

## V. Zwei Fälle seltener Malariaformen.

Von Dr. O. Schellong in Königsberg.

Nachdem ich während meines Aufenthaltes in Neu-Guinea mehrfach sehr abweichende Formen der Malaria gesehen und beobachtet hatte, erschien mir die Frage von Interesse und werth, angeregt zu werden, ob auch in unseren Gegenden, wo die Malaria ein immer seltenerer Frühlingsgast wird, noch solche von dem gewöhnlichen Malariatypus abweichende Krankheitsbilder vorkommen. In Königsberg hörte man in diesem Jahre (1889) so wenig von Malaria, dass das reiche Material hiesiger medicinischer Klinik auch nicht einen einzigen sicher constatirten Fall derselben aufzuweisen hatte. Um so mehr war es ein seltener Zufall, dass mir in einer vergleichsweise kleinen Praxis zwei Fälle in die Hand gespielt wurden, welche ich zwei bestimmten Formen der Malaria beizählen zu sollen glaube. Ich theile deshalb die diesbezüglichen Krankengeschichten in Kürze mit:

### I. Fall von atypischem Malariafieber (Malariatyphoid).

1. Juli. Frau S., Arbeiterfrau in den 40er Jahren, wohnt parterre in einer niedrig gelegenen Stadtgegend; seit 2 Tagen fieberhaft unter wiederholtem Gefühl des Fröstelns erkrankt und bettlägerig; klagt jetzt über Hitzegefühl, Kopfschmerz, Durst, Brechneigung, Appetitmangel. Ein älterer Sohn der Frau ist kurz vorher längere Zeit am „gastrischen Fieber“ behandelt worden.

Die Patientin gewährt den Eindruck grosser Erschöpfung, ist in Sprache und Bewegungen langsam und zögernd, zeigt matten Puls. Dabei beträgt die Temperatur in der Axel nur 38,5. Haut trocken, warm, frei von Exanthenen. Lungenbefund normal; Abdomen nirgends resistent noch druckempfindlich. Auffallend ein in Rückenlage (mit aufgestemmtten Knien) mühelos zu palpirender Milztumor, dessen scharfe untere Kante in 2 Fingerbreiten Abstand dem Rippensaum im allgemeinen parallel läuft, dessen mediane Spitze in der Parasternallinie unter dem Rippenrande hervorkommt.

Der Tumor macht die Athembewegungen mit und ruft bei stärkerem Druck das Gefühl des Stechens und Hüstelns hervor.

Diagnose: Malaria. Therapie expectativ und symptomatisch: Eisstückchen in Cognac; Acid. muriat. dilut.; gekühlten Thee, Wein etc.; am 2. Juli Calomel 0,4, wonach einige sehr übelriechende Stühle erfolgen; desgleichen nochmals am 6. Juli Calomel 0,4; desgleichen am 6. Juli und 7. Juli Abends wegen Schlaflosigkeit und in dem Bestreben, Krise herbeizuführen, Chloralhydrat je 1,75.

Der Status ist bis dahin unverändert geblieben; ausser gänzlichem Appetitmangel klagt Patientin jetzt noch über schlechten Geschmack im Munde und unbestimmtes Druckgefühl in der Magengegend (Milzdrücken). Die Temperaturen sind in mässig fieberhaften Grenzen geblieben; am 4. Juli und 5. Juli sogar in das Bereich des Normalen zurückgekehrt, doch ohne irgend welches Gefühl der Erleichterung für die Patientin. Da tritt nach gutem Chloralschlaf am 8. Juli früh (10. Krankheitstag) unter Nachlass aller Beschwerden und unter dem Gefühl sichtlicher Erleichterung lebhafter Schweiß auf, und von da ab fällt die Temperatur constant bis unter das Niveau des Normalen ab und bleibt weiterhin normal. Der Appetit beginnt sich wieder zu finden; Patientin ist jedoch fortdauernd sehr matt und entkräftet, klagt bei einer Temperatur von 36,8 über das Gefühl des Fröstelns („gruselig in die Glieder“), auch noch über Schwindelgefühl und Sausen im Kopf, bei sehr tragem, dünnem Puls (58). Patientin liegt deshalb noch einen Theil des Tages zu Bett. (Der Verlauf der Temperaturen gestaltet sich im einzelnen wie folgt: Am 1. Juli Anstieg bis 39,5, darauf am 2. Abfall bis 38,2, am 3. Abends Anstieg bis 39,1, am 4. Abends Abfall bis 37,8, am 5. Morgens bis 37,7, dann wieder Anstieg, am 5. Abends 37,8, am 6. Morgens 38,2, Abends 39,1, dann allmählicher Abfall vom 9. Juli bis zur Norm.)

