

Behandlung der Lungenschwindsucht.

Die Behandlung
der
Lungenschwindsucht

in geschlossenen Heilanstalten

mit

besonderer Beziehung auf Falkenstein i/T.

Von

Dr. P. Dettweiler,

dirigirender Arzt daselbst.

Zweite veränderte Auflage.

Berlin.

Druck und Verlag von Georg Reimer.

1884.

Einleitung.

Vorliegende Schrift verfolgt wesentlich therapeutische Ziele, sie kann daher auf theoretische Erörterungen über das Wesen der Tuberculose und Phthisis, sowie über den jetzigen Stand der betr. Krankheitslehren nur insoweit eingehen, als das Verständniss für den Hauptzweck erfordert. Auch wenn die Absicht bestände, eine erschöpfende Darstellung der fraglichen Lehren zu geben, so wäre sie, bei den noch vorhandenen Lücken unseres Wissens in denselben unausführbar.

Die hochbedeutsame Entdeckung des Tuberkel-Bacillus durch R. Koch hat uns unzweifelhaft der wissenschaftlichen Erkenntniss nahe gebracht, sie hat uns aus dem Reiche der uns so lange beherrschenden Vermuthungen plötzlich vor eine Reihe unantastbarer Thatsachen gestellt. Es erleidet keine Anfechtung, dass durch eine, unter der richtigen Voraussetzung geschehene Einführung des Koch'schen Bacillus in den thierischen und menschlichen Körper, eine Erkrankung entsteht, die alle Kriterien dessen, was wir bislang Tuberculose nannten, an sich trägt, und dass mit den Krankheitsproducten dieser wieder Tuberculose erzeugt wird; Bacillus und Tuberkel verhalten sich constant wie Ursache und Wirkung.

Es ist auch fraglos, dass das, was wir seither unter Lungenschwindsucht, Phthise verstanden (wir werden diese

Namen bis zum endgültigen Austrag der sich aus Folgendem ergebenden Meinungsverschiedenheit beibehalten) eine bacilläre Krankheit ist, d. h. wir finden stets, von einem gewissen Stadium ihres Verlaufs an und später auf dem Secirtisch das Krankheitsbild durch die Menge der Bacillenherde mit ihren Folgen mehr oder weniger beherrscht. — Die bacillenhaltigen Krankheitsproducte erzeugen, in richtiger Zahl und Weise auf das Versuchsthier überimpft, wieder echte Tuberculose. Damit, sollte man meinen, ist doch auch für diese Krankheit der Charakter einer echten, durch den Bacillus unvermittelt übertragenen Infections-Krankheit erwiesen. Und doch entstehen bei genauerer Betrachtung gewichtige Zweifel, ob beide Krankheitsprocesse, bezüglich ihres Entstehungsmomentes eine völlige Einheit zeigen.

Es macht die Vorstellung keine Schwierigkeit, dass durch Hautwunden, Ausschläge, durch die Einathmung in ein eiterndes Lungengeschwür und auch vielleicht durch die Nahrung Bacillen oder deren Sporen ins Drüsen- oder Gefässsystem gelangen und von hier aus, durch Wanderzellen, Durchbruch u. s. w. eine Infection der verschiedensten Körpergewebe, eine echte Tuberculose erzeugen können. Die Bedingungen für diese Form der Uebertragung sind allgemeine, sozusagen äussere — sie haben mit dem Zustande des betroffenen Individuums in nächster Linie nichts zu thun, die Auslösung ist unabweislich locale oder allgemeine Tuberculose. Dagegen haben wir noch keine Antwort auf die Fragen: unter welchen Bedingungen haftet und entwickelt sich der von jedem Culturmenschen gewiss tausendfach eingeathmete Bacillus (die Einathmung als den Hauptweg der Uebertragung, wie bis jetzt geschieht, angenommen) in den Lungen; warum erkrankt, bei relativ gleich grosser Möglichkeit nur eine verhältnissmässig geringe Zahl von Menschen unter dem eigenartigen,

