



Aus der Poliklinik für Ohrenkranke zu Bonn.

Die Scrophulose

nach dem heutigen Stand der Wissenschaft

mit besonderem Bezug auf die

Erkrankungen der Schleimhäute.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

bei der hohen medizinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

eingereicht

am 16. August 1888

von

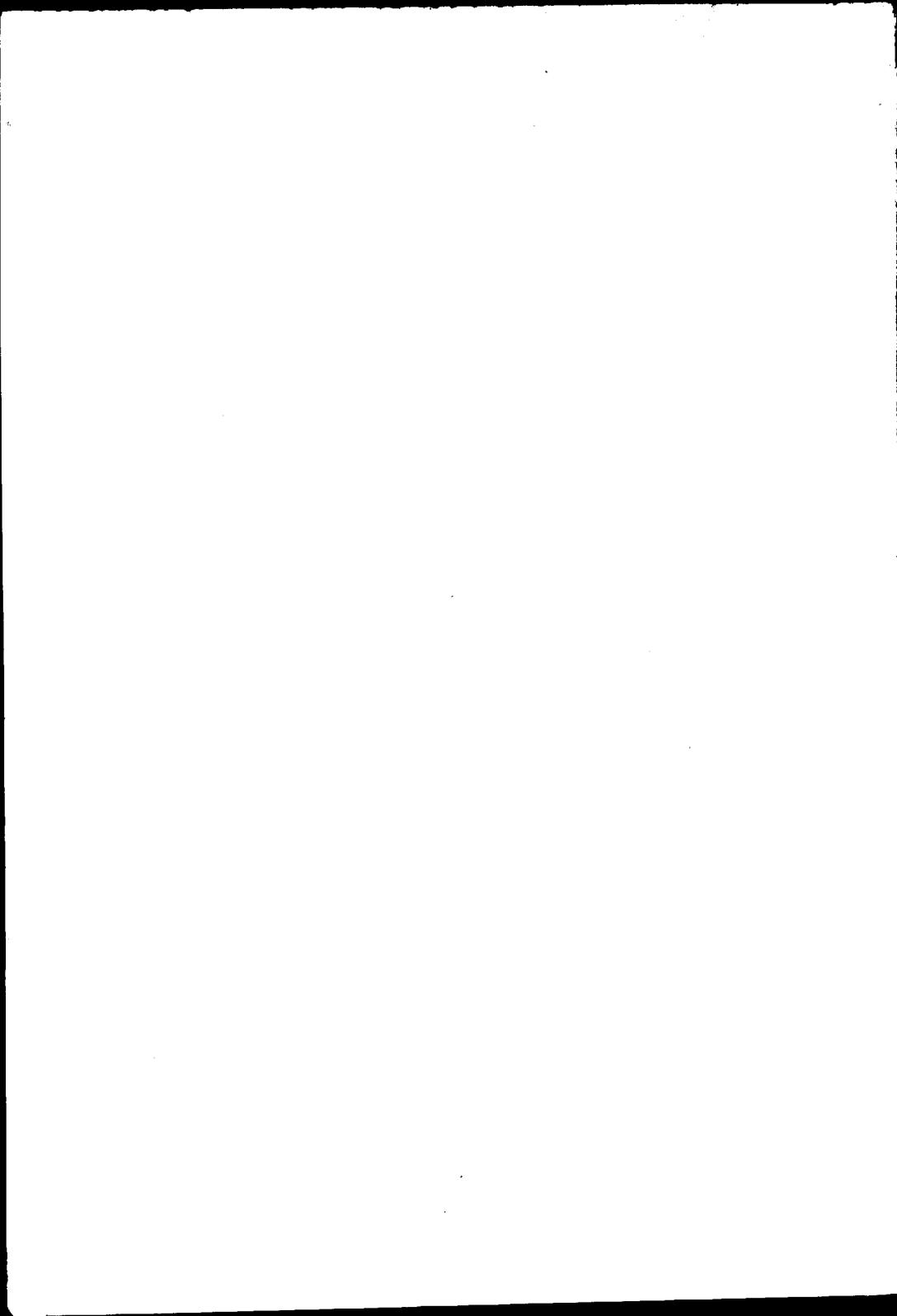
Dietrich Victor

aus Hochfeld.

