Eine Gruppe ungeklärter Fieber.

Von Dr. O. Wiese,

Arzt an der Kaiserin Auguste Viktoria-Volksheilstätte in Landeshut (Schl.).

In Nr. 41 dieser Wochenschrift berichten Schittenhelm und Schlecht am Schluß ihres Aufsatzes „Ueber das sog. Wolhynische oder Fünftagefieber und eine Gruppe ungeklärter Fieber“ über Krankheiten mit eigenartigem Fiebertypus, deren Aetiologie sie als noch ungeklärt ansehen.

„Sie führen sie nur an, um sie zur Diskussion zu stellen, falls von anderer Seite ähnliche Beobachtungen gemacht sind.“

Während meiner Tätigkeit an der Ostfront war ich in der Lage, Fälle zu beobachten, die mir mit in die Kategorie der von den oben genannten Autoren zur Diskussion gestellten Krankheitsbilder zu gehören scheinen.

Die Erscheinungen betrafen jedesmal Russen. Einige Fälle seien hier wiedergegeben:

Fall 1 (Kurve 1) betrifft einen Russen, dessen Kurve außerordentlich auffällig ist; es ist derselbe Fall, der als Kurve 6 in der oben er-

Kurve 1.
K., Russe. Dez./Jan. 1916/17.

wähnten Arbeit aufgeführt ist. Da es sich um einen Patienten der damals mir unterstellten Russenstation eines Feldlazarets handelte, bin ich aus meinen Aufzeichnungen in der Lage, noch einige nähere Angaben über diesen Kranken zu machen.

Es handelte sich um einen russischen Feldwebel Ende der Dreißiger. Patient hatte die Chinaexpedition und den russisch-japanischen Krieg mitgemacht und wollte damals schon einmal eine ähnliche Erkrankung durchgemacht haben. Ueberstehen von Malaria und Rekurrens wird negiert.

Beginn der Erkrankung plötzlich mit leichtem Frösteln (kein Schüttelfrost!) und Fieber, mäßigem Kopfschmerz und geringer Mattigkeit. Nur zeitweise, besonders während der Fieberanfälle, mäßiges Ziehen in den Beinen vom Knie bis zum Knöchel.

Objektiver Befund: Schlanker Mann in befriedigendem Ernährungszustande, Hautfarbe blaß, etwas ins Gelbliche spielend, doch nie deutlicher Ikterus. Nie Exantheme, nie Oedeme. Während der ganzen Erkrankung nie ernstere Bewußtseinsstörungen, im Gegenteil, gerade während der starken Fieberanfälle besonders auffällige Lebhaftigkeit und Teilnahme für seine Umgebung bei völligem Fehlen von Beschwerden.

Konjunktiven, Rachen-, Halsorgane ohne Befund. Zunge dauernd frei, kein Herpes.

Ueber der Lunge mäßige trockene Bronchitis, nirgends auch nur verdächtige Schallverkürzung. Herz ohne Befund. Sehr auffällig der selbst bei den Anfällen auffallend niedrige Puls, der voll, kräftig und regelmäßig ist.

Außer einer perkutorisch und palpatorisch vergrößerten, ziemlich derben Milz bieten die Abdominalorgane keinen besonderen Befund. Nervensystem ohne Befund.

Stuhl: zu Beginn der Erkrankung etwas angehalten, dann regelmäßig, ohne jeden krankhaften Befund.

Sputum: ohne Befund.

Urin: Eiweiß —, Zucker —, Diazo —, Kusso —, Urobilin —, Urochromogen —, Indikan —. Sediment ohne Befund.

Blutbild: Mäßige neutrophile Leukozytose. Im nativen Präparat, im Ausstrich und dicken Tropfen, der während der Anfallstage in

fast regelmäßigen zweistündigen Intervallen untersucht wurde, nie ein verdächtiger Parasitenbefund. Blutgallekultur steril. Agar-Blut- (Misch-)kultur: steril.

Stuhl: bakteriologisch ohne Befund.

Bei den Fieberattacken im „Stadium der steilen Kurven“ fehlte ein eigentlicher Schüttelfrost. Der Anfall setzte ein mit leichtem Frösteln, die Temperatur stieg rapid an, erreichte in etwa 40 Minuten ihren Höhepunkt und fiel unter profusem Schweißausbruch binnen 30 Minuten zur Norm.

