II. Ein Fall von Anaemia perniciosa, der unter subnormalen Temperaturen verlief.

Von

F. W. Uhle,

pract. Arzt, officier van gezondheid in Nederl. Ind. Armee, d. Z. Garnisonarzt auf Fort Solok auf Sumatra.

D. S., europ. Sergeant, 31 Jahre alt, meldete sich am 1. November krank, derselbe war mir (ich befand mich erst kurze Zeit hier in Garnison) von meinen Vorgängern und seinen directen Vorgesetzten als chronischer Simulant signalisirt. Er hatte wegen angeblicher Simulation schon einige Arreststrafen verbüsst, befand sich augenblicklich wegen desselben Vergehens im Arrest und es stand ihm nun bei Wiederholung desselben Degradation bevor. Dies alles war dem Mann, der früher als guter Soldat gegolten hatte, der auch auf dem Schlachtfelde zum Sergeanten befördert war, bekannt; dass er trotzdem dabei blieb, krank zu sein, liess mir die Diagnose meines Vorgängers von vornherein etwas zweifelhaft erscheinen.

Auf meine Frage, was ihm fehle, erwiderte er dasselbe, was er meinem Vorgänger gesagt hatte, „binnen koorts“ (innerliches Fieber). Unter diesem Ausdruck versteht man hier das Prodromalstadium resp. Stadium algidum bei Febris intermittens, oder aber auch irgend eine andere Affection, die man nicht näher definiren kann. Z. B. nennen die Soldaten mit Vorliebe binnen koorts, was wir als Folgen einer Alkoholintoxication auffassen.

Der Patient hatte blasse Gesichtsfarbe, ebenso waren die sicht-

baren Schleimhäute blass, die Conjunctiven hatten einen Stich ins Gelbliche, Puls klein und beschleunigt, die Haut fühlte sich ausserordentlich kühl, fast kalt und trocken an. Ich ordnete seine Aufnahme ins Lazareth an.

Zum besseren Verständniss gestatte ich mir hier eine kleine, eigentlich nicht zur Sache gehörende Abschweifung.

An sehr vielen Garnisonsplätzen in Nederl.-Indien, wie z. B. hier, befindet sich nur ein einziger Arzt. Derselbe hat den Garnison- und Lazarethdienst wahrzunehmen. Die Morgenvisite findet im Lazareth um $\frac{1}{2}$ 9 Uhr, die Abendvisite um $\frac{1}{2}$ 6 Uhr statt. Um 8 Uhr treten die Mannschaften, die sich Tags zuvor und denselben Morgen krank gemeldet haben, auf ein gegebenes Signal vor der Apotheke an und empfangen vom Arzt Ordination resp. ihr Adries: Revierkrank, Lazareth oder Simulation. Mit dem ärztlichen Adries muss der Militair-Commandant bis spätestens $\frac{1}{2}$ 9 Uhr bekannt gemacht sein. Es liegt auf der Hand, dass bei einer einigermaassen grossen Anzahl Kranker eine genaue Untersuchung des Einzelnen unmöglich ist, vor Allem scheint es mir recht gewagt, auf Grund einer so flüchtigen Untersuchung hin, wie sie hier durch die Kürze der Zeit bedingt ist, Jemanden für einen Simulanten zu erklären und ihm durch dies Votum zu schwerer Strafe zu verhelfen. Es müsste denn sein, dass Jemand Immobilität der rechten oberen Extremität simulirte, während er $\frac{1}{2}$ Minute vorher den Arzt mit derselben Extremität vorschriftsmässig salutirt hat. Ein solcher Fall ist mir vorgekommen. Von diesen und ähnlichen Fällen abgesehen, ist es fast unmöglich, in der kurzen Zeit bei einigermaassen complicirten Fällen zu einer sicheren Diagnose zu kommen. Dem Uebelstande ist leicht abzuhelpen, bei allen Fällen, wo ich über die Diagnose nicht ins Klare kommen kann, vor Allem wo ich Verdacht auf Simulation habe, ordne ich die Aufnahme ins Lazareth an. So lange ich diesem Grundsatz folge, habe ich eine recht beträchtliche Anzahl Simulanten entlarvt, die Journale ergeben aber auch, dass die Anzahl der Simulanten gegen früher beträchtlich kleiner geworden ist.

