

Ueber wolhynisches Fieber.

Von Ass.-Arzt Dr. Friedrich Jahn, im Felde.

Während des Stellungskampfes im mittleren Ostgalizien hatte ich seit Oktober 1915 Gelegenheit, unter meinem Krankenmaterial eine Anzahl eigenartiger Fieberfälle zu beobachten. Soweit ich die Literatur übersah, waren ähnliche Fälle bisher nicht beschrieben worden. Bis zum März 1916 konnte ich aus etwa 170 Fieberkurven 10 Fälle mit mehr oder weniger charakteristischem, untereinander ähnlichem Fieberverlauf zusammenstellen. Während der Zusammenfassung meiner Beobachtungen erschien die Mitteilung von H. Werner und eine kleine Notiz in M. m. W. 1916 Nr. 11, worin über gleiche Fälle berichtet wurde. Wenn auch Werner ausführlichere Mitteilungen verspricht, wahrscheinlich in anderen Zeitschriften schon gleiche Beobachtungen anderer Autoren veröffentlicht sind, — mir steht regelmäßig nur die Feldärztliche Beilage der M. m. W. zur Verfügung — so erscheint mir doch zunächst die Veröffentlichung jeder Beobachtung berechtigt, schon aus epidemiologischen Gründen. Die klinische Beobachtung meiner Fälle enthält viele und große Lücken. Man wird aber billigerweise anerkennen müssen, daß 2 km hinter der Stellung, unter anfangs sehr mangelhaften Quartierverhältnissen, die zu genauer klinischer Beobachtung erforderliche Sammlung oft nicht vorhanden ist. Die Temperaturkurven sind dagegen mit großer Gewissenhaftigkeit unter wiederholten Nachprüfungen angelegt worden. Vor der Temperaturmessung befanden sich die Kranken stets etwa eine Stunde lang in einem gut durchwärmten Raum. Andernfalls verliert die Temperaturmessung sehr an Wert. Die Temperaturmessung geschah axillar morgens 8 und abends 6 Uhr.

Die einzelnen Fälle verteilen sich ziemlich gleichmäßig über die Zeit von Ende Oktober 1915 bis Ende März 1916. Eine auffallende Häufung an einzelnen Tagen wurde nicht beobachtet. Ob schon vor dem Oktober 1915 — im Frühjahr und Sommer — ähnliche Erkrankungen vorgekommen sind, weiß ich nicht. Da ich aus anderen Gründen seit Mitte April d. J. ebenfalls keine Gelegenheit zu längerer Beobachtung habe, kann ich über das Auftreten der Krankheit im Frühjahr nichts aussagen. Ich gehe zur Schilderung der einzelnen Fälle über.

Fall 1. F., aufgenommen am 28. Oktober 1915. Er klagt seit gestern über rheumatische Beschwerden in der rechten Schulter und im rechten Bein. Befund: Innere Organe ohne Befund. Herpes labialis. Leichte Schwellung des rechten Knies. Temperatur s. Tabelle. Therapie: Prießnitz auf rechtes Knie, sonst nichts.

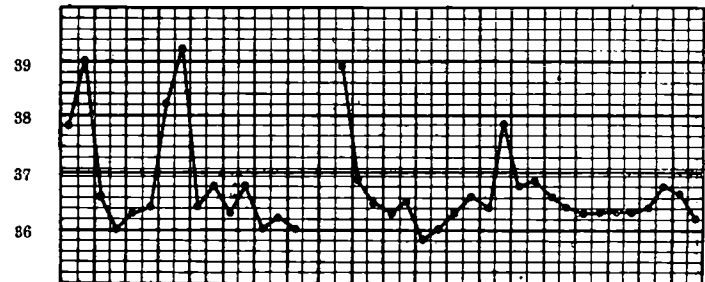
Verlauf: 30. Oktober. Das Knie ist fast völlig abgeschwollen. Urin: E. —. Am 1. November neue Fieberzacke. Untersuchungsbefund negativ. Seit 4. November dauernd gesund.

Fall 2. S., aufgenommen am 29. Oktober 1915. Er klagt über rheumatische Beschwerden in den Schienbeinen. Befund: Völlig negativ. Therapie: 29. Oktober bis 3. November täglich 3 mal 0,2 Pyramidon.

