

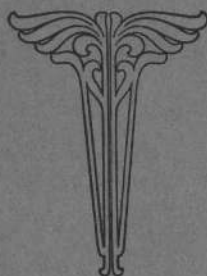


Die laterale Korrespondenz der Lungenkehlkopftuberkulose

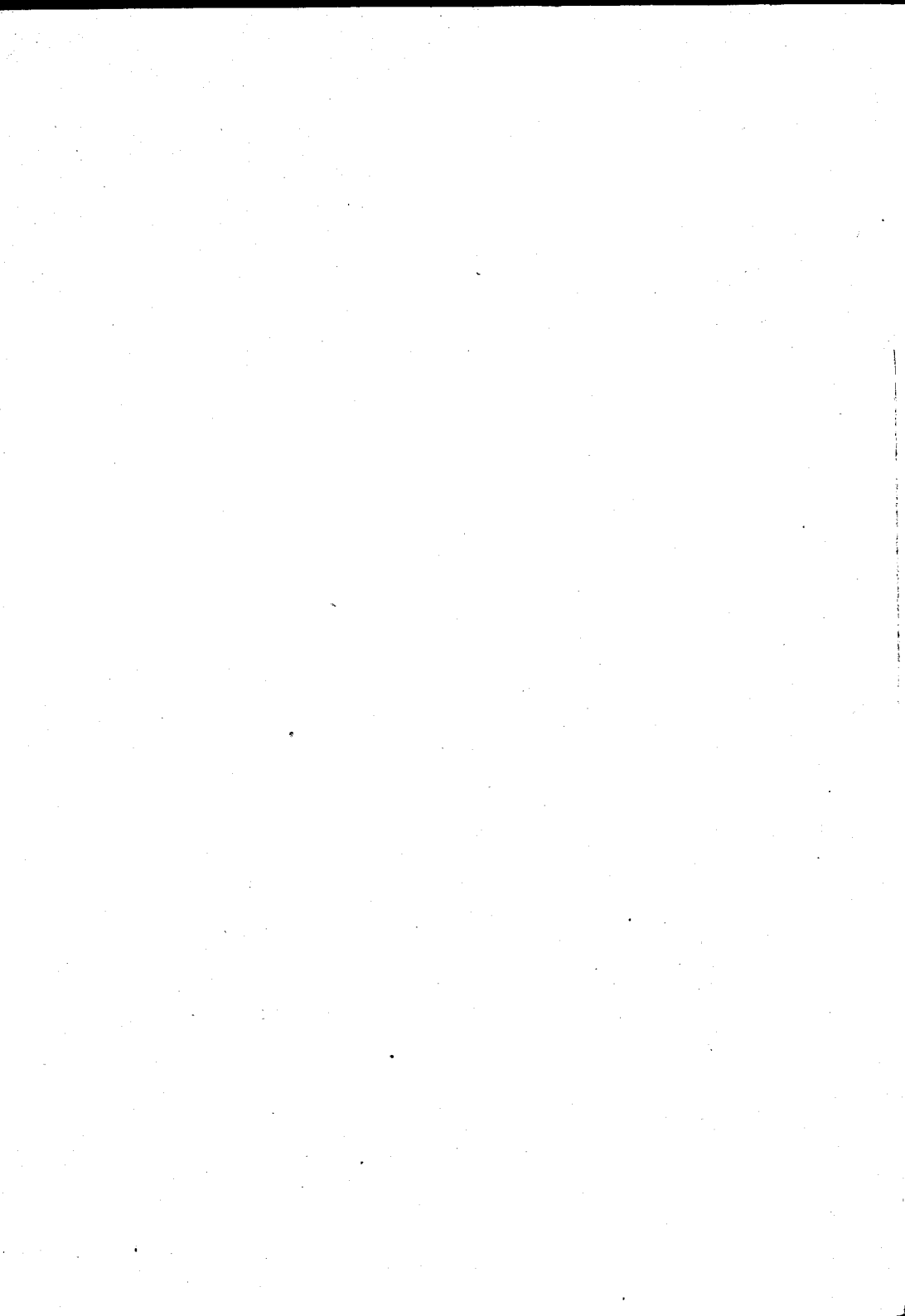


Inaugural-Dissertation

der hohen medizinischen Fakultät
der Universität Bern zur Erlangung
der Doktorwürde vorgelegt von
HANNA MAIMIN, Postaky (Wilna)



UNIONSDRUCKEREI BERN □ 1907

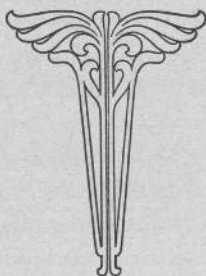


Die laterale Korrespondenz der Lungenkehlkopftuberkulose



Inaugural-Dissertation

der hohen medizinischen Fakultät
der Universität Bern zur Erlangung
der Doktorwürde vorgelegt von
HANNA MAIMIN, Postaky (Wilna)





Auf Antrag des Herrn Prof. Valentin von der
Fakultät zum Druck genehmigt.

