

## VII.

### Klinische Erfahrungen über Tuberkelbacillen.

(Auszug aus einem in der medicinischen Section am 13. März 1883 gehaltenen Vortrage.)

Von Dr. Kredel, Assistenzarzt.

(Aus der medicinischen Klinik des Herrn Prof. Riegel in Gießen.)

Nach kurzer Besprechung der bis jetzt vorliegenden klinischen Untersuchungsergebnisse über das Vorkommen der *Tuberkelbacillen* wurden die in der Klinik des Herrn Prof. Riegel gesammelten Erfahrungen mitgetheilt. Bei allen Phthisikern, die seit der Koch'schen Entdeckung zur Aufnahme kamen, wurden die Sputa auf Bacillen untersucht; bei circa 40 derselben wurden fortlaufende Untersuchungen vorgenommen, in der Weise, daß in kurzen Zwischenräumen die Sputa von Neuem untersucht wurden, um so ein Urtheil über etwaige Beziehungen der Menge der Bacillen zum Verlaufe des phthisischen Processes zu gewinnen. Die dabei angewandte Methode war durchweg die Ehrlich'sche, die Zahl der Präparate für jede Untersuchung mindestens vier. Zur Controle wurden in zahlreichen Fällen die Sputa bei anderen Respirationskrankheiten gleichfalls auf Bacillen untersucht.

In allen Fällen von Phthise wurden die charakteristischen Bacillen im Sputum gefunden, ausgenommen eine moribund zur Aufnahme gekommene Frau, bei der sie jedoch post mortem im Caverneninhalt sich nachweisen ließen. Andererseits konnten bei keiner anderen Krankheit des Respirations-

apparates, so bei Bronchitis, Pneumonie, Infarkt, Bronchektase u. s. w., ähnliche Stäbchen constatirt werden.

Vielfach ermöglichte erst der Bacillenbefund die sichere Diagnose, ja manchmal fanden sie sich ganz unerwartet bei Patienten mit Pleuraverwachsung, Pleuritis sicca, oder mit typhösen Symptomen ohne deutlich nachweisbare Spitzenaffection. In allen diesen Fällen bestätigte aber die weitere Beobachtung das Vorhandensein eines tuberculösen Processes. Was etwaige Beziehungen der Menge der Bacillen zur Hochgradigkeit der Lungenaffection betrifft, so fanden sich allerdings in weit vorgeschrittenen Fällen meist reichliche Bacillen; doch zeigten sich davon auch viele Ausnahmen. Den Fräntzel'schen Satz: „Wo viel Bacillen sind, da besteht Fieber“ haben unsere Beobachtungen vielfach nicht bestätigt. Auch bei floriden Formen war die Menge keineswegs immer eine so enorme, wie sie sich zuweilen in gutartigen, ohne Fieber und mit Zunahme des Körpergewichts einhergehenden Fällen zeigte. Gerade bei florider Phthise hatten wir mehrfach den Eindruck, daß mit der rasch zunehmenden Menge der Sputa die Menge der Bacillen in den einzelnen Präparaten abnahm, also relativ weniger Bacillen vorhanden waren. Dies würde mit der von Fräntzel ausgesprochenen und von Koch bestätigten Vermuthung stimmen, daß das Sputum ein günstiger Nährboden für die Bacillen ist. Mit dem Momente stärkerer Secretion und rascher Expectoracion finden sie nicht mehr die Zeit zu beträchtlicher Vermehrung. So würden sich vielleicht auch die gutartigen Fälle erklären, die trotz geringen objectiven Veränderungen und langsamem Vorschreiten des Processes in dem spärlichen Sputum sehr reichliche Massen von Bacillen aufweisen.

Aus der Menge der Bacillen im Sputum kann demnach in keiner Weise ein prognostischer Schluß gezogen werden.

Das Vorkommen der Bacillen im *Stuhl* bei tuberculösen Darmschwüren wurde mehrfach constatirt, während solche bei normalem Verhalten des Darms fehlten.