Verlauf: 2. November. Klagt über Husten. Lunge ohne Befund. Temperatur s. Kurve. 5. November völliges Wohlbefinden. Er soll morgen wieder Dienst tun. Am 6. November nachmittags erkrankt er

Kurve 1. Fall 2 (30 Jahre alt).

1915 Oktober November
29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17



wieder mit Fieber und Schmerzen in den Schienbeinen. Kein Schüttelfrost. Befund negativ. Therapeutisch: Einreibung der Schienbeine, sonst nichts. Neue kleine Fieberzacke am 11. November. Von da an ist er fieberfrei. Am 16. November — wieder nach fünf Tagen — erhöht sich die Temperatur von 36,3 auf 36,8°, fällt am nächsten Tage wieder ab und bleibt bis 27. November darunter. S. ist seitdem dauernd gesund geblieben.

Fall 3. L., aufgenommen am 7. November 1915. Klagt über Leibschmerz und Kopfschmerz, Schmerzen im linken Bein. Temperatur s. Tabelle. Untersuchungsbefund negativ. Therapie: Einreibung. Am 9. und 12. November neuerdings Leibschmerz (kein Durchfall). Erhält je 1 mg Atropin. Vom 9. bis 14. November täglich 3 mal 0,2 g Pyramidon gegen Kopfschmerz. Am 19. November in Lazarettbehandlung überwiesen. Von dort kam auf dem Dienstwege die Diagnose: Rheumatismus zurück. Er gibt an, im November 1915 im Lazarett unter der Diagnose Typhusverdacht behandelt worden zu sein. Er habe acht Tage lang Fieber bis 41° gehabt.

Fall 4. D., aufgenommen am 13. November 1915 wegen Fiebers und Schmerzen in den Schienbeinen. Untersuchungsbefund: Innere Organe normal. Herpes labialis. Therapie: 13. bis 15. November 2 mal 0,2 g Pyramidon. 16. bis 18. November täglich 0,5 g Anti-

Kurve 2. Fall 4 (23 Jahre alt).

1915 November
13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29



pyrin. Einreibung. Verlauf: 14. November. Diazoreaktion negativ. Am 16. November stieg die Temperatur abends 7 Uhr auf 39,5°, fiel um 9 Uhr auf 39,3°; am 21. November abends 8 Uhr auf 39°, fiel 9 Uhr auf 38,8°. Die Steigerung am 21. November war mit leichtem Frost verbunden. Der Puls am 22. November früh betrug 56 Schläge. Seit 29. November ist D. bis jetzt immer gesund geblieben.

Fall 5. O., aufgenommen am 30. November wegen Kopfschmerz und Fieber. Untersuchungsbefund negativ. Keine besondere Therapie. Am 4. Dezember neue Temperatursteigerung unter leichtem Frost. Nachmittags 2 Uhr erreicht die Temperatur 38,3°. Gegen Abend erfolgt Schweißausbruch. 7. Dezember entlassen. Dauernd gesund.

Fall 6. J., aufgenommen am 3. Januar 1916 mit Kopfschmerz. Befund: Negativ. Zweiter Fieberanfall ohne Frost und Schweißausbruch. Danach dauernd gesund. Keine besondere Therapie.

Fall 7. N., aufgenommen am 11. Januar 1916 mit Fieber, Kopfschmerz. Gleiches Fall 6. Zweite Fieberzacke am fünften Tage nach der ersten. Später dauernd gesund.

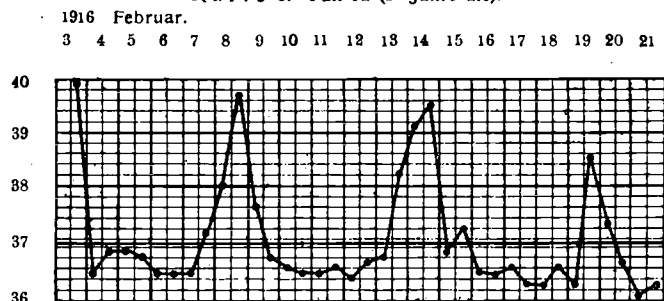
Fall 8. St., aufgenommen am 25. Januar 1916 mit Kopfschmerz, Husten. Temperatur s. Tabelle 8a. Befund: Negativ. Keine Bronchitis.