Der Dekan der medizinischen Fakultät:
Prof. Siegrist.

Bern, den 17. Juli 1907.





Die laterale Korrespondenz der Lungenkehlkopftuberkulose.

„Das ernste, unbeeinflusste Suchen
nach dem Wahren kann allein den
Forscher zum ernststen Ziele führen.“

Die Frage der lateralen Korrespondenz der Lungenkehlkopftuberkulose hat schon verschiedene Forscher beschäftigt, unter ihnen besonders Jurasz, Magenau, Krieg. Sie wurde sehr verschieden beantwortet; so nimmt Krieg eine einseitige und korrespondierende Affektion beider Organe in 40%, Jurasz in 7,9% aller Fälle von Lungen-Kehlkopftuberkulose an. Diese grosse Differenz in einer so wichtigen Frage berechtigt uns, letztere doch wieder aufzuwerfen.

Die Frage der Korrespondenz hat nicht nur theoretisches, sondern auch eminent praktisches Interesse. Können wir uns an einer grossen Zahl von Fällen überzeugen, dass sie nicht nur ein zufälliges Vorkommnis ist, sondern bestimmte Beziehungen zwischen Kehlkopf und Lunge der nämlichen Seite bestehen müssen, so dass wir a priori eine Korrespondenz annehmen dürfen, so drängt sich uns unwillkürlich wieder die so viel und hart umstrittene Frage der primären Kehlkopftuberkulose auf. Eine Frage, die ein denkender Laryngologe resp. Arzt und Forscher vor Jahren kaum aufwerfen durfte, wollte er sich nicht fast der Lächerlichkeit preisgeben. In den letzten Zeiten aber werden die Stimmen doch immer und immer lauter, welche die primäre Kehlkopftuberkulose verkünden und hartnäckig verteidigen. Besonders seit wir erkennen gelernt haben, wie häufig der Tuberkelbazillus in den oberen Luftwegen und deren lymphatischem

System gefunden wird. Wir werden später bei Erörterung des Zustandekommens der Korrespondenz diesen Punkt noch näher besprechen müssen. Bevor wir nun zu unseren Fällen, unseren Beobachtungen übergehen, wollen wir in Kürze erwähnen, was für Ansichten über die Korrespondenz bis heute bestehen. Im grossen und ganzen haben wenige Forscher dazu öffentlich Stellung genommen. Ob die Frage als zu wenig wichtig gehalten wird, so dass man ihr gar keine Bedeutung beizumessen glaubt?! Wir glauben kaum. Professor Jurasz beobachtete von 1882—1890 im ganzen 378 Fälle von Lungenkehlkopftuberkulose und fand in nur 30 Fällen = 7,9% eine gleichseitige Affektion beider Organe. Auf Grund dieses geringen Prozentsatzes war Jurasz geneigt, eine Korrespondenz der befallenen Seiten in Abrede zu stellen; nach ihm ist sie nur zufällig und hat keinen speziellen Grund in der Art und Weise der gegenseitigen Infektion beider Organe. Vor ihm finden wir in der Literatur keine zuverlässigen Zahlangaben, es wird der Korrespondenz nur ab und zu kurz Erwähnung getan; besonders bei Besprechungen der primären Larynx tuberkulose.

Nach Jurasz finden wir bei Krieg wieder bestimmte Zahlangaben an Hand eines grossen Beobachtungsmateriales. Bei einem Material von 700 Fällen von Kehlkopftuberkulose fand Krieg 275 einseitig, was einem Prozentsatz von 39,3 gleichkommt. Von diesen 275 einseitigen Kehlkopftuberkulosen waren 252 korrespondierend mit der Lungentuberkulose, d. h. in 91,6% der Fälle. Somit würden von den 700 Fällen 36% einseitig und korrespondierend sein. Eine Prozentzahl, die doch ganz erheblich von derjenigen Jurasz abweicht und Krieg veranlasste, einen Zufall in dieser Korrespondenz zwischen Lungen- und Kehlkopftuberkulose auszuschliessen. Diese Beobachtungen glaubt er bestimmt dahin deuten zu dürfen, dass die Infektion in der Regel auf dem Zirkulationswege zustande komme und zwar auf dem Lymphwege von der Lunge zum Kehlkopf. Die Inhalation- oder Sputuminfektion, also die Infektion vom Luftrohr aus, hält er wenigstens für diese korrespondierenden Fälle für unrichtig.

