

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Siebenter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner.

Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Aus der medicinischen Abtheilung des Kölner Bürgerhospitals.

Ueber acute Miliartuberculose, insbesondere zwei unter dem klinischen Bilde einer croupösen Pneumonie verlaufende Fälle derselben.

Von

Dr. Wilhelm Hager, Assistenzarzt.

Unter den acuten fieberhaften Infektionskrankheiten, deren Diagnose oft erhebliche Schwierigkeiten bereitet, nimmt die acute Miliartuberculose einen hervorragenden Platz ein. Dass das klinische Bild derselben täuschend einem Typhus gleichen kann, ist sattsam bekannt und hat zu der üblichen Aufzählung der differentialdiagnostischen Zeichen beider Krankheiten in den Hand- und Lehrbüchern geführt. Diese Zeichen, welche von den schulgerechten Fällen abstrahirt sind, gelten wohl für diese, sie sind aber ungenügend, wenn wir es mit atypischen Fällen zu thun haben. Geht die acute Miliartuberculose ausnahmsweise einmal mit allen wesentlichen Zeichen eines Abdominaltyphus einher, mit Milzschwellung, Roseola, Meteorismus, Diarrhoen, ist die Fiebercurve die einer Continua mit abendlichen Exacerbationen, kommt der betreffende Kranke aus einem Hause, einer Gegend der Stadt, wo gerade Typhus herrscht, so kann in einem so gelegenen Falle auch der Geübteste einen diagnostischen Irrthum begehen. Ein anderer Fall ist der, dass das Bild des Typhus von dem gewöhnlichen abweicht, sich atypisch gestaltet, dass Roseola und Diarrhoen fehlen, der Milztumor nicht deutlich ausgeprägt ist, die Fiebercurve stärkere Morgenremissionen (vielleicht mit Schweiss) darbietet, die Bronchitis und Dyspnoe, die Pulsfrequenz einen höheren Grad erreichen; betrifft ein derart atypischer Typhus noch dazu ein scrophulöses oder tuberculöses oder erblich belastetes Individuum, so kann auch in diesem Falle die Diagnose einige Zeit hindurch äusserst dubiös sein.

Für die beiden soeben gezeichneten klinischen Bilder könnte ich aus dem reichen Beobachtungsmaterial des hiesigen Krankenhauses diverse Beispiele anführen. Es liegt das aber nicht in dem Plane dieser Arbeit, und ich beschränke mich darauf nur folgende zwei interessante Fälle kurz zu skizziren.

Fall 1. Der am 9. Juli 1879 aufgenommene 20jährige W. Beckmann, ein kräftig gebautes Individuum, gab an, seit 14 Tagen unter heftigem Fieber etc. erkrankt zu sein. Es fanden sich alle Zeichen eines Typhus abdominalis vor, insbesondere Meteorismus, Roseola, Ileocoecalgurren, erbsenbrühartige Stühle, palpabler Milztumor. Puls und Temperatur verhielten sich einem Typhus entsprechend. Die Temperatur schwankte zwischen 38,5–40,4. Therapie: Kalte Bäder und Chininbehandlung. Nachdem in der 3. Woche die Morgenremissionen bereits erheblicher zu werden begannen und Alles einen guten Ablauf zu gewährleisten schien, trat in der 4. Woche eine erhebliche Steigerung der Temperatur ein, welche zwischen 39,0–41,5 schwankte (zweistündliche Messungen bei Tag und Nacht). Drei Tage lang hielt sich das Fieber continuirlich zwischen 40,0–41,5. Chinin blieb wirkungslos. Die Pulsfrequenz stieg successive, desgleichen die Athemfrequenz. Auf beiden Lungen die Zeichen einer intensiven Capillarbronchitis. R. H. U., später auch L. H. U. trat Dämpfung ein, die als hypostatische Infiltration gedeutet wurde. Wenig schaumiges Sputum ohne Blutgehalt. Anhaltende Diarrhoen. Neue Roseolaflecke. Delirien. Tod unter den Erscheinungen des Lungenödems am 23. Juli 1879. Unsere Diagnose lautete auf Abdominaltyphus. Die Exacerbation des Fiebers, sowie alle übrigen Erscheinungen wurden auf eine Exacerbation resp. „Nachschub“ des typhösen Processes bezogen, die bedeutende Pulsfrequenz, die intensive Bronchitis, die doppelseitige Hypostase auf Ermüdung (Insufficienz) des Herzmuskels.