Herpes labialis. Vom 2. Februar bis 16. März gesund. Wieder aufgenommen am 17. März wegen Kopfschmerzes. Untersuchungsbefund: Temperatur s. Tabelle 8b. Giemende Geräusche auf beiden Lungen, Herz ohne Befund. Herpes labialis. Therapie: 17. bis 19. März täglich 1,0 Aspirin. Verlauf: 21. März. Klagt über Kopfschmerz, schwitzt nachts nach dem Fieberanfall sehr stark. 23. März. Giemen auf den Lungen besteht noch. 24. März. Typhusimpfung, 0,5 ccm. 28. März. Vormittags Typhusimpfung, 1,0 ccm, abends Temperatur bis 38,4. 2. April. Lunge normal. Gesund zur Truppe. Seitdem gesund geblieben. Das Temperaturmaximum am 21. März wurde 12 Uhr mittags erreicht. Es war $11/10^{\circ}$ höher als um 6 Uhr abends, s. Tabelle zu Fall 8b.

Fall 9. C., aufgenommen am 3. Februar 1916 wegen Fiebers und Kopfschmerzes. Untersuchungsbefund: Völlig negativ. Therapie: 1 g Aspirin am 3. Februar, am 4. und 5. Februar gegen Kopfschmerz morgens und abends (nach dem Messen) 0,2 Pyramidon. 14. bis 16. Februar gegen Kopfschmerz früh 1 mal 0,2 Pyramidon, ebenso 19. bis 27. Februar. 13. bis 26. Februar wegen Herzklopfens 3 mal täglich Baldrian-tropfen. 25. bis 27. Februar 2 mal täglich nach dem Essen Magnesia usta gegen Magenbeschwerden und Sodbrennen.

Verlauf: Temperatur s. Kurve 9a. Zwischen den Fieberanfällen fühlt C. sich wohl, sodaß er an den anfallsfreien Tagen eine Stunde spazieren geht. Er merkt das Herannahen eines Anfalles schon am Tage vorher an leichtem Kopfschmerz und Appetitlosigkeit. Am 12. Februar hat er Nasenbluten. Wiederholte Untersuchungen ergeben stets völlig negativen Befund, insbesondere kann ich an Lunge, Herz und Milz nichts Abnormes finden. Die Milz ist nicht fühlbar, perkutorisch nicht ver-

Kurve 3. Fall 9a (21 Jahre alt).



größert. Am 19. Februar klagt C. über Schmerzen und Sodbrennen in der Magengegend, die aber bald wieder verschwinden, ebenso am 25. Februar. Nach zwei Tagen sind sie wieder vorüber. Am 19. Februar ist die Zunge leicht belegt. Am Hals und auf den Schultern vereinzelte, etwa linsengroße, leicht erhabene, rote Fleckchen. Sie verschwinden nach einigen Tagen. C. wurde bis 3. März beobachtet. Er hatte keinen Fieberanfall wieder, erreichte nur zweimal $37,1^{\circ}$ und wurde bei gutem Wohlbefinden am 4. März zur Truppe entlassen. — Am 22. März wird er wieder aufgenommen. Er ist am 21. März erkrankt mit Kopfschmerz, Magenbeschwerden und Frost. Gegen Abend hat er erbrochen. Seit einigen Tagen hat er beim Laufen Seitenstechen in beiden Seiten. Er klagt über Appetitlosigkeit.

Untersuchungsbefund: Herz, Lunge ohne Befund. Milz nicht vergrößert. Die Haut ist auffallend trocken. Zunge nicht belegt. Auf der Brust, am Hals und Rücken verstreute, linsengroße, leicht erhabene, rote Fleckchen, die auf Druck abblassen. Therapie: Bettruhe, sonst nichts. 25. März bis 5. April. Magnesia usta. 28. März. 0,3 g Chinin. 29. bis 31. März. 2 mal 0,3 g Chinin.