Eine so grosse Differenz zwischen seinen und den Krieg'schen Prozentzahlen musste Jurasz, der sich um diese Frage besonders interessierte, anspornen, die Sache einer nochmaligen Prüfung zu unterwerfen.

Sein Volontair-Assistent, Karl Magenau, erhielt den Auftrag, die von der Zeit des Abschlusses seiner statistischen Beobachtungen bis 1898 in der Heidelberger ambulatorischen Klinik behandelten Fälle von Kehlkopflungentuberkulose auf die Frage der lateralen Korrespondenz hin zu prüfen; es betraf dies also die Fälle von den Jahren 1891—1898 incl. Es wurden selbstverständlich nur diejenigen Fälle berücksichtigt, bei denen Lungen und Kehlkopfbefund genau verzeichnet waren. Im ganzen konnte Magenau 400 gut beobachtete Fälle zusammenstellen. Von diesen 400 Patienten waren 274 männliche und 126 weibliche; also auch hier eine grössere Häufigkeit der Erkrankung der Männer, wie es eine allgemein erkannte Tatsache ist. 45,5% der Fälle schied Magenau aus, weil bei diesen die Erkrankung des Kehlkopfes median oder sehr diffus, weil diese nach seiner Aussage sich für die Frage der Korrespondenz nicht eigneten; rein einseitig waren 65 Fälle = 16,25%.

Von diesen 65 Fällen, den einseitigen Erkrankungen, waren 26 = 40% korrespondierend mit der Lungenaffektion. 39 = 60% waren nicht korrespondierend, 25 mal waren beide Lungen ergriffen, 14 mal fand sich eine gekreuzte Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Von den 25 Malen, bei denen beide Lungen ergriffen waren, sagt nun Magenau nicht, welche der beiden Lungen stärker erkrankt war. Es würden vielleicht Zahlen sich ergeben, die den Prozentsatz der Korrespondenz steigern könnten. — Wenn wir Magenau recht verstehen, so war unter 400 Fällen bei beidseitiger Erkrankung eine vorwiegende Beteiligung einer Seite in 61 Fällen nachweisbar; davon 22 = 36% korrespondierend. Aus diesen Angaben Magenaus geht hervor, dass die Korrespondenz auf der Heidelberger Klinik weitaus seltener beobachtet wird, als wie sie Krieg angibt. 40% gegen 91,6%.

Diese Differenz ist eine auffallende, auch dann noch, wenn wir die Fehlerquellen der Statistik und der Beobachtungen (deren Deutungen) in Betracht ziehen. Ob auch die örtlichen Verhältnisse eine Rolle spielen? Klima, vorwiegende Beschäftigung der Bevölkerung, soziale und hygienische Verhältnisse u. s. w.? Es ist ja denkbar, dass der Kehlkopf bei gewissen Aussenverhältnissen leichter erkrankt als bei anderen.

Diese Differenz muss den Laryngologen, ja alle, die sich mit der Frage der tuberkulösen Infektion der Lungen beschäftigen, direkt zur Nachprüfung herausfordern. Dr. Lüscher, Dozent der Laryngologie und Otologie der Universität Bern, glaubt auch schon längere Zeit in seiner Privatpraxis und im Ambulatorium für Kehlkopf- und Ohrenkranke die Beobachtung der Korrespondenz gemacht zu haben. Da er sich um diese Frage interessiert, so hat er mir den Auftrag gegeben, an einer grösseren Zahl von Fällen die Frage nochmals in objektiver Weise zu prüfen. Es standen mir die Fälle des Ambulatoriums, der Kliniken, der Privatpraxis und des Lungensanatoriums Heiligenschwendi zur Verfügung. Dr. Lüscher hat meine Beobachtungen in einem jeden Falle nachgeprüft. In den Kliniken und im Sanatorium waren die Befunde der Lungen in den Krankengeschichten niedergelegt. Ich legte grossen Wert auf einen möglichst genauen Lungenstatus und Anamnese.

In dem Sanatorium Heiligenschwendi und bei den Fällen der Kliniken des Inselspitals gingen wir so vor, dass Dr. Lüscher unabhängig von den Angaben der Krankengeschichten den Kehlkopf des Patienten untersuchte, und ich den Status der Lungen aufnahm resp. aus den Krankengeschichten aufzeichnete. Auf diese Weise glaubten wir, Beobachtungsergebnisse frei von jeglicher Suggestion zu erhalten. Jeder Beobachter arbeitete unabhängig vom andern (auf seinem Gebiet). So dürfen unsere erhaltenen Resultate sicheren Anspruch auf Objektivität beanspruchen. Es wurden nur Erwachsene untersucht. In dem Sanatorium Heiligenschwendi wurden im ganzen 96 Fälle der Untersuchung unterzogen; von diesen waren 50 mit Beteiligung des Kehlkopfes; bei 46 konnte laryngoskopisch nichts bestimmt Pathologisches nachgewiesen werden.