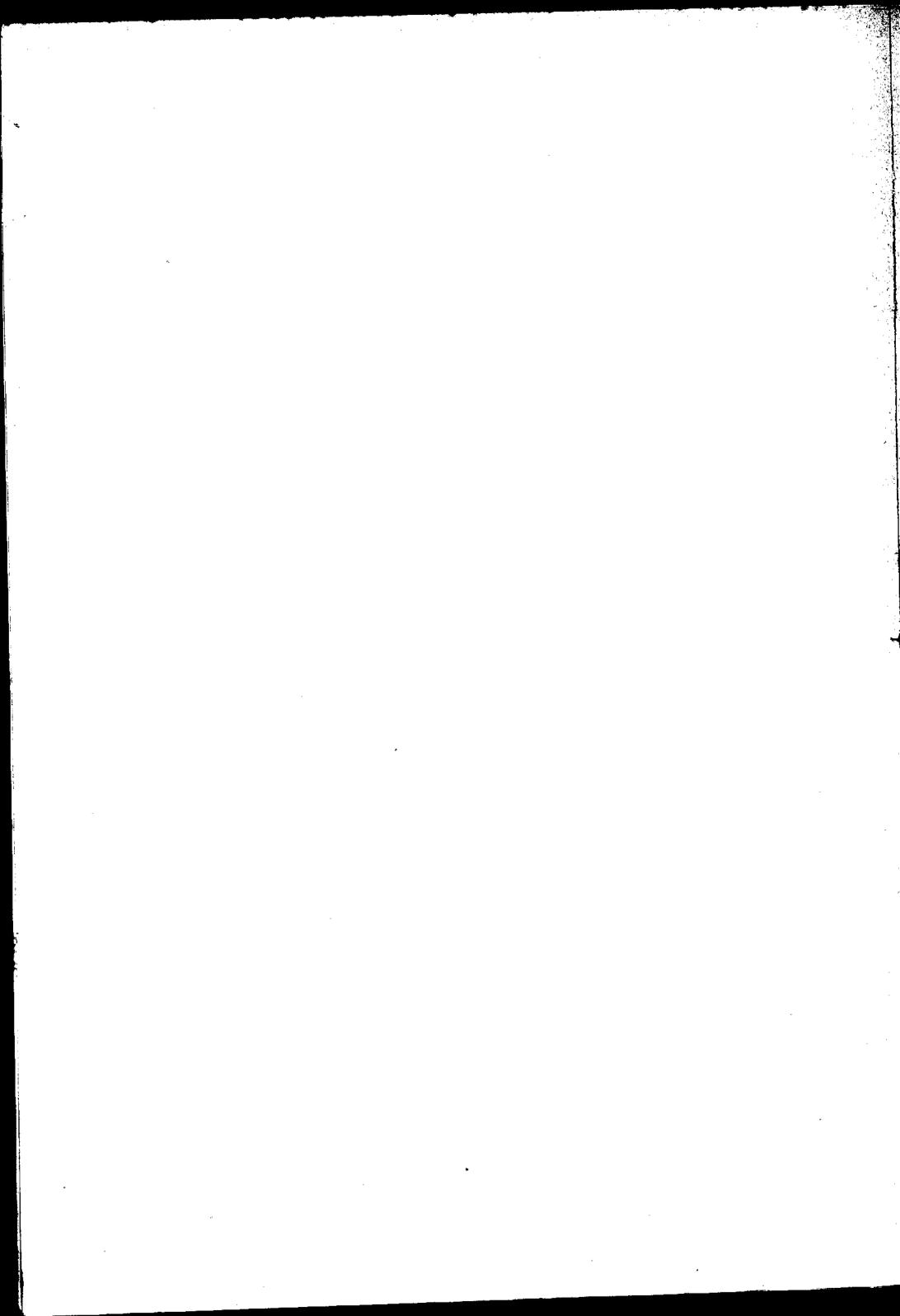


Bonn,

Druck von J. F. Carthaus.



Dem Andenken
meiner verstorbenen Mutter.



Wenn heute Jemand einen genauen Einblick in das Wesen der Skrophulose, in die Bedeutung dieses Krankheitsprozesses, gewinnen will, so ist es unerlässlich, einen kurzen Rückblick auf die Geschichte obiger Krankheit zu werfen. Man wird sehen, dass einerseits die Ansichten der Autoren über diese Krankheit sehr verschieden sind, und dass sehr häufig eine einmal herrschende Ansicht im Laufe der Jahre und speziell in diesem Jahrhundert durch eine andere sich verdrängt sah, kurz wie lange es gedauert hat, bis unbestimmten Ahnungen früherer Autoren und Forscher endlich in unserer Zeit bestimmte Unterlagen und Deutungen gegeben wurden. Ausserdem lehrt auch wohl ein derartiger Ueberblick, wie manche der in neuerer Zeit aufgestellten Theorien mit sehr alten Vorstellungen zusammentreffen, und dann sehen wir in allerneuester Zeit den Begriff „Skrophulose“ als Krankheit fast verschwinden; es bleibt geradezu nur die Bezeichnung und der Name beibehalten.

Das Wort „scrophula“ oder „scrofula“ ist eine direkte Uebersetzung des griechischen Wortes „χοιρας“; beide bedeuten ein junges Schwein. Es wurden diese Ausdrücke davon hergeleitet, dass der Hals skrophulöser Individuen durch die dort auftretenden Drüsengeschwülste grosse Ähnlichkeit mit dem kurzen dicken Halse eines Schweines bekommt. Man hielt die Skropheln, für welche im Laufe der Zeit noch die Namen „struma“ und „tuberculum“ aufkamen, für subkutane Geschwülste. Als man aber sah, dass sie an

den verschiedensten Theilen des Körpers auftraten, und dass mit ihnen ein allgemeiner krankhafter Zustand des Organismus verbunden zu sein schien, nahm man an, dass der ganze Krankheitsprozess Folgezustand einer mangelhaften und fehlerhaften Säftemischung des Körpers sei, doch schied man vorher die Strumen aus und nannte „struma“ nur die Geschwulst, die sich auf die Schilddrüse, *glandula thyreoidea*, bezieht.

In den Skropheln sah man vorzugsweise die angeschwollenen Lymphdrüsen, und die allgemeine Erkrankung nannte Hufeland die Skrophelkrankheit und hielt sie für eine Krankheit des lymphatischen Systems. Die wesentliche Ursache war ihm: „Ein sehr hoher Grad von Atonie und Schwäche des Lymphsystems, verbunden mit einer kränklich vermehrten spezifischen Reizbarkeit desselben; dieser fehlerhafte Zustand des lymphatischen Systems zieht eine spezifische Verderbniss der Lymphe (die Erzeugung der sog. Skrophelschärfe oder des Skrophelgiftes) nach sich.“ Diese Skrophelschärfe bezeichnete er mit „*Acrimonia serophulosa*“.

Eine gleiche Richtung vertraten noch Kortum in Deutschland und Cullen in England. Ihnen waren nicht nur die skrophulösen Drüsen, die geschwollenen Cervical- und Submaxillar-Drüsen, sondern auch die Lungentuberkel Ausfluss derselben skrophulösen Dyskrasie, mit anderen Worten: Die Lungentuberkulose war ihnen eine skrophulöse Erkrankung.

Auch Baillie ist noch ihrer Ansicht; obwohl er die Lungentuberkel untersucht hat und die durch diese entstandenen käsigen Knoten von denen der Drüsen trennt, also die Identität der Tuberkel mit einer skrophulösen Drüse leugnet, kann er sich doch nicht von obiger Ansicht losreißen und hält die in den Tuberkeln enthaltene Masse noch für skrophulöse Materie.