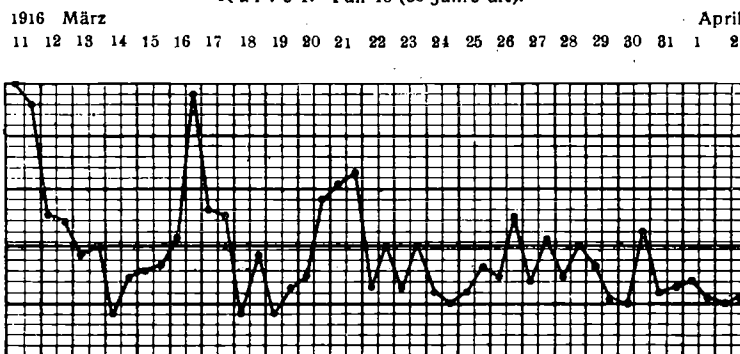
Verlauf: 22. März. Abends Erbrechen, stärkerer Kopfschmerz. Temperatur s. Tabelle 9b. 25. März. Stärkere Magenbeschwerden, Sodbrennen, erhält Magnesia usta, danach Besserung. 26. März. Tagsüber öfters Brechreiz, ohne Erbrechen. 27. März. Kopfschmerz, rheumatische Beschwerden in den Gelenken. Zunge leicht belegt. Haut sehr trocken. Verstreute Roseola besteht weiter. Die Größe schwankt von Hirsekorn- bis Linsengröße. 29. März. Leichter Durchfall. 31. März. Durchfall ohne Therapie verschwinden. Roseola unverändert. Milz reicht bis zur elften Rippe perkutorisch, ist nicht palpabel. 2. April. Die Zunge ist stärker, bis zum Rand belegt. Milz unverändert, ebenso Roseola. Patient ist in den letzten Tagen abgemagert, macht einen sehr angegriffenen Eindruck. Er wird am 11. April in Lazarettbehandlung überwiesen. Er ist von dort in die Heimat abgeschoben worden unter unbestimmter Diagnose. Die während der zweiten Erkrankung genau aufgenommene Pulskurve zeigte Schwankungen zwischen 70 und 90 Schlägen.

Fall 10. G., aufgenommen am 11. März 1916 mit Kopfschmerz und Fieber. Untersuchungsbefund: Negativ. Herpes labialis. Therapie: 12. März. 1,0 Aspirin. 13. März. 0,05 Kodein. Verlauf: 13. März. Husten. Lunge ohne Befund. 12. bis 17. März. Wohlbefinden,

geht spazieren. 17. März. Urochromogen-Reaktion negativ. 21. März. Eiweißreaktion negativ. In der Nacht vom 20. zum 21. März Erbrechen. Während des Fieberanstiegs kein Schüttelfrost. Stuhlgang normal. Kopfschmerz. Schmerzen in den Schienbeinen. Blasses Aussehen. An Hals, Brust, Rücken und Oberarmen verstreute Roseola wie bei Fall 9. Zunge belegt. Herz, Lunge ohne Befund. Puls 96 Schläge. Milz nicht vergrößert. 22. März. Morgens Erbrechen. Hat nachts stark geschwitzt. Klagt über leichte Wadenkrämpfe und Krampf in der rechten Kleinfingersseite. Puls 100. Appetitlosigkeit. Schmerzen in der Magengegend. 28. März. Klagt über Schwäche in den Beinen. Kniesehnenreflexe gesteigert. 1. April. Appetit wieder gut. Magenbeschwerden verschwunden. Hat noch Schmerzen in den Schienbeinen. 5. April. Die Roseola besteht noch. Alte Fleckchen sind verschwunden, vereinzelte neue sind aufgetreten. Vom 31. März an hält sich die Temperatur dauernd unter 37° . Entlassung am 6. April völlig beschwerdefrei. Weiteres Befinden unbekannt, da G. zu einem anderen Truppenteil entlassen wurde. Der Puls hielt sich durchschnittlich zwischen 80–90 Schlägen. Das Temperaturmaximum am 21. März wurde nachmittags 2 Uhr mit $39,3^{\circ}$ erreicht, s. Tabelle zu Fall 10.