meist chronischen Bilde der Lungenschwindsucht? Nun sehen wir so oft Phthisen unmittelbar auf Schädlichkeiten sich entwickeln, die mit einer Bacillen-Invasion in gar keiner begreiflichen Beziehung zu stehen scheinen, wir sehen, dass so viele Menschen, sogar solche, die wir nach den bisherigen Anschauungen als exquisit Disponirte betrachten müssen, in zweifellos bacillen-geschwängelter Atmosphäre bis ins hohe Alter leben ohne tuberculös zu werden. Diese und ähnliche Beobachtungen sowie die Hereditätsfrage fordern gewisse Vorbedingungen, ohne deren genaue Ergründung die Frage offen bleibt, ob die Phthise bezüglich ihrer Entstehung eine reine Infectiouskrankheit ist wie Scharlach und Masern, soweit dieser Begriff für uns bis jetzt fest steht, d. h. eine Krankheit, die auf einen Menschen übertragen wird, den wir bis zu diesem Augenblick für gesund halten mussten. Natürlich gesund in dem Sinne, wie wir einen lange nicht Revaccinirten, für Pocken wieder empfänglich Gewordenen doch für gesund halten. Oder es wirft sich die Frage auf, ob die bacilläre Phthise erst noch eine besondere Erkrankung, welche Wesen und Verlauf der hinzutretenden Infection mitbestimmt, zur Voraussetzung hat, und also erst von einem gewissen Zeitpunkte an den Charakter einer Infectious-Krankheit annimmt. Ohne diese Voraussetzung und wäre deren Dauer eine zeitlich noch so beschränkte, existirte dann der Tuberkel-Bacillus für den, im obigen Sinne Gesunden sowenig wie die Pyämie, die s. g. spontane ausgenommen, für den nicht Verwundeten.

Man fasste in Anbetracht der täglichen Erfahrung diese zwingende logische Forderung einer Vorbedingung anfangs in die Worte „Disposition, Nährboden“. — Soweit meine Kenntniss reicht, stellte man sich darunter gewissermaassen chemische Abweichungen geringsten Grades vor, wie sie sich bei der Herstellung von Culturflüssigkeiten und Nährgelatinen

als belangreich erwiesen hatten. Diese Art der Disposition war natürlich nur eine Annahme, ein Wort, das einen klaren Begriff, ein beweisbares Substrat nicht zur Unterlage hatte. Man hat sie desswegen auch ziemlich allgemein fallen lassen. Das Glied zum Schliessen der Kette fehlt aber damit; man hat daher von verschiedenen Seiten versucht es zu finden. In einer von mir mit Dr. Meissen veröffentlichten Arbeit (Berl. klin. Wochenschrift 1883, No. 7 u. ff.) hatte ich eine Reihe von Gründen beizubringen geglaubt für die Annahme, dass die, mit dem eigenartigen phthisischen Process einhergehende Verkäsung den gesuchten Nährboden für die Ansiedlung des Bacillus darstelle, dass die bacilläre Phthise eine complexe Erscheinung, keine unter den gewöhnlichen Bedingungen vom Kranken auf den Gesunden übertragbare Krankheit sei. Diese, als Versuch der Erklärung auftretende Darlegung wurde von Koch alsbald in einer, kaum motivirt brüsquen Weise zurückgewiesen. Inzwischen wurde man kühler, die Annahme, dass gewisse Krankheitszustände der Lungen oder ihrer Schleimhaut eine der häufigsten Vorbedingungen für die Infection seien, gewinnt mehr und mehr Boden, und wenn Koch selbst in seiner letzten grösseren Arbeit (Mittheilungen des Reichs-Gesundheits-Amtes 1884) sagt, dass besonders günstige Momente als Hilfsursachen für das Zustandekommen der Infection eintreten müssen, wie Masern, welche die Schleimhaut des schützenden Epithels berauben, oder Zustände, welche stagnirende Secrete liefern, Adhäsionen der Lunge, welche ausgiebige Bewegung hindern, Form des Brustkastens u. s. w., so sehe ich darin eine, meiner Auffassung im Princip sich nähernde Tendenz. Ich bin nicht so einseitig, an der Existenz eines bereits bestehenden Käseherdes, wofür mir der zwingende Beweis fehlt, hartnäckig festzuhalten, es genügt die Annahme einer besonderen Er-

krankungsform des Athemorgans, um die Schwierigkeiten für das Verständniss so vieler klinischen Erscheinungen beim Entstehen der Phthise zu erleichtern, ihr aber auch damit im streng logischen, und auch ätiologischen Sinne für eine kurze Zeit ihres Bestehens die Einheit mit der echten Tuberculose zu rauben. Freilich ist die bacilläre Phthise eine locale Infections-Krankheit und deckt sich dann als solche mit den Hauptmerkmalen der Tuberculose. Ich möchte nur die Wahrscheinlichkeit vertreten, dass es sich um eine bestimmte, entzündliche Erkrankung handeln muss, bevor der Bacillus seine Herrschaft antreten kann.

