Aus dem Seemannskrankenhaus und dem Institut für
Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg.
(Direktor: Med.-Rat Prof. Dr. Nocht.)

Ein Fall von Sprue und seine Behandlung.

Von Dr. Albert Bohne, klinischem Assistenten.

Die zahlreichen Fäden, die Deutschland mit allen Teilen der Erde verbindet, mögen die Besprechung einer Krankheit rechtfertigen, die in Deutschland zwar selbst nicht vorkommt, aber bei dem lebhaften Verkehr mit Ostasien hierher gelangen kann. Daß auch für den praktischen Arzt ihre Kenntnis zuweilen von Nutzen sein kann, mag aus der Tatsache erhellen, daß unser Patient durch die Hände einer ganzen Reihe von Aerzten gegangen ist, ohne daß seine Krankheit erkannt wurde. Es handelt sich um die Sprue-erkrankung, deren hauptsächlichste andere Namen sind: Tropische Aphthen, Psilosis linguae, Indian Sprue. Ihre Heimat sind, soweit bekannt, die Antillen, der malayische Archipel, Indien, Ceylon, China und Japan.

Es möge zunächst die Krankengeschichte unseres Patienten folgen.

S., Veterinär, 40 Jahre alt.

Anamnese: Der Vater ist an Altersschwäche, die Mutter wahrscheinlich an Magencarcinom gestorben. Drei Schwestern sind gesund. Patient hatte als Kind Masern, 1892 Syphilis. Seitdem jedes Jahr eine Schmierkur. Seit 1900 in China, wo er sich bis 1905 aufgehalten hat. Die jetzige Krankheit begann ganz allmählich im Juli 1904 mit vereinzelt auftretenden Durchfällen. Diese nahmen an Zahl zu, und Patient wurde deshalb nach Japan auf sechs Wochen beurlaubt. In China war er mit Tannalbin und Tannigen behandelt, in Japan mit Milchdiät und Schwefelbädern. Danach Verstopfung ziemlich hohen Grades. Allmählich wurde aber der Stuhl normal und blieb es bis 1905. Im August 1905 begann die Krankheit plötzlich wieder mit sehr heftigem Durchfall unter starker Gasbildung. Die Stühle waren hellgelb und wäßrig. Die Zunge sowie die Mundschleimhaut waren angeblich leicht gerötet und geschwollen. Die Behandlung war eine diätetische. Die Nahrung bestand in Reissuppen. Da eine Besserung nicht eintrat, wurde er für tropendienstuntauglich erklärt und nach Hause geschickt. Der Durchfall hörte erst auf der Reise auf, als die kältere Gegend erreicht war. Hier ließ der Durchfall ohne Mittel nach und blieb während des Winters 1905/06 völlig weg. Erst im Mai 1907 trat er wieder auf, allmählich einsetzend und an Stärke zunehmend. Von Juni 1907 bis zu seiner Aufnahme in das Seemannskrankenhaus am 31. August war Patient in verschiedenen Bädern und Sanatorien und wurde hier mit Tannalbin, Tannigen, Fucol, Guajacol, mit Bierischer Heißluft u. a. behandelt, ohne daß auch nur die leiseste Besserung eintrat. Die bei der Aufnahme im Munde und an der Zunge vorhandenen Flecke sollen mindestens seit 1905 bestehen. Eine Ursache für seine Krankheit kann Patient nicht angeben.

31. August 1907. Befund: Mäßig kräftiger, ziemlich stark abgemagerter Patient mit blasser Gesichtsfarbe. Haut: trocken, welk, ohne Ausschläge. Die Brustorgane sind ohne Besonderheiten. Leib: leicht aufgetrieben, weich, nirgends druckempfindlich, mäßig starkes Gurren. Leber: oberer Rand der sechsten Rippe, einen Querfinger oberhalb des Rippenbogens. Milz: nicht palpabel, auch perkutorisch nicht vergrößert. Zunge: stark geschwollen, die Oberfläche ist glatt, atrophisch und zeigt ein zerklüftetes Aussehen. Am Rande deutliche Zahneindrücke. Irgend welche Flecke sind weder an der Zunge noch an der Mundschleimhaut wahrzunehmen. Appetit: sehr schlecht. Rachenorgane: ohne Besonderheiten. Drüsen: nicht vergrößert. Reflexe: ohne Besonderheiten. Körpergewicht: 55 kg. Urin ist frei von Eiweiß und Zucker. Das Blut hat einen Hämoglobingehalt von 75 und zeigt mikroskopisch keine Veränderungen. Stuhl: es bestehen starke Durchfälle unter außerordentlicher Gasentwicklung, 10 bis 15 pro Tag. Die Stühle sind hellgelb, homogen. Bakteriologisch weder Typhus-, Paratyphus- noch Dysenteriebazillen nachweisbar. Körpertemperatur ist stets

normal. Der Puls ist ziemlich klein, regelmäßig, zwischen 90 und 100.

