

# Skrofulose Erwachsener.

Von

**Dr. A. Bauer,** Roemhild.

---

Unter den Vorkrankheiten erwachsener tuberkulöser Lungenkranker spielt die infantile Skrofulose zweifellos eine grosse Rolle. Man pflegt sie im allgemeinen anamnestisch festzustellen. Je länger und eingehender man sich aber mit Anamnesen chronisch Kranker überhaupt oder Tuberkulöser insbesondere beschäftigt, um so mehr überzeugt man sich von der Schwierigkeit, ja Unmöglichkeit, zuverlässige Angaben zu erhalten. Unter keinen Umständen darf man die Fragen nach Erscheinungen wie Blutspeien, Influenza und Skrofulose auf ja oder nein stellen, vielmehr muss man nach allen näheren Umständen der angeblich überstandenen Krankheiten bis ins einzelnte eingehend forschen, ehe man der Auskunft darüber traut. Denn es wird mit diesen Bezeichnungen seitens der Kranken derselbe Missbrauch getrieben wie mit einem Schlagwort. Wenn irgendwo, so wirkt die Statistik auf dem Gebiete anamnestisch ermittelter Daten entschieden sehr leicht verhängnisvoll, weil irreführend.

## **Nachprüfung der Anamnese.**

Nun aber sind nach aller ärztlicher Erfahrung die Beziehungen zwischen Skrofulose und Tuberkulose so eng, dass es sich lohnt, ernstlich darüber nachzusinnen, inwieweit man die Skrofulosefrage in der Anamnese als zuverlässig beantwortet ansehen darf. Der nächstliegende Weg, wird mancher denken, sei die Ermittlung der Einzelsymptome. Wenn man aber in der Fachliteratur liest, welche Meinungsverschiedenheiten sogar in Ärztekreisen über die Abgrenzung des Skrofulosesymptomenkomplexes herrschen, wird man diesen Weg

nicht für sicher genug halten. Meines Erachtens darf man die Frage nach früherer Skrofulose nur dann als zuverlässig beantwortet anerkennen, wenn diese bis ins erwachsene Alter objektiv nachweisbare Veränderungen hinterlassen hat. Durchsieht man die gebräuchlicheren Handbücher auf eine ausführlichere Beschreibung der Ausgänge der Skrofulose hin, so vermisst man sie: Stereotyp kehrt nur der Hinweis auf die später mögliche Tuberkulose wieder. Möglich, dass von spezialistischer Seite mir Einwände gemacht werden betreffs dessen, worin ich objektive Beweise für überstandene Skrofulose sehe. Zu meiner Entschuldigung muss ich mich dann auf die oben angedeuteten Lücken berufen. Ich will mich aber beschränken und nur von Wahrscheinlichkeitsbeweisen für überstandene Skrofulose sprechen, wenn ich auf einige Symptome hinweise.

Ich pflege bei Bejahung der Frage nach etwaiger infantiler Skrofulose stets auf Augensymptome zu fahnden, besonders wenn ein längerer Gebrauch einer gelben Augensalbe erinnerlich ist. *Maculae corneae* oder kleine randständige leicht ektatische Hornhautnarben in der Nachbarschaft des Limbus, besonders wenn sie noch die ursprüngliche kreisrunde (!) Form, sei es eines Geschwürchens, sei es eines möglichen Durchbruchs erkennen lassen, halte ich für wesentliche Ergänzungen der Anamnese. Natürlich ist eine Verwechslung mit Folgen einer traumatischen Perforation bzw. mit Residuen einer *Keratitis interstitialis* für den Ungeübten nicht immer völlig ausgeschlossen, aber solche Irrtümer lassen sich auf ein Minimum beschränken. Die im Anschluss an Pannus infolge ekzematöser *Keratitis* entstandenen Hornhauttrübungen einigermaßen sicher festzustellen und dabei Trachom auszuschliessen, dürfte aber auch dem Nichtspezialisten gelingen.

Sehr leicht ist natürlich die objektive Ermittlung früherer Drüsenschwellungen am Halse in den Fällen, in denen operativ eingegriffen wurde, auch wenn Entstellungen wie Atrophie des *M. trapezius* und *sternocleidomastoideus* infolge von Verletzungen des *N. accessorius* danach fehlen. Allein inwieweit bei nicht operierten Fällen palpable Drüsen als rückgebildete oder neu aufgetretene anzusehen sind, ist oftmals recht schwer zu entscheiden; kann überhaupt unmöglich sein.

