

DIFFERENTIALDIAGNOSE INNERER KRANKHEITEN

EINE KURZGEFASSTE DARSTELLUNG
FÜR ÄRZTE UND STUDIERENDE

von

Dr. ROBERT HEGGLIN

o. Professor für innere Medizin an der Universität Zürich
Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik

Sechste, verbesserte und erweiterte Auflage

Mit 517 zum Teil mehrfarbigen

Abbildungen



GEORG THIEME VERLAG · STUTTGART

Von diesem Werk erschienen:

1. Auflage	1952
2. erweiterte Auflage	1953
1. italienische Auflage	1953
3. Auflage	1954
2. italienische Auflage	1954
1. spanische Auflage	1955
4. Auflage	1956
5. Auflage	1957
3. italienische Auflage (in Vorbereitung)	
6. Auflage	1959

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten

© Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1952, 1956, 1957, 1959 - Printed in Germany

Druck: Buchdruckerei Ernst Klett, Stuttgart - Einband: Großbuchbinderei Sigloch, Künzelsau

Von diesem Buch widmete ich
die 1.—3. Auflage
meinen klinischen Lehrern
OTTO NAEGELI
1871—1938
und
WILHELM LÖFFLER

die 4. Auflage
den begeisternden Lehrern klinischen Denkens
CHARLES LAUBRY
ALBERT SCHÜPBACH
1885—1955
FRANZ VOLHARD
1872—1950

die 5. und 6. Auflage
den großen Lehrern ärztlichen Denkens
MAURICE ROCH
und
RICHARD SIEBECK

Puisqu'on ne peut être universel et savoir tout ce qui peut se savoir sur tout, il faut savoir peu de tout. Car il est bien plus beau de savoir quelque chose de tout que de savoir tout d'une chose.

Blaise Pascal

Pensées sur l'esprit XXXVII

Vorwort zur 6. Auflage

Trotz der schon nach einem Jahr notwendig gewordenen Neuauflage sind zahlreiche Verbesserungen und Erweiterungen vorgenommen worden. Ein Kapitel über die Differentialdiagnose der Lähmungen von Willkürbewegungen mit den wichtigsten neurologischen Hinweisen wurde auf vielfach geäußerten Wunsch neu hinzugefügt.

Auch diesmal habe ich vielen Kollegen für Anregungen und wohlwollende Kritik zu danken, besonders aber meiner Frau und Herrn Dr. h. c. Bruno Hauff, der in großzügigster Weise alle meine Wünsche erfüllt hat.

Zürich, im November 1958

Robert Hegglin

... er heilt durch Maß,

Ordnung, Selbsterkenntnis ...

(Friedrich Georg Jünger, „Apollon“)

Vorwort zur 1. Auflage

Wenn ich als einzelner den Versuch unternommen habe, eine Einführung in die Differentialdiagnose zu schreiben, ist eine Rechtfertigung dieses Entschlusses, den man besonders in außereuropäischen Ländern schwer verstehen wird, angezeigt. Es war meine Absicht, die differentialdiagnostischen Probleme einiger Symptome, welche dem Arzt besonders häufig begegnen, zu bearbeiten und sie nicht vom Gesichtspunkt des Spezialisten, sondern des am Krankenbett tätigen Internisten darzustellen.

Die spezialistische Aufsplitterung, die den Überblick über das Gesamtgebiet erschwert, hat auch in der inneren Medizin — hauptsächlich durch die subtile Technik der Untersuchungsmethoden — einen Grad erreicht, der dem Arzt eine eingehende Beschäftigung mit allen Zweigen (Kardiologie, Haematologie, Gastroenterologie, Endokrinologie usw.) scheinbar nicht mehr ermöglicht.

So notwendig sich eine weitgehende Spezialisierung für die Forschung und Bearbeitung besonderer Aufgaben erwiesen hat, wurde es doch auch klar, daß eine mehr synthetische Betrachtungsweise weiterhin die Voraussetzung für die ärztliche Betätigung am Krankenbett bleibt und der Kliniker der alten europäischen Schule, welcher stets versuchte, die Übersicht über alle Teilgebiete zu wahren, an Bedeutung nicht eingebüßt hat. Das Verständnis für viele Krankheitserscheinungen wird zudem nicht durch die Organbetrachtung, sondern nur durch die Erfassung der funktionellen Korrelationen und auf mehrere Organe wirkenden allgemeinen humoral-pathologischen Vorgänge gefördert.

