

VII. Bemerkungen zur subfebrilen und afebrilen Form der acuten allgemeinen Miliartuberculose.

Von Otto Leichtenstern in Cöln.

Die jüngste Mittheilung von Dr. Joseph in dieser Wochenschrift¹⁾, „Zur Kenntniss des fieberlosen Verlaufs der acuten allgemeinen Miliartuberculose“, veranlasst mich, einen vor nunmehr zehn Jahren (1881) in dieser Wochenschrift enthaltenen Artikel meines damaligen Assistenzarztes Dr. Wilh. Hager in Erinnerung zu bringen.²⁾ In demselben ist schon damals auf das „nicht seltene“ Vorkommen einer „afebrilen“ Form der acuten allgemeinen Miliartuberculose, an der Hand von zwei kurz skizzirten Beobachtungen — deren Anzahl könnte ich seitdem durch eine Reihe analoger vermehren — hingewiesen worden. Wir kamen damals zu dem Schlusse: „Es giebt eine Form von allgemeinem Marasmus, die bei alten Leuten, in Gefangenenanstalten, bei durch Kummer und Inanition heruntergekommenen Individuen beobachtet wird, wobei diffuse Bronchitis, Dyspnoe, Cyanose, allgemeiner Hydrops, geringe Albuminurie, kurz sämtliche Folgezustände der Herzdegeneration vorhanden sind: Diese Form entpuppt sich anatomisch nicht selten als auf acuter allgemeiner Miliartuberculose beruhend. Insbesondere ist es die subfebrile oder afebrile Form der acuten Miliartuberculose, wie sie bei alten Leuten nicht selten zur Beobachtung kommt, welche von einer einfachen diffusen Bronchitis oder von der Herzdegeneration und ihren Folgen oft unmöglich zu unterscheiden ist.“

Wir konnten damals sogar einen Fall, den 57jährigen Boley betreffend, mittheilen, welchen wir als „ambulante Form der acuten allgemeinen Miliartuberculose“ bezeichneten, da der „Kranke“ bis zu seinem Tode, vom allgemeinen Marasmus abgesehen, sich gesund fühlte und noch am Abend vor seinem jähen Tode munter mit seinen Kameraden Karten gespielt hatte. Die Section ergab allgemeine acute Miliartuberculose (vgl. l. c.).

Ueber den vollständig fieberlosen oder subfebrilen Verlauf der allgemeinen acuten Miliartuberculose habe ich seit dem Jahre 1881 eine Reihe bestätigender Beobachtungen gemacht, die um so mehr bedenten, als dieselben durch sehr häufige Temperaturbestimmungen als sicher völlig afebrile erkannt sind. Ich will in dieser kurzen Mittheilung nicht auf dieselben eingehen, zumal ich der Ueberzeugung bin, dass der afebrile Verlauf der acuten Miliartuberculose allseitig bekannt ist. Meine Erfahrungen zusammenfassend möchte ich aber, was die afebrile Form der acuten allgemeinen Miliartuberculose betrifft, besonders betonen:

1. Dass dieser Verlauf häufig unter dem Bilde der Herzdegeneration (mit allgemeinem Hydrops etc.) statt hat;
2. Dass der fieberlose Verlauf besonders häufig bei alten Leuten vorkommt. Die Erscheinungen, unter welchen dieselben afebril zugrunde gehen, sind bald die der Herzdegeneration (Herzinsuffizienz), bald die des Marasmus, der diffusen Capillarbronchitis, des Lungenödems;
3. Habe ich die afebrile Form der acuten Miliartuberculose beobachtet bei einem Kranken mit Lebercirrhose und bei einem Kranken mit „chronischer Nephritis“ und allgemeinem Hydrops (grosse weisse oder scheckige, theilweise amyloid degenerirte Niere), daneben alte unbedeutende tuberculöse Herde in den Lungen;
4. Auch bei 2 Kindern, welche an fortschreitender Atrophie, völlig fieberlos, im höchsten Grade abgemagert zugrunde giengen, und bei welchen die Diagnose „Paedatrophie“, „Rhachitis und Enteritis“ gelangt hatte, traf ich zu meiner Ueberraschung eine acute allgemeine Miliartuberculose (neben verkästen Lymphdrüsen) vor.