Chinin wurde an dem Tage des Temperaturabfalles 2 mal à 0,5 (muriat.) verabreicht; seitdem nicht mehr; das erwartete Recidiv ist ausgeblieben. Der Milztumor hat sich auch ohne weitere Therapie fast vollständig zurückgebildet; ist am 18. Juli bei tiefen Inspirationen nur gerade noch am Rippensaum zu fühlen und seine Spitze bereits ausserhalb der Mamillarlinie.

### II. Fall von Febris intermittens haematurica.

Bei diesem Falle ist leider die Febris thermometrisch nicht festgestellt worden. Doch treten hier die bestimmten Angaben der Patientin ergänzend ein. Es handelt sich um eine Dame, welche einige Wochen vorher wegen heftiger durch Fibromyome veranlasster Uterinblutungen von mir mittels Ergotinjection behandelt worden war. Die früher anämische Kranke hatte an Körpergewicht erheblich zugenommen, und die Menses der nahe am klimacterischen Alter befindlichen Kranken hielten sich jetzt in normalen Grenzen.

Am 5. Juli hat sich das Aussehen der Patientin sehr verändert; sie sieht wieder matt aus und klagt über Schmerzen im Leib, welche nach After und Vagina hin lanciniren. Das Abdomen ist über dem etwa faustgrossen, im rechten Hypogastrium gelegenen Fibromyom druckempfindlich; der Uterus nicht empfindlich; keine Blutung; keine Milzschwellung.

In der Annahme, dass es sich bei der Patientin, wie schon öfters, so auch diesmal um eine mehr oder weniger circumscribte peritonitische Reizung handele, wird ordinirt: Ruhe, Eisblase, entsprechende Diät etc.

Am Abend wird die Kranke von heftigem Schüttelfrost befallen, auf welchen alsbald Hitze und lebhafter Schweiß folgen.

6. Juli früh finde ich die Haut noch feucht; Temperatur normal; das Aussehen der Kranken entschieden verschlechtert: hohle Augen, spitze Nase, kaum fühlbarer Puls; die Kranke selbst sehr unruhig und aufgeregt, wird von Uebelkeit und Würgen gequält, will auch diarrhöische Stühle gehabt haben. Auffallend ist die Braunbierfarbe des spärlich gelassenen Urins und ein jetzt sehr deutlich per palpationem nachweisbarer Milztumor, dessen Spitze medianwärts von der Mamillarlinie am Rippensaum hervorkommt, dessen untere scharfe Begrenzung in 2—3 Fingerbreiten Abstand vom Rippensaum und parallel demselben gefühlt wird. 0,5 Chin. muriat. in Kapseln wird sofort erbrochen. Am Abend 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Uhr neuer sehr kurzer Fieberparoxysmus mit reichlichem Schweiß.

7. Juli hat sich Herpes labialis eingefunden, welcher die Angaben der Kranken bezüglich des stattgehabten Fiebers noch glaubwürdiger erscheinen lässt; 1,0 Chinin.