Gerade entgegengesetzter Meinung war Bayle; ihm galt das, was man vorher skrophulös genannt hatte, für tuberkulös. Wenn man früher von skrophulöser Materie gesprochen hatte, so wurden jetzt von Bayle die käsig degenerierten Massen für tuberkulös gehalten, aber nicht nur die verkästen Tuberkel in der Lunge, sondern auch jede käsig degenerierte Lymphdrüse. Für die genaue Unterscheidung der Skrophulose und Tuberculose war natürlich nichts gewonnen, denn die Begriffe waren im wesentlichen dieselben geblieben und nur die Namen hatte man vertauscht. Sie waren ein und dieselbe Krankheit geblieben, nur trat an Stelle der skrophulösen Materie die tuberkulöse. Doch hat Bayle wenigstens das Verdienst, dass er richtiger Weise, wenn vielleicht auch unbewusst, die Lungenschwindsucht für eine tuberkulöse Krankheit hielt, und so gilt er denn als der eigentliche Begründer der Lehre von der Tuberculose. (1810.)

Die Ansicht Bayles wurde von Laennec unterstützt, der auch die tuberkulöse Diathese als den allgemeinen, alles umfassenden Begriff hinstellte; die Drüensskropheln waren gewissermassen nur eine Abart derselben.

Ein Widerspruch gegen diese Identifizierung der Skrophulose und Tuberculose ging zunächst von Lebert aus. Er räumte der ersteren eine selbstständige Stellung neben der letzteren ein und hielt sie für eine: „vorzugsweise in der Haut, dem Unterhautzellgewebe, den Sinnesorganen, den Gelenken und Knochen lokalisierte Krankheit, welche in der Form verschiedener chronischer in ausgezeichnetem Grade zur Eiterung und Verschwärung neigender Entzündungen auftritt.“ Doch sonderte er die Drüsentumoren von der Skrophulose ab und rechnete sie der Tuberculose zu, weil er in ihnen die sog. „Tuberkelkörperchen“ fand und in

diesen ein spezifisches Element der tuberkulösen Erkrankung sah.

Eine scharfe Abgrenzung der beiden Krankheitsprozesse versuchte, gestützt auf zahlreiche anatomisch-pathologische Untersuchungen, Virchow. Er wies zunächst nach, dass die käsige Substanz, d. h. das, was man früher als skrophulöse, dann als tuberkulöse Materie bezeichnet hatte, Produkt einer regressiven Metamorphose (käsige Metamorphose, Nekrobiose) sei, dass es nur den vorübergehenden Zustand einer Materie in einem gewissen Stadium pathologischer Umwandlung darstelle, während die Bezeichnung „Tuberkel“ beschränkt wurde auf die Miliartuberkel, die als wirkliche Neubildung auftreten.

Friedländer sagt 1873: „Die von Virchow gegebene Definition des Tuberkels gilt mit einigen Abweichungen noch heute: Der Tuberkel ist eine in Form kleiner Knötchen auftretende Neubildung, stets ausgehend vom Bindegewebe, bestehend aus dicht gedrängt liegenden kleinen Rundzellen.“ Es galt nun ein käsiges Produkt für tuberkulös, wenn der miliare Tuberkel käsig degeneriert war.

Der Begriff der Skrophulose wurde dadurch präzisiert, und vor allen Dingen hielt Virchow die käsigen Drüsentumoren, die, wie oben erwähnt, von Lebert dem Gebiet der Tuberkulose zugerechnet wurden, wieder für das Charakteristische der Skrophulose; wollte man sie von letzterer abtrennen, so würde man, drückt Virchow sich aus, gerade das klassische Produkt der Skrophulose ausscheiden. Die Skrophulose ist nach ihm als Constitutionsanomalie zu bezeichnen, unter welcher er eine mangelhafte Entwicklung resp. Einrichtung der blutbildenden Organe, insbesondere also der Lymphdrüsen erblickt. Virchow selbst nennt es: „Eine Unvollständigkeit in der Einrichtung der Drüsen, die

gewöhnlich mit Unvollkommenheiten in der Einrichtung anderer Gewebe (Haut, Schleimhaut, u. s. w.) zusammenhängt.“ Diese Prädisposition äussert sich darin: „dass die Gewebe auf eine verhältnismässig geringe schädliche Einwirkung hin zur Veränderung von theils entzündlicher, theils hyperplastischer Natur angeregt werden, denen nur geringe Ausgleichungsfähigkeit zukommt, so dass sich leicht rückgängige Metamorphosen ausbilden.“ (Birch-Hirschfeld.)

Weiter sagt Virchow: Die positiven Produkte der Skrophulose sind „irritative“ Produkte, welche theils den hyperplastischen, theils den entzündlichen Charakter tragen. Bei einer blossen Schwellung der Lymphdrüsen darf man noch nicht von Skrophulose reden; eine solche Annahme ist erst gerechtfertigt, wenn auf eine geringe oberflächliche und vorübergehende Reizung irgend einer Körperstelle, z. B. einen einfachen Ausschlag im Gesicht, oder einen Katarrh des Ohres, der Nase oder des Auges sich ein chronisch entzündlicher Prozess, bestehend aus einer ungewöhnlichen Schwellung der zunächst liegenden Lymphdrüsen, entwickelt, der keineswegs etwa nach Beseitigung des lokalen Reizes verschwindet, sondern welcher vielmehr einen langsamen hartnäckigen Verlauf nimmt, und der abgesehen von der Form des rein hyperplastischen Prozesses meistentheils seinen Ausgang in Verkäsung nimmt.

Also beginnt nach ihm die Skrophulose mit lokalen Entzündungen, und diese führen dann zu chronischen Entzündungsprozessen, d. h. zur Schwellung und Verkäsung der Lymphdrüsen.

An diese Virchow'sche Theorie schliesst sich unter anderen Billroth vollständig an, indem er sagt: „Wir nehmen in solchen Fällen eine skrophulöse Diathese an, in welchen auf eine geringe und vorübergehende Reizung einer Körper-

stelle sich ein chronisch entzündlicher Prozess entwickelt, welcher nicht nur die Reizung überdauert, sondern sich auch selbstständig verbreitet, und welcher vorwiegend häufig den Ausgang in Vereiterung und Verkäsung nimmt, seltener die Form des rein hyperplastischen Prozesses beibehält.“

Nach den bis dahin massgebenden Begriffen der Skrophulose, die oben erwähnt, sind nun diesem käsigen Prozess zunächst die Lymphdrüsen unterworfen, und zwar besonders die am Halse zu beiden Seiten des Unterkiefers. Von dieser Erkrankung und der dadurch herbeigeführten Verunstaltung des Halses stammt ja, wie im Eingang hervorgehoben worden ist, wegen der Aehnlichkeit mit dem kurzen, dicken Halse eines Schweines der Name „skrophulös.“ Auch in anderen Gebieten erkranken die Lymphdrüsen, besonders häufig die Bronchial- und Mesenterial-Drüsen nach Bronchial- und Darmkatarrh besonders bei kleinen Kindern, auch hier ist fast regelmässig ein käsiger Ausgang zu konstatieren.