Allen oben beschriebenen Fällen ist gemeinsam der charakteristische Fieververlauf. In ein- oder mehrmaliger Wiederholung steigt die Temperatur rasch an und fällt am nächsten oder übernächsten Tage zur Norm ab. Die einzelnen Fieberanfälle wiederholen sich nach drei bis sieben Tagen (gerechnet vom ersten

Kurve 4. Fall 10 (30 Jahre alt).



Tage nach dem Anfall bis einschließlich des nächsten Anfalltages). Meist tritt der nächste Anfall nach 5 Tagen auf, so in Fall 2 der 3. und 4. Anfall und die unter 37° liegende Temperaturschwankung am 16. November, in Fall 3 der 2., in Fall 4 der 3., in Fall 7 der 2., in Fall 8a der 2., in Fall 9a der 2. und 4., in 9b der 2. und 3., in Fall 10 der 2., 3., 4. und 5. Fieberanstieg. Demnächst am häufigsten wiederholte sich das Fieber nach 4 Tagen: Fall 1 2. Fieberzacke, Fall 5 und 6 ebenfalls 2. Zacke, Fall 10 die 5. Zacke (erreicht nur $37,2^{\circ}$). Bei Fall 8b ist unsicher, ob der 2. Anfall nach 4 oder 5 Tagen auftrat. Die Kurve macht den Eindruck, als ob die Temperatur am Tage vor der Aufnahme wesentlich höher gewesen sei, sodaß hier 5 Tage Abstand anzunehmen wären. Nach 3 Tagen trat die 2. Zacke in Fall 2 und 4 auf, nach 6 Tagen die 4. Zacke in Fall 4 und die 3. in Fall 9a. Ob die 3. Zacke in Fall 3 am 18. November ein Temperaturmaximum war, ist unsicher, da der Patient außer Beobachtung trat. Einmal wurde ein Abstand von 7 Tagen beobachtet: Zacke 3 in Fall 8b. Wie bei anderen Krankheiten mit typischem Verlauf, ist auch hier bei aller Gesetzmäßigkeit der Fieberanfälle eine gewisse Schwankungsbreite nach oben und unten hin vorhanden. In ihr prägt sich die Individualität des angreifenden und des angegriffenen Organismus aus.

Die Zahl der Anfälle ist ebenfalls verschieden. Fall 1, 5, 6, 7, 8a, 8b genesen nach je 2 Anfällen. Fall 3 und 9b mit je 3 Fieberzacken sind nicht zu verwerten, da sie nicht bis zu ihrer Genesung beobachtet werden konnten. 4 Anfälle finden sich bei Fall 4 und 9a; 5 bei 2 und 10.

Die Krankheitsdauer schwankte je nach der Zahl der Anfälle von 6–21 Tagen. Einige Male wurde durch zweistündliche Messung an den Fiebertagen die Zeit des Temperaturmaximums ermittelt. In Fall 4 liegt das Maximum des 2. Anfalles abends 7 Uhr bei $39,5^{\circ}$, das des 3. Anfalles abends 8 Uhr bei $39,0^{\circ}$. Fall 8b hat im 2. Anfall seine Höchsttemperatur mit $39,5^{\circ}$ um 12 Uhr, s. Tabelle zu Fall 8b. Im Fall 10 sehen wir im 3. Anfall nachmittags 2 Uhr mit $39,3^{\circ}$ das Maximum erreicht. Die Höchsttemperatur scheint also nicht an eine bestimmte Stunde gebunden zu sein, tritt aber stets in den Nachmittagsstunden auf. Anstieg und Abfall des Fiebers erfolgt meist innerhalb von 48 Stunden. Mehrmals kündigte sich ein Anfall im Steigen der Abendtemperatur des vorhergehenden Tages an. Einige Male fiel die Temperatur

erst am Abend des nächsten oder am Morgen des übernächsten Tages unter 37°.