8. Juli. Status idem; Brechreiz besteht fort, so dass die Patientin fast nichts bei sich behält. Opiate sind wirkungslos; es wird sonst über brennenden Schmerz in der Magengegend geklagt. Die nervöse Unruhe und Schlaflosigkeit bestehen fort. 1,0 Chin. (wird merkwürdiger Weise behalten). Urin fliesst nicht reichlich, hat sich aber aufgehellt. Die Untersuchung desselben ergiebt die Gegenwart von Eiweiss, desgleichen Blutcyliinder, rothe Blutkörperchen, Hämoglobinschollen. Sehr bemerkenswerth ist jetzt der Palpationsbefund des Abdomens; ausser dem Milztumor und dem eingangs erwähnten Myom des Uterus (subseröses) sind bei der Palpation jetzt im Abdomen noch beide Nieren abgrenzbar; die linke kommt mit ihrer runden Kuppe unterhalb des Milztumors hervor, erscheint fast wie ein Appendix desselben, ist jedoch bei starken Respirationbewegungen, besonders während der Expiration, deutlich von ihm zu trennen; die rechte Niere lässt sich durch tiefen Druck auf das Hypochondrium und Gegendruck von der Lumbalgegend her ebenfalls leicht zwischen den Fingern hin und her ballotiren.

9. Juli und 10. Juli je 1,0 Chin. muriat.

11. Juli. Urin reichlich gelassen, enthält noch Spuren von Eiweiss und ganz vereinzelte Hämoglobinschollen; keine Cylinder, keine Blutkörperchen.

11. Juli bis 17. Juli täglich 0,5 Chin. muriat.

17. Juli. Milztumor nur noch bei tiefer Inspiration undeutlich am Rippensaum palpabel. Nieren nicht mehr zu palpiren. Allgemeinbefinden sehr gut. Urin ganz frei von Eiweiss. Bis auf ein gewisses Gefühl der Schwäche alles normal; Patientin beginnt das Bett zu verlassen.

In beiden Fällen wurden Blutuntersuchungen aus äusseren Gründen nicht vorgenommen, was ich sehr bedauere. Aber gesetzt, sie wären vorgenommen, und das Resultat wäre ein negatives gewesen, es wären die Plasmodien der classischen Malaria nicht gefunden worden, so würde ich doch nicht anstehen, den ersten der aufgezählten Fälle mit Bestimmtheit, den zweiten mit Wahrscheinlichkeit der Kategorie der Malariakrankheiten beizuzählen.

Was konnte denn in dem ersten Falle differential diagnostisch noch in Betracht kommen? nach dem auffallenden Milzbefunde nur eine Infectiouskrankheit; also allerhöchstens eine besonders milde Form des Typhus. Nun fehlten aber bis auf den Tumor nicht nur nicht alle sonstigen Symptome des Typhus, sondern es waren im Gegentheil Symptome vorhanden, welche für das atypische Malariafieber (das „Malariatyphoid“) Verwerthung finden konnten. Hierher gehört vor allem die höchst unregelmässige für diese Fieber charakteristische Temperaturcurve (cf. die Arbeit von P. Werner, über das Malariatyphoid. Hirschwald 1888), die gastrischen Störungen, das häufige Frösteln, die schweren Störungen des Allgemeinbefindens trotz der niedrigen Temperaturhöhe und der vergleichweisen Kürze der Krankheit, die Schlaflosigkeit: ex juvantibus auch die durch Chloralschlaf erzielte Krise.

Sollten nicht manche sogenannten „gastrischen, Nerven- etc. Fieber“ eine bestimmtere Diagnose erfahren können, wenn man sich erinnerte, dass die Malaria auch in unseren Breiten gelegentlich in unregelmässigen Formen auftreten mag?<sup>1)</sup>

Ueber den zweiten Fall lässt sich bezüglich der Auffassung verschiedener Meinung sein. Hämoglobinurien bzw. Hämaturien mit Schüttelfrösten kommen bekanntlich auch aus anderen Ursachen vor; ätiologisch kam hier aber weder Syphilis, noch Arsenwasserstoff, noch eine andere plausible Ursache in Betracht; ich habe mir allerdings die Frage vorgelegt, ob nicht nach Ergotingebrauch so etwas möglich sei. Dass die Fieberbewegungen von so kurzer Dauer gewesen sind, spricht nicht gegen Malaria; ich habe einen Fall in Erinnerung, wo ein Herr an einem Tage drei durch Messung controllirte kurze Fieberattacken mit heftigen Schüttelfrösten hatte und dabei ebenfalls die Symptome der Hämoglobinurie aufwies.