Ferner sind hierhin zu rechnen die Erkrankungen der Haut und der Schleimhäute, die sich durch dieselben Eigenthümlichkeiten auszeichnen, wie sie den Drüsenerkrankungen zukommen: erstens dauern sie recht lange, haben sodann grosse Neigung, sich weiter auszubreiten, und zuletzt recidivieren sie sehr leicht. Es sind Ausschläge und Eczeme, die am Kopf und im Gesicht auftreten; ebenso gehört hierhin die lupöse Erkrankung des Gesichts, ausserdem herpes.

Was die Schleimhäute betrifft, so braucht man nur zu erwähnen: Entzündungen der conjunctiva und der Schleimhaut des Ohres, Nasenkatarrhe, Erkrankungen der Mund- und Rachenschleimhaut u. s. w.

Endlich rechnete man in das Gebiet der Skrophulose chronische und zerstörende Krankheitsprozesse der Knochen und Gelenke: Die chronisch verlaufenden Gelenkentzündungen,

wie sie besonders am Knie, an der Hüfte und Schulter, am Ellenbogengelenk, aber auch an Hand- und Fussgelenken auftreten, die sog. fungösen Gelenkentzündungen. An den Knochen führte die Skrophulose zu chronischen Ostitiden und zur Caries der Wirbelkörper u. s. w. Es würde zu weit führen, alle einzelnen Erkrankungen anzuführen, die in das Gebiet der Skrophulose eingereicht wurden.

Nachdem man nun die einzelnen Unterschiede zwischen Skrophulose und Tuberkulose klargelegt hatte, wandte man sich zur weiteren Aetiologie der ersteren und suchte nach Gründen zur Entstehung der skrophulösen Konstitution. Da machte man denn vor allem zwei Faktoren geltend, die wesentlich in's Gewicht fielen: nämlich die Vererbung und die Erwerbung.

Was den ersten Punkt betrifft, so war zunächst, wenn auch nicht für alle Fälle, so doch für eine ziemlich grosse Anzahl der Beweis erbracht, dass die Eltern skrophulöser Kinder in ihrer Jugend ebenfalls an Skrophulose gelitten haben. Auch das schien nach der herrschenden Ansicht vorzukommen, dass an Tuberkulose leidende Eltern skrophulöse Kinder erzeugen.

Ausser der eigentlichen erblichen Uebertragung der Skrophulose nahm man nach Birch-Hirschfeld an, dass hohes Alter der Erzeuger, nahe Verwandtschaft, kachektische Zustände derselben die Ursache einer angeborenen Disposition zur Skrophulose werden könnten. Ausserdem nahm man an, dass die Skrophulose erworben werden könne; hier machte man die Beobachtung, dass in der Art und Weise der Ernährung eine Ursache mit zur Entstehung von skrophulösen Erkrankungen liege. Diese Disposition wurde erheblich vergrössert, wenn noch andere hygieinisch ungünstige Verhältnisse hinzukommen. Daher so häufig Skrophulose

bei Kindern, die gezwungen sind, sich aufzuhalten in schlechter dumpfer Luft und in feuchten Wohnungen, in welche das Sonnenlicht schlecht hineindringen kann, und die mit Menschen stets überfüllt sind, so dass es ihnen vielfach an Bewegung in frischer, freier Luft fehlt. Damit verbunden ist natürlich Schmutz und eine mangelhafte Pflege der Haut.

Mit der Frage über die Begünstigung der Entstehung der Skrophulose durch die eben angeführten Momente hat man sich nicht sehr beschäftigt. Mordhorst sieht die Ursache in dem trägen Stoffwechsel: „Je langsamer der Stoffwechsel, desto geringer ist der Sauerstoffbedarf, desto oberflächlicher wird geathmet.“ Dadurch tritt nun eine Steigerung des Blutdrucks in den Kapillaren und Venen auf. Aus den Kapillaren transsudiert eine relativ grosse Menge Lymphe, und da diese wegen des herrschenden Blutdruckes nicht in die vena subclavia abfließen kann, so ist es nothwendig, dass in den Geweblücken ebenfalls eine Stauung eintritt. Daher erklärt sich die anormale Erweiterung der Lymphgefässe. Es tritt eine mangelhafte Ernährung des ganzen Körpers ein. „Hiermit stimmt also die Behauptung von Rindfleisch überein, welcher eine gewisse quantitative Unzulänglichkeit der Ernährungseinrichtungen anklagt nicht bloß als ein Hauptingredienz dessen, was man skrophulöse Konstitution nennt, sondern als die wesentliche Ursache aller Besonderheiten, welche die skrophulösen Entzündungen von einem gewöhnlichen Entzündungsprozess unterscheiden.“ (Mordhorst.)

Doch sei dem, wie ihm wolle. Das jedenfalls schien festgestellt, dass zwischen den socialen Verhältnissen und der Häufigkeit der Skrophulose ein Zusammenhang stattfindet, und dass jedes der oben angeführten Momente mit dazu beiträgt. Es erübrigt vielleicht noch kurz zu sagen, dass man nach damaliger Ansicht die Skrophulose über den ganzen



Erdboden verbreitet findet, doch konnte man von einem Einfluss der Bodenverhältnisse auf die Frequenz der Krankheit schlechterdings nicht reden.

