

Aus dem Bakteriologischen Laboratorium des Reserve-Lazarets Zeithain C. (Seuchenlazarett).

Rückfallfieber in unseren Heimatlazaretten.

Von Stabsarzt Dr. Erich Hesse.

Die Notwendigkeit, nach den Ereignissen des November 1918 unsere noch in Feindesland befindlichen Lazarette mit größter Beschleunigung zu räumen, hat an Arbeitskraft und Leistungsfähigkeit der behandelnden Aerzte ungewöhnlich hohe Anforderungen gestellt. Mit dem gleichzeitig eintretenden starken Zustrom von Kranken und Verwundeten an einzelnen Stellen und dem damit verbundenen häufigen Wechsel der Aufgenommenen war naturgemäß auch die Beobachtungszeit sehr oft recht kurz, und es war eine sichere Erkennung der Krankheiten außerordentlich erschwert oder gelegentlich überhaupt unmöglich, zumal unter den obwaltenden Verhältnissen auch die Bakteriologischen Laboratorien nicht mehr zur Sicherstellung der Diagnose herangezogen werden konnten. Und auch beim Rücktransport in die Heimat war im Lazarett- oder Seuchenzuge, der oft genug durch feindliche Banden oder durch schlechte Verkehrsverhältnisse noch unter besonders störenden Einflüssen zu leiden hatte, ein ordnungsmäßiges Eintragen der Beobachtungen in die Krankenblätter wohl nur selten durchführbar. So ist es denn leicht erklärlich, daß die Krankheitsbezeichnungen, unter denen die Leute den heimatlichen Lazaretten zugeführt werden, bei der hier einsetzenden gründlichen Beobachtung und Behandlung nicht immer aufrechterhalten werden können und daß bei den vom Osten eintreffenden Zugängen die Krankheiten, die dort besonders verbreitet sind und, wenigstens zeitweise, in ihrem klinischen Bilde gewisse Ähnlichkeiten bieten (Fleckfieber, Rückfallfieber, Malaria), gelegentlich verwechselt worden sind.

Die Feststellung dieser Tatsachen begründet daher die Forderung, daß die Heimatlazarette, insonderheit die für Aufnahme von Seuchenkranken bestimmten, in irgendein zweifelhaften Fällen mit allen verfügbaren Mitteln auf eine Sicherung der Diagnose hinarbeiten, da nur dann die richtigen Behandlungsarten ermittelt und die für eine Bekämpfung übertragbarer Krankheiten erforderlichen Maßnahmen getroffen werden können. Die mit den Seuchenlazaretten verbundenen Bakteriologischen Laboratorien müssen daher in erhöhtem Maße zur Feststellung der Diagnose herangezogen werden und besonders auf die schnelle Erkennung der oben erwähnten, einander häufig recht ähnelnden Kriegsseuchen eingestellt sein.

Es wurden daher bei uns grundsätzlich alle Leute, bei denen Fleckfieber vorgelegen haben sollte, auf das Vorhandensein von Agglutininen gegen $X_{1,9}$ untersucht. Wiederholt wurde dabei eine positive Weil-Felixsche Reaktion in Verdünnungen von 1 : 400 noch zwei bis drei Wochen nach der Entfieberung ermittelt; sogar fünf Wochen nach Ablauf der Krankheit war in einem Falle bei einer Verdünnung von 1 : 200 noch deutliche Ausflockung wahrnehmbar.

Bei verschiedenen Leuten nun, die als Fleckfiebergenesene (aus der Ukraine) dem Lazarett zur Nachbehandlung überwiesen worden waren, zeigten sich wiederholt eigentümliche Temperatursteigerungen, die der behandelnde Arzt nicht als Rückfälle eines Fleckfiebers ansehen konnte, für die aber gleichwohl eine andere Erklärung zunächst nicht zu finden war. Um einer späteren Veröffentlichung dieser Fälle, zu denen sich voraussichtlich noch weitere gleichartige gesellen dürften, durch den behandelnden Arzt, Herrn Assistenzarzt Krömer, nicht vorzugreifen, möchte ich nur mit kurzen Worten das Krankheitsbild andeuten:

