Schleimhäute mäßig durchblutet. Blutfarbstoffgehalt nach Sahli 70.

Blutbild vom 5. I. 33: Leukozyten 7900.

Differenzierung: Eos.	0%
Stab.	1%
Segm.	50%
Lympho.	44%
Mono.	5%

Tuberkulinsalbenreaktion nach Hamburger mit . . . Senkungszahl der roten

Blutkörperchen nach Linzenmeier 346 Minuten. Puls und Temperatur in normalen Grenzen. Etwas Husten, kein Auswurf.

Komplexion: Haare blond, Augen: grau-blau, Haut zart, rosa.

Am linken Mundwinkel trockenes Ekzem.

Oberer Luftwege: Tonsillen stark vergrößert und zerklüftet. Pharynx adenoidalis.

Thorax: Gleichmäßig, von mittlerer Wölbung.

Lungen: Bronchophonie bis zum 3. Brustwirbel.

Röntgenogramm vom 7. I. 33 (Abb. 20): Gut taubeneigroßer gekörnter Schlagschatten im rechten Unterfeld zwischen 3.—5. Rippe. Im rechten verbrei-



Abb. 19

terten Hilus sowie paratracheal kleinkirschengroße, gekörnte Fleckschatten. Linker Hilus verdichtet, teilweise unscharf in das umgebende Lungengewebe übergehend.

Herz: Akzentuierter 2. Pulmonalton.

Abdomen: o. B.

Nervensystem: Dermographismus +.

Diagnose: Ungewöhnlich großer verkalkter Primärkomplex.

Kurverlauf: Das Ekzem am linken Mundwinkel wurde zeitweise stärker und näßte zuweilen. Im April Schmerzen im rechten Ohr, leichte Mittelohrreizung. Fast während des ganzen Kurverlaufs leichte Bronchitis in wechselnder Ausdehnung.

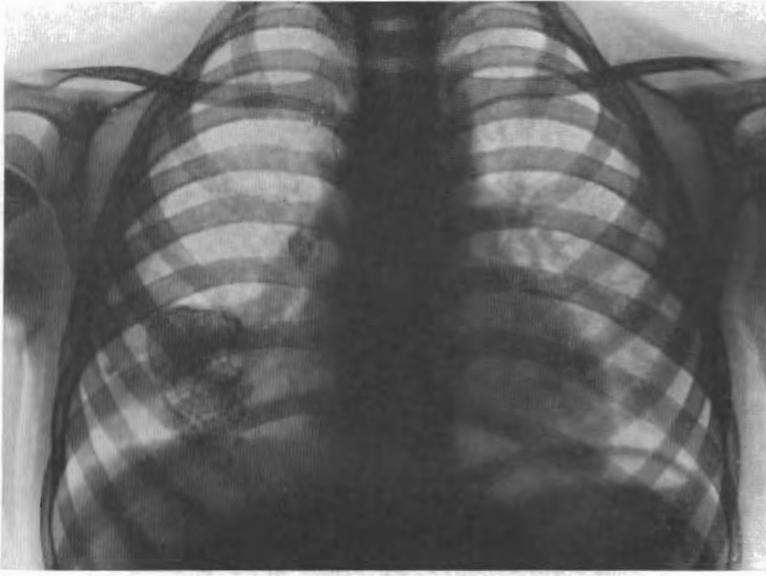


Abb. 20

Hatto B., 3 Jahre alt, aufgenommen am 3. Mai 1934.

