Aus der Medizinischen Klinik am Hospital zum heiligen Geist
in Frankfurt a/M.

Ueber chronische Grippe.

Von Prof. Dr. G. Treupel.

Der Verlauf der beiden letzten Grippeepidemien und die über viele Monate sich erstreckende Beobachtung unserer Fälle hat uns gezeigt, daß man neben der akuten Form der die Lungen befallenden Grippe auch eine chronische unterscheiden muß. Es ist bekannt und von vielen Seiten darauf hingewiesen worden, daß aus der akuten Form der Grippe mit ihren Nachschüben und Rückfällen sich ein Dauerzustand auf den Lungen ausbilden kann, der, in bezug auf den Befund über den Lungen und die begleitenden Allgemeinerscheinungen, die größte Ähnlichkeit mit der Tuberkulose gewinnt.

Da die nach Grippe dauernd bleibenden Lungenveränderungen nicht nur in den unteren, seitlichen und vorderen Partien der Lungen, sondern nicht ganz so selten in den Oberlappen und in den Lungenspitzen gefunden werden, da ferner manche Allgemeinerscheinungen, wie die langdauernden erhöhten Temperaturen, die Nachtschweiße, das Auftreten von elastischen Fasern oder schon makroskopisch sichtbare Beimengungen von Blut im Auswurf — also alles Zeichen, die bis jetzt als mitcharakteristisch für Tuberkulose galten — auch in unseren Fällen vorkommen können, so erhellt daraus ohne weiteres die große praktische Bedeutung dieser Fälle.

Vor kurzem hat W. Hildebrandt¹⁾ seine Erfahrungen mitgeteilt. Ich kann das meiste, was er über chronische Grippe und die Wichtigkeit der Unterscheidung dieser Erkrankung von der Tuberkulose sagt, aus unserer eigenen Beobachtung bestätigen und möchte vieles unterstreichen, darüber hinaus aber auch noch einiges, was mir zur Klärung der Frage wichtig erscheint, weiter ausführen.

Ich halte die stetige Kontrolle der physikalischen Lungenbefunde durch das Röntgenbild für wichtig. Allerdings kann nur die engste Zusammenarbeit des Klinikers mit dem Röntgenologen, die fortwährende genaue Vergleichung der klinischen und röntgenologischen Befunde und ihre kritische Bewertung die Diagnose erleichtern und fördern. Schon bei der beginnenden bronchopneumonischen Infiltration des Lungengewebes — zu einer Zeit, wo sonst noch keine klinischen Erscheinungen vorhanden zu sein brauchen — und ebenso nach dem Ablauf der pneumonischen Erscheinungen zu einer Zeit, wo sich die Patienten schon verhältnismäßig beschwerdefrei fühlen, lassen sich auf der Röntgenplatte Schatten erkennen. Gleichzeitig erscheint die „Hiluszeichnung“ verstärkt, und es treten die sogenannten „Stränge“ mehr und mehr deutlich hervor. Ich glaube, daß diese Befunde im Röntgenbild der starken Blutüberfüllung der Lunge entsprechen, eine Annahme, die sowohl für den Beginn als auch für den Ablauf der lokalen Erkrankung durchaus berechtigt ist. Finden sich doch pathologisch-anatomisch neben der Bronchiolitis pralles Oedem und blutig durchtränktes Gewebe, Kapillarstauung und blutige Anfüllung der Alveolargruppen usw.

Während aber in der Mehrzahl der Fälle diese Bilder nach kurzer oder längerer Zeit restlos wieder verschwinden, bleiben in den chronischen Fällen teils kleine oder größere fleckige, teils bandartige Verdichtungen zurück. Es sind das die Folgen der starken Bindegewebsneubildung bei den interstitiellen Prozessen. Durch diese knotigen, fleckigen Verdichtungen, die pleuritischen Abschattungen und die Stränge können der Tuberkulose sehr ähnliche Bilder entstehen. Auf Einzelheiten soll hier nicht näher eingegangen werden, ich verweise in dieser Beziehung z. B. auf eine Arbeit von H. Wolf²⁾ aus der Düsseldorfer Medizinischen Klinik.

Beschattungen im Röntgenbilde, die sich nicht an die Lappengrenzen halten, mit über viele Wochen sich hinziehendem Fieber, das öfters deutliche Remissionen erkennen läßt, oder bei wochenlangen subfebrilen Temperaturen gelegentliche Steigerungen bis 40° und mehr aufweist, deuten auf oft ganz umschriebene Eiterherde hin, die sich interlobär in den Septen und in den Interstitien oder Bronchien befinden. Ob sich vielleicht auch die von H. Strauß³⁾ berichteten Fälle von eigenartigen Restbefunden nach Grippepneumonie so erklären, bleibe dahingestellt. Jedenfalls hat eine aus der Hisschen Klinik von Schilling⁴⁾ mitgeteilte Beobachtung als Ursache der protrahierten Lungenverdichtungen eine fingerstarke, in die Tiefe zwischen die Septen reichende kleine Abszeßhöhle mit einigen Kubikzentimetern Eiter ergeben, die im Anschluß an eine interlobäre Pleuritis entstanden war.

¹⁾ M. m. W. 1920 Nr. 35. — ²⁾ Fortschr. d. Röntgenstr. 27 H. 1. — ³⁾ B. kl. W. 1920 Nr. 17. — ⁴⁾ B. kl. W. 1920 Nr. 17.