Recht erheblich sind auch die Schwierigkeiten, wenn „Skrofeln“ aus Nase oder Mund entfernt sein sollen. Ich schmeichle mir nicht, Narben, die von Entfernung der Rachentonsille oder adenoider Wucherungen herrühren, sicher zu erkennen; indessen habe ich anamnestisch angegebene Tonsillotomie durch auffallend tiefe klaffende Gaumen-

mandelnischen und sich darüber ausspannende alte Narbenstränge, die an den Arcus glossopalatini und pharyngo palatini ansetzten bzw. davon ausgingen, bestätigt gefunden. Die sichere Beurteilung abgelaufener, aber von Zeit zu Zeit immer wieder rückfällig werdender alter Mittelohreiterungen wird wohl dem erfahrenen Otologen vorbehalten bleiben, jedoch wird man sie beim Suchen von Skrofulose Spuren wohl mit in Betracht ziehen dürfen. Ich täusche mich keineswegs darüber, dass meine Methode infantile Skrofulose in ihren Ausläufern und letzten Spuren bei Erwachsenen zu ermitteln nicht lückenlos ist, dass mir die Formen, die im wesentlichen ekzematöser Natur oder von blosser Conjunctivitis nicht Keratitis eccematosa oder nur von hartnäckigen Schleimhautkatarrhen beherrscht waren, entgehen müssen, auch ist wohl zu bedenken, dass die Kinder der Wohlhabenden meist so früh wegen Skrofulose in Behandlung kommen, dass bleibende Spuren vermieden werden können, trotz alledem dürfte der Nachteil solcher Lücken doch ziemlich leicht wiegen gegenüber dem Vorteil, so eine ganze Reihe wirklich zuverlässiger Skrofuloseanamnesen zu gewinnen und näheres über die Beziehungen früherer Skrofulose zu späterer Tuberkulose zu ermitteln und allmählich den Wert der vorausgegangenen Therapie richtig beurteilen zu lernen. Soweit diese lokal ist, ich erinnere an Drüsenexstirpationen, muss sie doch immer noch als recht problematisch angesehen werden.

Das über einige Jahre hin nach der oben auseinander gesetzten Methode im Anschluss an die Anamnese geübte Suchen von Spuren infantiler Skrofulose bei erwachsenen Tuberkulösen wie Gesunden, hat mich nun über das ursprüngliche Ziel hinaus zu Beobachtungen geführt, die mir nicht unwichtig erscheinen, und denen eine einheitliche Fassung und Bezeichnung gebühren dürfte. Sie betreffen nämlich frische Skrofuloseeruptionen bei tuberkulösen Erwachsenen und zwar vorwiegend bei Lungentuberkulösen.

Zweck und Aufgabe der folgenden Ausführungen soll es sein, nachzuweisen, wie berechtigt es ist, die Bezeichnung Skrofulose auch bei Erwachsenen für eine ganze Reihe von Erscheinungen anzuwenden, die eben die klinisch gut gekannte infantile Skrofulose ausmachen. Man hat zwar solche Erscheinungen im einzelnen schon längst bei Erwachsenen gekannt, hat aber offenbar Bedenken getragen, von Skrofulose Erwachsener zu reden. Insbesondere haben die Augenärzte z. B. gewusst, dass Conjunctivitis eccematosa sive phlyctaenulosa bei Erwachsenen erstmalig ausbrechen kann (vgl. Vossius Lehrbuch der Augenheilkunde); es tritt aber, soweit ich die Literatur daraufhin

nachgesehen habe, nirgends der Versuch oder Rat hervor, von dem Einzelsymptom ausgehend, den ganzen Skrofulosekomplex in jedem Falle an den betreffenden Kranken durchzuprüfen und den Kernpunkt dieses diagnostischen Vorgehens in der Ermittlung einer etwa dahinter versteckten Tuberkulose, obenan Lungentuberkulose, zu suchen.