Hat der Arzt Aufnahme ins Lazareth angeordnet, so begiebt sich der Pat. exceptis excipiendis in sein Quartier zurück, um dienstliche Angelegenheiten zu ordnen und erst nach Ablauf der Morgenvisite definitiv aufgenommen zu werden. Bei der Abendvisite kann dann erst die genauere Untersuchung und Ordination seitens des Arztes stattfinden.

In unserem Falle fand ich bei der Abendvisite folgende Temperaturen notirt: 12 Uhr 35,5, 4 Uhr 35,8. Ich hielt das für einen absichtlichen oder absichtslosen Fehler des Wartepersonals resp. des Thermometers, überzeugte mich aber durch Messungen mit dem eigenen Thermometer an dem Kranken und durch Controlmessungen an mir selbst, dass Fehler bei der Temperaturentnahme nicht gemacht waren. Messungen in der Mundhöhle und dem Rectum ergaben entsprechende Resultate.

Status praesens: Grosses und kräftig gebautes Individuum, das in activer Rückenlage im Bett liegt, Gesichtsausdruck apathisch, Sensorium vollkommen frei. Die äusseren Hautdecken bleich, ebenso die sichtbaren Schleimhäute, Conjunctiven leicht icterisch. Die Haut selbst fühlt sich kühl und trocken an, sonst an derselben keine sicht- oder fühlbaren Abnormitäten. Panniculus schwach entwickelt. Musculatur schlaff. Puls c. 90, schwer zu zählen, ausserordentlich klein und weich, aber regelmässig. Arterie ohne Abnormitäten. Pupillen normal und normal reagirend. Pat. klagt über „Frieren“, Kopfschmerz und Schwindel, letzterer verstärkt sich beim Aufrichten, über Uebelkeit, will auch einige Male erbrochen haben, über Appetit- und Schlaflosigkeit und über ein Gefühl von grosser Schwäche, namentlich in den Beinen. Die physikalische Untersuchung der Brustorgane ergiebt nichts Abnormes, nur sind die sonst reinen Herztöne etwas schwach. Am Halse Nonnengeräusche. Das Abdomen eingesunken, kein Ascites, Milz sehr vergrössert, palpabel, Leber ebenfalls, aber in geringerem Grade. Sonst an den Unterleibsorganen keine Abnormität zu constatiren.

Die unteren Extremitäten nicht ödematös, keine Sensibilitäts- oder Motilitätsstörungen. Der Gang ist etwas schleppend, ungefähr der eines müden Menschen. Urin- und Stuhlentleerungen in qualitativer und quantitativer Beziehung normal.

Die Anamnese ergab, dass Pat. aus einer gesunden Familie stammt, in der, soviel Pat. weiss, keine chronische Krankheiten vorgekommen sind. Er selbst will nie luetisch inficirt und auch kein Potator sein. In seiner frühen Jugend überstand er ohne irgend welche nachtheilige Folgen die Kinderkrankheiten, wurde mit seinem 16. Lebensjahr Soldat in Holland und erkrankte ein Jahr später in dem Haag an einer Leberaffection, die mit hohem Fieber und unter grossen Schmerzen in der Lebergegend verlief, circa in der vierten Krankheitswoche bildete sich am unteren rechten Rippenbogen eine Ge-

