

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Die Tuberkulose

Cornet, Georg

1907

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Shelf Mark: Ui VI 1958 -2-

14. Tuberkulose der Lymphdrüsen.

[urn:nbn:de:hbz:38m:1-129189](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:38m:1-129189)

konstant vermehrt; doch glaubt er ihr einen Einfluß auf die Entwicklung des tuberkulösen Prozesses absprechen zu müssen. Nach seinen Resultaten hat die Schilddrüse keinerlei Immunität und keinerlei besonderen Verteidigungsmechanismus gegen die tuberkulöse Infektion, sondern die Tb. B. entwickeln sich dort wie in jedem anderen Organe. So wertvoll Tomellinis Versuche besonders nach der histologischen Seite sind, können wir diese Injektion von einer Schuppe Kultur direkt auf dem Blutwege ins Organ doch kaum mit der natürlichen Infektion durch einzelne Keime vergleichen. Diese Fragen harren also weiterer Lösung.

14. Tuberkulose der Lymphdrüsen.

Die Lymphdrüsen, vornehmlich die Bronchialdrüsen, sind bei der Lungen-Tb., namentlich im jugendlichen Alter, wohl ausnahmslos am Krankheitsprozeß beteiligt und schwellen oft zu sehr umfangreichen, verkäsenden Paketen an. Auf dem Durchschnitt sieht man zuerst feinste, höchstens hirsekorngroße Knötchen, später erscheint die Schnittfläche homogen, glänzend, blaßrot oder gelblich und körnig. Mikroskopisch zeigen sich Nester von epithelioiden und Riesenzellen (großzellige Hypertrophie), später Verkäsung, Rückbildung, Verkoidung oder Erweichung.

Die Bronchialdrüsen, bei geringem Umfange oft symptomlos, machen sich bei erheblicher Größe subjektiv durch das Gefühl der Schwere und Beklemmung, sogar durch heftige Schmerzen, die bis ins Gesicht ausstrahlen, bemerkbar; ferner entstehen Druckerscheinungen auf die benachbarten Nerven. Durch Kompression der Vagi wird der Puls dauernd oder anfallsweise beschleunigt, eine namentlich bei jugendlichen Phthisikern bekannte Erscheinung; durch Kompression sensibler Vagus-äste wird die Reflextätigkeit der Tracheal- und Bronchialschleimhaut herabgesetzt und sind dadurch Katarrhe begünstigt, durch Beteiligung des Sympathikus wird die Pupille auf der erkrankten Seite erweitert, durch Druck auf den Rekurrens und die reizbare Bifurkation krampfhafter, pertussisähnlicher Reizhusten, selbst Erbrechen erzeugt. Druck auf Trachea und Bronchien haben eine Verengerung, besonders bei Bewegung zur Folge. Es treten dann Dyspnoe, selbst Orthopnoe, hin und wieder asthmatische Anfälle auf. Rekurrenslähmung ruft Stimmbandparese, Pression auf den Ösophagus manchmal Dysphagie hervor. Druck auf den Aortenbogen kann eine Hypertrophie des Herzens erzeugen, Kompression der Vena cava superior Ödem im Gesicht und Cyanose nach sich ziehen. Druck auf die Lungenvenen verursacht Hyperämie, Stauung und Neigung zu Nasenbluten.

¹⁾ Über Infektion der Lymphdrüsen s. S. 353

Die durch Bronchialdrüsen entstandenen Stenosen der Bronchien und der Trachea machen zuweilen sogar die Tracheotomie erforderlich (Petersen, Fronz). In einem Falle Nachods wurden durch die Wunde zwei große, vollkommen verkäste Drüsenstücke ausgehustet. Erhebliche Schwellungen der Bronchialdrüsen lassen sich auch physikalisch konstatieren. Das Atmungsgeräusch, welches normalerweise im Interskapularraum hin und wieder einen schwach hauchenden Charakter hat, ist entsprechend den besseren Leitungsverhältnissen über dem 2. bis 5. Brustwirbel verstärkt, deutlich bronchial mit lautem blasenden Exspirium, durch Kompression des Bronchus kann das Atmungsgeräusch und der Stimmfremitus abgeschwächt sein. Perkutorisch tritt zuweilen im oberen Teil des Sternums, etwa vom 3. oberen Interkostalraum bis zur Klavikula eine unregelmäßig begrenzte und umschriebene Dämpfung auf.