Die gesunde Lunge hat eine Anzahl von Schutzvorrichtungen gegen den Bacillus, das ist sicher, sonst wären alle Menschen tuberculös, die croupöse Lungenentzündung kann die gesuchte Vorbedingung nicht sein; die Fälle, in denen sich aus ihr eine echte Phthise entwickle, sind zu selten, werden sogar von Manchen noch angezweifelt. Eben so wenig sind es die acute und chronische Bronchitis, selbst nicht solche, die mit überreicher eitriger Secretion und Bronchiectasien einhergehen, wie die tägliche Beobachtung und hundertfältige Untersuchungen beweisen. Auch das Emphysem ist auszuschliessen, ebenso wie die Difformitäten des Thorax an und für sich, denn wir sehen sowohl Emphysematiker wie Bucklige ganz auffallend selten an Phthise erkranken.

Es bleiben von den uns bekannten Zuständen, wie ja die so zahlreichen ungünstigen Ausgänge der Masern und des Keuchhustens lehren, nur die Catarrhal-Pneumonie oder ihr ähnliche Processe wie die Bronchopneumonie, die Peribronchitis als *causae proximae* übrig, zu welchen der Bacillus als *causa movens* hinzutritt, um aus der ursprünglich rein entzündlichen eine Infections-Krankheit zu machen. Man braucht dabei natürlich nicht sogleich an eine lappenweise Erkran-

kung mit Dämpfung, Bronchial-Athmen, kurz den ganzen Apparat der Schuldiagnose zu denken, das Auftreten derselben kann, was In- und Extensität anlangt, von der denkbar minimalsten Beschränkung sein und ist dies, selbst für den kundigsten Beobachter sehr häufig. Das Wesentliche läge dann nicht in dem Katarrh, in der Erkrankung der Schleimhaut, der feinsten Bronchien, sondern in der Miterkrankung des Unterlagers, in dem, unbestreitbar nachgewiesenen Fortschreiten des Processes auf die Alveolen über deren Epithel-Auskleidung hinaus. Das, was man katarrhalische Pneumonie nennt, ist eigentlich von Hause aus nur eine Capillarbronchitis, eine Bronchiolitis, an welcher die Lungen durch collaterales Oedem, Atelectase, locales Emphysem und Anschoppung, in Folge des, nach einzelnen Alveolar-Läppchen aus den Bronchien verschobenen Secretes theilnimmt (Buhl). Durch diese Vorgänge erst dürfte die Oberfläche des Bronchialbaumes eine Störung erleiden, welche für Haften und Weiterentwickeln des Pilzes die Möglichkeit geben. — Ob diese Anschauung oder eine ihr entsprechende die richtige ist, bleibt vorerst dahin gestellt, die zukünftige Forschung kann darüber erst endgültig entscheiden. Vor den oben angeführten hypothetischen Annahmen hat sie aber das voraus, dass sie mehr und befriedigender wie diese, den so häufig unter unseren Augen sich abspielenden Entstehungsmodus der gewöhnlichen Phthise nach Erkältungen, Ueberanstregungen, erschöpfenden Vorkrankheiten, die Hereditätsfrage, das Freibleiben so vieler Menschen u. s. w. erklärte. — Soweit ich die betreffende Literatur übersehe, sind die Ansichten der klinischen Autoren und auch der pathologischen Anatomen über diese hochwichtigen Punkte noch durchaus unentschieden. Seitz z. B. hält sich noch der unvermittelten Uebertragung des Bacillus gegenüber in Reserve, er erwartet den Nachweis der inneren