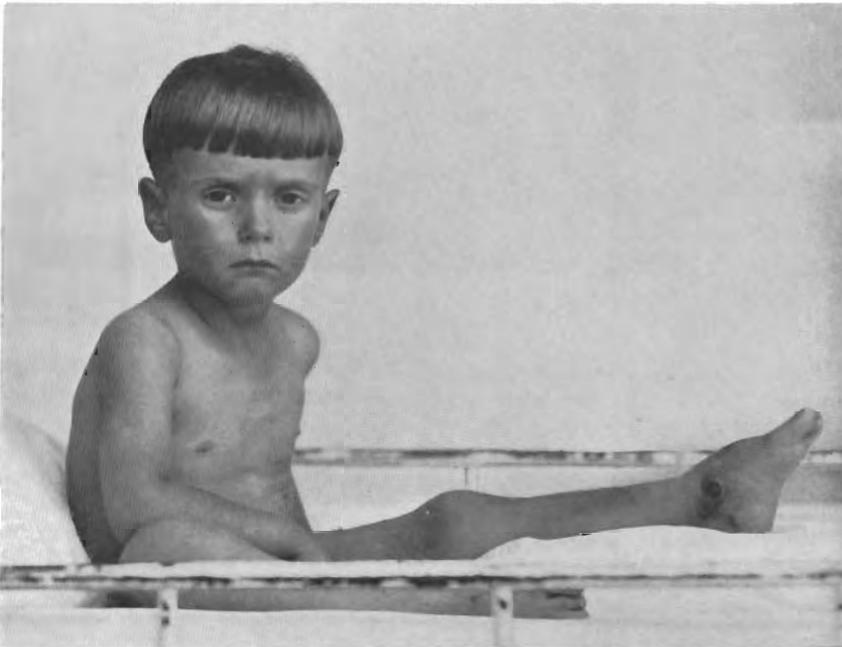


Abb. 21

Klare Konstitution und Tuberkulose im Kindesalter

.3

Anamnese: Mutter hatte als junges Mädchen mehrfach Halsentzündungen. Kind selbst mit einem halben Jahr Keuchhusten. November 33 plötzlich tuberkulöser Abszeß am linken Fuß. März 34 „fieberhafter Lungenkatarrh“.

Status: Kleiner schwächlicher Junge von ausgesprochen crethischem Typ in reduziertem Ernährungszustand (Abb. 21). Sichtbare Schleimhäute schlecht durchblutet. Blutfarbstoffgehalt nach Tallquist 60.

Blutbild vom 5. 5. 34: Leukozyten 13 900.

Differenzierung: Eos.	2 ⁰ / ₀
Stab.	2 ⁰ / ₀
Segm.	51 ⁰ / ₀
Lympho.	42 ⁰ / ₀
Mono.	3 ⁰ / ₀

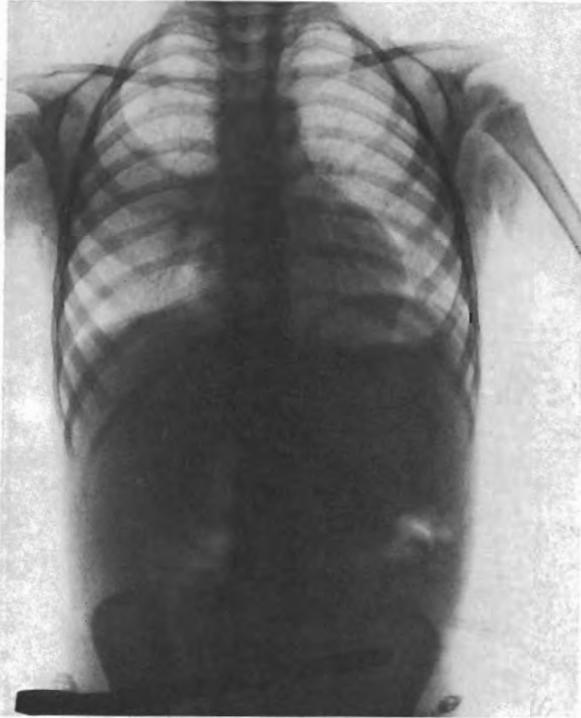


Abb. 22

Tuberkulinsalbenreaktion auswärts +. Senkungszahl der roten Blutkörperchen nach Linzenmeier 215 Minuten. Puls und Temperatur in normalen Grenzen. Kein Husten, kein Auswurf.

Komplexion: Haare dunkelblond, Augen braun, Haut zart, hell.

Drüsen: Im Kieferwinkel beiderseits und unter dem Unterkiefer kleine indolente Drüsen.

Obere Luftwege: Tonsillen groß, zerklüftet. Pharynx adenoidalis. Angedeutete Landkartenzunge.

Thorax: Symmetrisch, mittlere Wölbung.

Lungen: Perkussorisch und auskultatorisch o. B.