Das Bedürfnis einer differentialdiagnostischen Betrachtungsweise der Krankheiten hat seine Quelle einzig in der ärztlichen Funktion am Krankenbett, niemals im Laboratorium, auch nicht im Drang nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis, dem so manche Fortschritte in der Medizin zu verdanken sind. Die differentialdiagnostischen Überlegungen entspringen somit einer rein ärztlichen Tätigkeit. Am Krankenbett aber darf der Arzt nicht nach Organen denken, sondern muß stets alle Möglichkeiten und vor allem die Zusammenhänge im Auge behalten.

Ich hoffe, daß die Betonung der Zusammenhänge den Mangel an Kenntnissen in einzelnen Spezialgebieten, wie er den spezialistischen Fachkollegen zum Bewußtsein kommen wird, überwiegt und den Studierenden und den als praktische Ärzte tätigen Kollegen, für welche dieses Buch bestimmt ist, den Überblick erleichtert.

Die Einordnung der Symptome bedarf als Voraussetzung einer Einteilung der Krankheiten. Ich habe mich bemüht, die Krankheitsgruppen, soweit wie möglich, nach patho-physiologischen Gesichtspunkten zu gliedern. Vielleicht nimmt diese Gliederung in meiner Arbeit einen zu schematischen und breiten Raum ein. Ich glaubte aber, aus didaktischen Gründen diese Einteilung immer wieder in den Vordergrund stellen zu müssen und auf alle kasuistischen Einzelfälle verzichten zu dürfen.

Die Natur spielt immerfort mit der Mannigfaltigkeit der einzelnen Erkrankungen, aber es kommt darauf an, sich nicht irren zu lassen, die allgemeine, stetige Regel zu abstrahieren, nach der sie handelt.
Goethe.

Vorwort zur 2. Auflage

Die 1. Auflage war innerhalb weniger als Jahresfrist vergriffen. Diese Tatsache zeigte mir einerseits, daß die Darstellung einer Differentialdiagnose nach patho-physiologischen Gesichtspunkten einem allgemeinen Bedürfnis entsprach und andererseits, daß die versuchte Gliederung des Stoffes im großen und ganzen richtig war. Für die 2. Auflage wurde das ganze Buch überarbeitet und zwei Kapitel wurden (Kopfschmerzen und Schmerzen in den Extremitäten) neu aufgenommen. Dabei bin ich mir der großen Schwierigkeit der Aufgabe erneut bewußt geworden, aber ich habe mich auch diesmal bemüht, die beiden Ziele: Vollständigkeit und Vermeiden jeder Weitschweifigkeit, zu vereinen.

Die Ausführlichkeit, mit welcher ich die einzelnen Krankheitsbilder behandelt habe, wurde auch diesmal nicht nur von der Häufigkeit ihres Auftretens abhängig gemacht, sondern ich habe auch seltenere und als Bindeglieder zwischen einzelnen Krankheitsgruppen wichtige Erkrankungen vielleicht ausführlicher, als ihrer Bedeutung für die rein praktisch-ärztliche Tätigkeit zukommt, dargestellt. Die meisten Rezensoren der 1. Auflage haben diesen Standpunkt gebilligt. Im übrigen wurde aber auf eine didaktische Darstellung besonderer Wert gelegt. Wie in einem Gemälde sind einzelne Figuren ganz ausgearbeitet, andere in den Umrissen gezeichnet und wieder andere nur angedeutet. Diese Begrenzung war notwendig, wenn der Umfang nicht ungebührlich vermehrt und damit das Buch seinem Zweck entfremdet werden sollte.

Vorwort zur 4. Auflage

Die 4. Auflage erfuhr durch mannigfache Ergänzungen und Hinzufügen zweier Kapitel (Lymphome und Obstipation) eine wesentliche Erweiterung. An der Grundkonzeption wurde nichts geändert, da sie Anklang gefunden hat. Ich habe mich auch weiterhin bemüht, den Text möglichst kurz zu halten und oft nur stichwortartige Hinweise zu geben, weil eine Differentialdiagnose die umfassenden Lehrbücher der inneren Medizin nicht ersetzen kann. Das Geheimnis der Wahl ist nicht geringer als das Geheimnis der Erfindung (Paul Valéry). Der Versuchung, einzelne Krankheitsbilder durch prägnante Krankengeschichten zu veranschaulichen, habe ich weiterhin widerstanden.