Entsprechend den verschiedenen Formen, in denen die skrophulöse Erkrankung sich geltend machte, nahm man 2 besondere Typen eines sog. skrophulösen Habitus an: Die erethische und die torpide Skrophulose. „Der Habitus der erethischen Skrophulose wird besonders charakterisiert durch gracilen Körperbau, mangelhafte Entwicklung der Muskulatur, zarte sich leicht röthende Haut, Durchschimmern blauer Venennetze, besonders in der Gegend der Schläfe und an den Augenlidern, weiche meist blonde Haare, schöne blauglänzende Augen mit weißer Pupille, lebhaftes reizbares Temperament, frühzeitige Entwicklung des Geschlechtstriebes und der Intelligenz.“

Diesem Habitus der erethischen Skrophulose stand entgegen die torpide Skrophulose: „Sie wird charakterisiert durch plumpen Körperbau, gedunsenes Aussehen mit oft reichlichem Fettgehalt (schlaffes Fleisch der Laien), wenig leistungsfähige Muskulatur. Der Kopf ist gross, die Physiognomie wird durch dicke Nase und Oberlippe, durch breite Kinbacken und kurzen dicken Hals plump und ungefällig; in körperlicher Beziehung hebt man noch den aufgetriebenen Leib hervor, während in psychischer Hinsicht das träge phlegmatische Temperament, die mangelhafte Entwicklung der Intelligenz für charakteristisch gehalten werden.“ (Birch-Hirschfeld.)

Wenn man auch nicht bezweifeln mochte, dass in manchen Fällen diese Unterscheidungsmerkmale in prägnanter Weise zu Tage treten, so schien es doch wohl verfehlt zu sein, in jedem einzelnen Falle dies anzunehmen; Birch-Hirschfeld fand vielmehr bei unparteiischer Untersuchung: „dass die Mehr-

zahl der Fälle zwischen beiden Extremen steht oder eine Vermischung ihrer Charaktere darbietet.“

Es wäre nun ganz schön gewesen, wenn die Unterschiede und die Grenzen, die Virchow und im Anschluss an ihn andere gleichgesinnte Forscher zwischen Skrophulose und Tuberkulose gezogen hatten, dauernd geblieben wären, wenn beide Krankheitsprozesse auf Grund der geführten anatomisch-pathologischen Untersuchungen jede für sich in dem Umfange selbstständig hätten bestehen bleiben können. Doch traf dieses nicht ein; im Gegenteil: gerade durch die Untersuchungen und Aufstellungen Virchow's kam die Sache in Fluss und wurde Gegenstand der Besprechung fast aller Forscher, und so gelang es, aus vielen Irrthümern heraus zu kommen und in das Wesen beider Krankheitsprozesse viel Licht zu bringen, wenn auch bis auf den heutigen Tag die Akten noch nicht vollständig geschlossen sind.

Schon Virchow hatte zugeben müssen, dass ein innerer Zusammenhang zwischen beiden Prozessen bestehen könne; den Tuberkel könne man gleichsam als heteroplastische Skrophel auffassen. Vielleicht wurde er zu dieser Anschauung gebracht durch die Beobachtung, dass bei schon bestehender Skrophulose sich in späteren Lebensjahren häufig Tuberkulose entwickelt. Nachdem Virchow seine Arbeiten veröffentlicht hatte, entspann sich über diese Frage eine sehr lebhafte Diskussion.

Es würde den Rahmen der Arbeit weit überschreiten, wenn ich versuchen wollte, ausführlicher dieses Thema zu behandeln; ich beschränke mich darauf, mit einigen Worten auf die hauptsächlichsten Resultate hinzuweisen.

Zunächst also forschte man genauer nach der Ursache der Tuberkulose. Buhl stellte sie als Produkt käsiger Heerde hin, die entzündlichen Ursprungs seien und durch Resorption

in das Blut und Lymphsystem gelangten. Da nun gerade die Skrophulose durch Bildung käsiger Massen charakterisiert sei, so könne es nicht ausbleiben, dass die Skrophulose so häufig ihren Ausgang in Tuberkulose nehme.

Ihm entgegneten Klebs und Villemin, dass nicht jede käsige Substanz im Stande sei, schon Tuberkulose zu erzeugen; sie stellten letztere als Infektionskrankheit hin, welche auf eine spezifische Einwirkung hin entstehe, und da sie nun durch Ueberimpfen käsiger Lymphdrüsen einige Resultate erzielten, so schienen ihnen auf diese Weise ein gewisser Zusammenhang zwischen Skrophulose und Tuberkulose zu bestehen.

Andere Autoren, wie Cohnheim, Fränkel, Waldenburg u. a. m. gingen von der Ansicht aus, dass man nicht nur durch käsige Bestandtheile, sondern auch durch die verschiedenartigsten Eingriffe einen käsigen Herd erzeugen könne.

In ein anderes Stadium trat die Frage, als man sich wieder etwas genauer mit dem histologischen Studium des Tuberkels beschäftigte.

Von diesem hat bekanntlich Virchow die grundlegende Definition gegeben, indem er, wie schon bekannt, ihn definierte als ein kleines, gefäßloses Knötchen, das vom Bindegewebe ausgeht und aus kleinen, dicht aneinander gedrängten Lymphkörperchen besteht. Eine weitere Entdeckung machte Langhals, indem er darauf hinwies, dass in den Tuberkeln fast immer sich Riesenzellen befänden.

Zwar hatte Virchow sie auch schon beobachtet, doch ist es jener gewesen, der ihr Vorkommen als etwas Typisches hingestellt hat.

Von dieser Entdeckung Langhals' ging nun Koester aus; ihm gebührt das Verdienst, inmitten der Meinungsverschiedenheit so vieler Autoren mit einem positiven Resultat an die

Oeffentlichkeit getreten zu sein und so die Anschauung über den ev. Zusammenhang und das ganze Wesen der beiden Krankheitsprozesse in neue Bahnen gelenkt zu haben. Er entdeckte nämlich die Tuberkel in den Granulationen der fungösen Gelenkentzündungen, einer chronischen Erkrankungsform der Gelenke, die bis dahin dem Gebiete der Skrophulose zugerechnet wurde. Die Tuberkel stellten eine Anhäufung von grösseren, protoplasmareichen, kernhaltigen, epitheloiden Zellen dar, enthielten eine oder mehrere Riesenzellen und waren im Innern stets gefässlos. Es wurden diese Tuberkel in allen grösseren Gelenken nachgewiesen, ebenso in den kleineren, z. B. den Fingergelenken.