Die Section (Herr Leichtenstern) ergab 1. einen Typhus in der 4. Woche. Neben gereinigten und zum Theil noch mit Schorfen bedeckten Geschwüren fanden sich besonders höher oben im Ileum zahlreiche Darmdrüseninfiltrate vor, die ohne Verschorfung durch fettigen Zerfall und Resorption zur Rückbildung gelangt waren („plaques à surface reticulée“). die Milz 19 Ctm. lang, 13 breit, 4 dick; 2. eine acute Miliartuberculose der Lungen, der Leber und der Nieren. Beide Lungen von grauen miliaren und submiliaren Knötchen gleichmässig durchsät. Hypostatische Infiltration beider Unterlappen. Ein bohnergrosser käsig-kalkiger Heerd in der linken Lungenspitze mit cirrhotisch geschrumpfter pigmentirter Nachbar-

schaft. Verkäste Bronchialdrüsen. Spärliche, aber mikroskopisch sicher gestellte Miliartuberkel der Gehirngefässe.

Die Thatsache, dass Kranke mit ausgeprägter progressiver Lungentuberculose ausserordentlich selten an Typhus erkranken, hat Autoren der früheren Zeit, Rokitansky, Barthéz und Rilliet u. A. veranlasst, zwischen beiden Krankheiten ein Ausschlussverhältniss zu statuieren. Doch giebt Rokitansky das Vorkommen von Typhus bei Kranken mit in Rückbildung begriffener Tuberculose als selbstverständlich zu. Griesinger sah Kranke nach abgelaufenem Typhus tuberculös werden; dies geschehe aber „immer erst nach vollständig abgelaufenem Typhusprocess, vielleicht zuweilen durch tuberculöse Umwandlung liegengeliebener Exsudate von Lobulärentzündung“.

Heutzutage bezweifelt Niemand mehr, dass Kranke mit selbst vorgeschrittener Lungenphthisis, wenn auch ausserordentlich selten, an Typhus erkranken können, und ebenso sicher ist es — ja nach v. Liebermeister¹⁾ kommt es sogar häufig vor — dass Kranke, welche bis dahin keine Erscheinungen von Lungentuberculose dargeboten hatten, in der Reconvaleszenz von Typhus oder einige Zeit nach demselben die ersten, mitunter fortschreitenden Symptome der Lungentuberculose aufweisen. Es wäre unnötig, wollte ich für beide Thatsachen Beobachtungen aus dem hiesigen Bürgerhospital anführen. Selbst eine vorhandene ausgebildete chronische Darmtuberculose hindert nicht die Etablierung des typhösen Processes im Darm, wie eine interessante Beobachtung Leichtenstern's²⁾ zeigt, der im Darm eines an Typhus verstorbenen Tuberculösen die tuberculösen und typhösen Geschwüre nebeneinander vorfand. Während aber im ersten Falle, wenn ein Tuberculöser Typhus acquirirt, beide Krankheiten in keinerlei Causalverhältniss stehen, verhält es sich anders, wenn ein Typhuskranker nach überstandener Krankheit die ersten Erscheinungen der Tuberculose zu erkennen giebt. In diesem Falle wird man nicht umhin können zu sagen, dass die vorausgegangene schwere fieberhafte Krankheit mit ihren schwächenden Folgen das schlummernde Gift der Tuberculose gewissermaassen weckte und seine Entwicklung und Dissemination begünstigte resp. den Boden schuf, auf welchem eine erfolgreiche, d. h. haftende Infection mit dem specifischen Gifte der Tuberculose möglich wurde. Auch der Gedankengang Griesinger's, dass die durch den Typhus gesetzten Lungenveränderungen — Bronchitis, Lobulärpneumonie — den Boden schaffen, auf welchem bei vorhandener Diathese, d. h. nach unserer Auffassung, bei Vorhandensein des specifischen Giftes, letzteres zur Entwicklung gelangen kanu, hat Manches für sich.

Auf das gleichzeitige Nebeneinandervorkommen von Typhus und acuter Miliartuberculose scheint zuerst (1845) Waller³⁾ an der Hand einer Beobachtung aufmerksam gemacht zu haben. Der damals herrschenden Krasenlehre entsprechend erklärte Waller mit Engel Typhus und acute Miliartuberculose als eine und dieselbe „acute albuminöse Dyscrasie“, wobei erst später sich herausstellte, ob das Ablagerungs-

product Typhus oder Tuberkel sei. Ich glaube diese alte Reminiscenz hier anführen zu dürfen. Welch enormer Umschwung hat sich seitdem in der Auffassung vom Wesen der specifischen Infectionskrankheiten vollzogen!