Bei sehr großen Drüsenpaketen findet man auch in der Interskapulargegend eine Dämpfung. Die geschwollenen Bronchialdrüsen verwachsen oft mit den Nachbargebilden, mit Pleura und Perikard, und ziehen diese in Mitleidenschaft; die tuberkulösen Drüsen können entweder wieder zurückgehen und durch Schrumpfung, Verkreidung oder Verkalkung ausheilen, oder sie erweichen und verkäsen. Sie können einen Bronchus oder die Trachea perforieren und so die Luftwege infizieren. Durchbrüche in die Gefäße ¹⁾ finden selten statt, ebenso in den Ösophagus. Große Gefahr aber erwächst, wenn Bronchialdrüsen in die Aorta und einen Bronchus oder den Ösophagus durchbrechen. Gleichzeitiger Durchbruch in Aorta, einen Bronchus oder den Ösophagus verursacht unter heftigem Blutsturz in wenigen Minuten den Tod (Widerhofer, Vogel, Kidd, Michael). Bei Kindern treten solche Zufälle im allgemeinen öfter ein, doch sind sie auch bei Erwachsenen nicht sehr selten (Brodier und Lecène). Ich habe einmal innerhalb 14 Tagen zwei ältere Herren auf diese Weise verloren. Der eine hatte diabetische Phthise und durch seine Bronchialdrüsen asthmatische Beschwerden, der andere monatelang pleuritische Schmerzen, ohne daß objektiv sich eine Ursache bestimmt nachweisen ließ. Auch Hautemphysem kann infolge eines Durchbruches in die Bronchien entstehen (Benda).

Die Mesenterialdrüsen rufen wenig charakteristische Symptome hervor. Sie lassen sich hie und da bei schlaffen Bauchdecken als dicke knollige Masse durchfühlen. Bei längerem Bestand der Mesenterialschwellungen ist der Unterleib meist aufgetrieben.

Häufig sind die Mesenterialschwellungen von Verdauungsstörungen und Durchfällen begleitet und üben zuweilen eine Kompression auf die großen

¹⁾ Arrosion von Arterien oder Venen, die an einer mit dem Bronchus kommunizierenden Drüsenkaverne liegen, führt öfters zu den rätselhaften Blutungen ohne nachweisbare Lungenveränderungen.

Gefäßstämme aus. Sie können ausheilen und verkreiden. Mitunter brechen sie in die Peritonealhöhle durch, es kommt dann zu tuberkulöser Peritonitis oder sie verkleben mit der Darmwand und führen zu Perforationen. Die Ernährungsstörungen führen zu starker Abmagerung, daher der Name *tabes mesaraica*.

Die Krankheit kann selbst bis zum Tode fast symptomlos verlaufen. So beobachtete Etsches ein 7jähriges, gut genährtes Kind mit vorgeschrittener Mesenterialdrüsen-Tb., bei dem erst 5 Tage vor dem Tode heftige Leibschmerzen, Gallenbrechen, Fieberdelirien auftraten.

Die auf Mesenterialdrüsen beschränkte Tb. kann zuweilen einen großen Tumor vertauschen. So fand Grüneberg bei einem 8jährigen, sonst gesunden Mädchen (Lunge frei, Sektion) einen kindskopfgroßen fluktuierenden Tumor, der zufällig entdeckt, schmerzlos und sehr beweglich war. Die Operation erwies ihn als tuberkulösen Mesenterialabszeß, wohl von einem früheren, jetzt strahlig vernarbten Ulkus ausgehend. Diagnostisch ist den Darmtumoren sonst große Schmerzhaftigkeit oft mit Zwangstellung (mit aufgezogenen Beinen), große Beweglichkeit, Aufstoßen, Erbrechen und wechselnder Stuhl, meist Obstipation, eigentümlich.

Die Halsdrüsen, welche bei der Skrofulose die Hauptrolle spielen, sind bei der Phthise namentlich Erwachsener auffallend selten erkrankt. Nur zuweilen entwickeln sich meist symptomlos einige harte, bohngroße Drüsen am Kieferwinkel, die zentripetal fortwachsend zwischen die tieferen Weichteile eindringen.

Zuerst verschieblich, werden sie später fixiert und verbacken zu großen knolligen Geschwülsten, die schließlich auch mit der Umgebung und der Haut verwachsen und Druckerscheinungen der benachbarten Gebilde: Trachea, Ösophagus, Venen, Nerven, hervorrufen können.

