

verhält es sich mit der Bronchoskopie. Über diagnostische Lungenpunktionen bestehen keine Erfahrungen außer einigen Versuchen, bei denen Asbestkörperchen im Lungensaft gefunden wurden. Bei primären Pleuratumoren oder Metastasen vermag der Tumorzellnachweis im Punktat die Situation schlagartig zu erhellen. Dies war der Fall bei Alwens Beobachtung.

Metastasen werden die Diagnose immer schnell stellen lassen.

Daß länger bestehende Tumoren Fieber bedingen können, ist für die Diagnose unwesentlich, da Infekte die gleiche Folgen haben können.

Zum Bluthild und zur Senkungsbeschleunigung der roten Blutkörperchen sei bemerkt, daß Anämien nicht zur Asbestose gehören; eher kommen schon einmal hohe Farbstoff- und Zellwerte als Kompensationserscheinung vor. Begleitende Infekte dürften Ausnahmen veranlassen können. Zunehmende Anämien sind unter Ausschluß anderer vielfältiger Ursachen tumorverdächtig. Vom Differentialblutbild ist ein diagnostischer Anhalt für Tumor nicht zu erwarten. Die Blutsenkung ist bei unkompliziert Asbestose an sich nicht beschleunigt. Dennoch findet man sie bei Serienuntersuchungen an zahlreichen Asbestosekranken verhältnismäßig oft in bescheidenem Grade erhöht, wahrscheinlich weil Infekte im Bronchialbaum dabei häufiger vorhanden sind. Stärkere und zunehmende Senkungsbeschleunigung ist immer zu beachten und nach den üblichen klinischen Regeln zu verwerten.

Damit wären die klinisch wichtigsten Gesichtspunkte zur Erkennung eines Lungentumors bei Asbestose aufgeführt. Die richtige Deutung ist immer Sache einer gediegenen klinischen Allgemeinschau und kritischen Verarbeitung der Einzelzeichen. Wichtig ist es, in diesem Zusammenhang das Krankheitsbild der Asbestose im allgemeinen zu kennen und an die Kommunikationsmöglichkeit mit Tumor zu denken, der beinahe so häufig wie die aktive Tuberkulose in der Asbestlunge vorzukommen scheint. Sind doch in Deutschland bisher nur 10 aktive Tuberkulosen bei Asbestose gegenüber 0 Tumoren bekannt geworden.

Wenn das Ereignis des Auftretens von Krebs in der Asbestatublung so häufig ist, wie oben gezeigt wurde, und wenn auch sonstige gute Gründe für einen engeren ursächlichen Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen sprechen, so wird man, wenn auch die Tierexperimentellen Unterlagen noch ausgeschaltet werden müssen, doch schon heute daran denken müssen, den gesetzlichen Versicherungsschutz auf diese Komplikation auszuweiten. In den wenigen bisher vorgekommenen Entschädigungsverfahren haben die Berufsgenossenschaften auf Grund einheitlicher Stellungnahme der befragten Gutachter den Zusammenhang anerkannt. In den von mir durchgesehenen diesbezüglichen Akten hat in Deutschland kein Gutachter einen ablehnenden Standpunkt eingenommen.

Zusammenfassung.

Es wird über die bisher bekannt gewordene und erweiterte Kasuistik von bösartigen Lungen- und Pleuragewächsen bei Asbestose aus dem Schrifttum berichtet. Die Gründe, welche einen ursächlichen Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen nahelegen, werden aufgeführt. Das klinische Bild des Lungentumors bei Asbestose wird besprochen und die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf diese Komplikation für angebracht gehalten.

Schrifttum.

Baader, E. W.: Dtsch. med. Wochr. 1939 I, 497. — Egbert, D. S. and A. J. Gieger: Amer. Rev. Tub. 34, 143 (1938). — Gloyne, S. R.: Tubercle 14, 650 (1933); 17, 6 (1936); 18, 100 (1939)¹. — Hornig, F.: Z. Krebsforsch. 47, 281 (1938). — Linzbach, A. J. u. H. W. Wedler: Virchows Arch. 307, 387 (1941). — Lynch, K. M. and W. A. Smith: Amer. J. Canc. 24, 60 (1935). — Nordmann, M.: Z. Krebsforsch. 47, 288 (1938). — Ber. 8. internat. Kongr. Unfallmed. u. Berufschrk., Frankfurt a. M., Bd. 2, S. 983. Leipzig: Georg Thieme 1939. — Nordmann, M. u. A. Sorge: Z. Krebsforsch. 51, 188 (1941). — Sparks, J. V.: Brit. J. Radiol. 11, 371 (1938). — Wedler, H. W.: Klinik der Lungenasbestose. Leipzig: Georg Thieme 1939.

¹ Die Originalarbeit lag dem Verfasser nicht vor.