— Wer nicht mehr zweifeln kann,
ist der Stagnation verfallen.

A. Schüpbach

Vorwort zur 5. Auflage

Trotzdem die Spezialisierung in der Medizin ständig weiter fortschreitet, zeichnet sich andererseits auch immer drängender das Bedürfnis nach zusammenfassender Übersicht ab. Die gute Aufnahme, welche die früheren Auflagen gefunden haben, sind vermutlich darin begründet, daß sie nicht von einer zu einseitigen spezialistischen Sicht, sondern stets im Hinblick auf die Korrelationen aller Organfunktionen geschrieben wurden. Dadurch wurde auch die Gefahr vermieden, in einer dem allgemeinen Internisten und dem Allgemeinpraktiker zu spezialisierten und unverständlichen Sprache zu reden.

Eine besondere Freude bereitete es mir, bei der Neubearbeitung zu erleben, wie die Medizin sich immer mehr von den beengenden nationalen und sprachlichen Begrenzungen löst und das medizinische Wissen der Kulturstaaten jedem Arzt zugänglich geworden ist. Bei der Literaturlauswahl wurde daher auf sprachliche und nationale Interessen keine Rücksicht genommen. Die Geister scheiden sich nicht an den Grenzpfählen, sondern in ihrer Haltung gegenüber dem Humanen.

Angelsächsische Referenten früherer Auflagen haben eine gewisse Vorliebe für seltenere Syndrome festgestellt. Hinweise auf seltenere Krankheitsbilder dürfen nach meiner Überzeugung in einer Differentialdiagnose, welche auch als Nachschlagewerk Verwendung finden soll, nicht fehlen. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an einen Ausspruch Oslers: „If you have the good fortune to command a large clinic, remember that one of your chief duties is the tabulation and analysis of carefully recorded experience.“

INHALTSVERZEICHNIS

Allgemeine Gesichtspunkte	1
A. Allgemeine, bei der Differentialdiagnose zu beachtende Kriterien	2
B. Die unmittelbaren Grundlagen für die Differentialdiagnose	10
C. Über das praktische Vorgehen bei der Festlegung einer Diagnose	42
D. Die Differentialdiagnose nach Krankheitsgruppen	42
Anaemien	49
Einteilung der Anaemien	49
A. Die Blutungsanaemien	53
B. Die haemolytischen Anaemien	54
1) Haemolytische Anaemien, bei denen die Haemolyse vorwiegend im retikulo- endothelialen System stattfindet	56
2) Haemolytische Anaemien, bei denen die Haemolyse vorwiegend intravaskulär erfolgt	62
Differentialdiagnose der Haemoglobinurien	69
C. Anaemien mit gestörter Zellbildung im Knochenmark	72
1) Megaloblastäre Anaemien	72
2) Andere, nicht durch Fehlen des Antiperniziosa-Prinzips bedingte Hemmungen der Zellbildung	78
3) Verdrängung der Erythropoese durch Wucherung markeigener Elemente oder des retikuloendothelialen Systems	81
4) Verdrängung der Erythropoese durch markfremde Zellen	81
5) Anaemien infolge überstürzter Neubildung = Erythroblastosen	82
D. Anaemien infolge Störung im Haemoglobin-Aufbau	83
1) Eisenmangelanaemien	83
2) Eiweißmangelanaemien	88
3) Seltene Störungen im Haemoglobinaufbau	88
Haemorrhagische Diathese	90
Einteilung der haemorrhagischen Diathesen	90
A. Die Bedeutung der klinischen Erscheinungen	91
B. Die Bedeutung klinischer Untersuchungsmethoden	91
C. Die Bedeutung der Laboratoriumsmethoden	93
1) Haemorrhagische Diathese infolge Gerinnungsstörungen	94
2) Haemorrhagische Diathesen infolge Störung der Thrombozyten	99
3) Haemorrhagische Diathesen infolge Veränderung der Gefäßwand (Vaskuläre Purpura)	103
Status febrilis	108
I. Fieber bei nicht-infektiösen Krankheiten	108
II. Rezidivierende febrile Krankheitszustände	111
III. Differentialdiagnose der Zustände mit subfebrilen Temperaturen	112