schwulst, die schnell bis zur Faustgrösse wuchs, punctirt wurde und eine beträchtliche Menge dickflüssigen Eiters (keine wässrige Flüssigkeit) entleerte. Nach der Punction endete die Affection ziemlich schnell mit Genesung. Während und nach der Krankheit will Pat. icterisch ausgesehen haben. In Indien ist Pat. 12 Jahre. Bei seiner Ankunft in Batavia wurde er sofort nach Tjilajap dirigirt. Tjilajap ist berüchtigt wegen der dort herrschenden schweren Malariaformen, die fast immer mit Hämaturie complicirt sind. Nach kurzer Zeit wurde Pat. von diesen Malariaformen heimgesucht, die ihn so herunterbrachten, dass er nach circa $\frac{1}{2}$ Jahr nach Batavia evacuiert und von dort nach einem im Gebirge gelegenen Luftkurort gesandt wurde. Hier genas er sehr bald und ging von da nach Atheh, um dort an den verschiedenen Expeditionen Theil zu nehmen, die ausserordentlich anstrengend waren und die ihn sehr oft zwangen, sich den schädlichen Einflüssen des Klimas unmittelbar auszusetzen. Trotzdem er häufig von Malariaanfällen (ohne Blutharnen) heimgesucht wurde, konnte er im Wesentlichen seinen Dienst thun und an den verschiedenen Gefechten rühmlichen Antheil nehmen.

1883 erkrankte er nach sehr anstrengenden Patrouillendiensten an Rheumatismus artic. acutus. Salicylbehandlung, nach circa 4 Wochen Genesung. Einen Herzfehler hat er dabei nicht acquirirt, dagegen fühlte er sich nicht mehr so kräftig wie früher, namentlich versagten seine Beine oft den Dienst, auch will er von dieser Zeit an anämisch ausgesehen haben. Seine Schwäche verhinderte ihn anhaltend, mit auszurücken; er that Festungsdienst. Indessen nahm Schwäche und Anämie zu, sodass er im Juli 1884 nach Padang evacuiert wurde. Einige Monate später konnte er als vollkommen genesen nach Atheh zurückgesandt werden. Hier machte das Wohlbefinden sehr bald einem ausserordentlichen Schwächezustand Platz, namentlich schreibt er das den Intermittensanfällen zu, von denen er häufiger und heftiger als früher zu leiden hatte.

Er wurde wiederum nach Padang zurückgesandt und dort definitiv untauglich erklärt für den Dienst im Felde; er bekam Benting-Dienst (Dienst in den Forts). Die Diagnose lautete damals Cachexia paludosa. Er blieb noch längere Zeit im Lazareth zu Padang, und als er sich vollständig erholt hatte, wurde er im Juli 1885 nach Solok gesandt.

Solok gehört zu den gesunderen Garnisonen der Westküste von Sumatra. Namentlich kommt Intermittens fast nicht vor, häufiger sind Enteritis und Bronchitis.

Von Beginn ab will sich Pat. hier nicht wohl gefühlt haben, er schob das auf den anstrengenden Marsch von Pandang nach hier, bald stellten sich auch leichte Diarrhöen ein, die ihn aber wenig belästigten und auf kleine Dosen von p. Doweri standen. Dagegen nahm die Schwäche zu, er selbst sah, dass er bleicher wurde, hat viel Kopfschmerzen und oft Schwindel (ist indessen nie hingefallen), fast keinen Appetit und beständig Frösteln, selbst bei einer Temperatur von 90° F. Pat. meldet sich krank, wird für Simulanten erklärt, aber das verschriebene Remedium, einige Tage Arrest, verbessern seinen Zustand durchaus nicht. Dasselbe wiederholt sich noch einige Male, und da der Arzt nie ein physisches Gebrechen constatiren konnte, fing Pat. selbst an zu glauben, dass er an einem solchen nicht leide, dagegen fing er an zu befürchten, dass sein Zustand das Prodromalstadium einer psychischen Affection sei. Bestärkt wurde er noch in seinen Befürchtungen, da er bemerkte, dass sein Gedächtniss gegen früher sehr abgenommen hatte, und dass ihm oft selbst während des Sprechens die Gedanken vergingen, so dass es ihm oft Mühe machte, einen angefangenen Satz zu Ende zu bringen.