Im ganzen untersuchten wir 97 Fälle von Lungen-Kehlkopftuberkulose, von diesen 32 Fälle median, gehen also für unseren Zweck verloren, so dass wir noch über 65 Fälle verfügen. Unter diesen letzteren fanden wir 21 rein einseitig, sowohl Kehlkopf als Lungenaffektion, und 44 beidseitig.

Gekreuzt waren im ganzen 10 Fälle, d. h., wenn z. B. die Lungenaffektion rechts oder vorwiegend rechts war, der Kehlkopf links oder vorwiegend links erkrankt war. Es würden also

als korrespondierend 55 Fälle zu betrachten sein. Im ganzen 97 Fälle. Gleichmässige oder mediane Erkrankung des Larynx 32 Fälle.

Korrespondierend 55 { einseitig 21.
vorwiegend einseitig 34.

Gekreuzt 10 { einseitig 6.
vorwiegend einseitig 4.

In Prozentzahlen ausgerechnet ergibt es für die Korrespondenz in sämtlichen 97 Fällen 56,7% und für die einseitigen oder vorwiegend einseitigen 65 Fälle 84,6%. Nach diesem Befunde zu schliessen, dürfen wir für unsere beobachteten Fälle mit Sicherheit eine Korrespondenz zwischen Lungen- und Kehlkopftuberkulose in der überwiegenden Zahl der Fälle annehmen.

Wir wissen wohl, dass unsere Beobachtungszahlen nur klein sind, sie beziehen sich aber auch nur auf die Frist eines Jahres und betreffen Patienten, die wir selbst untersucht haben, also von ein und demselben Beobachter, was für die Deutung der Erscheinungen einen gewissen Wert hat. Wenn auch statistisch Einwände erhoben werden können, so glauben wir dennoch, dass unsere Resultate resp. unsere Feststellungen für die Annahme einer Korrespondenz verwertet werden dürfen. Die Annahme der Korrespondenz veranlasst uns, die Frage aufzuwerfen, wie sie zustande kommt, ob die Lunge oder der Kehlkopf der primäre Sitz sei, und wie der Tuberkelbazillus von einem Organ in das andere gelangt. Nach dem Vorgange von Louis nahm man an, dass das zersetzte und zersetzende Sekret von den Lungencavernen die Kehlkopfschleimhaut arrodierten und zur Verschwärung bringen sollten. Diese Arrosionstheorie ist aber durch manche andere ersetzt worden, und es war einleuchtend, dass diese Theorie die Einwände nicht zu entkräften imstande war, weshalb diese Verschwärung bei Lungengangrän auch nicht auftrat, bei der die Absonderung reichlicher ist als bei Lungentuberkulose. Ausserdem entwickelt sich häufig Kehlkopftuberkulose ohne irgend eine Absonderung seitens der Lunge, und endlich ist pathologisch-anatomisch festgestellt, dass die Tuberkulose im Larynx nicht nur in Form von Geschwüren auftritt, oft bilden sich in der Tiefe der Schleimhaut tuberkulöse Infiltrate. Man sieht zunächst eine derbe speckige Masse, in

der gelbe Flecken (Käseherde) auftreten und Tuberkelbazillen zu finden sind. Zuweilen sind die Follikel der erste Angriffspunkt für die Infiltration, erst wenn es zum Zerfall dieser Infiltrate kommt, bilden sich Geschwüre mit käsig-eitrigen Massen bedeckt, auch kommt Bildung höckeriger-polypöser Exkreszenzen vor, die durch mächtige subepitheliale Entwicklung von tuberkulösen Granulationsgeweben zustande kommt; man spricht dann von Tumorform, da sie klinisch den Eindruck von Schleimhautpolypen oder Fibromen machen. Die Inhalationstheorie suchte die Eingangspforte für den Tuberkelbazillus nur in der Einatmungsluft, wo der Bazillus einen zirkumskripten, nahe den Spitzen lokalisierten Katarrh hervorrufe. Die Bevorzugung der Spitze hat man auf verschiedene Weise zu erklären versucht. Man hat die Atmungsmechanik herangezogen und behauptet, dass da die Scaleni die Inspiratoren der Spitze sind, so ist an der Lungenspitze die Inspiration ausgiebig, während die Expiration, die passiv vor sich geht, ungenügend ist.