Von jetzt an ging es mit der Skrophulose abwärts: sie verlor an Terrain, und eine Erkrankung nach der anderen wurde von ihr abgebröckelt und in das Gebiet der Tuberkulose hineingezogen.

So wies Schüppel die Miliartuberkel nach in den sowohl hyperplastischen wie auch verkästen Lymphdrüsen, und an ihn reihte sich mit seinen Untersuchungen Friedländer (1873) an: „Ich kann nun nach meinen eigenen Untersuchungen hinzufügen, dass auch bei den skrophulösen Hautabscessen und Geschwüren und ebenso bei der Caries ganz regelmässig eine reichliche Eruption von Tuberkelknötchen gefunden wird.“ Er wurde dadurch auf ein besonderes Gebiet geführt und fasste „die Knötchenbildung, wie sie bei lupus, der fungösen Gelenkentzündung, den Hautskrophuliden und anderen Ulcerationsprozessen sich vorfindet, als eine lokale Tuberkulose“ auf.

Geht man mit der Vorkenntniss der eben geschilderten Entdeckungen auf die Beobachtungen und Versuche der früheren Autoren, wie Buhl, Klebs u. s. w. zurück, so findet man es sehr natürlich, dass sie einen so innigen Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Skrophulose fanden; sie haben

wahrscheinlich z. B. beim Ueberimpfen käsiger Heerde, nach ihrer Ansicht allerdings skrophulöses, in Wirklichkeit aber tuberkulöses Material den Lymphdrüsen u. s. w. entnommen, und da konnte es denn nicht ausbleiben, dass wieder Tuberkulose erzeugt wurde.

In gleicher Weise wie durch die obigen Entdeckungen eingeschränkt wurde die Skrophulose, wenn sie nicht allen selbstständigen Boden verlor, durch die in neuester Zeit (1881) erfolgte Entdeckung Koch's, der in den Tuberkelknötchen einen spezifischen Bacillus nachwies, durch dessen Ueberimpfung wiederum Tuberkulose erzeugt wird.

Er nannte sie „Tuberkelbacillen“, die seitdem so bekannt und — so berüchtigt geworden sind.

Demnach ist an Stelle des alten *Acre scrophulosum* der Bacillus der Tuberkulose getreten und den meisten Forschern scheint die Frage nach der Identität resp. Nichtidentität der skrophulösen und tuberkulösen Erkrankungen definitiv beantwortet zu sein. Ist z. B. einmal zufälligerweise in irgend einem neuen Werke die Rede von geschwollenen Lymphdrüsen am Halse, so werden sie, falls sie nicht auf luetischer Basis beruhen, im allgemeinen nur als tuberkulöse bezeichnet werden, und wird hierbei wirklich einmal der Name „skrophulös“ gebraucht, so heisst es gewiss immer „tuberkulöse (skrophulöse) Lymphdrüsen“, und das Wort „skrophulös“ wird allein zu dem Zwecke in den Mund genommen, um damit darzuthun, dass sie früher so genannt worden sind.

Doch hält Letulle¹⁾ es für nöthig, neben der rein tuberkulösen Affektion nach wie vor einen skrophulösen Zustand anzunehmen, aus dem sich erstere leicht entwickeln könne.

1) Virchow und Hirsch; Jahresbericht über die Leistungen der gesammten Medicin. XIX. Jahrgang 1884, Band 2.

Er möchte: „Skrophulose und Tuberkulose einer durch dieselben pathogenen Mikroorganismen charakterisierten Krankheitsklasse, der Bacillose oder Phymatozynose zu rechnen, deren eine Form, die Skrophulose, zum klinischen Charakter ihre verhältnissmässige Unschuldigkeit, häufige Heilbarkeit und externe Lokalisation hat, die andre die schwere Form ist, mehr visceral auftritt und den ausgebildeten Typus der Krankheit darstellt.“

Man kann hierbei noch weiter gehen. Wenn man annimmt, dass z. B. der Syphilis¹⁾ ein sog. spez. Ferment, hier virus genannt, eigen ist, warum will man nicht das gleiche Recht der Skrophulose, falls man sie als einen eigenen selbstständigen Krankheitsprocess will bestehen lassen, zuerkennen? Und da es nun heute allgemeiner Standpunkt ist, dass dieses virus auf nichts anderem beruht als auf der Invasion spezifischer Bacillen, die überimpft wieder Syphilis erzeugen, so kann man mit demselben Rechte dasselbe von der Skrophulose annehmen. Man braucht ja ebensowenig wie bei der Syphilis und anderen Infektionskrankheiten, von welchen man auch bis jetzt nur annimmt, dass ihr spez. Krankheitsgift auf Pilzen, Sporen oder Bacillen u. s. w. beruht, so auch bei der Skrophulose den sie eventuell hervorruhenden Krankheitserreger entdeckt zu haben, um dadurch Schlüsse über das Wesen und das Entstehen dieses Krankheitsprozesses sich erlauben zu dürfen.

Nun ist klargestellt, dass die verschiedenen Mikroorganismen einander feindlich sind; es kommt also noch das hinzu, dass bei einer Invasion z. B. von Tuberkelbacillen in skrophulösen Boden es sehr leicht denkbar ist, dass diese über die anderen Pilz- oder Bakterienarten die Oberhand gewinnen und sie auf irgend eine zu denkende Art und

1) Monatsschrift für Ohrenheilkunde. Jahrgang XV, No. 4.

Weise zum Verschwinden bringen, wodurch auch wiederum das Auffinden derselben in erheblichem Masse erschwert oder unmöglich ist. Geht man von dieser Anschauung aus, so kann man die Skrophulose etwa folgendermassen definieren: Die Skrophulose ist eine Krankheitsform, von welcher man annimmt, dass sie sich äussert in verschiedenen lokalen Erkrankungen, welche ihrerseits hervorgerufen werden durch Einwanderung von Mikroorganismen irgend einer Art; diese haften besonders vielleicht an solchen Individuen, die eine bestimmte Disposition dazu haben.