Ich will hier bemerken, daß ich eine Abendtemperatur axillar gemessen über 37° unbedingt als Krankheitssymptom werte. Viele Hunderte von Temperaturmessungen im Felde haben mir immer wieder bewiesen, daß der gesunde, ausgeruhte Mann niemals 37° erreicht. Damit ist nicht gesagt, daß eine Temperatur über 37° unbedingt Befreiung von jedem Dienst rechtfertigt. Die Leute sind oft voll dienstfähig, müssen aber in ärztlicher Beobachtung bleiben. Ich hoffe später einmal darauf zurückzukommen.

Die 10 beschriebenen Fälle sind einander nicht völlig gleich. Die Fälle 2, 4, 9a und 10 ähneln einander am meisten und stimmen sehr gut überein mit Werners Beispiel — auch in den anderen klinischen Erscheinungen. Die anderen Fälle zeigten aber doch einen ganz charakteristischen Fieberablauf, wenn auch in verkürzter Form, sodaß ich

Fall 1 (30 Jahre alt).

Datum	morgens	abends
1915		
28. 10.	38.3	37.8
29. 10.	36.6	36.1
30. 10.	36.5	36.5
31. 10.	36.5	36.7
1. 11.	36.2	38.0
2. 11.	37.1	37.7
3. 11.	35.9	36.2
4. 11.	36.0	

Fall 8a (21 Jahre alt).

Datum	morgens	abends
1916		
25. 1.		38.7
26. 1.	38.6	37.9
27. 1.	36.8	37.4
28. 1.	37.1	36.7
29. 1.	36.5	37.6
30. 1.	38.4	38.9
31. 1.	36.2	36.8
1. 2.	36.4	36.6
2. 2.	36.1	

Fall 8b (21 Jahre alt).

Datum	morgens	abends
1916		
17. 3.	37.2	36.9
18. 3.	36.0	36.5
19. 3.	35.8	36.2
20. 3.	36.2	37.1
21. 3.	37.5	38.4
22. 3.	36.8	36.5
23. 3.	35.8	37.0
24. 3.	35.7	36.0
25. 3.	36.0	36.8
26. 3.	35.4	36.3
27. 3.	36.1	37.2
28. 3.	36.4	38.4
29. 3.	36.2	36.6
30. 3.	35.8	36.8
31. 3.	35.8	36.0
1. 4.	35.4	36.0
2. 4.	36.1	36.4

Fall 3 (21 Jahre alt).

Datum	morgens	abends
1915		
7. 11.	38.0	39.0
8. 11.	37.6	38.1
9. 11.	37.0	37.4
10. 11.	36.4	36.7
11. 11.	36.2	37.3
12. 11.	37.5	39.4
13. 11.	38.0	37.2
14. 11.	36.5	36.8
15. 11.	36.4	36.0
16. 11.	35.8	37.0
17. 11.	36.9	37.6
18. 11.	36.8	38.3
19. 11.	37.0	

Fall 5 (21 Jahre alt).

Datum	morgens	abends
1915		
30. 11.	39.1	38.1
1. 12.	37.5	37.4
2. 12.	35.5	36.8
3. 12.	35.9	37.0
4. 12.	36.9	38.0
5. 12.	35.2	36.0
6. 12.	36.1	36.5
7. 12.	35.3	

Fall 6 (21 Jahre alt).

Datum	morgens	abends
1916		
3. 1.		39.8
4. 1.	37.2	37.9
5. 1.	37.0	37.3
6. 1.	36.5	37.1
7. 1.	37.5	38.4
8. 1.	37.3	37.8
9. 1.	36.0	36.8
10. 1.	35.8	36.2
11. 1.	35.8	

Fall 7 (24½ Jahre alt).

Datum	morgens	abends
1916		
11. 1.		38.0
12. 1.	37.6	39.0
13. 1.	37.0	37.5
14. 1.	36.4	36.4
15. 1.	35.8	36.9
16. 1.	36.0	37.9
17. 1.	37.3	39.1
18. 1.	36.9	37.5
19. 1.	36.0	36.9
20. 1.	36.5	35.3
21. 1.	36.9	36.0
22. 1.	36.1	

Zu Fall 8b.
Fieberverlauf am 21. 3. 1916.