Infolge dessen können die Tuberkelbazillen herein-, aber nicht herausbefördert werden; diese Annahme ist aber unrichtig, denn überhaupt die ganze übrige Lunge führt die Inspiration aktiv aus und macht kräftigere Bewegungen bei derselben als bei der Expiration, und mit der Atmungsmechanik ist diese Frage der Lokalisation der Tuberkulose an der Lungenspitze nicht erklärt. Ferner muss man für unmöglich betrachten, dass die Bazillen, wenn sie sich an der Schleimhaut festsetzen, durch den Expirationsstrom fortgeschafft werden können, denn der Bronchialbaum ist so kompliziert verzweigt, dass der Tuberkelbazillus sich unbedingt in den Bronchien wieder abfangen muss.

Die Inhalationstheorie ist für die Entstehung der Tuberkulose schon deshalb nicht hinreichend, weil man die Erfahrung machte, dass die Tuberkulose in irgend einem Organe, z. B. im Extremitätenknochen, für sehr lange Zeit sich festsetzt und nach langem Bestehen sogar ausheilen kann, ohne je die Atmungsorgane in Mitleidenschaft zu ziehen. Man hat eingesehen, dass mit dieser Theorie auch die Bevorzugung der Lungenspitze für tuberkulöse Infektion nicht zu erklären sei und zog die Expektationsmechanik heran. Man hat behauptet, dass wenn Staub mit Tuberkelbazillen in die Lunge gelangt, so werden die grossen

Bronchien gereizt und der Staub samt den Tuberkelbazillen werden aus den untersten Partien der Lunge durch Hustenstösse herausgeschleudert oder besser gesagt expektoriert. Da die Spitze feine Bronchien hat, so kann in diesen kein Husten entstehen; Staub aber wird gar nicht expektoriert aus den Lungen und reizt auch gar nicht zum Husten, er setzt sich an die Epithelien und wird teils durch den Lymphstrom den Lymphdrüsen zugeführt, teils durch die Flimmerepithelien nach aussen befördert. Da dies allein nicht genügt, so musste man zu dieser Expectorationsmechanik noch als primär einen einfachen banalen Katarrh der Bronchien annehmen, und man hat die Sache wiederum so erklärt, dass die Schleimhaut der grossen Bronchien durch die Sekrete gereizt wird, es entsteht Husten und dadurch werden die Tuberkelbazillen samt dem Sekrete expektoriert; in Anbetracht dessen aber, dass die Lungenspitze, wie erwähnt, sehr enge Bronchien hat, muss man diesen Vorgang für unmöglich halten. Ueberhaupt wird die Expektion begünstigt durch Intaktsein der Flimmerepithelien, das Sekret wird durch dieselben nach oben bis zum Larynx befördert und da genügt ein leichtes Räuspern zur Expektion. Es ist klar, dass durch Hustenstösse nur grosse Massen von Sekret expektoriert werden können, namentlich solche, die das ganze Lumen der Bronchien verstopfen, denn nur in solchen Fällen wird infolge des Hustens durch Wachsen des Expektorationsdruckes das Sekret expektoriert, wenn aber dasselbe wandständig ist, d. h., an die Wand angeklebt ist, so kann es unmöglich durch den Husten herausbefördert werden. Die Expektion kann in diesem Falle ausschliesslich durch die Tätigkeit der Flimmerepithelien zustande kommen, und da die Flimmerepithelien auch in den Bronchien der Lungenspitze vorhanden sind, ist kein Grund für Ansiedlung der Tuberkelbazillen aus dem Staube in der Lungenspitze, da, wie wir gesehen, aus derselben ebenso gut expektoriert werden kann wie aus der übrigen Lunge; ausserdem nimmt diese Theorie einen primären Katarrh an, was in vielen Fällen absolut nicht zutrifft. Es sind Fälle beobachtet worden, die keine geringsten Zeichen eines Katarrhs darboten und auf einmal durch eine Hämoptoe sich das Leiden herausstellte. Es liegt auf der Hand, dass hier primär einzig und allein Tuberkulose vorliegt. Wir müssen