IV. Differentialdiagnose hochfebriler Zustände	114
1) Bakterielle Infektionen mit umschriebener Eiterung	115
2) Durch Bakterien bedingte Infektionskrankheiten	117
3) Durch Tuberkulose bedingte Temperatursteigerungen	123
4) Durch Virusarten bedingte Temperaturen	126
5) Rickettsiosen	132
6) Spirochätosen inkl. Leptospirosen	134
7) Brucellosen	136
8) Pilzinfektionen	137
9) Protozoen-Erkrankungen	138
10) Wurminfektionen	140
11) Listeriose	140
V. Differentialdiagnose der fieberhaften Zustände mit meningitischen Symptomen	140
1) Meningitiden nach Einwirkung physikalischer Faktoren	141
2) Virus-Meningitiden	141
3) Meningitis bei Spirochätosen	145
4) Meningitis tuberculosa	146
5) Bakterielle Meningitiden	148
6) Durch Pilze bedingte Meningitiden	149
7) Begleitmeningitiden	149
8) Meningitische Symptome mit Temperatursteigerung bei Blutungen	150
VI. Differentialdiagnose der fieberhaften Zustände mit Gelenkschmerzen ...	151
1) Rheumatismus verus = Polyarthritus rheumatica	151
2) Infektarthritis	153
3) Weitere Krankheitsbilder aus dem rheumatischen Formenkreis (Still-Chauffard- Felyt-Syndrom, Morbus Libman-Sacks, Endocarditis fibroplastica eosinophilica Löffler, Endocarditis lenta)	153
4) Andere mit Temperatursteigerungen einhergehende Gelenkleiden	159
VII. Die Bedeutung einzelner Symptome für die Differenzierung febriler Zu- stände	163
1) Verlauf der Temperaturkurve	163
2) Schüttelfrost	165
3) Herpes labialis	165
4) Verhalten der Milz	166
5) Bronchitis	166
6) Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit	166
7) Bedeutung des Blutbildes	167
Kopfschmerz	173
Allgemeine Differentialdiagnose des Kopfschmerzes	174
Spezielle Differentialdiagnose des Kopfschmerzes	177
1) Intrakranielle, raumbeengende Prozesse	177
2) Intrakranielle, nicht raumbeengende Affektionen	186
3) Extrakranielle Prozesse	189
4) Kopfschmerzen bei Allgemeinerkrankungen	196
5) Psychogene Kopfschmerzen	198
Dyspnoe	201
I. Die Dyspnoe bei Stenose der großen Atemwege	202
II. Dyspnoe bei Erkrankungen der Lungen	202
III. Kardial bedingte Dyspnoe	207

A. Differentialdiagnose der haemodynamischen Herzinsuffizienz.....	213
B. Differentialdiagnose der einer haemodynamischen Herzinsuffizienz zu- grunde liegenden Ursachen	218
1) Chronische Überlastung des linken Herzens (Myokarditis und Myokardsklerose)	219
2) Chronische Überlastung des rechten Herzens (Cor pulmonale)	224
3) Myokardosen	228
4) Herzklappenfehler	232
C. Differentialdiagnose der Herzinsuffizienz bei plötzlicher Myokardüber- lastung	247
D. Differentialdiagnose der energetisch-dynamischen Herzinsuffizienz	250
IV. Die Dyspnoe bei emotionellen Faktoren	252
V. Zerebral bedingte Dyspnoe	252
VI. Die Dyspnoe bei allgemeinen Stoffwechselstörungen	252
Herzrhythmusstörungen	255
I. Tachykardien	255
II. Bradykardien	260
III. Arrhythmien	263
Elektrokardiogrammveränderungen	273
I. Störungen der Erregungsausbreitung	273
II. Störungen im Ablauf der Erregungsrückbildung	279
Die diagnostische Bedeutung der abnormen Kammererregungsdauer.....	284
Zyanose	288
Die echte Zyanose.....	288
Weitere klinische Erscheinungen bei Zyanose.....	290
I. Die zentrale Zyanose	291
A. Pulmonal bedingte Zyanose	293
B. Kardiale Mischblutzyanose	294
a) Fallotsche Tetralogie	295
b) Eisenmenger Komplex.....	297
c) Intraventrikulärer Septumdefekt (Morbus Roger)	298
d) Intraaurikulärer Septumdefekt	300
e) Lutembacher Syndrom	301
f) Ebsteinsche Anomalie.....	302
g) Offener Ductus arteriosus Botalli	302
h) Pulmonalstenose mit Vorhofseptumdefekt	304
C. Kardiale Zyanose ohne Mischblut (Pulmonalstenose)	304
II. Die periphere Zyanose.....	305
Schmerzen im Bereich des Thorax	308
1) Interkostalneuralgie	309
2) Muskel- und Knochenschmerzen	309
3) Pleuraschmerzen	310
4) Von Gelenken ausgehende Schmerzen	314
5) Syndrom der funktionellen kardiovaskulären Störungen	314
6) Angina pectoris	316
7) Myokardinfarkt	322