Wir erklären Fälle der mitgetheilten Arzt jetzt ganz anders. Wir sagen: Wird ein das specifische Gift der Tuberculose, wenn auch in unscheinbaren, latenten Producten (käsige Lymphdrüsen etc.) beherbergendes Individuum von einer acuten fieberhaften Krankheit z. B. Typhus befallen, so kann es durch die mit dieser Krankheit einhergehenden tiefgreifenden Veränderungen im Organismus geschehen, dass das bis dahin ruhende, latente Gift im Körper disseminirt und allgemeine acute Miliartuberculose hervorruft.

In neuerer Zeit haben Hoffmann, v. Liebermeister, Birch-Hirschfeld, Burkart Fälle bekannt gemacht, wo acute Miliartuberculose der Lungen oder „allgemeine acute Miliartuberculose“ (Hoffmann, v. Liebermeister) unmittelbar nach Ablauf des Typhus beobachtet wurde. Der von Burkart¹⁾ publicirte Fall gleicht dem unsrigen insofern, als auch hier die Eruption der Miliartuberculose auf der Höhe des Abdominaltyphus (4. Woche) auftrat.

Der folgende ebenfalls nur kurz anzuführende Fall dient zur Illustration dafür, dass Fälle von acuter allgemeiner Miliartuberculose vorkommen, welche sämmtliche auch die wichtigsten für Typhus charakteristischen Krankheitszeichen darbieten, Fälle, deren Differentialdiagnose unmöglich ist.

2. Fall. O. Engelbert, 22 Jahre alt, von robustem Körperbau, fettreichem Panniculus, wurde am 28. April 1880 auf die medicinische Station aufgenommen. Anamnestic liegt vor, dass der Vater an Lungenschwindsucht gestorben, er selbst aber stets gesund gewesen war. P. ist angeblich seit 14 Tagen fieberhaft erkrankt, fühlt sich matt. Kein Nasenbluten. Seit Beginn der Krankheit bestehen Diarrhöen.

Status praesens. Zunge stark belegt, an der Spitze und den Rändern roth, aber nicht trocken. Auf den Lungen ausser den Zeichen einer mässig intensiven Bronchitis keine Veränderungen. Herztöne rein. Abdomen aufgetrieben, bei Druck nicht schmerzhaft. Deutliches Ileocoecalgurren. Die Milz gross, leicht palpabel. In der Oberbauchgegend und der Regio hypochondriaca mehrere ausserordentlich deutliche Roseolaflecke. P. 96. Resp. 32. Harn eiweissfrei. Die Temperaturcurve verläuft bis zum Tode des Kranken als hohe Continua mit morgendlichen Remissionen auf 39,0—38,3, abendliche Exacerbationen bis 40,5. Täglich 2—3 Diarrhöen von hellgelber, zuweilen gelbbraunlicher Farbe. Der Stuhl wird wiederholt als zweischichtig demonstirt.

Diagnose: Typhus abdominalis.

Verlauf: In der 4. Krankheitswoche Steigerung der Puls- und Athemfrequenz. Erscheinungen von Hypostase beider Unterlappen. Anhaltende Diarrhöen. Milztumor. Die Temperaturcurve ist ganz und gar die eines Typhus. Zunahme der bronchitischen Erscheinungen. Geringer Albumingehalt des Harns. Kein Sputum. In den letzten 4—5 Tagen mässige Delirien und Somnolenz. P. 128. Resp. 40! Tod unter den Erscheinungen eines acut auftretenden Lungenödems am 11. Mai 1880.

Section (Herr Leichtenstern): Acute allgemeine Miliartuberculose der Lungen, der Pleurae. In der R. Lungenspitze ein käsiger bohnengrosser Heerd. Bronchialdrüsen succulent. Doppelseitiger geringer Erguss in der Pleurahöhle, hypostatische Hyperämie der Unterlappen. Reich-

¹⁾ Deutsches Archiv f. klin. Medicin. II, S. 293 ff.

¹⁾ Abdominaltyphus in v. Ziemssen's Handbuch. II, S. 182.

²⁾ Ueber Abdominaltyphus. Diss. inaug. München 1871, S. 47 ff.