nach einer anderen Theorie greifen. Nach Sahli könnte man eine chemische Theorie akzeptieren, wonach in der Lungenspitze chemische Bedingungen gegeben, die das Haften und die Entwicklung der Tuberkelbazillen begünstigen, aber ein Umstand zeigt mit Sicherheit darauf hin, dass bei der Lungenspitzen-tuberkulose mechanische Verhältnisse im Spiele sind, nämlich das Verhalten der Lungenspitze bei Anthrakosis der Lunge. Es ist bekannt, dass bei Leuten, die bei stark rauchenden Lampen arbeiten müssen, besonders aber bei Kohlenbergwerkarbeitern, in der Lunge Kohlenpigment abgelagert wird. Es ist beobachtet, dass die grösste Ansammlung des Pigmentes an der Lungenspitze stattfindet; dieser Umstand beweist zur Genüge, dass hier nur ein mechanischer Prozess zu Grunde liegt, und wenn wir mittelst einer chemischen Theorie die Ansammlung, das Gedeihen der Tuberkelbazillen an der Spitze erklären könnten, so gilt sie natürlich nicht für die Kohlenpartikel, und wir müssen mit der Tatsache rechnen, dass die Kohle in der Spitze in grösserer Menge sich anhäuft oder schlechter ausgeschieden wird als aus den anderen Partien der Lunge; wir sahen, dass die Respirationsmechanik uns diese Tatsache nicht erklärte, das einzige, was hier zu berücksichtigen wäre, ist, dass die Expiration in der Lungenspitze weniger ausgiebig ist, weil sie im Vergleich zu der übrigen Lunge sehr dünn ist, und infolgedessen ist hier die Retraktion schwach und die Ventilation schlechter. Dieser Umstand könnte die Vitalität der Lunge herabsetzen und sie weniger widerstandsfähig gegen die Ansiedlung der Tuberkelbazillen machen, aber zur Erklärung der Lokalisation an der Spitze müssen wir andere mechanische Prozesse anführen, und zwar die Zirkulationsverhältnisse. Da die Spitze die proximalste Partie der Lunge ist, so wirkt auf die Zirkulation der Spitze die Schwere ein in der Weise, dass sie der Strömung des Blutes entgegenwirkt. Wenn wir uns die Zirkulationsverhältnisse überhaupt vergegenwärtigen, so finden wir, dass die Schwere die Strömung des Blutes in den Arterien befördert, in den Venen dagegen wirkt sie gerade umgekehrt, und beide diese Wirkungen heben sich auf und deshalb ist die Wirkung der Schwere in den Arterien und Venen gleich Null. Anders verhält sich die Sache in den Kapillaren, speziell in denen der Lunge. Da das

Blut in den unteren Kapillaren sich senkt, so werden dieselben gedehnt, sie erweitern sich und saugen das Blut aus den Kapillaren der Spitze an; die Folge davon ist die, dass die Kapillaren der Spitze sich verengern. Die weitere Folge ist, dass der Druck in den unteren Kapillaren sinkt infolge der Ausdehnung, in den oberen steigt infolge der Verengung. Es enthält auf diese Weise die untere Partie der Lunge nicht nur mehr Blut, sondern, da die Widerstände kleiner sind, fließt in der Zeiteinheit auch mehr Blut hindurch, die Zirkulation ist hier beschleunigt. In der Spitze sind die Verhältnisse gerade umgekehrt, ebenso verhält sich die Lymphzirkulation. Es ist festgestellt, dass die Blutzirkulation parallel der Lymphzirkulation sich verhält. Wir sehen also, dass die Lungenspitze arm an Blut und Lymphe ist, im Gegensatz zur unteren Partie der Lunge. Wenn also die Tuberkelbazillen durch Inhalation in die Lunge gelangen, so werden sie zuerst in den Lungenepithelien deponiert, in den unteren Partien werden sie dann durch den reichlichen Lymphstrom nach den Lymphdrüsen abgeliefert, teils werden sie durch die baktericide Kraft der Lymphe abgetötet. Auch in den Lymphdrüsen können die Tuberkelbazillen zu Grunde gehen. In der Lungenspitze ist der spärliche Lymphstrom nicht imstande, die Lunge zu reinigen von den Tuberkelbazillen, sie werden nicht weggeschafft, bleiben liegen, kommen zur Entwicklung und rufen die Krankheit hervor. Dieser mechanische Prozess gilt ebensogut für das Verhalten der Lunge bei Anthrakosis der Lunge. Diese Zirkulationstheorie reicht aber nicht aus für die Erklärung aller Fälle der Lokalisation an der Spitze. Wie erwähnt, ist die Tuberkulose nicht immer durch Inhalation entstanden, es ist beobachtet worden, dass bei Infektion auf anderem Wege auch die Spitze bevorzugt wird, sogar bei Miliartuberkulose hat man an der Spitze mehr Tuberkel als an der übrigen Lunge beobachtet, und da bei der Miliartuberkulose das Blut mit Tuberkelbazillen überschüttet ist, so muss man ausser der Zirkulationstheorie noch eine chemische Disposition annehmen, die darauf beruht, dass infolge von mangelhafter Zirkulation und Ventilation die Lungenspitze unwiderstandsfähig ist, und kann deshalb leichter angegriffen werden als die übrigen Partien der Lunge.