8) Perikarditis	328
9) Aneurysmen	332
10) Oesophaguserkrankungen	333
11) Kardiospasmus	337
12) Retrosternalschmerzen bei Intoxikationen	337
Hypertonien	339
I. Nicht renalbedingte Hypertonien	341
1) Essentielle benigne Hypertonie	341
2) Hochdruck bei erstarrtem Windkessel	343
3) Hochdruck bei Isthmusstenose	343
4) Hochdruck infolge erhöhten Schlagvolumens	344
5) Stauungshochdruck bei Herzinsuffizienz	344
6) Inkretorisch bedingte Hypertonien	344
7) Erhöhung des Strömungswiderstandes	351
8) Entzügelungshochdruck	351
9) Hypertonie bei zerebralen Erkrankungen	351
10) Hypertonie bei allgemeinem Arteriolenspasmus	352
II. Die renalen Hypertonien	353
1) Akute bis chronische Nephritis	354
2) Nephrosclerosis arteriolosclerotica	354
3) Maligne Sklerose (Fahr)	355
4) Schwangerschaftsnephropathien	356
5) Glomerulosklerose Kimmelstiel-Wilson	356
6) Hypertonie bei Gicht	356
7) Periarteriitis nodosa	356
8) Einseitige Nierenaffektionen	357
9) Seltener Nierenaffektionen	357
Hypotonie	359
1) Konstitutionelle Hypotonie	359
2) Kreislaufbedingte Hypotonie	359
3) Innersekretorisch bedingte Hypotonien	361
a) Addisonsche Krankheit	361
b) Simmondsche Krankheit	367
c) Myxoedem	370
Lungenverschattungen	373
I. Das tuberkulöse Infiltrat	373
Die Differentialdiagnose der Höhlenbildungen in der Lunge	377
II. Das pneumonische Infiltrat	382
A. Die primären Pneumonien	385
1) Bakterielle Pneumonien	385
2) Viruspneumonien	388
Die Wassermann-positive pseudoluetische Bronchopneumonie	393
3) Rickettsienpneumonien	395
4) Brucellosenpneumonien	396
5) Durch Spirochäten bedingte Lungenverschattungen	397
6) Pilzkrankungen	398
7) Eosinophile Lungeninfiltrate	400
8) Chronische Pneumonie	404