Vergleichende Röntgenogramme:

Vom 3. 4. 34, auswärts (Abb. 22): Diffuse Verschattung vom rechten Hilus bis zur Brustwand zwischen 2. und 4. Rippe. Herz etwas nach links verlagert.

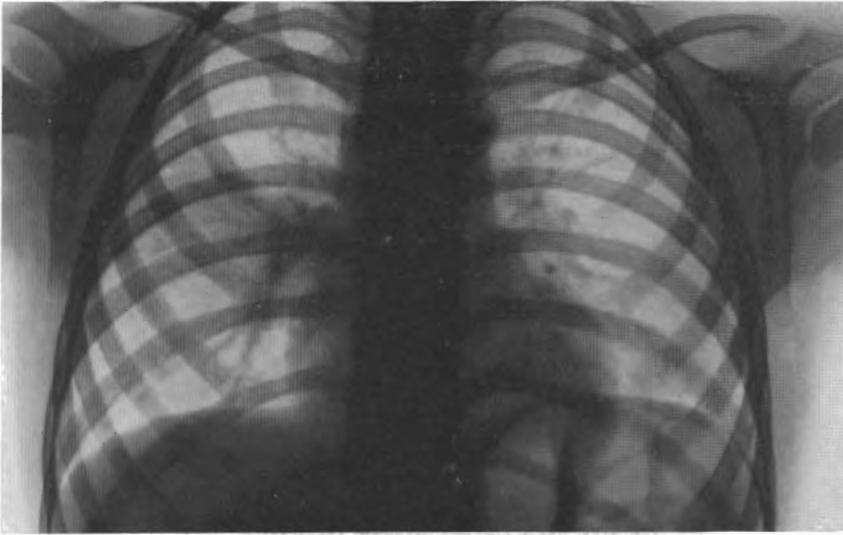


Abb. 23

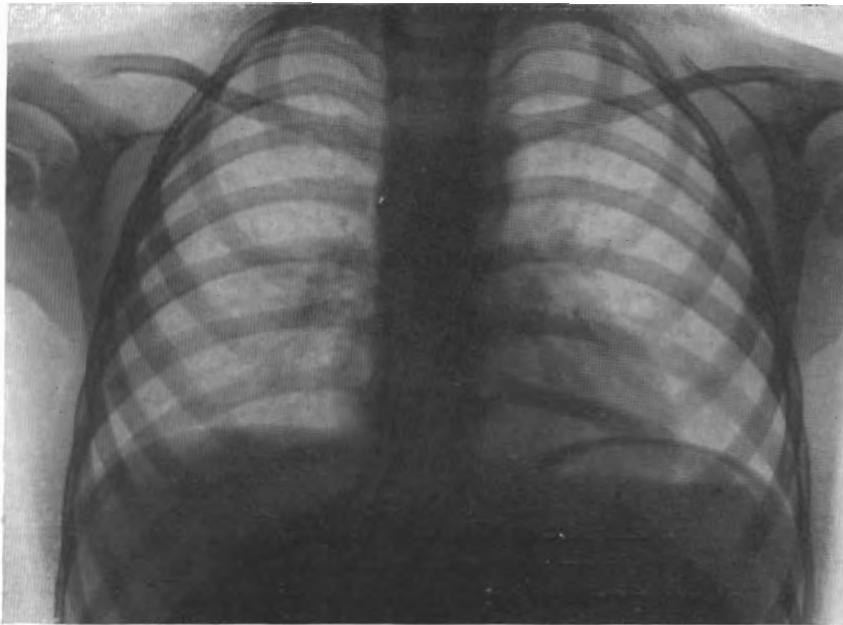


Abb. 24

Vom 3. 5. 31 (Abb. 23): Diffuse Verschattung rechts zwischen Hilus und Brustwand weniger dicht und breit. In beiden Hilien bis erbsgroße Schattenflecke.

Vom 20. 9. 34 (Abb. 24): Die Verschattung im rechten Mittelfeld hat sich bis auf leichte Streifenzeichnung völlig aufgehellt.

3*

Herz: Grenzen regelrecht, Töne rein, regelmäßig.

Abdomen: Rechts für Fingerkuppe durchgängige Leistenbruchpforte.

Nervensystem: Dermographismus ++.