Es wäre meinem Zwecke und der Sache selbst nur hinderlich, wollte ich näher auf die Kontroversen zwischen „Monisten“ (Laënnec nach Hutinel, zitiert von Escherich, Turban, O. Heubner) und „Dualisten“ (R. Virchow, Ponfick, Cornet, O. Vierordt, Soltmann, Czerny, Peters, Brüning) über das Problem der Skrofulo-Tuberkulose eingehen. Ich muss mich auf Erfahrungen und Beobachtungen von Autoren aus beiden Lagern stützen, um meine eigenen zu ergänzen und richtig zu beurteilen. Da leider die Skrofulose an sich noch bei den verschiedenen Autoren eine recht wenig übereinstimmende Darstellung findet, ist es nötig, dass man sich, ehe man näher darauf eingeht, darüber klar wird, was man darunter selbst versteht und von anderen verstanden wissen will.

O. Vierordt schrieb 1901: „Unter Skrofulose versteht man eine Diathese des gesamten Kindesalters bis zur Pubertät und sogar über dieselbe hinaus, welche in sehr verschiedenartigen krankhaften Erscheinungen ihren Ausdruck findet.“ Damit liess er die oberste Altersgrenze, bis zu der man Skrofulose finden kann, unbestimmt bzw. offen.

Zur Diagnose bemerkte er: „Die Erkennung der Skrofulose ist meist leicht, wiewohl diese sich in ihren leichtesten Formen zu „Neigung zu Katarrhen“ etc. verflüchtigt. Skrofulöse und seborrhoische Ekzeme sind oft nicht leicht auseinander zu halten, sie gehen auch meines Erachtens in der Tat ineinander über.“ — „Stets muss man mit Tuberkulose rechnen.“

Damit stellte er die grundlegende Tatsache der grossen graduellen Unterschiede zwischen den einzelnen klinischen Erscheinungsformen einerseits, andererseits den Wert des Einzelsymptomes bei entsprechender Einengung des Komplexes fest. Diese zwei Punkte möchte ich mit allem Nachdruck hervorheben, da sie wissenschaftlich einwandfreie Stützen für Begriff und Beschreibung der Skrofulose Erwachsener bieten.

Zur Darlegung der an Lungentuberkulösen beobachteten Skrofulose Erwachsener wird teils die kasuistisch-deskriptive, teils die statistisch-schematisierende Methode zweckdienlich sein.

### Augenerscheinungen.

Zunächst folgen Beispiele von Augenerscheinungen:

1. 28 Jahre alte Frau, als Kind vom 2. Lebensjahre ab augenkrank, von Drüsenschwellungen befallen, in Kliniken behandelt, mehrfache Rückfälle. Gegen Ende der Kindheit völlig gesund und sehrkräftig.

Im 18. Lebensjahre erneutes Augenleiden. Danach zurückbleibende sehr störende Hornhautnarben. Wegen Blendung rechts durch deutlich erkennbare kreisrunde (!) im Pupillargebiet liegende Makula vor Jahren optische Iridektomie. Links dem Limbus benachbarte und zentrale kreisrunde (!) Maculae. Operation wegen Blendung für das linke Auge vorgeschlagen, aber verweigert. In den letzten 9 Jahren Reizlosigkeit der Augen, aber zeitweiliges An- und Abschwellen einer zurzeit der wegen deutlicher linksseitiger Lungentuberkulose unternommenen Heilstättenkur noch gut fühlbaren rechtsseitigen Halslymphdrüse. Definitive Reizlosigkeit der Augen nach der im 18. Jahre erlittenen Augenentzündung angeblich durch eine Überwinterung in Italien erzielt.

2. 28 Jahre alter Buchbinder, als Kind angeblich immer gesund, insbesondere nie augenkrank, hat als Soldat voll gedient. Während der Militärzeit starke Erkältungsfolgen für die Atmungsorgane, von da ab nie wieder recht erholt. Seit derselben Zeit, d. h. vom 22. Lebensjahre ab häufig rückfällig werdende Augenentzündungen, die gewöhnlich durch gelbe Salbe vertrieben wurden. Mit 28 Jahren behandelt in Lungenheilstätte wegen beiderseitiger Oberlappentuberkulose mit positivem Bazillenbefund. — Besserung. — Beiderseits deutliche ältere Blepharitis (Zilienlücken, Borken, Schuppen). Am Ende der Kur stellte sich eine ausgesprochene Conjunctivitis eccematosa ein.