B. Die sekundären Pneumonien	405
a) Stauungspneumonien	405
b) Lungeninfarkt	406
c) Peribronchiektatische Pneumonie	407
d) Toxische Pneumonien	409
e) Bakterielle Superinfektionen	410
f) Grippepneumonie	410
g) Aspirationspneumonien	411
h) Lipoidpneumonie	411
III. Nichttuberkulöse und nichtpneumonische Lungenverschattungen	411
1) Lungenmanifestationen verschiedener Krankheiten	411
2) Atelektasen	412
3) Lungenhaemosiderose	416
4) Echinokokkus	417
5) Tumoren	418
6) Pneumokoniosen	424
7) Silikatosen	428
Hilusvergrößerung	433
I. Doppelseitige Hilusvergrößerungen	433
1) Lungenstauung	433
2) Durch Erweiterung der Pulmonalarterien bedingte Hilusvergrößerung	434
3) Infektionen	434
a) Nichttuberkulöse Hilusvergrößerung — b) Tuberkulöse Hilusdrüsenvergrößerungen — c) Morbus Boeck	
4) Neoplasien	441
a) Lymphogranulom — b) Leukaemien	
II. Vorwiegend einseitige Hilusvergrößerungen	443
1) Tuberkulose	443
2) Bronchuskarzinom	443
3) Bronchusadenom	448
4) Gutartige Tumoren	449
III. Verbreiterung des Mediastinums	450
1) Struma intrathoracica	450
2) Aortenaneurysma	451
3) Mediastinaltumoren	453
4) Senkungsabszeß und Mediastinalphlegmone	454
Vergrößerte Lymphknoten-Lymphome	459
I. Entzündliche Lymphome	459
1) akut entzündliche Lymphknotenschwellungen	460
2) unspezifisch chronisch entzündliche Lymphknotenschwellungen	460
3) Lymphknotentuberkulose	461
4) Morbus Boeck	462
5) Syphilis	462
6) Viruskrankheiten	463
7) Katzenkratzkrankheit	463
8) Brucellosen	464
9) Tularaemie	464
10) Lymphogranuloma inguinale (Nicolas-Favre)	464
11) rheumatische Erkrankungen	464
12) Lymphadenitis nuchalis	464

II. Durch Tumor bedingte Lymphknotenschwellungen	464
1) Lymphogranuloma Hodgkin	464
2) Großfollikuläres Lymphoblastom (Brill-Symmers)	467
3) Lymphosarkom	468
4) Retikulosarkom — Retothelsarkom	469
5) Retikulosen	471
6) Leukaemien	472
7) Lymphknotenvergrößerung durch regionäre Metastasierung	473
Schmerzen im Bereich des Abdomens	475
I. Magen- und Zwölffingerdarmerkrankungen	477
A. Funktionelle Beschwerden, Gastritis, Ulkus, Karzinom	477
B. Seltenerer Magenerkrankungen (Polyposis ventriculi, Lues, Tuberkulose, Aktinomykose)	494
C. Sekundäre Gastritisformen	496
D. Beschwerden nach operiertem Magen	496
II. Von Gallenwegen und Leber ausgehende Schmerzen	497
1) Gallensteinkolik	498
2) Cholezystitis	501
3) Cholezystopathie	503
4) Dyskinesie des Sphinkter Oddi	505
5) Leberschwellung	506
III. Pankreasaffektionen	507
IV. Von der Milz ausgehende Schmerzen	513
V. Vom Darm ausgehende Schmerzen	513
VI. Gefäßbedingte Schmerzen	518
VII. Abdominalkrämpfe bei Intoxikationen	521
VIII. Schmerzen im Hypogastrium	522
IX. Peritonitis	522
Mögliche Ursachen des Aszites	524
X. Neural bedingte Schmerzen	524
XI. Akutes Abdomen	525
Diarrhöen	529
1) Enterogene Infektionskrankheiten	529
2) Enterokolitische Durchfälle ohne nachweisbare Erreger	532
3) Umschriebene Veränderungen der Darmwand	536
4) Dyspepsien	542
5) Gastrogene Durchfälle	544
6) Sprue	544
7) Pankreasaffektionen	545
8) Intestinale Lipodystrophie (Whipple)	545
9) Hormonal bedingte Durchfälle	545
10) Anaphylaktische Durchfälle	547
11) Nervös bedingte Durchfälle	548
12) Toxisch bedingte Durchfälle	548
13) Wurminfektionen	548