Bei dem letzten Temperaturanstieg am 2. Januar 1917 frappte das außerordentliche Emporschnellen der Temperatur bis 42°, dabei das auffällige Wohlbefinden des Kranken, der nur beim Sinken der Temperatur sehr stark transpirierte, aber sonst merkwürdig vergnügt in seinem Bett lag. Der Puls blieb zwischen 60 und 70 Schlägen in der Minute, voll, kräftig und regelmäßig. Ein halbes Dutzend Thermometer wurden probiert nebst den verschiedensten Meßmethoden: Ergebnis: die Temperatur stimmte! Demgegenüber außer dem Schweißausbruch, der leichten Bronchitis und dem Milztumor kein objektiver Befund!

Fall 2 (Kurve 2). Der zweite Fall bietet in seiner Kurve am meisten Ähnlichkeit mit Kurve 8 der Schittenhelm-Schlecht-schen Fälle.

Klinischer Befund: Zeitweise leichte Kopfschmerzen sowie mäßiges Ziehen in den Unterschenkeln von Knien bis Knöcheln. Objektiv nur diffuse trockene Bronchitis und mäßig vergrößerte Milz. Insbesondere keinerlei Symptome, die irgendwie den Verdacht einer Tuberkulose hätten erwecken können. Dauernde bakteriologische Kontrolle von Stuhl, Urin und Blut, letzteres kulturell und zu den verschiedensten Zeiten im nativen Präparat, gefärbtem Ausstrich und dicken Tropfen untersucht, war stets ergebnislos. Blutbild: nur leichte Leukozytose (Vermehrung der Neutrophilen). Der chemische und mikroskopische Urinbefund ergab ebenfalls nichts Besonderes.

Kurve 2.
K., Russe. Dezember/Januar 1916/17.

Auffällig auch bei diesem Fall das sulklike Wohlbefinden und der während des Fiebers relativ niedrige Puls.

Fall 3 (Kurve 3). Russisch-polnischer Zivileinwohner aus der Gegend von Kobryn. Am 8. Januar 1917 eingeliefert als Rekurrensverdacht aus rekurrensverseuchtem Quartier. Stark verlaust (Kopf- und Kleiderläuse).

Geringe Mattigkeit, leichtes Frösteln, zeitweise Ziehen in den Gliedern von Knie bis Knöchel abwärts.

Blasses, pastöses Aussehen. Außer diffuser trockener Bronchitis kein positiver Organbefund. Urin: chemisch und mikroskopisch ohne

Kurve 3.

J., russ. Jude. Januar/Februar 1917.

Befund. Blut: hämatologisch wie bakterio- bzw. protozoologisch ohne Befund.

Am 22. Januar 1917 nach leichtem Frösteln Temperaturanstieg, nach zwei Stunden starker Schweißausbruch, Temperaturabfall, mäßige Mattigkeit. Niedriger, kräftiger Puls während des Anfalls. Kein Milztumor, keine besonderen Schmerzen. Stuhl angehalten.

Am 23. Januar erneuter Temperaturanstieg bis 41,2°, bis 7 Uhr abends Temperaturabfall wie oben. Um 10 Uhr abends Temperaturanstieg bis 42,2°, um 10.30 ist die Temperatur unter Schweißausbruch wieder gefallen auf 36,8°. Puls während des Anfalls voll und kräftig, 80 in der Minute nicht überschreitend. Große Blässe, kein Exanthem, kein Enanthem. Subjektiv starke Kopfschmerzen, während des Anfalls mäßige Apathie. Pupillen und Reflexe ohne Befund. Keine meningitischen Symptome. Kein Milztumor, nur leichte diffuse trockene Bronchitis.

Gleich nach Fieberabfall auffallendes Wohlbefinden. Mehrfach

während des Anfalls entnommene Blutaussstrichpräparate und dicke Tropfen zeigen im Blut nichts Besonderes.

24. Januar. Fieberanfälle mit steilem Anstieg und jähem Abfall. Kein Kollaps! Lumbalpunktion: Druck nicht erhöht, Liquor klar, wasserhell, chemisch, mikroskopisch und bakteriologisch ohne Befund.