Dies in Kürze meine Erfahrungen über fieberlose acute allgemeine Miliartuberculose.

Aber auch bezüglich des übrigen Inhaltes der erwähnten Mittheilung von Hager über acute Miliartuberculose aus meinem Krankenhaus, kann ich nur hervorheben, dass die seitdem von mir gemachten Beobachtungen alles das nach allen Richtungen hin bestätigt haben, was in dieser kleinen Arbeit niedergelegt ist.

Ganz besonders gilt dies hinsichtlich der von Hager geschilderten Form der acuten allgemeinen Miliartuberculose, welche unter

dem typischen Bilde einer croupösen Pneumonie (plötzlicher Beginn mit Schüttelfrost, acute lobäre Infiltration, exquisit pneumonisches Sputum croceum, rubiginosum) einhergeht.

Auch das, was Hager hinsichtlich des anatomischen und histologischen Charakters dieser, klinisch eine croupöse Pneumonie vortäuschenden Lungenentzündung mitgetheilt hat (l. c.), halte ich auf Grund der seitdem gemachten Beobachtungen völlig anfrecht. Hager hat diese Infiltrate auf meinen Vorschlag hin mit dem bekanntlich von Buhl stammenden Namen der „acuten Desquamativ-Pneumonie“ bezeichnet, aber schon die dabei stattfindende Haemorrhagie in die Alveolarlumina hervorgehoben. Ich bezeichne diese Pneumonien nunmehr, der modernen Ausdrucksweise folgend — die nicht viel mehr als ein anderes Wort ist — als zellige Pneumonien oder im vorliegenden Falle als „haemorrhagisch-zellige Pneumonien“. Man kann in diesen Fällen mittels der vorzüglichen Weigert'schen Fibrinfärbungsmethode auch stets, da und dort, spärliche Fibrinnetze nachweisen, also: haemorrhagisch-zellig-fibrinöse Pneumonien, kein Wunder, da ja Haemorrhagie und damit Fibrinausscheidung in den Alveolen statt hat. Aber entsprechend dem grob anatomischen Aussehen dieser Infiltrate (homogen rothe, glatte, feuchte, ziemlich weiche Schnittfläche) zeigt sich auch bei Anwendung der genannten Färbemethode niemals jene dichte Faserstoffanhäufung, wie sie der croupösen Pneumonie eigenthümlich ist.

Die klinische Thatsache des peracuten Auftretens dieser Lobärpneumonien als erster Erscheinungsweise einer acuten Miliartuberculose lässt auf ein gleichzeitiges Auftreten dieser Pneumonien und der acuten Miliartuberkel schliessen und befestigt mich in der Annahme, dass diese zellig-haemorrhagischen Pneumonien im innigsten Causalzusammenhange mit der Dissemination des tuberculösen Virus stehen. Ich habe bisher an dem bezüglichen Präparat bacteriologische Untersuchungen nicht angestellt. Sollte aber auch in diesen, von der echten fibrinösen (croupösen) Pneumonie makroskopisch und mikroskopisch himmelweit verschiedenen Infiltraten der bekannte ubiquitäre „Diplococcus pneumoniae“ sich vorfinden, so würde ich darin auch nicht entfernt den Beweis dafür erbracht sehen, dass diese „pneumonische Form der acuten Miliartuberculose“ auf einer Misch- oder Secundärinfection beruhe. Denn auch, was die rein fibrinösen Pneumonien anlangt, halte ich den „Diplococcus pneumoniae“ weder für den ausschliesslichen Erreger fibrinöser Lungenentzündungen, noch auch für den sicher nachgewiesenen Erreger der „croupösen Pneumonie“ sui generis. (Vergleiche meine Mittheilungen über Influenzapneumonien in dieser Wochenschrift 1890.)

¹⁾ 1891 No. 28 p. 872.

²⁾ „Ueber acute Miliartuberculose, insbesondere zwei unter dem Bilde einer croupösen Pneumonie verlaufende Fälle derselben“, s. diese Wochenschrift 1881 No. 40, 41.