Bedingungen derselben von weiteren Forschungen. Aber selbst ein, der absoluten Infections-Theorie zuneigender hervorragender Kliniker wie E. Wagner muss die Möglichkeit des von mir soeben vertretenen Standpunktes zugeben. Er sagt (D. Archiv 23): „Die käsigen oder tuberculisirenden Pneumonien stehen zur Tuberculose klinisch und pathologisch-anatomisch, mit grösster Wahrscheinlichkeit auch ätiologisch in der innigsten Beziehung. Mit wenigen Ausnahmen sind die käsigen Pneumonien Entzündungen, welche entweder gradezu durch den Tuberkel-Bacillus erzeugt oder doch wenigstens modificirt sind. Im Auswurf der acuten Fälle käsiger Pneumonien finden sich anfangs keine Bacillen.“ Bekannt sind die Einwände Aufrechts, denen auch neuerdings Prof. Langerhans sich anschliesst, wonach für die menschliche Phthise noch zu eruiren sei, was denn zuerst da ist, eine kranke Lungenspitze oder der Tuberkelbacillus.

Bestimmter formuliren sich schon die Ansichten der Autoren über die Gefahrlosigkeit des Bacillus für den Gesunden. Baumgarten, der hervorragend an der Infectionslehre betheilig ist, sagt: die klinische Erfahrung spricht im Grossen und Ganzen wenig dafür, dass Zusammenleben mit tuberculösen Individuen die Gefahr involviret, Tuberculose zu acquiriren. Naunyn bezweifelt die Ansteckungsfähigkeit der menschlichen Phthise. Bollinger erklärt die Erfahrung des täglichen Lebens mit der Annahme in Uebereinstimmung, dass die Luft der von Phthisikern bewohnten Räume nicht in dem Maasse infectiös sei, als Manche anzunehmen scheinen — die Uebertragung der Tuberculose, ihre Contagiosität sei eine so eigenthümliche und jedenfalls so beschränkte, dass uns vorläufig, abgesehen vom Aussatz — jeder Vergleich und damit das volle Verständniss für das geheimnissvolle Walten der dabei in Betracht kommenden Factoren abgehe, die

Hilfsursachen spielten zum mindesten, ja vielleicht eine grössere Rolle wie die Infectiosität. Prof. Voltolini (Monatschrift für Ohrenheilkunde, Kehlkopfkrankheiten etc. 314. 1884), dem die Erfahrungen einer ausgedehnten 25 jährigen Specialpraxis zu Gebote stehen, erkennt zwar die hohe diagnostische Bedeutung des Tuberkel-Bacillus an, resümiert aber seine Ansicht dahin: „die Tuberculose kann durch Impfung übertragen werden, die Thatsache aber besteht, dass bei einer Krankheit, die seit Jahrtausenden das Menschengeschlecht decimirt und täglich massenhaft vorkommt, noch kein einziger Fall von Ansteckung sicher constatirt ist. So lange man dem Menschen nicht die Tuberculose einimpft, halte ich eine Ansteckung im gewöhnlichen Sinne, d. h. im Verkehr und Umgange mit Schwindsüchtigen weder für erwiesen noch für möglich“. Er bezieht sich im Weiteren auf Heitler's Worte: „Aber gegenüber experimentellen Forschungen bewahren durch Jahrhunderte sanctionirte ärztliche Erfahrungen ihr volles Recht und eine Lehre kann nur dann als feststehend betrachtet werden und kann nur dann Befriedigung gewähren, wenn Experiment und Erfahrung sich in vollkommener Uebereinstimmung befinden. Hier herrscht jedoch vorläufig zwischen Theorie und Praxis eine Kluft, über welche die, im Sinne der herrschenden Theorie geschlagenen Brücken nur eine lose Verbindung schaffen. — Nach einer von Prof. Humphrey in der Cambridge Med. Society vorgelegten Statistik über die diesbezüglichen Erfahrungen an den Aerzten, Oberinnen, Wärtern und Krankenpflegerinnen in den letzten 36 resp. 15 Verwaltungsjahren des Brompton- und Cheast-Hospital zog er unter Zustimmung der Gesellschaft aus den angeführten Thatsachen den Schluss, dass eine Uebertragung der Lungenschwindsucht von Kranken auf Gesunde ausser aller Wahrscheinlichkeit liege. Damit stimmen