Therapie: Absolute Milchdiät.

5. September. Die Zunge ist abgeschwollen. Am zweiten rechten unteren Schneidezahn ein etwa linsengroßes, rundes, leicht erhabenes, blaßrötliches Bläschen. Die Durchfälle haben bereits bedeutend nachgelassen (zwei Stühle pro Tag), Gasbildung nicht mehr vorhanden.

13. September. Milchdiät wird gut vertragen, Patient trinkt bis zu 14 Flaschen pro Tag, das sind sieben Liter. Alle Tage ein Stuhl von breiiger Konsistenz. Das Bläschen am Zahnfleisch des Schneidezahns ist im Abheilen begriffen.

22. September. Die Schwellung der Zunge ist verschwunden. Die Oberfläche zeigt nicht mehr die Glätte wie bei der Aufnahme.

25. September. Patient fühlt sich subjektiv sehr wohl und ist ohne Beschwerden. Der Stuhlgang ist regelmäßig geblieben. Patient verträgt bereits eine ganze Anzahl fester, leichter Speisen, z. B. Kalbsbraten, Fische, Hack, Kükenragout, Blumenkohl n. a. Die Zunge zeigt nur noch geringe Glätte und wenig Furchen. Sie ist nicht mehr geschwollen, das Bläschen ist abgeheilt. Patient wird mit genauer Diätvorschrift entlassen. Er hat während seines Aufenthaltes im Krankenhaus 8,2 kg an Gewicht zugenommen. Der Hämoglobingehalt ist auf 86 gestiegen.

Unser Patient zeigt also alle für Sprue charakteristischen Zeichen: Die glatte, zerklüftete und besonders an den vorderen Partien atrophische Zunge, an der Mundschleimhaut die kleinen erhabenen, scharf umschriebenen Bläschen, die profusen Durchfälle unter starker Gasbildung, den negativen Ausfall der bakteriologischen Stuhluntersuchung, ein Symptomkomplex, der die Krankheit leicht von ähnlichen trennen läßt. Damit ist auch gesagt, was wir bis jetzt über die Ätiologie der Sprueerkrankung wissen, nämlich nichts. Natürlich sind auch hier Bakterien und Protozoen als Erreger angesprochen. Bis jetzt hat aber weder von den einen noch von den anderen ein Vertreter sich allgemeine Anerkennung verschaffen können. Ueber das Wesen der Krankheit wissen wir, daß sie nur in heißen Ländern vorkommt, nie epidemisch auftritt und nicht kontagiös ist. Frauen sollen öfters befallen werden als Männer. Pathologisch-anatomisch finden sich die hauptsächlichsten Veränderungen außer an der Zunge am Dünndarm, der ebenfalls wie die Zunge hochgradig atrophische Veränderungen zeigt. Was nun die Therapie betrifft, so hat sich in unserem Falle die absolute Milchdiät auf das beste bewährt. Dank der Geduld des Patienten konnten wir drei Wochen nichts als Milch geben und hatten doch noch die Genugtnung, eine Gewichtszunahme konstatieren zu können. Allmählich gingen wir zu konsistenterer Nahrung über, bis wir den Patienten mit einem ziemlich reichhaltigen Speisezettel entlassen konnten. Trotz des günstigen Erfolges hielten wir Patienten noch nicht für geheilt, eine Vorsicht, die durch den weiteren Verlauf gerechtfertigt wurde. Patient bekam nämlich in der Folgezeit nach seiner Entlassung noch mehrere Rückfälle, die aber unter Milchdiät bald wieder behoben wurden. Ueber den endgültigen Ausgang des Falles läßt sich auch jetzt mit Sicherheit nichts sagen.