Der Verlauf, der sich oft über Jahre hinzieht, ist auch hier Rückbildung oder Verkäsung, Erweichung und Durchbruch. Die gewöhnliche Ursache der Vereiterung liegt in der Aufnahme sogenannter Sekundärbakterien von der Mund- und Rachenhöhle aus. v. Brunn hat in v. Bergmanns Klinik unter 39 Fällen vereiterter tuberkulöser Halslymphome 28mal mikroskopisch, in den anderen Fällen durch das Plattenverfahren Streptokokken gefunden (Ausführliches s. Cornet, Skrofulose, S. 96—103).

In seltenen Fällen bilden sich voluminöse Drüsenpakete unter stärkerem Fieber in wenigen Monaten aus. Delafield, Askanazy, Weißhaupt, Waetzold haben eine subakute Form beschrieben, deren Verlauf dem des malignen Lymphoms entspricht.

Diagnose. Vor allem ist daran festzuhalten, daß nicht alle Hals- und Bronchialdrüsentumoren tuberkulöser Natur sind. Namentlich bei den Halsdrüsen wird zu gunsten aprioristischer Ansichten die Frequenz der Tb. von manchen Autoren (Volland u. a.) sehr überschätzt. Oft läßt erst

das Sekret der zerfallenen Drüsen ein sicheres Urteil zu. Erleichtert ist die Diagnose, wo die gleichzeitige Phthise auf Tb. hinweist. Trotzdem wird man auch hier die Möglichkeit einer gleichzeitigen Leukämie, namentlich Pseudoleukämie (Hodgkinschen Krankheit) im Auge behalten müssen. Leukämie hat den charakteristischen Blutbefund wie den Milztumor zu eigen. Im Gegensatz zu den pseudoleukämischen Tumoren, die gleichfalls am Halse beginnen und nach der Achsel- und Inguinalgegend sich verbreiten, sind die tuberkulösen Lymphome in der Regel nicht so multipel und zeigen einen langsameren Verlauf, während die Dauer der Pseudoleukämie von einigen Monaten bis auf 2—3 Jahre sich erstreckt. Außerdem ist die Milz auch bei der Pseudoleukämie mehr oder minder geschwollen, die Tumoren bleiben verschieblich, es fehlt die Tendenz zum Zerfall und die Blutuntersuchung ergibt hin und wieder eine Vermehrung der weißen Blutzellen. Eosinophile Zellen kommen in malignen Lymphomen zahlreich, in tuberkulösen anscheinend selten vor (Kanter). Fieber spricht eher für Tb., namentlich bei hektischem Charakter, hin und wieder kommt aber auch bei Pseudoleukämie erhöhte Temperatur vor (Schur); Schmerzhaftigkeit zeigt sich gleichfalls eher bei tuberkulösen Drüsen. In zweifelhaften Fällen kann uns die Tuberkulinreaktion (v. Noorden) und der Tierversuch aus der diagnostischen Verlegenheit helfen, wobei wir aber auch mit eventueller Kombination von Tb. und Pseudoleukämie (Askanazy, Waetzold, Buhlius u. a.) zu rechnen haben. Oft entscheiden erst Probeexzision und Mikroskop. Zur Unterscheidung kommen noch das schnellwachsende Sarkom, die Gummiknoten der tertiären Lues, Zysten und Aneurysmen in Betracht.

Hinsichtlich der tuberkulösen Mesenterialtumoren muß man eine Verwechslung mit den häufigsten Tumoren: den Mesenterialzysten (Augagnier, Hahn, v. Bramann, Löhlein), den Mesenteriallipomen (Terrillon, 1 Lipom von 29 kg; van der Veer), Mesenterial-Echinokokkus (Pannas) sowie von Ovarialtumoren, Tubargravidität, Ren mobilis, Aszites meiden.

Therapie. Bei kleineren, noch nicht verwachsenen, oberflächlichen Drüsen kann man anfangs den Versuch machen, durch Einreibungen von Jodkalisalben einzuwirken. Weit wirksamer scheint die systematische Anwendung der Schmierseife ¹⁾ nach dem Vorgange von M. Höfler, Kapesser, Haußmann, Hoffmann zu sein.

¹⁾ Man nimmt von der gewöhnlichen Schmierseife, eventuell mit Zusatz von ätherischem Öl $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ Eßlöffel und läßt 2—4mal wöchentlich abends ohne Rücksicht auf Lokalisation der Drüsen die Rückseite des Rumpfes oder die Vorderseite 10 Minuten lang einreiben, dann nach $\frac{1}{2}$ —1 Stunde mit warmem Wasser abwaschen. Wenn die Haut wenig empfindlich ist, so kann man die Schmierseife bis am folgenden Morgen darauflassen.

