Zur Kenntnis des Icterus catarrhalis und dessen Inkubationszeit.

Von Dr. Folke Lindstedt,

Dozent der Inneren Medizin an dem Karolinischen Institut in Stockholm.

Im Herbst 1917 hatte ich Gelegenheit, einen Fall von sogenanntem Icterus catarrhalis zu beobachten, bei welchem die anamnestischen Angaben mir den Schluß auf eine Inkubationszeit von bestimmter Dauer zuzulassen schienen. Es handelte sich um einen 21jährigen Wehrpflichtigen (Fall 1, K.), welcher am 23. August ins Garnisonkrankenhaus zu Stockholm wegen eines typischen Icterus catarrhalis aufgenommen wurde. Der Patient war am 19. August mit gewöhnlichen Initialerscheinungen (Indigestionssymptomen und kurzdauernder Temperatursteigerung) erkrankt. Der Patient war während des ganzen Sommers bei seinem Regiment in Stockholm gewesen, und kein Fall von Gelbsucht war dort vorgekommen. Nur für einen Tag, und zwar am 5. August, hatte der Patient seine in der Provinz Östergötland wohnende Familie urlaubsweise besucht. Durch briefliche Anfrage bei dem Vater (Pfarrer) wurde ermittelt, daß Ende Juli zwei Töchter des Pächters des Pfarrershofes an Gelbsucht erkrankt waren und daß neun resp. zwölf Tage nach dem Besuche des erwähnten Patienten auch seine zwei Schwestern an Gelbsucht erkrankten.

Der Schluß lag da nahe, daß der Bruder die Infektion beim Besuche in der Heimat erworben hatte und daß also in diesem Falle eine Inkubationsdauer von 14 Tagen vorhanden gewesen war.

Durch diesen Fall aufmerksam gemacht, habe ich nach anderen Fällen von Gelbsucht gesucht, wo die Patienten angegeben hatten, sie wären eine bestimmte Zeit vor der Erkrankung aus einem anderen Orte gekommen. Durch schriftliche Erkundigungen bei den Familienangehörigen habe ich dann nach Infektionsquellen in den betreffenden Orten gefahndet. In meiner Eigenschaft als Vorstand der Medizinischen Abteilung des Garnisonkrankenhauses zu Stockholm habe ich Gelegenheit gehabt,

relativ viele solcher Fälle zu beobachten. Auf diese Weise ist es mir gelungen, weitere acht derartige Fälle von Icterus catarrhalis zu sammeln, bei welchen in den Krankengeschichten sich solche Angaben finden, welche Anhaltspunkte für die Beurteilung der Länge der Inkubationszeiten darbieten.

Auch über diese acht Fälle will ich hier in aller Kürze berichten:

Fall 2. Fräulein P., 20 Jahre, erkrankte in Stockholm am 8. Februar 1918 plötzlich mit Schüttelfrost und Indigestionssymptomen. Eine Woche später entwickelte sich typischer Icterus catarrhalis. Die Patientin war am 19. Januar aus ihrem Heimatsorte in der Provinz Wästergötland nach Stockholm abgereist. Es wurde ermittelt, daß in ihrer Heimat viele Fälle von Gelbsucht während der letzten Monate vorgekommen waren. Von der zu Hause gebliebenen Familie der Patientin bekamen nacheinander drei Geschwister und ein Dienstmädchen die Gelbsucht, und zwar am 15. Januar resp. 10., 14. und am 23. Februar.

Fall 3. Wehrpflichtiger N., 21 Jahre, reiste am 11. Januar 1918 aus seiner Heimat, der Stadt Östersund, zu seinem Regimente in Stockholm, wo er ungefähr am 26. Januar mit Initialerscheinungen und später folgendem Icterus catarrhalis erkrankte. Durch briefliche Nachfrage wurde ermittelt, daß viele Fälle von Gelbsucht im Heimatsorte kürzlich vorgekommen waren und daß nach der Abreise des Patienten die drei zu Hause gebliebenen Geschwister am 11. Februar resp. 11. und 20. Februar an Gelbsucht erkrankt waren.