Zeit	Temperatur
8 ⁰⁰ Uhr vorm.	37.5
10 ⁰⁰	38.7
12 ⁰⁰	39.5
2 ⁰⁰ .. nachm.	39.2
4 ⁰⁰	38.2
6 ⁰⁰	38.4
8 ⁰⁰	38.3

Fall 9b (21 Jahre alt).

Datum	morgens	abends
1916		
23. 3.		38.6
24. 3.	36.8	36.7
25. 3.	36.5	36.6
26. 3.	36.6	36.9
27. 3.	36.8	37.3
28. 3.	37.3	38.2
29. 3.	37.0	36.9
30. 3.	37.5	37.8
31. 3.	37.1	37.6
1. 4.	37.2	39.0
2. 4.	37.3	38.3
3. 4.	37.4	37.0
4. 4.	37.3	37.5
5. 4.	37.2	37.5
6. 4.	36.7	36.9
7. 4.	36.9	37.3
8. 4.	36.5	36.9
9. 4.	36.4	37.1
10. 4.	36.9	37.2
11. 4.	36.9	37.3

Zu Fall 10.
Fieberverlauf am 21. 3. 1916.

Zeit	Temperatur
8 ⁰⁰ Uhr vorm.	38.1
10 ⁰⁰	38.4
12 ⁰⁰	38.7
2 ⁰⁰ .. nachm.	39.3
4 ⁰⁰	39.0
6 ⁰⁰	38.3
8 ⁰⁰	38.2

sie vorläufig unbedenklich den ersteren Fällen gleichstelle. Es ist doch a priori sicher, daß auch bei dieser noch wenig bekannten Krankheit in Intensität und Dauer verschiedene Verlaufsformen vorkommen. Vielleicht ist Fall 3 nicht hierher zu rechnen, auch Fall 8b ist nicht ganz sicher. In letzterem kann es sich um ein Rezidiv der ersten Erkrankung oder um eine andere Infektion handeln. Er wird außerdem durch die interkurrente Typhusschutzimpfung kompliziert. In 9b scheint ein Rezidiv mit atypischem, unregelmäßig werdendem Fieberverlauf vorzuliegen — analog wie bei rezidivierender, chronischer Malaria. Die Fieberzacken am 22., 27. März und 1. April erinnern noch an das Kurvenbild der ersten Erkrankung.

Ich besitze noch vier Kurven, in denen ebenfalls alle fünf bis sechs Tage ein Temperaturmaximum vorhanden ist. In der Zwischenzeit ist aber die Temperatur dauernd febril. Möglicherweise gehören sie auch zu den beschriebenen Fällen.

Der Krankheitsverlauf spricht mit Sicherheit für eine infektiöse Ursache. Die Gefahr der Uebertragung scheint nicht sehr groß zu sein. Das Auftreten der Krankheit in einer geschlossenen, eng zusammenliegenden Gemeinschaft folgte den Gesetzen der Endemie, nicht der Epidemie.

Ueber ähnliche Erkrankungen in der einheimischen Bevölkerung habe ich nichts erfahren können. Nach privater Mitteilung wurden ähnliche Fieberfälle in einem einige Kilometer entfernt liegenden Truppenteil beobachtet. Die rückwärtigen Sanitätsformationen werden wenig Gelegenheit zur Beobachtung dieser Krankheit haben, da ihnen die Beobachtung der ersten Tage fehlt. Da möglicherweise die Laus das Virus überträgt, kommt prophylaktisch eine systematische Entlausung, am einfachsten nach dem bewährten Naphthalinverfahren, in Betracht. Der Name „Fünftagefieber“, den Werner der Krankheit gibt, scheint mir nicht glücklich gewählt. Wie die angeführten Fälle ergeben und wie schon Werner erwähnt, ist der Abstand manchmal größer oder kleiner. Der Ausdruck Febris Wolhynica nach His¹⁾ erscheint mir zweckmäßiger.

P.S. Die Mitte März begonnene Abfassung der Arbeit erlitt infolge äußerer Verhältnisse mehrfache Unterbrechungen, sodaß sie erst in der zweiten Hälfte des Mai zum Abschluß kam. Als kasuistische Mitteilung mag meine Arbeit noch immerhin einigen Wert haben.