Von Fällen, in denen sich kontinuierlich phlyktänulöse Eruptionen an den Augen von der Kindheit an über die Pubertät hinaus bis ins erwachsene Alter immer und immer wieder einmal einstellen, sind Beispiele überflüssig.

Die Blepharitis chronica pflegt bei Erwachsenen wegen ihrer Häufigkeit geradezu übersehen und in Krankengeschichten daher stets vermisst zu werden.

### Hauterscheinungen.

Beispiele ekzematöser Erscheinungen:

1. J. L., z. Zt. der Beobachtung 30 Jahre alt, vor 11 Jahren erstes Auftreten von Lungentuberkulose, danach 9 Jahre gesund. Seit 2 Jahren neue Erscheinungen seitens der Lungen: L. III., R. II. Stadium nach Turban-Gerhardt. Tuberkelbazillennachweis wiederholt erbracht. Seit längerer Zeit, jedenfalls seit Monaten im oberen Teil der einen Nasolabialfurchen ein „Aus-schlag“, der klein anfing, eine Art Bläschen bildete, platzte, eine Zeitlang warzenförmig erhaben und trocken erschien, dann borkig zerfiel und nun an Ausdehnung langsam zunahm bis etwa zur Grösse von einem Markstück. Typisches krustöses nach Ablösung einiger Borken leicht nässendes Ekzem. Rückgang

unter Salbenbehandlung und Darreichung von Lebertran. Lungenleiden ohne Neigung zu Besserung.

2. Ph. M., z. Zt. der Beobachtung 27 Jahre alt, vor 7 Jahren erste Kur wegen Lungentuberkulose, jetzt Wiederholungskur. — II. Stadium. Seit 2 Jahren hartnäckiges sich über Philtrum, rechte Nasolabialfurche und rechten Mundwinkel erstreckendes mithin ziemlich ausgedehntes Ekzem, an dem sich so ziemlich alle Stadien vom vesikulären bis zum squamösen nachweisen lassen. Ausschluss von Lues. Erfolgreiche Behandlung des Ekzems durch Weglassung von Seife, Anwendung von essigsaurer Tonerde und milder Salbe.

Bemerkenswert ist an den beiden Fällen, dass es sich um tuberkulöse Männer des Arbeiterstandes handelte. Weibliche Eitelkeit und die geordnete Körperpflege der Wohlhabenden sorgt dafür, mit kosmetischen Mitteln die Ausbreitung und Intensität solcher Erscheinungen rechtzeitig zu bekämpfen. Indessen habe ich bei weiblichen Tuberkulösen Anfänge und Spuren seborrhoisch-squamöser und anderer Ekzemformen überraschend häufig festgestellt und werde bei allen denen Zustimmung finden, die Stirn-Augenbrauengegend, Naseneingänge, Wangen-Ohrgrenzen, Furchen hinter den Ohrmuscheln und Haargrenzen der Lungentuberkulösen einer näheren Besichtigung unterziehen.

Ich möchte einen Fall besonders herausgreifen, der insofern eigenartig lag, als bei einer Dame parallel neben einem erst lange nicht richtig erkannten Nierenleiden ein äusserst hartnäckiges seborrhoisch-squamöses Ekzem des Gesichtes einberging, zu dem sich eine ebenso starke wie chronische Pharyngitis gesellte. Etwa 10 Jahre nach den ersten Erscheinungen Entfernung der einen in derbe schwielige Massen eingebetteten durch und durch tuberkulösen Niere. Ausgang in Heilung.

### Nasenrachenkatarrh.

Von den bekanntermassen der infantilen Skrofulose allgemein als wesenseigen zuerkannten chronischen Schleimhautkatarrhen finden sich bei tuberkulösen Erwachsenen vor allem häufig chronische Nasenrachenkatarrhe. Darüber enthält die berühmte Turban-Rumpfsche Statik recht bemerkenswerte Angaben. Es heisst dort: „Wir fanden sie in 236 Fällen = 57,8% und vermögen nicht zu sagen, wie oft sie als Symptom einer tuberkulösen Entzündung des lymphatischen Halsrings, wie oft als prädisponierend für Tuberkulose aufzufassen sind. Jedenfalls erfolgt der erste Ausbruch und das Rezidiv einer tuberkulösen Lungenerkrankung nicht selten im Anschluss an einen akuten Nasenrachenkatarrh, der allmählich in die tieferen Luftwege hinabsteigt.“ — Ich möchte darauf hinweisen, dass ich hinsichtlich der Häufigkeit chronischer Nasenrachenkatarrhe bei