Der Arzt, durch ihn selbst auf seine Befürchtungen aufmerksam gemacht, observirte ihn 8 Tage lang, fand die Psyche des Patienten vollkommen gesund und normal functionirend, und der Unglückliche galt nun erst recht für einen Simulanten.

Soweit die Untersuchung. Was die Diagnose angeht, so dachte ich Anfangs an Beri-Beri, vor Allem mit Rücksicht darauf, dass er die Krankheit anscheinend auf Atheh acquirirt hat und dort Beri-Beri en- und epidemisch herrscht. Ich liess aber diesen Gedanken sehr bald fallen, es fehlte eben jedes dieser Affection eigenthümliche Symptom. Es fehlte der charakteristische Gang (der eines spatigen Pferdes), es fehlten die charakteristischen Palpitationen, es fehlten die Dyspnoe-anfälle, die charakteristischen Oedeme, endlich die charakteristischen Sensibilitätsstörungen. Indessen ist das Bild der Beri-Berikrankheit ein so ausserordentlich wechselndes, oft hat man nur eines der aufgezählten Symptome, bei einem anderen Falle mehrere, oft alle zugleich. Temperaturmessungen sind bei Beri-Beri meines Wissens in grösserem Maassstabe noch nicht gemacht, so dass die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass subnormale Temperatur später mehr als Symptom der Beri-Beri erkannt wird. In diesem Fall würde ich unbedenklich die vorliegende Affection als Beri-Beri bezeichnen.

Vorläufig hielt ich die Affection für eine sehr schwere Form von Cachexia paludosa oder Anaemi perniciosa.

Ord.: Wein, sehr kräftige Fleischnahrung, täglich 2 warme Bäder, Chinin mit Eisen. Von Zeit zu Zeit Excitantien. Von dem Eisen sah ich sehr bald ab, da es den Appetit noch mehr verdarb. Ich lasse nun zunächst die Temperaturcurve folgen:

Aus der Temperaturcurve ersieht man zunächst, dass während der ganzen Krankheitsdauer die Temperatur nur an 4 Tagen 37 erreicht oder überschritten, sonst aber sich stets unter 37 gehalten hat, ein regelmässiger Typus bei den Tagesschwankungen ist nicht zu constatiren. Nur finden wir gegen Ende der Beobachtungszeit, dass die Tagesschwankungen sich mehr den normalen anpassen, die niedrigste Temperatur Morgens und die höchste Abends.

In den ersten 19 Krankheitstagen schwankte die Temperatur zwischen 36,2 als Maximum und 35,4 als Minimum, in der Weise, dass sie sich mehr in der Nähe des Minimum als des Maximum hielt. Der Zustand des Kranken blieb sich dementsprechend im Wesentlichen gleich, in keinem Fall war eine Wendung zum Besseren zu constatiren. Der Pat. lag apathisch im Bett, klagte über Kopfschmerzen, Schwindel und Uebelkeit, ass sehr wenig, konnte wenig schlafen, obgleich er sich müde fühlte. Leber blieb auf dem Status quo, dagegen schien sich das Volumen der Milz etwas verringert zu haben. Am 12. und 13. Tage schien der Zustand des Pat. etwas gebessert. Er machte zum ersten Mal von der Erlaubniss, sich im Lazarethgarten ergehen zu können, Gebrauch, fühlte sich wohler und hatte etwas mehr Appetit. Die Kopfschmerzen waren geschwunden, und er hatte in den beiden Nächten gut geschlafen. Indessen war die Besserung nur eine vorübergehende, schon am 15. hatten wir subjectiv und objectiv den