Fall 1. Pf., am 15. Dezember 1918 mit Mattigkeit, Kopfschmerzen und Fieber erkrankt. Am 18. Dezember Lazarettaufnahme. Temperatur 40–41°. Am 23. Dezember über den ganzen Körper kleinfleckiger, schmutzig-roter, etwas erhabener Ausschlag, der nach kritischem Temperaturabfall (27. Dezember) am 31. Dezember abgeblaßt ist. Fortschreitende Besserung. 5. Februar 1919 Aufnahme im Lazarett Zeithain. Wohlbefinden, aber Läuseekzem und lebende Läuse am ganzen Körper. 13. Februar Kopf- und Gliederschmerzen, Temperatur 40,9° (14. Februar). 16. Februar steiler Abfall zur Norm, beschwerdefrei. 19. Februar erneuter Fieberanstieg auf 40,7° unter gleichen Beschwerden, Schüttelfrost. 22. Februar lytisch entfiebert. In dem zur Untersuchung auf Malaria eingesandten Blutausstrich finden sich am 20. Februar reichlich, am 21. Februar massenhaft sehr leicht färbbare Spirochäten mit ziemlich langen Windungen, gelegentlich aufgerollt oder zu mehreren knäuelartig verschlungen. Auf Salvarsan erfolgt kein weiterer Anstieg. Weil-Felix 1 : 100 positiv.

Fall 2. H., 10. Januar 1919 erkrankt. 19. Januar Benommenheit, kleinfleckiger Ausschlag am Rumpf, Temperatur um 40°, Lazarettaufnahme. 25. Januar kritischer Fieberabfall, Exanthem blaßt ab, beschwerdefrei. 5. Februar Aufnahme in Zeithain. Wohlbefinden. Zwischen 10. und 14. Februar wiederholte, unregelmäßige Temperaturanstiege bis 39,5°, allgemeine Mattigkeit; die gleichen subjektiven und objektiven Erschei-

nungen treten nach fünf beschwerdefreien Tagen zwischen 19. und 23. Februar wieder auf. Am 22. Februar im Blutausschlag die gleichen Spirochäten wie bei Fall 1. Auf Salvarsan kein erneuter Anfall. Weil-Felix 1 : 50 positiv.

Fall 3. F., 2. Januar 1919 mit Frostgefühl, Kopfschmerz und katarrhalischen Erscheinungen erkrankt. Lazarettaufnahme. Am Rumpfe klein- bis mittelgroßfleckiger Ausschlag. Temperatur 39—40°. Am 20. Januar Exanthem abgeblaßt, Wohlbefinden. 5. Februar Aufnahme in Zeithain. Bis auf bronchitische Erscheinungen und rheumatische Schmerzen in den Seiten beschwerdefrei. 16. Februar unter Frostgefühl, Wadenschmerzen und Druckempfindlichkeit der Brustmuskulatur Temperaturanstieg auf 38,8°, Milztumor. Gleiche Beschwerden und unregelmäßiger Fieberverlauf bis 23. Februar. Am 22. Februar massenhaft Spirochäten der gleichen Art wie bei Fall 1. Weil-Felix 1 : 25 positiv. Nach Salvarsan kommt erneuter Anstieg am 26. Februar nur unvollkommen zur Entwicklung.

Fall 4. B., am 12. Februar mit Fieber, Gliederschmerzen und Mattigkeit erkrankt. Lazarett. Kein Ausschlag beobachtet. Seit 18. Februar Wohlbefinden; auch während sieben-tägiger Bahnfahrt fieber- und beschwerdefrei. 23. Februar Aufnahme in Zeithain. 25. Februar Temperaturanstieg auf 40°, der bis 27. Februar auf gleicher Höhe anhält. Im Blute massenhaft Spirochäten wie bei Fall 1. Trotz der Diagnose „Fleckfieber“ hat es sich wohl nur um Rekurrens gehandelt. Weil-Felix konnte aus äußeren Gründen nicht mehr geprüft werden. Keine Läuse.