Obstipation	551
1) Mechanisches Hindernis	551
2) Megakolon und Dolichokolon	552
3) Obstipation durch Lähmung und Verstärkung der Peristaltik	555
4) Vorübergehende Obstipation	556
5) Reizcolon	556
Ikterus	558
I. Der prähepatische Ikterus.....	560
II. Der parenchymatöse Ikterus	561
A. Allgemeine Differentialdiagnose des parenchymatösen Ikterus	561
B. Spezielle Differentialdiagnose des parenchymatösen Ikterus	569
III. Der posthepatische Ikterus	580
Splenomegalie	591
I. Feststellung und Charakteristika der vergrößerten Milz.....	591
II. Hypersplenismus	592
III. Einteilung der Milzvergrößerungen	593
1) Entzündliche Splenomegalien	594
2) Nicht-entzündlich bedingte Milzvergrößerungen	595
a) Hepato-lienale Affektionen.....	595
b) Haemolytische Anaemien	596
c) Thrombozytopenien	596
d) Polyzythaemie	596
e) Mechanisch-bedingte Splenomegalien	596
f) Milzvergrößerungen bei Neoplasien	599
a) Leukosen	599
β) Granulomatöse Retikulumzellwucherungen	611
γ) Lokalisierte Milzgeschwülste und -zysten	612
g) Milzvergrößerungen bei myeloischer Metaplasie	612
h) Milzvergrößerungen bei Speicherkrankheiten	613
i) Milzabszesse	614
Besondere differentialdiagnostische Hinweise	615
Haematurie, Proteinurie, Pyurie, Zylindrurie	616
(Allgemeine Differentialdiagnose der Nierenkrankheiten)	
I. Die doppelseitigen Nierenerkrankungen	616
A. Nierenkrankheiten mit vorwiegender Störung der Glomerulumfunktion.....	622
B. Nierenerkrankungen mit vorwiegend tubulärer Funktionsstörung	629
C. Nierenkrankheiten mit gleichzeitiger Störung der Glomerulum- und Tubulusfunktion.....	632
Die Nierenfunktion und ihre Bedeutung für die Differentialdiagnose	635
Das klinische Bild der echten und stillen Uraemie	638
Die Pseudo-Uraemie	639
Das extrarenale Nierensyndrom.....	639
II. Die einseitigen Nierenerkrankungen	643
1) Nierentuberkulose	643
2) Bösartige Nierengeschwülste	644
3) Nephrolithiasis	646
4) Hydronephrose	949
5) Pyelonephritis	650
6) Pyonephrosen.....	651
Spezielle Differentialdiagnose des pathologischen Urinbefundes.....	651

Oedeme	656
1) Oedeme als Folge eines erhöhten hydrostatischen Drucks	657
2) Oedeme als Folge eines erniedrigten onkotischen Drucks	658
3) Oedeme als Folge einer Störung des Elektrolytstoffwechsels	659
4) Oedeme als Folge einer Kapillarwandschädigung	659
5) Durch gestörten Lymphabfluß bedingte Oedeme	660
6) Gewebefaktor	660
7) Bisher ungeklärte Mechanismen bei der Oedementstehung	661
Schmerzen in den Extremitäten und im Bereich der Wirbelsäule	663
I. Ausstrahlende Schmerzen bei Erkrankungen innerer Organe.....	664
II. Wirbelsäulenaaffektionen	664
III. Neuro-vaskuläres Syndrom bei Schultergürtelaffektionen.....	671
IV. Extremitätenschmerzen bei Rückenmarkserkrankungen	674
V. Extremitätenschmerzen bei Erkrankungen der Gefäße	675
1) Erkrankungen der Arterien.....	675
2) Erkrankungen der Venen.....	680
3) Erkrankungen der Lymphgefäße	684
4) Erkrankungen der Kapillaren	684
VI. Extremitätenschmerzen bei Erkrankungen der peripheren Nerven....	684
VII. Extremitätenschmerzen bei Erkrankungen der Gelenke.....	686
VIII. Extremitätenschmerzen bei Erkrankungen der gelenknahen Gewebe und des Unterhautfettgewebes.....	694
IX. Extremitätenschmerzen bei Erkrankungen der Knochen.....	696
Knochengeschwülste	696
Osteoporosen	706
Osteosklerosen.....	707
Osteitis fibrosa v. Recklinghausen.....	708
Osteomalazie	711
X. Extremitätenschmerzen, welche von den Muskeln ausgehen	715
1) Tetanische Erkrankungen	715
2) Muskelfunktionsstörungen	720
3) Entzündliche Muskelerkrankungen.....	721
Lähmungen der willkürlichen Bewegungen	724
Allgemeines	724
1) Lähmungen bei Läsionen im Bereich der Großhirnhemisphären	726
2) Lähmungen bei Läsionen im Bereich der Capsula interna	728
3) Lähmungen bei Läsionen im Bereich des Hirnstammes und der Pons	729
4) Besondere Gesichtspunkte bei Gehirnnervenlähmungen	732
5) Lähmungen bei Rückenmarksläsionen	736
a) Querschnittsläsion	736
b) Nicht-systematisierte Nervenleiden	741
c) Systematisierte Nervenleiden	743
6) Differentialdiagnose neuraler Lähmungen	746
a) Radikuläre Lähmung	746
b) Plexuslähmung	747
c) Eigentliche neurale Lähmung	747