Fall 4. (Dieser Fall, wie der folgende sind mir freundlich von Dr. Hägg zur Verfügung gestellt.) Wehrpflichtiger X., 21 Jahre, Initialsymptome am 20. Februar 1918, Icterus am 22. Februar. Es wurde ermittelt, daß der Patient während der Zeit vom 22. Januar bis 5. Februar in einem Krankenhause wegen Ulcus ventriculi gepflegt worden war. In dem nebenbei stehenden Bette lag zu gleicher Zeit ein gelbsüchtiger Patient.

Fall 5. Ein Mädchen, etwa 20 Jahre alt. Das Mädchen erkrankte am 19. März 1918 bei seiner Familie in Gothenburg an Gelbsucht. Initialerscheinungen wahrscheinlich um den 15. März, nachdem der obenerwähnte Patient (Fall 4) während der Zeit vom 18. bis 19. Februar gelegentlich seines Besuches in Gothenburg bei der Familie gewohnt hatte.

Fall 6. Wehrpflichtiger, J. 22 Jahre. Patient erkrankte im Regimente in Stockholm mit Initialerscheinungen am 10. September 1918; Icterus stellte sich am 17. September ein. Der Patient hatte sich während der Zeit vom 16. bis 31. August in seiner Heimat, der Provinz Wärmland, aufgehalten. Da hatte er viel mit einem ungefähr gleichaltrigen Nachbar verkehrt. Dieser war bei der Abreise des Patienten deutlich gelbsüchtig, nachdem er um den 25. August mit Initialerscheinungen erkrankt war.

Fall 7. Wehrpflichtiger G. K., 21 Jahre. Der Patient war seit dem 18. August 1918 bei seiner Familie auf dem Lande und war am 31. August zum Regimente in Stockholm abgereist, wo er am 16. September mit Initialerscheinungen und am 21. September an Icterus erkrankte. Bei der Abreise am 31. August hatte eben ein Bruder zu Hause eine Gelbsucht durchgemacht, und Anfang September erkrankte auch sein anderer Bruder an derselben Krankheit.

Fall 8. Wehrpflichtiger J., 21 Jahre. Der Patient reiste am 31. August 1918 aus seiner Heimat, der Provinz Västmanland, zu seinem Regimente in Stockholm, wo er am 24. September mit Initialerscheinungen und am 27. September an Icterus erkrankte. Es wurde ermittelt, daß eine Nachbarin, in deren Hause der Patient vor seiner Abreise (am 31. August) viel verkehrt hatte, ungefähr eine Woche später an typischer Gelbsucht erkrankt war.

Fall 9. Wehrpflichtiger L. B., 21 Jahre. Der Patient, welcher am 25. Oktober erkrankte, war während der Zeit vom 22. September bis 12. Oktober 1918 auf einem Gute in der Provinz Södermanland zu Besuch. Er hatte da mit einem Leutnant viel verkehrt, welcher auf dem Gute wohnte und zu dieser Zeit an Gelbsucht litt, an der er ungefähr am 15. September erkrankt war. Es wurde auch ermittelt, daß der Gutsbesitzer am 19. Oktober an derselben Krankheit erkrankte.

Da in sämtlichen obenerwähnten Fällen keine anderen denkbaren Infektionsquellen nachgewiesen werden konnten, scheint der Schluß berechtigt, daß die betreffenden Patienten in den genannten Heimatsorten resp. fremden Orten infiziert und daß somit in diesen Fällen Inkubationszeiten von nicht unbeträchtlicher Dauer vorhanden gewesen waren.

Wenn man in der Literatur nachsieht, findet man, daß es noch nicht gelungen ist, eine etwa vorhandene Inkubationszeit bei dem Icterus catarrhalis zu konstatieren, indem die Versuche, die in dieser Richtung von Lürmann, Graarud, Krohne, Ickert u. a. gemacht worden sind, zu sehr verschiedenen Resultaten geführt haben, die einer strengen Kritik nicht standhalten. Nur in einem einzigen, und zwar von Ulrik beschriebenen Falle finden sich in der Anamnese solche Angaben, die überhaupt einige Schlüsse betreffs der Inkubationszeit zulassen. Auch über diesen Fall will ich hier kurz referieren:

Fall Ulrik. Ein achtjähriges Mädchen, M. W., erkrankte am 10. Dezember 1895 mit „gastrischen Symptomen“ als Initialsymptomen eines Icterus catarrhalis. Ihre Nachbarin in der Schule hatte 14 Tage vorher die Schule wegen derselben Krankheit verlassen.