Wie kommt die Larynxtuberkulose, überhaupt die Korrespondenz zustande?

Die ausführliche Beantwortung dieser Frage kann wohl nicht mehr in den Rahmen unserer Arbeit eingepasst werden. Wir wollen sie nur kurz andeutungsweise hier behandeln und beantworten. Vielleicht geben unsere Betrachtungen Anlass, sich wieder einmal eingehender mit der Larynxtuberkulose, der Art und Weise ihrer Entstehung zu beschäftigen. Gerade die Korrespondenz war es, die Forscher veranlasste, sich mit der tuberkulösen Infektion des Larynx wieder und wieder zu beschäftigen. Eine ganze Zahl von Forschern, unter ihnen voran B. Fränkel, nahmen Stellung zu ihr und suchten sie festzustellen. In früheren Zeiten galt es als selbstverständlich, die Larynxtuberkulose als eine Sekundär-Infektion der Lungentuberkulose zu betrachten; ohne Lungentuberkulose keine Kehlkopftuberkulose. Bei der Infektion von der Lunge aus dachte man in erster Linie an das Sputum und nahm an, dass das Tuberkelbazillen führende Sputum im Kehlkopf liegen bleibe, die Schleimhaut arrodiert und infiziert werde oder die Bazillen durch die intakte Schleimhautdecke in die Mucosa gelangen, um sich dort zu entwickeln und Knoten zu bilden. Diese Theorie mag zweifellos für gewisse Erkrankungsformen Geltung haben, vermag aber wiederum andere, z. B. gerade die Korrespondenz, nicht zu erklären. So kam man auf den Gedanken, den Weg des Lymphstromes zu betreten. Es wurde bestimmt nachgewiesen, dass der Bazillus auch gegen den Lymphstrom sich fortbewegen könne. Somit ist eine Fortbewegung von der Lunge nach dem Kehlkopf zu denkbar. Auf diese Weise lässt sich die Korrespondenz recht gut erklären. Doch auch die Sputumtheorie darf eine Korrespondenz als eine nicht nur zufällige, sondern zu begründende Tatsache annehmen.

Wenn wir bedenken, dass das Sputum durch die Flimmerbewegung weiter befördert wird, so ist ja nicht schwer denkbar, dass ein Sputumteilchen, das aus dem rechten Bronchus emporgewimpert wird, die rechte Larynxhälfte erreichen wird, besonders dann, wenn der Patient ständig in Rückenlage oder einer Seitenlage verharret, wo dann die Schwere des Sputums auch in Frage kommt.

Lymph- und Sputumtheorie werden ihre Berechtigung haben und finden ihre scharfen und logisch denkenden Verteidiger und Kritiker. Warum sollte aber der umgekehrte Weg nicht auch eingeschlagen werden können? Warum nicht der Larynx zuerst und von ihm aus die Lunge sekundär infiziert werden? Bevor B. Fränkel sich der primären Larynxtuberkulose eingehender angenommen hatte, galt der Gedanke der primären Larynxtuberkulose fast als absurd. — Nunmehr sind Stimmen für dieselbe eingetreten. — Sommerbrodt (Arch. für experim. Pathologie und Pharmakologie [Separatabdruck] hat zur Evidenz erwiesen, dass die Lunge vom Kehlkopf aus ebenso rasch, wie umgekehrt der Kehlkopf von der Lunge aus angesteckt wird.

Man fand auf dem Sektionstisch nur in den seltensten Fällen eine Larynxtuberkulose ohne Lungentuberkulose, also gibt es sozusagen keine Larynxtuberkulose primärer Natur. Ein Schluss, der unschwer zu widerlegen ist, wenn man bedenkt, in welchem Krankheitsstadium die Phthisiker dahingerafft werden. Prof. Langhans sagt wohl mit Recht, dass die Entscheidung, ob es eine primäre Larynxtuberkulose gebe oder nicht, eine Sache des Klinikers und nicht des pathologischen Anatomen sei. Warum soll der Larynx nicht ebenso gut primär infiziert werden können wie die übrigen Teile der oberen Respirationswege? Vom Nasenrachenraume kennt man zahlreiche Fälle primärer Tuberkulose. Vielleicht wird die Lunge viel häufiger vom Kehlkopf aus infiziert, als man nur wagt anzunehmen. Der Weg der Infektion ist ein gegebener, durch das Sputum oder den Lymphstrom. Die Korrespondenz würde auch bei dieser Annahme sich unschwer erklären.