Status quo. War der Kräftezustand des Pat. bis dahin noch immer ein leidlicher gewesen, so begann er nun rapide zu verfallen, er ass fast keine festen Speisen mehr. Das einzige was er zu sich nahm, war viel Wein und etwas Milch, Eier erregten Uebelkeit. Beiläufig habe ich hier dasselbe Factum beobachtet, das man bei fieberhaften Processen zu beobachten Gelegenheit hat, dass derartige Patienten viel mehr Alcohol vertragen können als in gesunden Tagen. Dieser Pat., der kein Potator war, vor allem nicht an Weingenuss gewöhnt war, nahm pro Tag 2 Flaschen schweren Rothweins zu sich, ohne die geringsten Beschwerden davon zu haben. Die Prognose, die unter diesen Umständen schon ungünstig genug, gestaltete sich noch ungünstiger, als in der Nacht vom 21. zum 22. eine acute Enteritis hinzukam. Am 22. fand ich den Pat. mit gerötheten Wangen im Bett liegen. Der Puls war sehr beschleunigt und fast filiform. Temperatur 37,5. Ueber Nacht war Pat., so wurde mir rapportirt, 15 Mal zu Stuhle gewesen. Die Excremente waren flüssig mit geringer Schleim- und Blutbeimischung, enthielten aber viel Speisereste. Die an sich normale Temperatur fasste ich nach den Antecedentien und mit Rücksicht auf den schwachen Zustand des Pat. als fieberhafte auf und hielt die ganze Erscheinung für eine intercurrende acute Enteritis, die wahrscheinlich auf einem Diätfehler oder Intoxication beruhte, letzteres ist das wahrscheinlichere, denn alle in demselben Saal liegenden Kranken waren in derselben Nacht unter denselben Erscheinungen erkrankt. Subjectiv hatte Pat. ausser Leibschmerzen keine neuen Beschwerden. Während bei den übrigen Kranken die Temperatur bis 40 und 41 stieg, erhob sich dieselbe bei dem anämischen Pat. nicht über 38,2. Unter einer entsprechenden Behandlung, Ol. Ricini später Opium, schwanden die alarmirenden Symptome sehr bald, die anderen Pat. gebrauchten viel längere Zeit bis zu ihrer Genesung. Ueberhaupt nahm diese intercurrende Affection den Pat. längst nicht so mit, wie seine durchweg kräftigeren Cameraden, ich glaube sogar, dass unsere Vorfahren kein Bedenken getragen haben würden, ihr einen kritischen Einfluss auf die ursprüngliche Affection zu vindiciren.

Vom 27. nämlich, wo die Temperatur wieder bei dem Status quo angelangt war, war eine auffällige Wendung zum Besseren zu constatiren, Pat. bekam Appetit, die Kopfschmerzen nahmen ab, ebenso wurden Schwindel und Uebelkeit seltener, endlich konnte Pat. seit langer Zeit ohne Hypnoticum schlafen. Die Temperatur fiel zwar noch einigemal unter 36, aber hielt sich doch im wesentlichen zwischen 35,8 und 36,2. Bemerken muss ich noch, dass die acute Enteritis in eine chronische übergegangen war, die sich in einigen (3—5) diarrhöischen Stühlen documentirte, die wenig Schleim und kein Blut ebensowenig unverdaute Speisereste enthielten und den Pat. fast garnicht belästigten. Am 7. December hatte er die letzten diarrhöischen Stühle, und an diesem Tage fiel auch die Temperatur zum letzten Mal unter 36, um von da bis zum 20. zwischen 36 und 36,5 zu schwanken.

Am 20. musste ich ihn auf höheren Befehl evacuiren. Unter der Bevölkerung war Aufstand ausgebrochen, und ich bekam gemessene Ordre, jeden nur irgendwie transportablen Kranken zu evacuiren, um Raum in dem ohnehin sehr kleinen Lazareth für eventuell Verwundete zu schaffen. Pat. hatte die letzten 10 Tage schon ausser Bett zugebracht, sich ausserordentlich erholt, namentlich an Gewicht zugenommen. Der Milztumor hatte sich entschieden verkleinert war doch aber noch immer zu constatiren, das Volumen der Leber war ungefähr dasselbe wie beim Beginn der Krankheit.