Auch im *Harnsediment* konnten wir Tuberkelbacillen nachweisen in einem Falle, in dem eben dadurch erst die

Diagnose der Urogenitaltuberkulose gestellt werden konnte. Ein 36jähriger Bergmann kam wegen bereits 1½ Jahre bestehenden Blasenbeschwerden Ende Januar (also vor Erscheinen der *Rosenstein'schen* Mittheilung) zur Aufnahme. Objectiv liefs sich aufer den Veränderungen des Harns nichts Pathologisches nachweisen, auch der Lungenbefund war negativ. Der Harn war trüb, eiweißhaltig; das reichliche Sediment enthielt grosentheils Lymphkörperchen, rothe Blutkörperchen, vereinzelte Blasen- und Nierenbeckenepithelien. In jedem Präparat liefs sich eine mäfsige Anzahl deutlicher Tuberkelbacillen nachweisen. Eine daraufhin genauer vorgenommene Untersuchung der Sexualorgane ergab eine beträchtliche Anschwellung der rechten Epididymis, die indess, weil schmerzlos, vom Patienten nicht weiter beachtet worden war. Die Anschwellung will er schon seit mehreren Jahren gemerkt haben.

Als weiterer Beitrag für die diagnostische Verwerthbarkeit der Tuberkelbacillen diene folgender Fall: Ein 67jähriger Mann kam wegen starker Athemnoth zur Aufnahme. Dieselbe begann vor zwei Jahren ganz allmählich, seit einem Monat hat sie sich bedeutend verschlimmert und trat Husten hinzu. Vorher war Pat. stets gesund, er hat gesunde Kinder und Enkel. Bei der Aufnahme bot der im Uebrigen kräftige Patient die Erscheinungen einer beträchtlichen laryngealen Stenose. Geräuschvolle langgedehnte Inspiration ohne Verschiebung des Kehlkopfs. Laryngoskopisch fand sich Oedem an den Aryknorpeln, den Taschenbändern und unterhalb der Stimmbänder eine das Lumen verlegende Granulationsmasse, die theils von der Hinterwand des Larynx, theils von der Unterfläche der Stimmbänder auszugehen schien. An den Lungenspitzen fand sich zur Zeit der Aufnahme keine Veränderung. Im Sputum fanden sich stets Tuberkelbacillen, während das nach *Fränkel's* Empfehlung einmal aus dem Larynx entnommene Secret keine enthielt. Der weitere Verlauf bestätigte durch abendliche Temperatursteigerungen und eine hinzukommende leichte Dämpfung in der 1. Lungenspitze

die Diagnose eines tuberkulösen Processes der Lunge und (wenigstens wahrscheinlich) des Kehlkopfs.

Endlich hatten wir Gelegenheit, das Vorkommen der Tuberkelbacillen bei *Diabetes* zu studiren. Von vier Diabetikern, die uns in letzter Zeit zungingen, hatten zwei gleichzeitig Lungenaffection; beide hatten eine ausgesprochene Spitzendämpfung mit Rhonchis, die bei dem einen mehr diffus sich über die eine Lunge verbreiteten. Bei dem einen ließen sich deutliche, wenn auch nicht gerade reichliche Tuberkelbacillen nachweisen; bei dem andern trotz deutlicher Spitzendämpfung nicht. Im Sputum des letzteren fanden sich wiederholt erbsen- bis haselnußgroße schwarz pigmentirte Gewebsetzen, die aus massenhaften elastischen Fasern und Detritus bestanden. Verfettete Epithelien waren im Sputum in mäfsiger Zahl zerstreut. Trotz häufiger und genauer Untersuchung wurden in diesem Sputum niemals Tuberkelbacillen gefunden; es dürfte darum der Schluß gestattet sein, daß es sich im vorliegenden Falle nicht um die gewöhnliche tuberkulöse Form der Phthise handelt, sondern um eine besondere Form der chronischen Pneumonie mit Nekrose. Durch die Untersuchung auf Bacillen wird es, wie unsere Fälle zeigen, nunmehr möglich, bei *Diabetes* auch *intra vitam* von der gewöhnlichen Phthise diese Form zu unterscheiden.

---

# ZOBODAT - [www.zobodat.at](http://www.zobodat.at)

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Bericht der Oberhessischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde](#)

Jahr/Year: 1883

Band/Volume: [22](#)

Autor(en)/Author(s): Kredel

Artikel/Article: [Klinische Erfahrungen über Tuberkelbacillen 177-180](#)