

Eine Mittheilung über Scharlachansteckung.

Von Dr. Boschulte in Camen (Westfalen).

Am 23. März c. kam ein junges Mädchen, Fräulein W. aus V. in Westfalen, von Crefeld, auf der Rückreise in die Heimath, hier anscheinend wohl an. Am 24. klagte sie jedoch über Halsschmerzen und Schlingbeschwerden bei leichtem Fieber. Es zeigte sich beginnende Angina tonsillaris. Dabei theilte sie mit, dass in der Familie in Crefeld, wo sie einige Wochen sich aufgehalten, einige Kinder an Scharlach mit Diphtherie gelitten, sie selbst aber mit den abgesondert gehaltenen Patienten nicht in Berührung gekommen sei. Nach den Erscheinungen, da jeder Belag auf der Schleimhaut und jedes Exanthem auf der Cutis fehlte, erklärte ich den Fall für einfache Angina tonsillaris. Es kam in der Geschwulst zur Eiterung, der Eiter wurde am 27. mittelst des Scalpels entleert und der Fall verlief ohne nachtheilige Folgen günstig.

Nun ist es bekannt, dass nicht selten bei Epidemien Scharlach in seine einzelnen symptomatischen Bestandtheile getrennt, ohne Ausbruch des Exanthems (als verstecktes Scharlach) vorkommt. Durch diese Erfahrung und durch die Rücksicht, dass Fräulein W. in meiner Familie auf Besuch war, bewogen, hatte ich schon am 25. März einen Collegen zugezogen, der ebenfalls einfache Angina constatierte.

Am 29. März klagte darauf ein junges Mädchen, welches auf dem Zimmer der Kranken täglich einige nöthige Verrichtungen besorgt hatte, über Halsschmerzen. Dasselbe wurde dann von den Eltern zu Hause gehalten und bekam Scharlach, ebenso die stellvertretende Schwester.

Am 12. April klagte meine Tochter, die noch nicht Scharlach gehabt, die aber die Kranke beständig gepflegt hatte, über anginöse Beschwerden, in der folgenden Nacht kam das Scharlach-Exanthem zum Ausbruch unter nervösen Erscheinungen. In den folgenden Tagen that gegen anhaltende Schlaflosigkeit mit Delirien Chloralhydrat seine vortrefflichen Dienste.

Dabei ist zu bemerken, dass hier in Camen, einer Stadt von 4000 Einwohnern, sonst kein Scharlach vorhanden war und dass mein Wohnhaus frei und der frischen Luft von allen Seiten zugänglich in einem Garten liegt.

Aus diesem Hergange geht hervor, dass Fräulein W. in Crefeld von Scharlach inficirt worden und dass, wenngleich bei ihr das Exanthem nicht zum Vorschein gekommen, sie hier in Camen andere Individuen angesteckt hat. Es wird auch die Annahme nahe gelegt, dass das Scharlach weniger durch die Cutis als durch die Exhalation der Schleimhäute ziemlich unmittelbar übertragen worden sei. Ein solch eclatanter Fall von Infection durch verstecktes Scharlach war mir in einer länger als 40jährigen Praxis noch nicht vorgekommen.

Man nimmt im Allgemeinen schon vorsichtshalber an, dass Scharlachcontagium an leblosen Dingen, wie Wolle, Pelzwerk u. s. w. haftend, auf weitere Entfernungen, wie das z. B. von den Pocken nachgewiesen ist, Ansteckung bewirken könne. Eigentliche concrete Fälle von solcher Intensität des Scharlachvirus, wo dasselbe durch Personen, die selbst immun geblieben auf andere Individuen bis zur Ansteckung

verschleppt worden sei, sind mir aus der medicinischen Literatur nicht bekannt. Ein älterer klinischer Lehrer, Joh. Pet. Frank, der den Verlauf der Krankheiten so genau und treffend beschreibt, erwähnt schon „Scarlatinae ad solas fauces limitatio ac non secuta ad cutem exanthematis eruptio“, ferner, dass diese Form dieselbe Disposition zu Nachkrankheiten besitze wie Scharlach mit Exanthem und dass sie nicht in allen Fällen vor späterer Ansteckung schütze. Dass dies versteckte Scharlach Infection bewirken könne, führt er nicht an, und ebenso wenig spricht er sich aus über den Grad der Haftbarkeit des Contagiums an leblosen Gegenständen und über Verschleppung desselben durch gesunde nicht inficirte Individuen.

3.

Noch einmal die amyloide Degeneration der Leber.

Von Prof. A. Boettcher in Dorpat.

Durch die in Bd. 81 dieses Archivs enthaltenen sehr eingehenden Untersuchungen Kyber's glaubte ich der Mühe überhoben zu sein Herrn Eberth auf die Einwendungen zu antworten, welche derselbe in Bd. 80 S. 138 ff. gegen meine Mittheilungen über amyloide Degeneration der Leberzellen (Bd. 72) erhoben hatte. Herr Eberth ist jedoch kürzlich in einem Artikel „zur Amyloidfrage“ (Bd. 84 S. 111), aus welchem hervorgeht, dass er sich durch Kyber nicht hat bekehren lassen, auf die Sache zurückgekommen und behauptet in demselben, er habe „den Nachweis“ gebracht, dass kein anderes Gewebe als die Bindesubstanz dem Prozess der amyloiden Degeneration unterliege. Das ist denn doch etwas zu stark. Ich sehe mich daher genöthigt auch noch einmal das Wort zu ergreifen und wenigstens in Bezug auf das Leberamyloid der Ansicht des Herrn Eberth entgegenzutreten.

Die Angaben Kyber's sucht Herr Eberth dadurch zu entkräften, dass er anführt, man erfahre nur, dass die amyloide Degeneration der Leberzellen vorkäme, aber nicht wie der Prozess in den Leberzellen beginne (a. a. O. S. 113). Jeder Andere wäre doch zunächst auf die Vermuthung verfallen, dass Kyber sich hiebei nur deshalb weniger aufgehalten, weil er, wie an mehreren Stellen hervorgehoben, vollkommen mit mir übereinstimmt. Dieses ist von demselben aber auch direct ausgesprochen worden: „die feineren Details sind von Boettcher genau dargestellt worden, und ich habe nichts hinzuzufügen“ (S. 35). Was vermisst also Herr Eberth, da er doch nicht umhin gekonnt hat mir zuzugestehen, dass jeder einzelne meiner Fälle sehr genau geschildert sei? (Bd. 80 S. 149). Weiterhin sagt Herr Eberth: „Während man vor nicht langer Zeit die amyloide Degeneration der Leberzellen in den Vordergrund stellte, fand Kyber zuletzt unter 22 Fällen von Leberamyloid nur 5mal die Zellen allein erkrankt. Er will damit dartun, dass der Befund an den Zellen immer seltener werde, aber er unterlässt es hinzuzufügen, dass Kyber in seinen Fällen nur „2mal die Capillaren und das interstitielle Bindegewebe allein amyloid gefunden, während in 8 Fällen beide Theile die Degeneration zeigten (2mal überwiegend die Capillaren und das Bindegewebe, 6mal vorwiegend die Leberzellen), in 7 Fällen aber bei hochgradiger Veränderung eine Entscheidung