tuberkulösen Erwachsenen in bezug auf die Formen zwischen der atrophischen und der hypertrophischen einerseits, in bezug auf das Vorkommen bei den beiden Geschlechtern zwischen dem männlichen und dem weiblichen andererseits keinen wesentlichen Unterschied feststellen konnte. Die grosse Häufigkeit dieser Katarrhe bei Tuberkulösen an sich hat mir den Glauben an ihre Harmlosigkeit genommen, der Mangel eines wesentlichen Häufigkeitsunterschiedes zwischen Männern und Weibern hat mich gegenüber dem Dogma der alkoholischen und tabakösen Ätiologie sehr skeptisch gemacht.

Auffallenderweise habe ich atrophische Nasenrachenkatarrhe gerade auch bei Nichtrauchern und Abstinenteu gefunden; besonders wichtig ist mir ein Fall, in dem ein hartnäckiger atrophischer Nasenrachenkatarrh bei einem Nichtraucher und Abstinenteu dem Ausbruch einer offenen Lungentuberkulose lange vorausging, sich während des Zeitraumes, in dem tuberkelbazillenhaltiges Sputum auftrat, kaum wesentlich verschlimmerte, aber nachdem der Lungenprozess zum Stillstand gekommen war und das Bazillenspeien aufgehört hatte, sich öfters steigerte und das Aktivsein der Lungentuberkulose um Jahre — allerdings an Intensität besonders in Abhängigkeit von klimatischen Einflüssen sehr schwankend — überdauerte. Das von Turban-Rumpf berechnete Prozentverhältnis = 57,8%, die Tatsache also, dass etwa jeder zweite erwachsene Lungentuberkulöse chronischen Nasenrachenkatarrh darbietet, wird jeder Heilstättenarzt bei Durchprüfung seines Materials ungefähr bestätigen können.

#### Ohrbefunde.

Von der ganz auffallenden Häufigkeit pathologischer Ohrbefunde bei erwachsenen Lungentuberkulösen kann sich auch der Nicht-Spezialist durch sorgsame Spiegelung und Aufzeichnung jedes Falles leicht überzeugen. Turban und Rumpf berechneten die bei einer fortlaufenden Serie von 200 lungentuberkulösen Kranken festgestellten pathologischen Ohrbefunde auf 70,5%. Die von ihnen an einem Gesamtmaterial von 408 Patienten gefundenen Trommelfellperforationen allein stellten sich auf 6,6%. Darunter sind allerdings einige Kinder mitbegriffen. Diese Prozentzahl dürfte aber an einem ausschliesslich aus tuberkulösen Erwachsenen des Arbeiterstandes zusammengesetztem Krankenmaterial eher höher als niedriger gefunden werden.

#### Lymphdrüsenanschwellungen.

Es sind nun noch die für die infantile Skrofulose geradezu als Kardinalsymptom geltenden Lymphdrüsenanschwellungen am Halse, versteht sich bei lungentuberkulösen Erwachsenen, zu erörtern.

In meiner<sup>1)</sup> vor etlichen Jahren darüber aufgestellten Berechnung hatte ich den Skrofulosebegriff geflissentlich umgangen und das einzelne Symptom der palpablen Lymphdrüsen in den supraklavikularen Halsdreiecken bei Lungentuberkulose ganz unter dem gewöhnlich für Pathologen und Bakteriologen ausschlaggebenden Gesichtswinkel des Infektions- oder Invasionsmodus betrachtet. Das Zugeständnis, damit klinisch so gut wie nichts gewinnen zu können, büsste ich durch Duldung einiger Sarkasmen. Trotzdem muss ich hier auf die Ergebnisse der damals angestellten Untersuchungen zurückkommen.