Spezieller Befund des linken Fußes: Starke Schwellung des ganzen Fußes.



Abb. 25

An der Innenseite des linken Fußes 4 cm lange blau-rot verfärbte Hautpartie mit zentraler Fistel. Funktion des Fußgelenks nicht gestört.

Röntgenogramm vom 7. 5. 34 (Abb. 25): Hochgradige Atrophie sämtlicher Fußwurzelknochen. Ausgedehnte Weichteilschwellung, besonders im Bereich des Fußrückens. Konturen des Naviculare unscharf.

Diagnose: Mittelfeldinfiltrierung rechts. Tuberkulose der Fußwurzelknochen.

Kurverlauf: Ende Juli trat eine Phlyktäne am linken Auge auf. Kurz darauf bildete sich unter Fieberanstieg, Senkungsbeschleunigung und Schwellung des ganzen Fußes eine zweite Fistel auf dem Fußrücken. Aus beiden Fisteln zur Zeit mäßige Eiterabsonderung. Steht noch in Behandlung.

Lorc B., 17 Jahre alt, aufgenommen am 19. Oktober 1932.

Anamnese: Vater der Patientin an Lungentuberkulose gestorben. Mutter war als Kind „skrofulös“. Schwester hat eine Wirbeltuberkulose durchgemacht. Bei der Patientin selbst wurden im 5., 6. und 13. Lebensjahr

Wucherungen im Hals entfernt. „Sehr empfindsames Kind“. Kann Wolle nicht vertragen. Neigung zu Katarrhen und Ohnmachten. Die Lungenerkrankung wurde gelegentlich der Untersuchung zur Erlangung eines Führerscheins festgestellt.

Status: Blasses, pastöses Mädchen in gutem Ernährungszustand (Abb. 26). Schleimhäute genügend durchblutet. Blutfarbstoffgehalt nach Sahli 70.



Abb. 26

Blutbild vom 19. 10. 32: Leukozyten 8400.

Differenzierung: Baso.	1 ⁰ / ₀
Eos.	2 ⁰ / ₀
Stab.	2 ⁰ / ₀
Segm.	81 ⁰ / ₀
Lympho.	9 ⁰ / ₀
Mono.	5 ⁰ / ₀

Blutbild vom 15. 5. 33: Leukozyten 8760.

Differenzierung: Baso.	1,5 ⁰ / ₀
Eos.	9,5 ⁰ / ₀
Segm.	40,5 ⁰ / ₀
Lympho.	45,0 ⁰ / ₀
Mono.	3,0 ⁰ / ₀

Tuberkulinsalbenreaktion nach Hamburger mite $\frac{1}{4}$.

Senkungszahl der roten Blutkörperchen nach Linzenmeier 188 Minuten.
Puls und Temperatur in normalen Grenzen. Kein Husten, kein Auswurf,

