

Zur Tuberkulosefrage

Autor(en): **Wilhelmi, A.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Archiv für Tierheilkunde SAT : die Fachzeitschrift für Tierärztinnen und Tierärzte = Archives Suisses de Médecine Vétérinaire ASMV : la revue professionnelle des vétérinaires**

Band (Jahr): **45 (1903)**

Heft 6

PDF erstellt am: **28.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-590742>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Zur Tuberkulosefrage.

Von Dr. A. Wilhelmi, Bez.-Tierarzt in Muri (Aargau).

Von hervorragender Seite bezweifelt man noch immer die Identität der Rinder- und Menschentuberkulose und deren gegenseitige Übertragbarkeit. Das Referat der Verhandlungen der Berliner medizinischen Gesellschaft „Über die Identität und gegenseitige Übertragbarkeit der Schwindsucht und Perlsucht“ in Nr. 31 d. B. T. W. veranlasst mich, folgendes Vorkommnis aus meiner Praxis zu veröffentlichen.

In B. untersuchte ich bei einem Grossbauer ein hochträchtiges Rind, welches ich für stark tuberkulös hielt. Ich empfahl eine sofortige Tötung. Da die Schlachtung sofort vorgenommen wurde, wohnte ich derselben bei, um mich über meine Vermutungen zu vergewissern. Mein Verdacht auf allgemeine Tuberkulose wurde nach Eröffnung der beiden grossen Körperhöhlen bestätigt, indem das Tier an ausgesprochener Perlsucht litt. Der Schlächter, der bei der Ausübung seines Handwerkes etwas unbeholfen vorging, verletzte sich auf der dorsalen Seite des Mittelfingers der l. Hand. Die Verletzung geschah entweder durch das Messer oder einen Knochensplitter einer gebrochenen Rippe. Ich machte den Mann auf die Gefahr einer Infektion aufmerksam, was jedoch mit einem abfälligen Lächeln beantwortet wurde.

Nach einigen Tagen erscheint der betreffende Mann bei Herrn Dr. R. in M. und klagte über sehr starke Schmerzen am l. Mittelfinger.

Ich lasse hier die mir von Hrn. Dr. R. gütigst überlassene Krankengeschichte im vollen Wortlaute folgen.

„Am 26. Januar 1903 kam Patient in meine Behandlung. Er gab an, am 18. I., also 8 Tage vorher eine kranke Kuh, die „finnig“ gewesen sein soll, gestochen zu haben, dabei verletzte er sich am l. Mittelfinger derart, dass er mit der Messerspitze oder einem Knochensplitter auf der Dorsalseite des Fingers direkt über dem Gelenk der Nagel- oder Mittel-

phalanx des 3. Fingers einstach und er soll, wie er angibt, gespürt haben, dass er auf den Knochen gekommen sei. Er wischte die Hautwunde mit Wasser und Essig ab und machte einen Verband. Nach einigen Tagen verspürt er etwas Schmerzen an der verletzten Gelenkgegend und der Finger schwoll etwas an.

Am 26. I. kam der Patient in meine ärztliche Behandlung. Es zeigte sich auf der Dorsalseite des 1. Mittelfingers eine etwa 1 cm. lange mit einer Kruste bedeckte längsverlaufende Schnittwunde, d. h. sie war fast verheilt. Die Umgebung war etwas gerötet und geschwollen und zwar rings um den Finger, entsprechend dem Interphalangalgelenk, auf Druck und Bewegung etwas schmerzhaft. Ich hielt die Affektion für eine gewöhnliche infizierte Wunde und verordnete Sublimatumschläge 1 : 1000.

Am 31. I. machte ich eine Längsinzision, da Rötung und Schwellung zugenommen, bis ins Gelenk, es entleerte sich aber gar kein Eiter, sondern nur etwas trübes Serum. Die Gelenkfläche war trübe.

Es trat aber keine Besserung ein trotz Jod- und Jodoformbehandlung und es bildete sich ein regelrechter Fungus des Gelenkes, der die Weichteile um das Gelenk ebenfalls ergriff und ich machte daher am 24. Februar eine Auskratzung resp. Resektion des Gelenkes und Drainage. Dabei entfernte ich eine grosse Menge tuberkulöse Granulationen.

Allein auch jetzt erfolgte keine Besserung, die tuberkulösen Granulationen schossen rasch wieder auf, so dass der Finger mehr als einmal dicker war. Eiterung war keine vorhanden oder nur gering. Da nun der Prozess auch auf die ganze Mittelphalanx überging, so machte ich am 13. März die Exartikulation des Fingers im Gelenk zwischen Grund- und Mittelphalanx und musste hauptsächlich einen unteren Lappen benutzen.

Die Wunde heilte per primam und am 5. April konnte

Patient geheilt entlassen werden, die Arbeit wieder aufnehmen und ist seitdem gesund geblieben.

Das klinische Bild der Affektion ist also eine tuberkulöse Entzündung des Interphalangalgelenkes des III. Fingers links, das zu einem grossen Fungus des Gelenkes geführt hat.“

Von dem mir durch Hrn. Dr. R. gütigst zur Verfügung gestellten exartikulierten Finger entnahm ich einiges Material der erkrankten Knochenhaut der 2. Phalange und impfte dasselbe subkutan einem Meerschweinchen ein. Schon nach 10 Tagen war eine deutliche Schwellung der Kniefaltenlymphdrüsen zu erkennen. Die Impfstelle war verheilt, von einer Kruste bedeckt und im Umkreise von zirka einem Fünffrankenstück hart. Nach 20 Tagen war das Meerschweinchen verendet an allgem. Tuberkulose. In der Lunge, Leber, Milz, an der Impfstelle, auf dem Peritoneum waren die benachbarten Lymphdrüsen tuberkulös verändert. In den parenchymatösen Organen waren stecknadelkopf- bis erbsengrosse Knötchen, die einen weichen, rahmartigen Eiter enthielten, in welchem man die Tuberkelbazillen in grosser Zahl mikroskopisch nachweisen konnte. Direkte mikroskopische Untersuchungen der Knochenhaut oder der Gelenkflüssigkeit des exartikulierten Fingers wurden infolge der allzusehr zeitraubenden Untersuchungstechnik unterlassen und sogleich zur Impfung geschritten, die ja doch die zuverlässigsten Resultate gibt.

Ich frage mich nun wirklich, ob nach diesen Tatsachen eine direkte Übertragung der Rindertuberkulose auf den Menschen noch angezweifelt werden kann. Ich glaube nein, dagegen wird unzweifelhaft die individuelle Prädisposition sowie das Invasionsvermögen eine Rolle spielen. Oder sollte vielleicht wie Koch und Schütz es bei positiven Übertragungsversuchen zu erklären suchen, das hier in Frage kommende Rind mit Menschentuberkulose behaftet gewesen sei.

Es sei hier noch beiläufig bemerkt, dass der obgenannte Schlächter absolut nicht das Aussehen eines mit Tuberkulose behafteten Mannes hat.