Nach dem Vorstehenden ist wohl die ursprüngliche Erkrankung bei den ersten drei Leuten ein Fleckfieber gewesen, wenngleich die Weil-Felixsche Reaktion bei Fall 2 und 3 nur noch sehr niedrige Werte zeigte. Bei allen dreien liegt zwischen dem Abklingen der ersten Erscheinungen und den neuen Fieberanfällen eine Zeit des Wohlbefindens von drei bis sechs Wochen. Dies ist eine Stütze für die Annahme, daß ein Zusammenhang zwischen dem bei uns festgestellten Rückfallfieber und den ersten Krankheitserscheinungen nicht besteht. Daß nun die hier beobachteten Rekurrensanfälle bereits ihre Vorläufer vor der Aufnahme ins hiesige Lazarett gehabt hätten, wird durch Unterlagen aus den Krankenblättern nicht erhärtet; es wäre zeitlich bei Fall 1 und 2 nicht auszuschließen, und ein etwa während des Bahntransports eingetretener Fieberanstieg konnte schließlich der Beobachtung, besonders aber der Aufzeichnung im Krankenblatt entgehen. Bei Fall 4 ist der bei uns beobachtete Fieberanstieg zweifellos der zweite Rekurrensanfall gewesen. Somit wäre bei den ersten beiden Fällen die unmittelbare Einschleppung der bereits bestehenden Krankheit vom Osten her nicht unmöglich, bei Fall 4 sogar mit Sicherheit anzunehmen. Für Fall 3 indes, der seit der ursprünglichen Erkrankung vier Wochen beschwerdefrei war und dann erst am zwölften Tage nach der Ankunft die ersten Erscheinungen gezeigt hat, müssen diese wohl als der tatsächliche Anfang der Rekurrens angesehen werden, und die Infektion müßte bei der Annahme einer Entwicklungszeit von drei bis sieben Tagen innerhalb des hiesigen Lazarets erfolgt sein.

Da nun jene drei Leute hier zunächst auf verschiedenen Sälen mit getrenntem Personal gelegen haben, kann eine Uebertragung von den ersten beiden auf Fall 3 nicht angenommen werden; ebenso scheidet Fall 4 als Ursache aus, da dieser erst mit einem viel später eingetroffenen Transport dem Lazarett zugeführt worden ist. Es wäre demnach eine Erklärung für Fall 3 nur so zu geben, daß außer der durch die beiden ersten Fälle gegebenen Infektionsquelle noch irgendwo ansteckungsfähige Läuse der sofort nach Aufnahme vorgenommenen Entlausung entgangen und für Fall 3 verantwortlich zu machen sind.

Sicherlich erscheinen diese Beobachtungen, die wohl auch an anderen Stellen, denen ein gleiches Krankenmaterial überwiesen wird, sich wiederholen werden, wichtig genug, um diesen kurzen Hinweis, der nur die hygienischen, nicht die klinischen Gesichtspunkte beleuchten will, zu rechtfertigen. Die mitgeteilten Tatsachen beweisen, wie berechtigt die Forderung der gründlichen Entlausung auch bei anscheinend völlig Genesenen sofort nach der Aufnahme in die Heimat-lazarette ist, sie verlangen weiterhin eine genaue Kontrolle der Ueberweisungsdiagnose und deren Sicherung mit weitgehendster Zuhilfenahme des bakteriologischen Laboratoriums.

Beiläufig möge erwähnt sein, daß bei den zunächst auf Malariauntersuchung eingesandten Präparaten die Methode des dicken Tropfens sich auch für den Nachweis der Spirochaete Obermeieri als recht brauchbar erwiesen hat; in einem Gesichtsfeld konnten bis über 100 Spirochäten gezählt werden. Dringend erforderlich ist aber eine vorherige Prüfung, ob die zu verwendende Immersion für diese Zwecke geeignet ist; denn selbst an sich gute Objektive sind vielfach nicht imstande, die feinen Spirochäten auch bei tadellosen Präparaten aus dem immerhin etwas gefärbten Untergrunde des dicken Tropfens

herauszulösen. Auch bei Verdacht auf Septikopyämie hat mir der dicke Tropfen wiederholt durch positiven Ausfall schnellen Aufschluß gegeben.