Aus meinen neun oben erwähnten Fällen und demjenigen von Ulrik scheint mir Folgendes mit größter Wahrscheinlichkeit hervorzugehen:

In neun von zehn Fällen war eine Inkubationszeit mit einer Dauer von mindestens 14 Tagen vorhanden, nur im Falle 6 kann die Inkubationszeit kürzer, doch nicht kürzer als elf Tage gedacht werden.

Im Falle 1 war die Inkubationszeit 14 Tage, im Fall 5 ungefähr 23 Tage.

In den Fällen 4, 7 und 9 kann die Inkubationszeit nicht länger als 29 resp. 34 und 39 Tage gewesen sein, in den übrigen fünf Fällen können theoretisch auch längere Inkubationszeiten gedacht werden.

In keinem von den zehn Fällen ist eine längere Inkubationszeit als 28 Tage als wahrscheinlich anzunehmen; jedenfalls lassen sämtliche zehn Fälle die Annahme einer Inkubationszeit von 14 bis 28 Tagen zu.

Die Unterschiede betreffs der Inkubationszeiten, welche die oben referierten Fälle darbieten, sind meines Erachtens nicht groß. Dies Verhältnis scheint mir in hohem Grade dafür zu sprechen, daß bei allen den hier in Frage stehenden Ikterus-epidemien es sich um eine und dieselbe spezifische Infektion gehandelt hat.

In der Tat scheint es mir auch aus anderen Gründen äußerst wahrscheinlich, daß die allermeisten Fälle, die wenigstens in unserem Lande unter dem Namen Icterus catarrhalis gehen, eine und dieselbe spezifisch infektiöse Aetiologie haben.

Diese Ansicht habe ich an anderem Ort¹⁾ näher zu stützen versucht; daselbst habe ich auch über die Krankengeschichten ausführlicher referiert. Ich habe da auch einige andere Fragen betreffs des Icterus catarrhalis behandelt. In Ermangelung des Raumes für ausführliche Krankengeschichten, welche für ein näheres Eingehen auf diese Fragen nötig sind, will ich hier nur in folgenden Punkten diejenigen Ansichten **zusammenfassen**, welche ich betreffs des sogenannten Icterus catarrhalis geltend zu machen versucht habe:

1. Der sogenannte Ikterus catarrhalis ist eine Infektionskrankheit sui generis, deren spezifischer Erreger noch unbekannt ist. Die Inkubationszeit dieser Krankheit hat gewöhnlich eine Dauer von zwei bis vier Wochen, möglicherweise können auch längere Inkubationszeiten in Frage kommen.

2. Die Krankheit hat einen charakteristischen klinischen Verlauf mit einem akuten, wahrscheinlich immer mit Temperatursteigerung einhergehenden Initialstadium und einem zweiten, afebrilen, ikterischen Stadium. Die Symptome können aber große graduelle Verschiedenheiten aufweisen, und auch sogenannte abortive Formen können vorkommen.

3. Der „gewöhnliche“ und der „epidemische“ Icterus catarrhalis sind nur verschiedene Formen des Auftretens der in Frage stehenden Krankheit, indem diese Krankheit sowohl sporadisch als auch epidemisch auftreten kann.

4. Die Krankheit kann kontagiös, und zwar schon während ihrer Inkubationszeit sein.

5. Sie scheint eine dauernde Immunität hervorzurufen.

6. Sie scheint klinische, epidemiologische und bakteriologische Unähnlichkeiten mit der Weilschen Krankheit aufzuweisen.

7. Die anatomische Veränderung, welche die ikterischen Symptome bei dem Icterus catarrhalis hervorrufen, ist wahrscheinlich in einem Leberschaden parenchymatöser Art zu suchen, welcher nur als ein Teilsymptom der allgemeinen Infektionskrankheit aufzufassen ist, wie es analog bei der Weilschen und bei vielen anderen Infektionskrankheiten der Fall ist.