Leider waren mir die lange vorher von Volland mitgeteilten diesbezüglichen Erhebungen entgangen, als ich die meinigen mitteilte. Um so erfreulicher und wichtiger erscheint mir aber nun die Entdeckung, dass ein Vergleich der beiden zahlenmässigen Feststellungen eine auffallende Übereinstimmung ergibt. Volland fand bei Schülern im Alter von 19—24 Jahren unter 98 Untersuchten 67, d. i. 68,3% mit fühlbaren Halslymphdrüsen; ich selbst fand, indem ich nur die supraklavikularen Halsdreiecke austastete, an einer fortlaufenden Reihe von 193 Soldaten rund bei 41% palpable Drüsen. Er fand unter 108 Phthisikern 101 mit palpablen Drüsen, d. s. 93%; ich unter 32 als „tuberkuloseverdächtig“ von dem betreffenden Militärarzt besonders ausgewählten Soldaten, die überwiegend auch schon manifeste Lungenveränderungen boten, genau ebensoviel. Allerdings konnte ich an Heilstätteninsassen, die alle mit aktiver, wenn auch nicht offener Lungentuberkulose behaftet waren, nur in 78% der Fälle Drüsen feststellen — freilich wieder unter ausschliesslicher Berücksichtigung der supraklavikularen Halsdreiecke. Meine Statistik ergab ausserdem, dass sich vom 1. zum 3. Stadium aufwärts die Häufigkeit palpabler Halsdrüsen bei erwachsenen Lungentuberkulösen steigerte.

Bei Turban-Rumpf heisst es unter den Einzelangaben: „Lymphdrüsentuberkulose 42 Fälle“ — n. b. von 408 Kranken: „Hier sind nur diejenigen Fälle gerechnet, in welchen die Drüsenschwellung mindestens bohngross war, kleinere Drüsen wurden fast immer gefunden.“

Hierzu ist zu bemerken, dass das Durchschnittsalter der statistisch geordneten Turbanschen Kranken 28 Jahre betrug, und dass sich darunter nur 15 Kranke im Alter von 7—15 Jahren befanden. Aus einer kurzen Ausdrucksweise Turbans (vgl. S. 24 seiner schon oft zitierten Monographie) ist ersichtlich, dass er Lymphdrüsen-Tuberkulose und -Skrofulose schlechtweg identifiziert. Wenn man die

1) Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. XIII. H. 2 „Zur Frage der Häufigkeit und Bedeutung palpabler Lymphdrüsen in den supraklavikularen Halsdreiecken bei Lungentuberkulose“.

Bartelschen Drüsenstudien berücksichtigt, wird man die Grösse also etwa „Bohnengrösse“ als Einteilungsprinzip der Drüsenbefunde nicht anerkennen. Daraus ergibt sich, dass die sich nach Turban-Rumpf ergebende Zahl von rund 10% Drüsentuberkulösen bei sonst vorwiegend Lungentuberkulösen etwa als Widerspruch gegen die Volland'schen und gegen meine Zahlen nichts zu sagen hat. Dass kleine Drüsen „fast immer“ gefunden worden seien, deckt sich ja beinahe mit den durch die Untersuchungen von Volland und von mir ermittelten 93%.

Über die Bedeutung der Drüenschwellungen an sich wie über die der übrigen Skrofulosesympptome tuberkulöser Erwachsener soll noch zusammenfassend gehandelt werden. Hier möchte ich nur auf die Grössenschwankungen solcher Drüsen hinweisen. Diese pflegen im Laufe der Lungentuberkulose nicht selten zu sein und können dabei oft deutlich verfolgt werden. Es gibt Fälle, in denen bald nach dem Ausbruch einer Lungentuberkulose sowohl für den Kranken selbst als auch für den Arzt Drüenschwellungen am Halse erstmalig in Erscheinung treten, sich rasch häufen oder, wenn es bei einer oder zweien bleibt, sich rasch vergrössern, durch entsprechende Behandlung aber — obenan klimatische!, sodann diätetisch-physikalische Kuren überhaupt, ferner durch Jod in Salben oder Lebertran — unter der Grenze der Abszedierung gehalten werden, und sich schliesslich parallel zur Besserung des Lungenleidens zurückbilden. In allen solchen Fällen von Lungentuberkulose mit Halsdrüenschwellungen, wo sich die Rückbildung der letzteren ermöglichen lässt, ohne dass also Abszedierung eintritt oder aus anderen Indikationen Operation erforderlich wird, wo der Rückbildungsprozess zuverlässig beobachtet und das Zurückgebildetbleiben ständig sorgfältig kontrolliert werden kann, sind solche Drüsen ein ganz wertvoller Warnungsapparat für den betreffenden Kranken. Ihre blossе Anwesenheit mahnt zu dauernder hygienischer Lebensweise, ihre Grössenzunahme oder Vervielfältigung auch beim Fehlen neuer Lungenerscheinungen zu einer erneuten vorbeugenden Kur. (Natürlich müssen aber unabhängig von den Drüsen die Lungen selbst immer wieder auf den status quo nachgeprüft werden.) Denen, welche ihre Kranken über derartige Warnungssignale des Organismus in Unkenntnis gehalten wissen wollen, weil sie angeblich Neurastheniker und Hypochondrer zu züchten fürchten, gebührt für solche weitblickende altruistische Taktik ein besonderes Kompliment. Diese gedeiht, nebenbei bemerkt, meist auf demselben Boden wie die Auffassung, dass die Beobachtung Lungentuberkulöser im müssigen Zuschauen bei Blutstürzen oder allenfalls im Erkennen faustgrosser Kavernen bestünde.