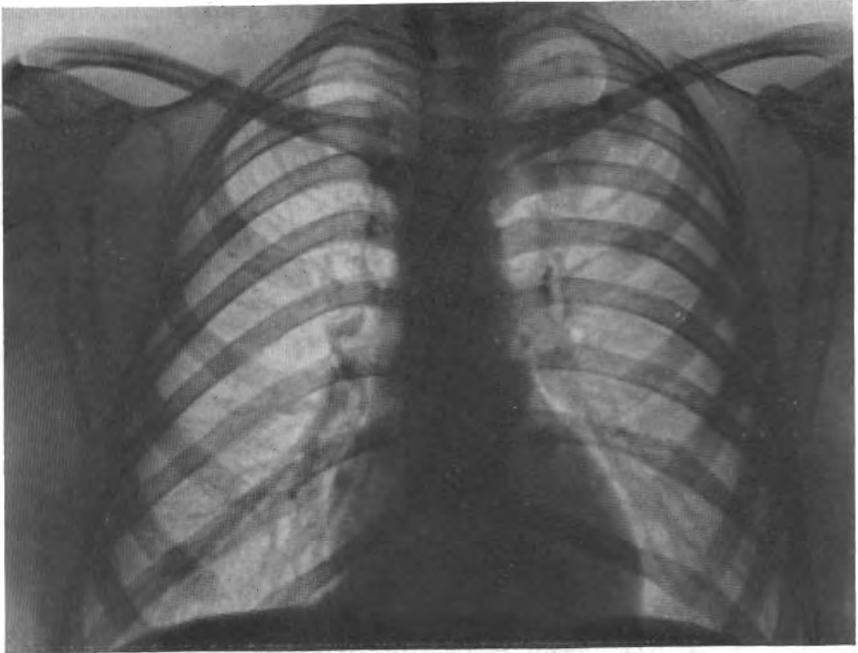


Abb. 27



Abb. 28

Komplexion: Haare dunkelblond mit rötlichem Einschlag, Augen blau-grau, Haut hell, im Gesicht Sommersprossen.

Drüsen: Im rechten Kieferwinkel bohnen große derbe Drüse.

Obere Luftwege: Tonsillen leicht gerötet, Rachenhinterwand mit Schleim bedeckt.

Thorax: Gut gewölbt, gleichmäßig.

Lungen: Schallverkürzung links vorn bis zur 3. Rippe, hinten bis Mitte

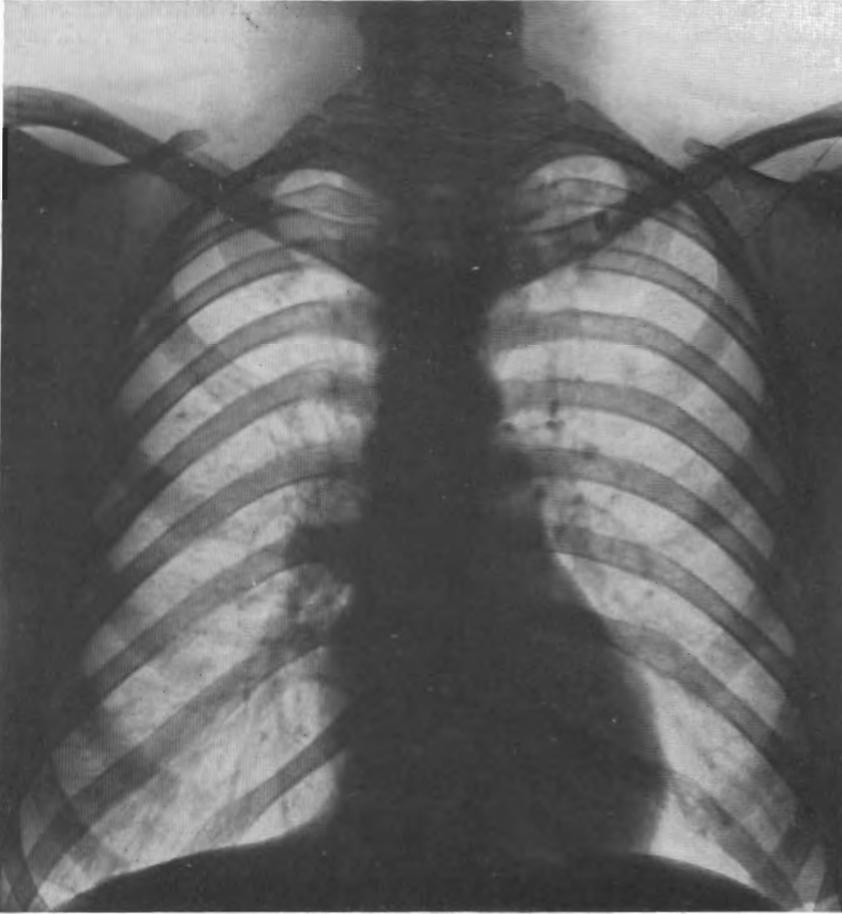


Abb. 29

Schulterblatt. Im Bereich der Schallverkürzung verschärftes Atmen und im 1. Zwischenrippenraum vorn nach Anhalten vereinzelt Knacken.

Vergleichende Röntgenogramme:

Vom 9. 10. 32, auswärts (Abb. 27): In Höhe der 1. linken Rippe lateral erbsgroßer Schlagschatten, ähnliche kleinere in beiden verbreiterten, streifigen Hilien. Im linken Spitzengeschöß handtellergroße, weiche, jedoch deutlich gegen das umgebende Gewebe abgegrenzte Verschattung, die in den oberen Pol des linken Hilus übergeht. In Höhe der linken 2. Rippe gut Pfennigstück groß, scharf demarkierter Schattenfleck.