Bewußtseinsverlust	754
I. Kurzdauernder Bewußtseinsverlust (Synkope)	754
A. Kurzdauernde zerebral bedingte Bewußtseinsverluste	754
1) Epilepsie	754
2) Hysterische Anfälle	756
3) Narkolepsie	757
B. Kurzdauernde kardiovaskulär bedingte Bewußtseinsverluste	757
1) Störungen der Herzfunktion	757
2) Störungen vorwiegend der Gefäßfunktion	760
II. Komatöse Zustände	761
A. Stoffwechselstörungen und endogene Intoxikationen	762
1) Coma hypoglycaemicum	762
2) Coma diabeticum	762
3) Coma uraemicum	763
4) Coma hepaticum	765
5) Addison-Koma	766
B. Exogene Intoxikationen	767
1) Schlafmittelintoxikationen	767
2) Kohlenoxydintoxikation	767
3) Seltene Intoxikationen	767
C. Zerebrales Koma	768
1) Apoplektisches Koma	768
2) Meningeales Koma	770
3) Koma bei intrazerebralen Prozessen	770
Differentialdiagnostische Hinweise	773
Sachverzeichnis	777

Allgemeine Gesichtspunkte

An der Basis jeden ärztlichen Handelns steht die Diagnose, welche in jedem Krankheitsfall nicht nur als Richtlinie für die Therapie, sondern auch für die Beurteilung der Prognose unerlässlich ist. Jede Diagnose, die der Arzt stellt, ist letzten Endes eine Differentialdiagnose, d. h. ein Abwägen, Bewerten, Differenzieren der einzelnen Krankheitssymptome.

Das Ziel der Differentialdiagnostik ist es, die Krankheitserscheinungen als Ausdruck der bekannten Krankheitseinheiten herauszuarbeiten und darzustellen. Von Krankheitseinheit kann gesprochen werden, wenn eine der drei folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

1) Gleichbleibende Krankheitsursache bzw. Ätiologie. Besonders klarläßt sich die Bedeutung der Ätiologie für die Differentialdiagnostik neuerdings am Beispiel der pneumonischen Lungeninfiltrate zeigen. Seitdem wir die verschiedenen ätiologischen Faktoren (z. B. Pneumokokken, Virus, Rickettsien) kennen, welche zur Entwicklung eines Lungeninfiltrates führen können, sind für die Diagnose alle morphologischen und pathogenetischen Gesichtspunkte in den Hintergrund getreten und haben einer rein ätiologischen Betrachtungsweise Platz gemacht.

Die Differentialdiagnostik ist daher besonders eng mit allen Zweigen der Medizin, vor allem auch mit der Ursachenforschung, verbunden.

2) Nicht immer ist aber, beim heutigen Stand der Kenntnisse, die Ursache der nosologischen Einheiten bekannt, so daß in vielen Fällen eine einheitliche Krankheitsentstehung bzw. Pathogenese genügen muß, um eine Krankheitseinheit abzugrenzen.

Als Beispiel sei in dieser Hinsicht an die notwendig gewordene Differenzierung der verschiedenen Hypertonieformen erinnert. Zwar sind die Ursachen der Hypertonie noch nicht genügend bekannt; aber die verschiedenen erkennbaren pathogenetischen Vorgänge erfordern die Aufstellung verschiedener Krankheitseinheiten, die auch therapeutisch und prognostisch grundsätzlich verschieden zu bewerten sind.

3) Beim heutigen Stand der Ursachenforschung und der Pathophysiologie kann eine Differentialdiagnostik noch nicht ausschließlich nach ätiologischen und pathogenetischen Gesichtspunkten aufgebaut werden. Noch allzuoft sind wir gezwungen, bei der Aufteilung der Syndrome die große Linie zu verlassen und rein deskriptiv vorzugehen.

Eine Krankheitseinheit darf auch ohne Kenntnis von Ätiologie und Pathogenese angenommen werden, wenn vielfach beobachtetes Vorkommen gleicher klinischer Erscheinungen mit identischem pathologisch-anatomischem Befund durch die ärztliche Erfahrung erwiesen ist.