Ein Überblick der im vorhergehenden ausführlicher besprochenen Erscheinungen seitens der Augen, der Haut, bes. Gesichtshaut, der Nasenrachenschleimhäute, der Ohren und endlich der Halslymphdrüsen bei erwachsenen tuberkulösen Lungenkranken erübrigt wohl die Frage, ob man bei Erwachsenen von Skrofulose reden könnte, solange das Wort Skrofulose überhaupt in der klinischen Nomenklatur fortgeführt wird.

### Zusammenfassung und Schluss.

Die Frage ist nun, was darf man aus der Skrofulose Erwachsener schliessen, was soll man damit anfangen? — Freilich vereinzelt unscheinbare Vertreter des Symptomenkomplexes der Skrofulose finden sich auch bei scheinbar gesunden Erwachsenen: Vereinzelt Lymphdrüenschwellungen am Halse allein, wenn nicht ganz, so doch fast so oft, als durch die Tuberkulinproben nach Pirquet oder Moro bei Erwachsenen überhaupt latente Tuberkulosen ermittelt werden können.

Indessen anders steht es doch mit Kombinationen mehrerer solcher Symptome oder bei sonstiger Einengung des Komplexes mit der graduellen Steigerung des einzelnen Symptoms. Alsdann steigert sich auch das Vorkommen manifester Tuberkulosen und zwar Lungentuberkulosen proportional der bisweilen scheinbar harmlosen Skrofulose in unverkennbarer Weise. Es sei ausdrücklich hervorgehoben, dass die Vergesellschaftung von Tuberkulose Erwachsener mit Skrofulose einerseits hier nicht als eine gesetz- oder regelmässige bezeichnet wird, dass sie umgekehrt andererseits nicht so selten ist, als dass ihr Vorhandensein wie im allgemeinen bisher diagnostisch, prognostisch und therapeutisch völlig unbeachtet bleiben dürfte. Wenn von jeher die anamnestisch ermittelte infantile Skrofulose bei tuberkuloseverdächtigen Erwachsenen seitens der Ärzte eingehende Berücksichtigung gefunden hat, wieviel mehr muss diese dem Aufspüren objektiv feststellbarer Neueruptionen von Skrofulose zugewandt werden!

Das Verhalten der Skrofulose Erwachsener zu einer Lungentuberkulose kann — ganz abgesehen natürlich von den Fällen, wo sie ausbleibt — hinsichtlich ihres zeitlichen Auftretens nach den bisher vorliegenden Erfahrungen recht verschieden sein:

1. sie kann einer manifesten Tuberkulose lange vorausgehen,
2. sie kann gleichzeitig mit ihr auftreten,
3. sie kann sich erst in Spätstadien zu ihr gesellen.

In Fällen, bei denen die erste oder zweite Möglichkeit erfüllt ist, kann sie sich vor Eintritt eines Stillstandes der Lungentuberkulose wieder zurückbilden oder aber diese noch lange überdauern, pflegt

aber dann insgesamt an Intensität stetig abzunehmen, wenn auch unter vorübergehenden Intensitätssteigerungen.

Die infantile Skrofulose und die der Erwachsenen sind in ihrem innersten Wesen, welches ja noch nicht völlig geklärt ist, offenbar nicht nur verwandt, sondern sogar gleich.