20. 3. 33: Die Verschattung im linken Spitzengeschöß hat sich aufgehellt (Abb. 28).

L. S. 31, auswärts: Der Befund entspricht dem der Aufnahme vom 20. 3. 33 (Abb. 29).

Herz: Grenzen nicht verbreitert, Töne rein, regelmäßig.

Abdomen: o. B.

Nervensystem: Dermographismus \pm .

Diagnose: Infiltrat im linken Oberfeld.

Kurverlauf: Anfangs Dezember 32 Angina follicularis und Nasopharyngitis.

Bei der Entlassung bestanden außer einer leichten Schallverkürzung über der linken Spitze mit verschärftem Atmen keine Nebengeräusche. Senkungszahl der roten Blutkörperchen nach Linzenmeier 224 Min.

Ilse Lotte Z., 11½ Jahre alt, aufgenommen am 25. Juni 1931.



Abb. 30

Anamnese: Beide Eltern an Tuberkulose gestorben. Nach Angabe der Tante bestand bei der Patientin mehrere Jahre hindurch ein Lupus auf der linken Wange und am linken Arm.

Status: Etwas blaßes, schwächtiges Mädchen in reduziertem Ernährungszustand (Abb. 30), klassisch erethischer Typ der reizbaren Konstitution. Schleim-

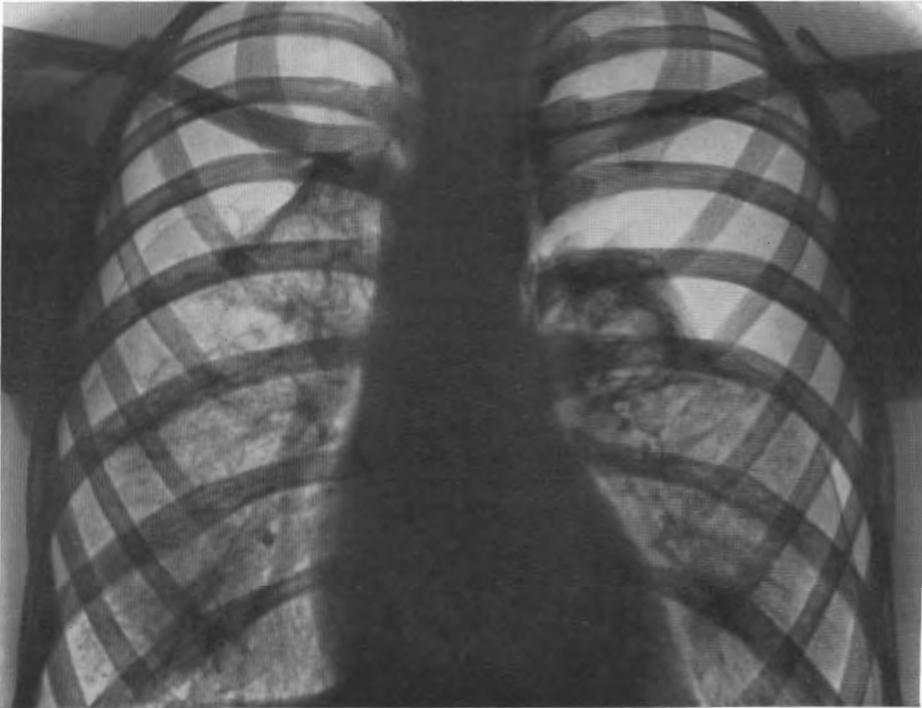
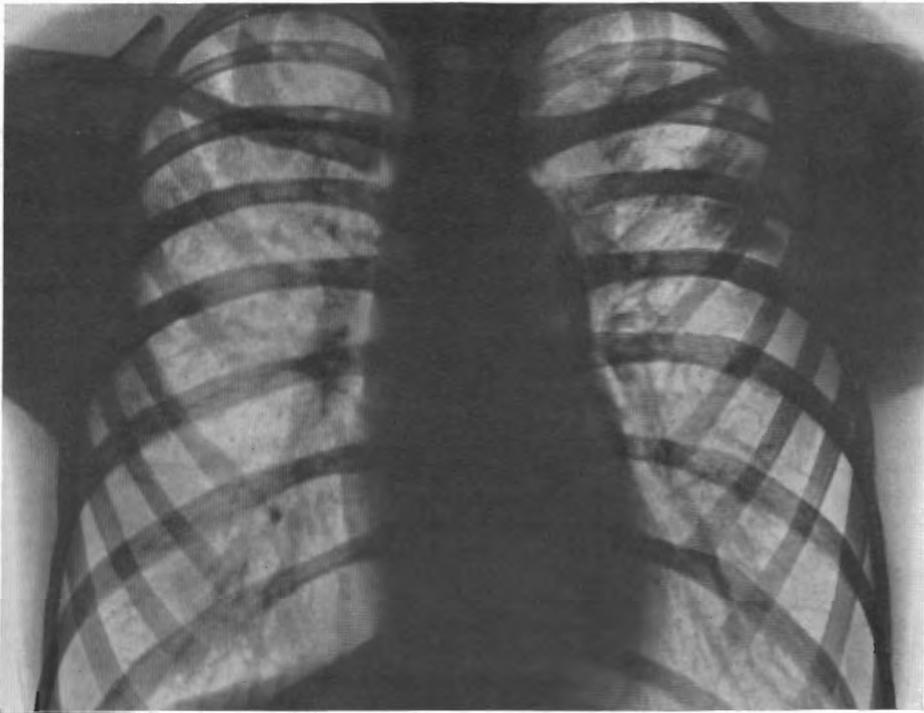