Nachdem nunmehr durch genaue Erkenntniss der tuberkulösen Prozesse ein grosser Theil der früher als Skrophulose bezeichneten Krankheitserscheinungen sich abgezweigt hat, tritt an uns die Frage heran, ob die noch übrig bleibenden verschiedenen krankhaften Veränderungen weiterhin verdienen, unter einem Gesamtkrankheitsbilde, Skrophulose genannt, zusammengefasst zu werden oder ob wir es vielmehr auch hier bei genauer Betrachtung mit verschiedenartigen Einzelerkrankungen zu thun haben, die in ihrem Wesen ganz verschieden sein können. Im allgemeinen werden hierhin fallen verschiedenartige Hautausschläge, die man bisher bei den skrophulös genannten Individuen nie vermisste, verschiedene Affektionen der Schleimhäute und verschiedener drüsiger Organe.

Als skrophulöse Affektionen der Haut beobachtet man die verschiedensten Hautausschläge.

Sie unterscheiden sich im wesentlichen nicht von anderen Exanthenen, die unabhängig von Skrophulose auftreten; doch mag das eine erwähnt werden, dass sie besonders Stellen der behaarten Kopfhaut und des Gesichtes befallen. Vielleicht zeichnen sie sich auch dadurch aus, dass ihr Verlauf ein chronischer ist, und dass sie eher zu Recidiven neigen als

andere Hauterkrankungen. Es ist zunächst hierhin zu rechnen der von Hebra sogenannte lichen scrophulosorum. Er ist charakterisiert durch Auftreten kleiner Knötchen, die entstanden sind durch Eintreten plastischer Exsudate in die Hautpapillen. Die Knötchen sind etwa birsekorn gross, von gelbrother bis braunrother Farbe und treten meist gruppenförmig auf. Die Affektion zeichnet sich noch weiter dadurch aus, dass die Knötchen während des ganzen Krankheitsprozesses Knötchen bleiben und keine weiteren Metamorphosen erleiden.

Am häufigsten tritt die Hauterkrankung der skrophulös genannten Individuen auf in der Form des Eczems.

Dasselbe ist ein chronisch verlaufender Ausschlag, der gekennzeichnet ist durch seröse Transsudation und Abhebung der Epidermis, so dass es zu Bläschenbildung kommt. Er hat die Neigung, grössere nässende Flächen zu bilden. Trocknet das Sekret ein, so ist eine Entwicklung von Borken die nächste Folge. Es tritt besonders häufig an der behaarten Kopfhaut auf als *eczema impeiginosum*, wo es gewöhnlich zur Bildung von grossen gelben, dunkelgrünen oder braunen Borken kommt. Ausserdem zeigt sich die Affektion an der Ohrmuschel und seiner Umgebung, an der Wange und besonders häufig an der Nase und der Oberlippe.

Wenn auch die neueren Forschungen auf dem Gebiete der Hautkrankheiten für verschiedene Formen der Exantheme noch nicht mit Sicherheit bestimmte Pilze als ursächliches Moment haben nachweisen können, — für manche sind sie ja gefunden — (— ich erinnere an *herpes tonsurans*, *favus*, *mentagra*, *psoriasis* etc. —) so kann es doch keinem Zweifel unterliegen, dass dieser Kausalnexus auch für andere Hautaffektionen gültig ist, so dass wir uns der Vermuthung nicht entziehen dürfen, dass auch die verschiedenen Eczemformen,

wie sie namentlich als skrophulöse Anzeichen gelten, auf der Invasion ähnlicher Fermente beruhen.

Die neueren Forschungen haben ausserdem dargethan, dass bei der Entstehung verschiedener Hautausschläge der nervöse Einfluss eine grosse Rolle spielt, und trophische Ernährungsstörungen der Haut vielfach die Veranlassung zu denselben geben. Indessen darf man bei der Verfolgung und Weiterentwicklung dieser Theorien nicht einseitig werden und vielleicht aus einem gewissen Missmuth, dass bisher das Mikroskop uns bei manchen Ausschlägen im Stich liess, nun alle Ausschläge ohne weiteres als nervöse ansehen.

Das kann gewiss nicht geleugnet werden, dass manche Ausschlagformen geradezu an das Verbreitungsgebiet eines einzelnen Nerven sich halten. Ein klassisches Beispiel ist schon seit langer Zeit bekannt, der herpes ophthalmicus, der sehr häufig unter gleichzeitiger Erkrankung von Conjunctiva und Cornea im Gebiete des nervus supratrochlearis sich verbreitet.

Es würde sich mithin dann der Begriff der Skrophulose, so weit er die Hautausschläge betrifft, darstellen als vollkommen denen der Tuberkulose analogen, und wir würden das nervöse Element nur in soweit acceptieren und in Betracht ziehen können als die von uns als skrophulös bezeichneten Individuen Ernährungsstörungen, wie bereits früher entwickelt, in hinreichendem Masse aufweisen.

Was die skrophulösen Erkrankungen der Schleimhäute anbelangt, so ist es eine bekannte Thatsache, dass gerade die Sinnesorgane mit ihren Schleimhäuten sehr häufig Sitz der Affektionen sind, und zwar zeichnen sie sich dadurch aus, dass sie sowohl in der Form der diffusen Schleimhauterkrankungen als auch lokaler Eruptionen in die Erscheinung treten können.

Am Ohr führt die skrophulöse Affektion zunächst zur Otitis externa, einer diffusen Entzündungsform, welche sich entwickelt in der Haut des äusseren Gehörganges und schliesslich auf den ganzen äusseren Ohrkanal und die Aussenseite des Trommelfells übergeht. Man sieht im Anfangsstadium den Gehörgang und das Trommelfell geschwellt und mehr oder weniger stark injiciert. Selten bildet sich diese Affektion zurück, in den meisten Fällen kommt es zu einer Exsudation. Es tritt Otorrhoe ein: das anfangs spärliche, später sich vermehrende Sekret ist theils hell wässriger resp. schleimiger Natur, zumal in der ersten Entwicklung der Krankheit. Es wird dann gewöhnlich dicker und schliesslich, wenn die Affektion bestehen bleibt, nimmt das Sekret eine gelbliche eiterige Beschaffenheit an. Durch den fortgesetzt ausgeübten Reiz auf die Ohrmuschel treten dort sehr häufig lästige Eczeme auf.