Ich habe später vernommen, dass es ihm bis heute gut geht, ausführlichere Berichte habe ich nicht erhalten können.

Soweit die Krankengeschichte des Falles. In der mir zu Gebote stehenden Literatur habe ich einen analogen Fall nicht finden können. Ich sage zu Gebote stehenden Literatur, weil aus leicht begreiflichen Gründen im Innern Sumatras die Bibliothek eines Arztes sich auf das nothwendigste beschränken muss. Wohl erinnere ich mich eines ähnlichen Falles, den ich als Unterassistent auf der Nothnagel'schen Klinik zu Jena zu beobachten Gelegenheit hatte. Irre ich mich nicht, so ist derselbe in einer Dissertation publicirt worden. Auch in jenem Falle ein anämisches Individuum mit enorm vergrößerter Milz und subnormaler Temperatur, das in einem ausserordentlich desolaten Zustande in die Klinik aufgenommen wurde. Auch jener Pat. hatte eine intercurrent fieberhafte Affection durchzumachen, wenn ich nicht irre eine acute Kniegelenkentzündung, die aber nicht eine Wendung zum Bessern markirte. Mit jenem Patienten ging es langsam aber stetig bergab, als ultima ratio wurde die Transfusion mit defibrinirtem Menschenblut angewandt, die den Effect hatte, dass Pat. sich nach der Operation einen oder 2 Tage lang wohl fühlte, um dann sehr rapid zu Grunde zu gehen. Von Nothnagel wurde intra vitam die Diagnose Anaemia perniciosa gestellt, die Autopsie bestätigte dies.

Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergab im Nothnagel'schen Fall enorm vermehrte weisse Blutkörperchen. In meinem Fall konnte die Untersuchung nicht vorgenommen werden, da mein Mikroskop den Einflüssen des Klimas und der schlechten Wege erlegen ist. Bin ich mir auch bewusst, dass bei der Untersuchung hier eine Lücke ist, so stehe ich nicht an, analog mit jenem Fall, den meinigen als eine Anaemia perniciosa zu bezeichnen, die aller Wahrscheinlichkeit nach entstanden ist durch die schweren Malariaintoxicationen, die Pat. während seines Aufenthalts auf Tjilajap und Atheh durchgemacht hat. Zum Schluss erachte ich die Bemerkung nicht für überflüssig, dass wir aus der Anamnese eine recht wichtige Lehre ziehen können, nämlich immer vorsichtig zu sein mit der Diagnose Simulation. Ich brauche nicht zu erörtern, dass die Krankheit sich nicht plötzlich, sondern schleichend entwickelt hat, und für mich ist es zweifellos, dass Pat. schon zu der Zeit, wo er sich zuerst krank gemeldet, wirklich krank gewesen ist.

Ich schreibe dies ausdrücklich und auf die Gefahr hin, für uncollegialisch gehalten zu werden, weil mir eine ganze Reihe ähnlicher Fälle bekannt sind, wo die Leute fälschlich für Simulanten gehalten wurden, und weil ich dafür halte, dass man einen einmal eingerissenen Missbrauch nicht aus der Welt schafft, wenn man ihn verschweigt.

Und dass gerade der Militärarzt leichter versucht ist, auf Simulation zu erkennen als ein anderer Arzt, ist leicht erklärlich, und es ist sehr entschuldbar, wenn er sich trotz genauer Untersuchung irrt, errare humanum est. Aber die genauere Untersuchung in einem solchen Fall zu unterlassen, halte ich eben für eine Unterlassungssünde, die man besser thut zu meiden.