Abb. 31 (oben), Abb. 32 (unten)

häute mäßig durchblutet. Blutfarbstoffgehalt nach Sahli 75. Tuberkulinsalbenreaktion nach Hamburger mite ++. Senkungszahl der roten Blutkörperchen nach Linzenmeier 90 Minuten. Puls und Temperatur in normalen Grenzen. Anfangs kein Husten, kein Auswurf.

Komplexion: Haare hellblond, mit rötlichem Einschlag, Augen grau-blau, Haut zart, hell.

Drüsen: Beiderseits am Halse kleine indolente Drüsen.

Obere Luftwege: Tonsillen groß und zerklüftet. Pharynxadenoidalis.

Thorax: Schmal, oben flach, lang.

Lungen: Über den oberen Partien der linken Lunge deutliche Schallverkürzung. R. vorn bis zur 2. Rippe Schallverkürzung und verschärftes Atmen. Im 1. Zwischenrippenraum rechts vorn und rechts hinten Mitte Schulterblatt feines Rasseln nach Anhusten.

Vergleichende Röntgenogramme:

Vom 27. 6. 31 (Abb. 31): Am Vorderende der 4. rechten Rippe linsengroßer Schlagschatten. Ähnliche scharf begrenzte Schattenflecke im rechten Hilus. Von beiden Hilien strangförmige Bahnen zur Lungenbasis. Im rechten Oberfeld, besonders lateral, fleckige weiche Verschattung. Im linken Ober- und Mittelfeld weiche Herdschatten, die am Ende der 1. Rippe und zwischen 2.—4. Rippe lateral zu je 1 bzw. 2 Markstück großen Schatten konfluieren. Fragliche Schattenausparung im 1. I.C.R.

Vom 25. 11. 31 (Abb. 32): Vollständiger Kollaps des rechten Oberlappens, über Mittel- und Unterlappen etwa 1 Querfinger breiter Luftsaum, zarte Adhäsion von 3—4 cm Länge über der Spitze. Im 1. I.C.R. medial fragliche Schattenausparung. Die kollabierte Lunge hat sich deutlich aufgehellt.

Vollständiger Kollaps des linken Oberlappens, über dem Unterlappen etwa 1 cm breiter Luftmantel. Im kollabierten Oberteil noch dichte Herdschatten mit deutlicher Aufhellung im 2. I.C.R.

Herz: Grenzen nicht verbreitert, Töne rein, regelmäßig.

Abdomen: o. B.

Nervensystem: Dermographismus +.

Diagnose: Doppelseitige kavernöse Lungentuberkulose.