³⁾ Prag. Viertelj.-Schrift. 1845 u. 1846

liche Miliartuberkelentwicklung in der Leber. Einzelne gelbe miliare Knötchen in der Rinde beider Nieren. Milz gross, 17 Ctm. lang, 11 breit, weich, blutarm, Tuberkel darin makroskopisch nicht zu erkennen. Gehirn anämisch, ödematös, frei (auch mikroskopisch frei) von Tuberkeln. Der Darmkanal zeigt nicht die geringste auf Typhus hinweisende Veränderung.

Die vorliegende Beobachtung lehrt, dass es Fälle von acuter allgemeiner Miliartuberculose giebt, welche mit allen auch den charakteristischsten Symptomen des Abdominaltyphus einhergehen. Diese Fälle gehören zu den grössten Seltenheiten; denn die bekannten differentialdiagnostischen Momente zwischen Typhus und Miliartuberculose lassen beinahe immer eine bestimmte Diagnose stellen und schliessen jeden Irrthum aus. Am häufigsten wohl ist der Fiebertypus bei der acuten Miliartuberculose dem des Typhus conform. In einer Reihe von Fällen aus dem hiesigen Hospital, deren Krankengeschichten ich darauf hin einsah, war der Fieberverlauf mit demjenigen eines Typhus sehr, in einzelnen Fällen gänzlich übereinstimmend. Wenn Brunniche¹⁾ den Typus inversus, d. h. morgendliche Exacerbationen, abendliche Remissionen als charakteristische Eigenthümlichkeit der acuten Miliartuberculose hinstellt, so will ich dem nicht ganz widersprechen. Thatsächlich kommt dieser Typus im Verlaufe mancher Fälle von acuter Miliartuberculose an einzelnen Tagen vor. Wenn der genannte Autor aber angiebt, dass der Typus inversus in 88 Proc. der von ihm beobachteten Fälle von acuter Miliartuberculose vorhanden war, so muss ich dies auf Grund unserer Beobachtungen als ein die Regel gänzlich verdeckendes Spiel des Zufalles bezeichnen. In der überwältigenden Mehrzahl der Fälle haben wir auch bei der acuten Miliartuberculose eine Continua mit morgendlichen Remissionen resp. Intermissionen und abendlichen Exacerbationen. Während die Milzschwellung bei acuter Miliartuberculose zwar anatomisch die Regel bildet, erreicht sie doch selten die Durchschnittsgrösse einer Typhusmilz und, was klinisch von Belang, die Typhusmilz ist meistens palpabel, die Milz der acuten Miliartuberculose dagegen wegen zu grosser Weichheit sehr selten palpabel. Auch hiervon weicht unser Fall von dem gewöhnlichen Verhalten ab, indem sich die Milz sehr deutlich unter dem Rippenbogenrand präsentirte.

Die Diarrhöen übergehend, wenden wir uns noch zur Roseola. Dass dieselbe und zwar als echte maculöse Roseola in unserem Falle vorhanden war, daran darf kein Zweifel laut werden, aber auch wenn sie gefehlt hätte, würde keine andere Diagnose für uns möglich gewesen sein, als die eines Abdominaltyphus. Dass Roseola ganz von derselben Form und Anordnung, wie die echt typhöse bei verschiedenen fieberhaften Krankheiten hin und wieder angetroffen wird, ist eine Thatsache; auch bei der acuten Miliartuberculose haben verschiedene Autoren, darunter Murchison, Roseola ausnahmsweise beobachtet.

Die diagnostischen Schwierigkeiten der acuten Miliartuberculose beschränken sich aber nicht allein auf ihre zuweilen grosse Aehnlichkeit mit dem Abdominaltyphus, noch häufiger sind es Lungenerkrankungen, welche von der acuten Miliartuberculose schwer zu trennen sind. Da ist zunächst der acuten, diffusen, fieberhaften Capillar-Bronchitis alter Leute, der früher sogenannten Pneumonia notha zu gedenken, ferner der

exsudativen Pleuritis, unter deren Bilde eine acute Miliartuberculose verborgen sein kann. Es giebt eine Form von allgemeinem Marasmus, die bei alten Leuten, in Gefangenanstalten, 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. Ich hatte erst jüngst Gelegenheit, im hiesigen Bürgerhospital kurz hinter einander zwei derartige lehrreiche Fälle zu beobachten und will sie hier in aller Kürze anführen.

(Schluss folgt.)

¹⁾ Gaz. hebdomadaire. 1875, No. 3.