meine eigenen Erfahrungen aus einer 14jährigen Praxis an Heilanstalten für Lungenkranke völlig überein. Die Resultate der von dem Verein für innere Medicin, unter Prof. Leyden's Führung angeregten Sammelforschung für Krankheiten stehen noch aus; vielleicht und hoffentlich bringt dieses grossartig angelegte Unternehmen mehr Licht in die ebenso dunklen wie hochwichtigen Verhältnisse. Denn erst wenn dies der Fall ist, stehen wir an dem Punkte, an welchem wir, prophylactisch und therapeutisch den einzig rationellen und wirksamen Hebel gegen das schwere, auf der gesammten Menschheit lastende Uebel ansetzen können. So viel ist sicher, dass zur Stunde die Kenntniss des Bacillus uns, abgesehen von der Diagnose, praktische Ergebnisse noch nicht gebracht hat. „Für das grosse Publikum“ sagt Marchand (D. med. Wochenschr. 15. 1883) ist der Pilz vorläufig ohne Bedeutung — das Hauptinteresse, welches seine Entdeckung hat, ist ohne Zweifel das wissenschaftliche — der praktische Nutzen der Entdeckung der Tuberkel-Bacillen beschränkt sich wohl bis jetzt auf den diagnostischen Werth ihres Nachweises, die Therapie erleidet keine Aenderung.“ — Koch selbst spricht sich über diesen Punkt (l. c.) dahin aus: „es scheine nach den bisher angestellten Versuchen allerdings in therapeutischer Richtung keine allzu grosse Aussicht vorhanden zu sein, dass es gelingen wird Mittel zu finden, welche den Parasiten im Körper des Kranken beeinflussen, wir seien daher auf die Prophylaxe angewiesen“. — Bei der fast unmöglich erscheinenden wirksamen Vernichtung des Pilzes durch Desinfection sind wir daher wieder auf die wichtige Frage der Vorbedingungen, der Hülfsmomente für Haftung und Weiterentwicklung desselben im menschlichen und thierischen Körper hingewiesen, und es springt damit die eminente Wichtigkeit der Kenntniss jener von Neuem in

die Augen. Unser heutiges Thun der Lungenschwindsucht gegenüber hat sich, solange nicht völlige Aufklärung geschaffen ist, an die praktischen Erfahrungen zu halten, welche zur Verhütung, Besserung und Heilung derselben sich bewährt haben. Wir haben im Auge zu behalten, dass alle die wesentlichen Momente, welche bisher als zur Phthise führend angesehen wurden, jetzt, nach Entdeckung des Bacillus, ihren Werth zum mindesten als ein Theil der gesuchten Hilfsursachen behalten. Wir haben namentlich mit dem Gesetze der Infectionslehre zu rechnen: dass Alles, was zur Herabsetzung der Vitalität des Zellenlebens, zur Verminderung des Stoffwechsels und der Circulationskräfte führt, die Existenz und Ausbreitung der Infectionskeime ermöglicht und begünstigt, dass das Gegentheil von Allem dem die gefährdende Bedeutung derselben für die Lunge und den Organismus aufhebt, und wir haben schliesslich nie zu vergessen, dass auch die bacilläre Phthise heilbar ist.

Wir stehen damit praktisch noch auf demselben Boden, der auch in der ersten Auflage dieser Schrift vertreten wurde und können von ihm aus, ohne mit der Infectionslehre in Widerspruch zu gerathen den seither gültigen Gesichtspunkten ihren ungeschmälerten Werth beimessen. Diese beruhen also der Hauptsache nach und für die Mehrzahl der Fälle in der Annahme gewisser, unter den bekannten Bedingungen mit Vorliebe entstehender, entzündlicher Vorgänge in den terminalen Luftwegen als den Hilfsmomenten für die jetzt bekannte bacilläre Infection. Die Möglichkeit einer directen Uebertragung unter ganz besonderen Umständen soll damit nicht geleugnet werden.

Wir müssen uns so oft mit Hypothesen als Unterlagen für unser praktisches Handeln behelfen, wir haben solche nöthig, um irgend welche Einheitlichkeit und festen Plan in