Solche Beobachtungen leiten hinüber zu den Fällen chronischer Grippe, bei denen elastische Fasern im Auswurf gefunden werden. Man muß hier kleine und kleinste Einschmelzungsherde vermuten, die der Röntgenaufnahme vollständig entgehen können¹⁾. Wie lange unter Umständen ein solcher Eiterherd nahezu symptomlos vorhanden sein kann, hat uns folgender, im Verlauf der letzten Grippeepidemie beobachtete Fall gezeigt. Bei einer 62jährigen Frau, die mit den typischen akuten Grippeerscheinungen ins Spital eingeliefert wurde und in deren Auswurf weder Pneumokokken noch Influenzabazillen oder Tuberkelbazillen nachweisbar waren und die vor 28 Jahren eine linkseitige „Lungen-Rippenfellentzündung“ durchgemacht hatte, fand sich eine sehr massive Dämpfung links hinten neben der Wirbelsäule von der Mitte der Skapula abwärts mit Bronchialatmen. Das Mediastinum war, besonders in den oberen Teilen, nach links verlagert und die linke Lungenspitze verkürzt. Die anfänglichen mäßigen Temperaturen gingen in den ersten 6 Tagen vollständig zurück, und es bestand in den weiteren 3 Wochen des Krankenhausaufenthaltes keinerlei Fieber mehr.

Wir nahmen mit Rücksicht auf diesen Befund eine dicke Pleuraschwarte an und vermuteten, vielleicht in der Tiefe, einen alten Herd. Die am 12. Tage des Krankenhausaufenthaltes, nachdem also die Patientin schon vollkommen fieberfrei geworden war, vorgenommene Punktion ergab zunächst eine knochenharte, sehr dicke Pleuraschwarte und entleerte aus einer Tiefe von 6–7 cm etwa 60 ccm bräunlichgelben, mäßig dickflüssigen Eiter. Die bakteriologische Untersuchung dieses alten, stark detritushaltigen Eiters hatte nach jeder Richtung ein negatives Resultat. Die 4 Tage später vorgenommene Röntgenaufnahme (Dr. F. M. Grödel) zeigte bei starker Beschattung über der ganzen linken Lunge einen tiefen, unregelmäßig begrenzten Schatten links unten und neben dem Herzen einen „für Lungenabszeß verdächtigen Schatten“ mit Luftblase. Da die Patientin während der weiteren Beobachtung beschwerdefrei blieb und von weiteren Eingriffen nichts wissen wollte, wurde sie nach einigen Wochen als „geheilt“ entlassen.

Wir dürfen also in diesem Falle annehmen, daß der Eiterherd im Anschluß an die vor 28 Jahren überstandene Lungen-Rippenfellentzündung entstanden war und daß dieser durch ausgedehnte Lungenschrumpfung fest verkapselte und ruhiggestellte Herd beschwerdelos von der Patientin getragen wurde. —

Bei der chronischen Grippe hört man über den verdichteten Lungenpartien für lange Zeit „Rasselgeräusche“. Sie können auch für einige Zeit verschwinden und unvermittelt wieder auftreten. An sich ist es ja nicht verwunderlich, daß bei der chronischen Bronchitis und Bronchiolitis in dem durch Verwachsungen und Indurationen verhältnismäßig starren Lungengewebe diese Geräusche so persistent sind. Ich möchte aber bei dieser Gelegenheit auf Geräusche hinweisen, die wir in den Grippefällen, ebenso wie in gewissen Fällen von Tuberkulose, recht häufig wahrnehmen. Diese Geräusche sind den Rasselgeräuschen so ähnlich, daß sie fast immer mit ihnen verwechselt werden. Sie entstehen aber gar nicht in den Bronchien oder Bronchiolen, sondern in dem serös durchtränkten Gewebe der Pleuren. Sie sind also pleuritischen Geräuschen gleich zu bewerten. Sie können als „Knistern“, „Schleifen“ oder „Knattern“ wahrgenommen werden. — Wir stehen auf dem Standpunkt, wie Curschmann, Hildebrandt u. a., daß der Einfluß der Grippe auf die Tuberkulose der Lunge nicht groß ist (vgl. die von Kayser-Petersen aus unserer Klinik veröffentlichte Arbeit „Ueber die Beziehungen zwischen Grippe und Tuberkulose“). Chronische Grippe und Lungentuberkulose können natürlich auch nebeneinander vorkommen. Die Unterscheidung von chronischer Grippe und Lungentuberkulose ist aber, wie Hildebrandt sehr richtig betont und wie auch unsere Beobachtungen immer wieder gezeigt haben, außerordentlich schwierig, ja bisweilen wohl ganz unmöglich. Daß sie da, wo sie gelingt, praktisch von der größten Bedeutung für den Betroffenen sein kann, braucht hier nicht weiter ausgeführt zu werden.

In differentialdiagnostischer Hinsicht ist vielleicht neben dem, was Hildebrandt erwähnt, wichtig, daß bei der Grippe das Herz- und Gefäßsystem viel früher und in weit höherem Grad in Mitleidenschaft gezogen wird, als das gemeinhin bei der Lungentuberkulose der Fall zu sein pflegt. Wir haben schon in einer früheren Arbeit auf das eigentümliche Verhalten des Pulses, die Gefäßspannung und den niedrigen Blutdruck hingewiesen und sie als eine Folge der toxischen Schädigung durch den Grippeerreger aufgefaßt.

Für Hildebrandt steht die ursächliche Bedeutung des Pfeiffer-Bazillus auch für die Grippe fest. Er faßt demgemäß unter den Begriff der chronischen Grippe die Gesamtheit jener monatelangen Erkrankungen, für die die Influenzabazillen ursächlich in Frage kommen. Jedenfalls ist, wie wir gesehen haben, der Begriff der chronischen Grippe berechtigt, ja notwendig, gerade weil das Krankheitsbild klinisch und röntgenologisch mit gewissen Formen der Tuberkulose die größte Ähnlichkeit hat.

¹⁾ G. Treupel und Kayser-Petersen, M. m. W. 1920 Nr. 24.