Kurverlauf: Am 17. August 31 Pneumothoraxanlage links, am 3. 9. 31 auch rechts. Im weiteren Verlauf langsame Besserung des Allgemeinbefindens. September 32 unter Fieberanstieg bis 39° schleimige Durchfälle, zeitweise Erbrechen: Gastro-Enteritis akuta. Im November 32 erreichte die Senkungskurve normale Werte. Februar 33 leichte fieberhafte Halsentzündung. Tuberkelbazillen im Auswurf wurden nur im Dezember 31 und im Juni 32 gefunden.

Bei der Entlassung im September 33 war über beiden Lungen außer abgeschwächtem Atmen ein krankhafter Befund nicht zu erheben. Seither lebt die Patientin bei ihren Pflegeeltern in Sofia. Laut Bericht des behandelnden Arztes vom 8. Juni 34 aus Sofia wird der doppelseitige Pneumothorax noch weiter unterhalten. Es geht der Patientin sehr gut, sie hustet nicht, hat keinen Auswurf und kein Fieber. Sie hat 2½ kg zugenommen, ist 8 cm gewachsen und ist jetzt menstruiert, vollkommen regelmäßig. Eine beigefügte Skizze ergibt beiderseits annähernd normale Lungenstruktur, was auch schriftlich bestätigt wird.

LITERATUR

1. Borchardt, Klinische Konstitutionslehre. Urban & Schwarzenberg, Berlin 1930.
2. Coerper, Konstitution und Tuberkulose. Z. Tbk. Bd. 43, H. 4.
3. Diehl, Erbuntersuchungen an tuberkulösen Zwillingen (klinischer Teil). Beitr. Klin. Tbk. Bd. 81, H. 1—2.
4. Ders., Tuberkulose und Individualität. Zbl. inn. Med. 55. Jahrg., 1934, Nr. 1.
5. Diehl und v. Verschür, Tuberkulose und Eugenik. Z. Eugenik 3. Jahrg., 1933, H. 1.
6. Klare, Konstitution und Lungeninfiltrierungen. Ferdinand Enke, Stuttgart 1930.
7. Ders., Die Prognose der offenen Lungentuberkulose bei Kindern und Jugendlichen. Prakt. Tbk.Bücherei H. 7, 1931.
8. Ders., Rasse und Tuberkulose, Ziel und Weg. 4. Jahrg., 1934, Heft 7.
9. Kleinschmidt, Zur Lehre vom Habitus asthenicus. Mschr. Kinderheilk. Bd. 25, H. 1.
10. Ders., Klinik und Diagnose der perifokalen Entzündung. Beitr. Klin. Tbk. Bd. 65, H. 2—3.
11. Kretschmer, Körperbau und Charakter. Julius Springer, Berlin 1921.
12. Lange, Bruno, Die quantitativen, qualitativen und zeitlichen Bedingungen der Infektion mit Tuberkelbazillen und ihre Bedeutung für die Krankheitsentstehung. Dtsch. med. Wschr. 1934, Nr. 6.
13. Fr. v. Müller, Tuberkulose und Konstitution. Münch. med. Wschr. 1922, Nr. 15.
14. Munk, Über „Lymphatismus“ als aliterimmune Konstitution. Dtsch. med. Wschr. 1933, Nr. 38.
15. Nägeli, Allgemeine Konstitutionslehre. Julius Springer, Berlin.
16. Pfaundler, Klin. Wschr. 1934, Nr. 37.
17. Redeker, Die Lungentuberkulose im Pubertätsalter vom klinischen Gesichtspunkt aus. Erg. Tbk.forschg. Bd. 3. Georg Thieme, Leipzig.
18. Schlack, Zur Frage der sogenannten epituberkulösen Infiltration der Lunge. Beitr. Klin. Tbk. Bd. 63, H. 3.
19. Simon und Redeker, Praktisches Lehrbuch der Kindertuberkulose. 2. Aufl. K. Kabitzsch, Leipzig.
20. Stefko und Putzig zitiert nach Saller, Der Einfluß der Rasse auf die Entstehung und auf den Ablauf von Krankheiten. Med. Klin. 1934, Nr. 9.
21. Stareke, Infiltrierungen und Infiltrate. 3. Mitt. Beitr. Klin. Tbk. 1933, Bd. 83, H. 3.