Gewisse allgemeine Unterschiede bestehen aber zwischen beiden: die Gewebe der Kinder sind eben zarter und leisten daher den Skrofuloseausbrüchen weniger Widerstand als die derberen jenseits der Pubertät. Ausserdem ist die Behandlung der Kinder infolge deren Unbeholfenheit und Unachtsamkeit eine rein passive, die der Erwachsenen infolge grösserer Sorgfalt eine mehr aktive. Daher werden bei Erwachsenen Skrofuloseausbrüche leichter nach Grad und Ausdehnung beschränkt als bei Kindern. Überdies besteht ein voneinander abweichendes Verhalten in der Bevorzugung und in der Reaktion der einzelnen Gewebsgruppen bei Kindern und bei Erwachsenen. Die skrofulösen Affektionen der Augen und der Gesichtshaut treten bei Erwachsenen vielleicht im ganzen etwas seltener auf und verlaufen viel milder als bei Kindern, hinwiederum die chronischen Schleimhautkatarrhe der Nase und des Rachens erreichen bei Erwachsenen hinsichtlich ihrer entzündlichen Reizerscheinungen viel höhere Grade als bei Kindern, verlaufen viel chronischer, bzw. rezidivieren öfterer, verursachen aber nicht so mächtige Hyperplasien wie im Kindesalter. Diese kurze Charakteristik mag genügen, obwohl sie nicht erschöpfend ist.

Wie O. Heubner tuberkulöse Kinder skrofulös werden sah, so beobachtet man entschieden oft dasselbe bei lungentuberkulösen Erwachsenen.

Gewisse Verlaufseigentümlichkeiten der Skrofulose Erwachsener erwecken oft den Eindruck, als ob sie eine äussere Ausdrucksform der sich innerlich abspielenden Immunsierungsvorgänge gegen Tuberkulose sei in dem Sinne, dass die Skrofuloseeruptionen bei Erwachsenen wohl den Verlust oder den Durchbruch einer früher einmal erworbenen Tuberkuloseimmunität bedeuten, dass ihr spontaner Rückgang ein Wiederanwachsen der Immunität gegen Tuberkulose anzeigt, dass das hartnäckige Bestehenbleiben oder die Verschlimmerung der Skrofulose die Unmöglichkeit aktiver Selbstimmunsierung gegen Tuberkulose wahrscheinlich macht.

Für die Praxis aber sei noch einmal auf O. Vierordt verwiesen. Sein Satz: „Stets muss man mit Tuberkulose rechnen“ gilt ganz sicher ebenso wie für die infantile für die Skrofulose Erwachsener.

Leider scheint man sich auf vielen der am Skrofulosesymptomenkomplex teilhabenden Spezialgebiete für die Bekämpfung der häufigsten Form der Tuberkulose, nämlich der Lungentuberkulose noch gar nicht sehr erwärmen zu können, und ungehört verhallt gerade in dieser Beziehung meist das durch alle Bücher und Hörsäle klingende hohe Lied von der klinischen Erfassung des Gesamtorganismus und die Aufforderung zu dessen Allgemeinbehandlung.

---

### Benutzte Literatur.

---

1. K. Turban: „Beiträge zur Kenntnis der Lungentuberkulose.“ Monographie-Verlag v. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1899.
  2. Cornet: „Die Skrophulose.“ Spezielle Pathologie und Therapie von Nothnagel. XIV. Bd. IV. Teil. 1900.
  3. O. Vierordt: „Skrophulose“ im Lehrbuch der inneren Medizin von v. Mering 1901.
  4. Volland: Zitiert von Jakob und Pannwitz in „Entstehung u. Bekämpfung der Lungentuberkulose“ 1901/02. Wo erstmalig veröffentlicht?
  5. Ad. Czerny: Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 54. Bd., referiert in Münchner med. Wochenschr. 1901. S. 1295.
  6. O. Heubner: „Lehrbuch der Kinderheilkunde“ (1903).
  7. Escherich: „Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Skrofulose. Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 38. „Was nennen wir Skrofulose?“ Wiener klin. Wochenschr. 1909. Nr. 7. Referiert deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 10.
  8. Peters: Ärtzl. Verein Rostock. Referiert Münchner med. Wochenschr. 1909. Nr. 7.
-