Von einer Reihe selbst umfangreicher und zweifellos tuberkulöser Drüsen habe ich bei konsequenter Behandlung vollständiges Zurückgehen konstatiert. Auch durch Sol- und Seebäder in Verbindung mit klimatischen Kuren verschwinden selbst größere Drüsenpakete, freilich erst nach längerer Zeit vollständig.

Lassen sich die Eintrittspforten feststellen, so ist unsere erste Aufgabe ihre Behandlung und Entfernung soweit es möglich ist, z. B. bei tuberkulösen Tonsillen oder adenoiden Vegetationen an Zähnen, Zahnfleisch, an Nase und Auge. Häufig beobachtet man dann auch ein spontanes Zurückgehen der regionären Drüsenerkrankung (Jessen u. a.)

Bleibt diese Therapie erfolglos oder breitet sich der Prozeß sogar weiter aus, so sind manche Autoren für sofortige Operation. In neuerer Zeit ist von mehreren Seiten (v. Bergmann, Miculicz, Hammerschlag u. a.) der günstige Einfluß von 10% Jodoformglyzerininjektionen, 1—2 cm^3 , mit vorhergehender Aspiration und Ablassen erweichter Drüsenabszesse betont worden.

Erweichte Drüsen werden zuerst mit dicker Kanüle (wegen des großbröckligen Eiters) entleert, wobei der Einstich zur raschen Verklebung der Stichwunde möglichst schräg angelegt wird. Man verwendet feinstes Jodoform in reinem Glyzerin 10:100, vor dem Gebrauch zu schütteln, jede Woche frisch zu bereiten. Sterilisation ist unnötig (v. Bergmann). In Höhlen kalter Abszesse werden bis zu 50 cm^3 eingespritzt (Lexer). Vorsicht wegen möglicher Jodoformvergiftungen!

Hammerschlag berechnet sogar einen Heilerfolg von 90%. Diese Erfahrungen kann ich aus eigenen Beobachtungen bestätigen. Von R. Simon wurden interstitielle Injektionen schwacher Dosen Guajakolkampfer ($\frac{1}{4}$ cm^3 Injektion auf eine Drüse) empfohlen, aber nur im indolenten Stadium.

Cordua empfiehlt Entleerung erweichter Drüsen durch Aspiration, Auswaschen mit Sublimat 1:5000, Auspressen und Kompressivverband, während Calot durch 3—4 Einspritzungen von 2—3 g Chlorzinklösung (1:50) die Drüsen zur Erweichung bringt, dann den Inhalt aspiriert und mit Kampfer-naphthol nachbehandelt.

Zeigt sich die Injektionsmethode erfolglos, so warte man mit der Operation nicht zu lange, denn die Chancen für eine vollständige Ausräumung und eine gute Narbe sinken, je größer die Zahl der ergriffenen Drüsen ist und je mehr periarteritische Prozesse sich ausgebildet und die Haut mitbeteiligt haben. Die ziemlich günstigen Erfolge des operativen Vorgehens zeigt unter anderem Fr. Fischers Statistik: 1273 operierte Fälle ergaben 57·65% Heilungen, 28·84% lokale Rezidive, 13·51% Todesfälle, 1—16 Jahre nach der Operation.

Tuberkulose der Lymphgefäße.

Die tuberkulöse Lymphgefäßentzündung ist, so selten sie vorkommt, etwa 6mal bei Phthisikern im Anschluß an periphere Hauterkrankung, namentlich an der oberen Extremität, beobachtet worden.

Die größeren Lymphgefäße zeigen sich verdickt und in feste, zuweilen rahmigen Eiter enthaltende Stränge verwandelt. Im weiteren Verlauf verlöten die Stränge mit der Nachbarschaft. Das Endothel ist gewuchert und das Gefäßlumen verkleinert, die Wandschichten von dichter Zellinfiltration durchsetzt. Daneben findet man Riesenzellen und vereinzelte Tb. B.

Bei der Palpation lassen sich die perlschnurartigen, knotigen Verdickungen leicht feststellen. Die Knötchen werden der Haut adhärent, die ein livides Aussehen annimmt. Später kommt es häufig zur Abszedierung.

Die **Diagnose** läßt sich aus dem primären Herde leicht stellen, zur Unterscheidung kommen nur die sehr harten, syphilitischen und die karzinomatösen Lymphgefäßentzündungen in Betracht.

Die **Prognose** gestaltet sich häufig nach den übrigen Herden.