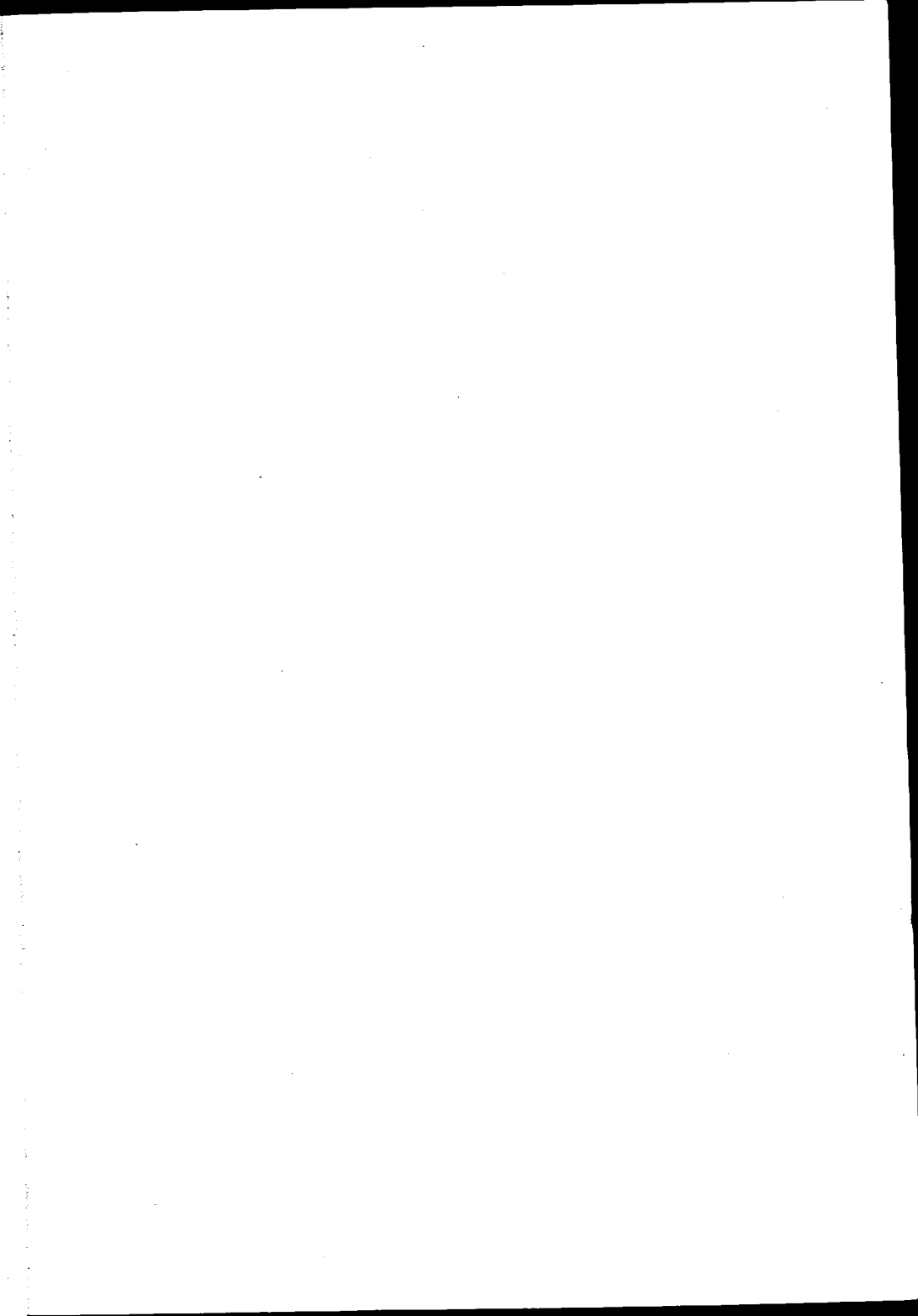
Der Gedanke der primären Larynxtuberkulose darf nicht mehr fallen gelassen werden, ja er soll uns veranlassen, bei zu Phthisis Disponierten dem Kehlkopf eine sehr sorgfältige Beachtung zu schenken. Ob dadurch nicht manche Lungentuberkulose verhütet werden könnte? Auch geringfügige, besonders einseitige Erkrankungen des Larynx müssen wir mit aller Sorgfalt beachten und behandeln. Warum nicht auch bei solchen Affektionen eine kleine Probeexcision, die ja der Stimmbildung absolut keinen Eintrag tut, vornehmen zur Mucosa-Untersuchung?



Halten wir vielleicht zum Wohle der Tuberkulösen oder tuberkulös Veranlagten den Gedanken der primären Larynxtuberkulose aufrecht!

Zum Schluss möchte ich dem Herrn Prof. Lüscher für die Anregung und Hilfe in dieser Arbeit meinen Dank aussprechen.







13505

1901