Urin: Diazo —, Kusso —, Albumen —. Sediment ohne Befund. Die Fieberanfälle beginnen mit Frösteln und Kopfschmerz und werden von Schweißausbrüchen begleitet, die zu verschiedenen Fieberstadien auftreten: zu Beginn, auf der Höhe und nach Abfall der Temperatur. Keine Apathie mehr. Blutgallekultur: steril.

25. Januar. Anfälle s. Kurve. Patient völlig klar, leichter Kopfschmerz, leicht reißende Schmerzen in beiden Knien bis zum Knöchel. Objektiv kein Befund. Stuhl angehalten. Blutbild: mäßige Leukozytose (Neutrophilie).

Blutkulturen: am Krankenbett gegossene Blutagarplatten (etwa je 5 ccm Blut im Anfall aus Kubitalvene mit Spritze steril entnommen, gemischt mit flüssigem Nähragar in sterile Petrischalen). Brutschrank: 36°

Nach 24 Stunden: zahlreiche Kolonien mit hellem Hof, rund, weiß-gelblich, glatter Rand. Gram +, Diplokokkus. Wachstum: aerob +, anaerob +. Agar: üppig, ohne Farbstoffbildung. Gelatine: stich: nicht verflüssigt. Lackmusmolke: schwach rot. Milch: nicht geronnen. 1% Traubenzuckerbouillon: leicht getrübt, körniger Bodensatz, Häutchen —. Blutplatte: Hämolyse. Nach 48 Stunden: Gelatinstich: Verflüssigung. Lackmusmolke: violette Farbe (Amphoter) klar. 1% Traubenzuckerbouillon: klar, mit körnigem Bodensatz. Milch: unverändert. Nach 14 Tagen: wie nach 48 Stunden.

26. Januar. Blut und Urin ohne Befund, sonst wie oben. Fünffmal 1,0 g Aspirin, das die Temperatur in den nächsten Tagen etwas „drückt“, doch keine wesentliche Wirkung aufweist.

Am 28., 29. und 30. Januar geringe Durchfälle, Stuhl dünnbreiig, braun, ohne pathologische Beimengung. Bakteriologisch ohne Befund.

30. Januar. Bläß, Allgemeinzustand kaum verändert. Ueber der Lunge noch spärliche diffuse trockene Geräusche. Puls trotz der hohen Temperaturen dauernd gut und niedrig.

2. Februar. Versuchsweise Chinin dreimal 0,3 g. Wenn auch die Temperatur von jetzt ab fällt, so möchte ich das doch nicht bestimmt mit der Chinindarreichung in Zusammenhang bringen, vielmehr dem jetzt beginnenden spontanen Abklingen der Erkrankung zuschreiben.

5. Februar. Noch erhöhte Temperaturen, keine „Anfälle“ mehr, Blässe, Ernährungszustand nicht reduziert. Innere Organe ohne Befund. Stuhl: bakteriologisch nur Koli und Kokken. Blut: ohne Befund. Urin: ohne Befund. Wohlbefinden, nach 14 Tagen geheilt entlassen.

Fall 3 hat in seinem Kurvenverlauf einige Ähnlichkeit mit Kurve 12 der Schittenhelm-Schlechtschen Fälle. Auch hier nur eine diffuse Bronchitis, sonst keinerlei besonderer objektiver Befund. Auffällig wieder der niedrige Puls und das subjektive Wohlbefinden. Eine gewisse Ähnlichkeit der Kurve 3 mit einer Typhuskurve ist nicht zu leugnen, doch widersprach dem das ganze Krankheitsbild, das frei war von jeglicher schwereren Krankheitserscheinung, ferner der dauernd fast negative klinische und bakteriologisch-serologische Befund. Dem Befunde der Blutkultur möchte ich nicht dominierende Bedeutung zusprechen, da bei den relativ schwierigen Feldverhältnissen immerhin eine zufällige Verunreinigung der Platte möglich war.

Der gewachsene Diplokokkus entspricht in seinem biologischen Verhalten auch nicht ganz den bekannteren pathogenen Diplokokken. Wegen jeden Fehlens typischer klinischer und vor allen Dingen parasitologischer Befunde möchte ich Malaria und Rekurrens als für die Aetiologie dieser Fälle nicht in Betracht kommend ebenfalls ablehnen.