Die **Therapie** ist operativ. In einem Falle beobachtete Morell-Lavallée nach Injektion von Jodoformäther und intramuskulärer Injektion von Jodoformvaselin schnelle Besserung. (Siehe auch Karg, Morell-Lavallée, Lejars, Goupil, Jordan, Fischer u. a.)

Tuberkulose der Haut.

- Acker, Die Übertr. d. Tb, d. Vace., C. f. a. Ges., Dez. 1884. D. M. Z. 1885, S. 328.
- Adamson, Br. J. of D. 1899, p. 20.
- Adenot, De l'orig. oss. de cert. ulcérat. tub. de la peau en apparence exclusivement cutanées R. d. ch. 1893, p. 833.
- Alexander A., Zur Histol. d. Folliculis. Verh. d. D. dermat. Ges. 7. Cgr. 1901, S. 209.
— Schles. Ges. f. vaterl. Kult. in Breslau. Ref. D. m. W. 1903, Nr. 21, S. 163. —
Weit. Beitr. z. Kl. u. Hist. d. Folliklis. A. f. D. 1904, Bd. 70, p. 17, S. 1018.
- Anthony H., The relat. of Lup. erythem. to tub. J. Am. med. Ass. Nr. 2. D. m. W. 1903, L. B., p. 38.
- Antinori, La tub. verr. Macerata trat. Manzini 1903.
- Arning, Tb. verruc. cutis a. d. Bas. d. link. Zeigef., Ä. Ver. Hamburg, 7. Oktober 1890. M. m. W. 1890, S. 715.
- Audry C., Allg. Tub. u. Eleph.-Dermat. ekzem. seborrh. Urspr. Mh. f. pr. D., B. 23, Nr. 9. C. f. Ch. 1897, p. 150. — Üb. Tuberkulide. 4. int. Derm. Cgr. W. m. W. 1900, p. 2384.
- Avendano, Ét. sur la tub. par Verneuil 1888, Paris.
- Bagge, F. af tub. i. brännsar. Hygiea 1900. Nr. 10, Z. f. T., 2., p. 180.
- Baginsky B., Üb. d. Anw. d. Kochschen Tuberkulins b. Tb., B. m. Ges. Sitzg. v. 14. Januar 1891. B. kl. W. 1891.
- Baldwin, Infect. from the hands of Phthysis Transact. of. Am. climat Assoc. Ref. i. Baumg. Jb. 1898, p. 447.
- Balzer & Leroy, Tuberculides acnéiformes et nécrotiques. Ann. d. D. 1898, S. 550.
- Balzer F. & Alquier L., Érupt. de tuberculides lichénoid. et acneif. gén. Ann. d. D. 1900, p. 531.
- Barker, Not. of. cas. on an outbreak of syph. follow. tattowing. Br. m. J. 1889, May 4.
- Barthélemy M., De l'acnitis (ou d'une variété spéciale de folliculités et périfollic. généralisées et disséminées). Ann. d. D. 1891, p. 1 u. IV. int. Derm.-Cgr. Paris.
- Batut, Des formes verruqu. de la tub. cut. J. d. mal. eutan. 1894, p. 583. — Des érupt. traumat. Gz. hebd. d. sc. méd. d. Montpellier 1890. — Ann. d. D. 1891, p. 173.
- Bayet A., Üb. sek. Lup. i. Anschl. a. Op. tb. Herde. Mh. f. pr. D. 1894, Bd. 19, p. 36.
- Beck C. & Grosz J., Üb. Lich. serophulos. u. dess. Bez. z. d. „Tuberculides cut. Darier“. A. f. Khlk. Bd. 34, H. 1 u. 2. W. kl. W. 1902, p. 1230.
- Béclère, Üb. d. Häufigk. d. verrucös. Tb. d. Handrück. b. Lg. Tb., Pr. méd. 1898, April. W. m. W. 1899, p. 131.
- Behrend H., Lg. u. Kehl.-Schwinds. B. m. Ges. 22. Januar 1891, B. kl. W. 1891. — Devel. d'un lupus chez un phthis. par auto-inoc. S. M. 28. Jänner 1891.
- Bender M., Üb. d. Bez. d. Lup. vulg. z. Tb. D. m. W. 1886, p. 396.
- Besnier M. E., Lup. et son traitement. Ann. d. D., t. 4, 7—8; C. f. Ch. 1884, 9. Lup. tub. aigu, nodul., dissem. Réunion. clin. hebd. de l'hôp. St. Louis, 6. Dezember 1888. A. f. D. 1889, p. 32. — Lup. vace. Réunion. clin. hebd. de l'hôp. St. Louis, 4. April 1889. A. f. D. 1889, p. 576.