Wird die otitis externa vernachlässigt, so kann sie zu schwereren Prozessen führen: sie greift in die Tiefe, zieht das umliegende Gewebe mit in den Entzündungsprozess hinein, ruft Abscesse hervor und kann sogar auf die Knochen zerstörend einwirken.

Gewöhnlich geht sie auf das Trommelfell über, kann sogar dasselbe perforieren, und es treten dann Erscheinungen im Mittelohr ein.

Gewöhnlich zeigt sich eine Erkrankung des Mittelohrs bei skrophulösen Individuen unter dem Bilde eines chronischen (eiterigen) Mittelohrkatarrhs. Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, auf die pathologisch-anatomischen Veränderungen, die durch diese Krankheit hervorgerufen werden, und auf die verschiedenartigsten Formen, in denen sie auftritt, genauer einzugehen, da es nicht die Skrophulose allein ist, die sie hervorruft. Im allgemeinen kann man mit Tröltsch sagen:

„Dass der chronische Ohrkatarrh in einer wiederholten

Schwellung mit allmählicher Verdichtung und Verdickung der sämtliche Theile des Mittelohres überziehenden Schleimhaut besteht, welcher Prozess während eben stattfindender stärkerer Congestivzustände gewöhnlich auch von vermehrter epithelialer, seröser und schleimiger Absonderung begleitet ist.“

Gefährlich wird die Erkrankung, wenn sie, besonders nach jahrelangem Bestehen eiterigen Character annimmt und es dann zu den schweren Formen der otitis media purulenta kommt. Zwar treten die Folgezustände dieser letzteren selten ein, doch so viel ist nach Birch-Hirschfeld sicher, dass der grösste Theil der im jugendlichen Alter erworbenen Schwächungen und Aufhebungen der Gehörfunktion auf Skrophulose zurückgeführt werden kann. Derselbe Autor sagt noch, dass in den Taubstummenanstalten auffallend viele skrophulöse Individuen gefunden würden.

Auch über diese chronischen sich im äusseren Ohr abspielenden Eiterungsprozesse hat die neuere Zeit Licht gebracht. Bezold konnte bei einer gewissen Form von otitis externa diffusa stets die Anwesenheit von Bakterien konstatieren und nahm deshalb Veranlassung, den Namen in otitis externa bacterica umzuändern. Für verschiedene Formen circumscripiter Entzündungen im äussern Ohr (Furunkel, Abscesse) konstatierte Löwenberg die Analogie mit Hautfurunkulose, indem dieselben sich als Einnistungen des streptococcus pyogenes aureus und albus erwiesen. Insbesondere pflegt die eben bei den Hauterkrankungen schon berührte Erkrankung die Ohrmuschel und des weiteren auch den äusseren Gehörgang, ja selbst das Trommelfell zu befallen, und zwingt auch hier wiederum das successive Vordringen in die Tiefe zur Annahme einer Ansteckung.

Ferner besteht die Thatsache, dass sehr häufig das eine Ohr nach dem anderen erkrankt, oder dass die Ohren erst erkranken, nachdem bereits andere eczematöse Heerde am

Körper vorhanden waren, beispielsweise der Nase, wodurch die Vermuthung einer Autoinfektion nahegelegt wird.

Das prägnanteste Beispiel, welches für die hier entwickelte Auffassung spricht, liefern ferner verschiedene Schleimhauterkrankungen der Augen. Wir fassen zunächst die conj. phlyctänulosa ins Auge. Nach Arlt ist die Skrophulose das einzige ätiologische Moment der Phlyctänen, und hat derselbe die conj. phlyctänulosa geradezu conj. scrophulosa genannt. Auch Sämisch giebt zu, dass die Individuen, die an dieser Krankheit leiden, wie er sich ausdrückt: „Die unzweideutigsten Beweise der Skrophulose an sich haben“; er hält letztere ebenfalls für ein sehr mächtiges ätiologisches Moment für die Entstehung obiger Erkrankung.

Die Conjunctivitis phlyctänulosa ist eine Form der Schleimhautentzündung, charakterisiert dadurch, dass sie auf bestimmte Abschnitte der Schleimhaut und zwar auf die der conjunctiva bulbi beschränkt bleibt, also circumscrip't auftritt, und dass sie begleitet wird von der Entwicklung bestimmter Gebilde, den sog. Phlyctänen.

Diese stellen halbkugelige Bläschen vor, welche aus einer Hülle des abgehobenen Epithels und einem serösen Inhalt bestehen; bisweilen wird dieser cisterig; dann haben wir eine Pustel vor uns, die die echte Phlyctäne an Grösse bei weitem übertrifft. Die Phlyctäne sitzt gewöhnlich am Rande der Cornea an der Spitze eines Dreiecks, welches das stark injicierte Schleimhautstück darstellt. In der reinen Form geht die Entzündung ohne Sekretion einher; doch findet sich diese sehr häufig.

In den letzten Jahren hat man ausserdem noch eine Erkrankung des Auges kennen gelernt, die grosse Aehnlichkeit mit der phlyctänulären Erkrankung hat, und bei welcher auch wirklich die Skrophulose als ätiologisches Moment an-

geführt werden konnte, wenigstens in einigen Fällen. Es ist dies der von Sämisch so genannte Frühjahrskatarrh. Man findet bei ihm eine Wucherung des epithelialen Ueberzugs des Conjunctival-Sackes, die bis zum Rand der Cornea und auch wohl in diese übergeht. Die Oberfläche ist spiegelnd und zeigt keine gesunde Röthung, sondern sieht ungefähr so aus, als wenn Milch darüber ausgegossen worden wäre. Eine abnorme Sekretion ist selten; gewöhnlich werden beide Augen befallen. Die Erkrankung macht einen bestimmten Turnus durch, der sich manchmal viele Jahre hindurch wiederholt. Sie entwickelt sich im März und April, erreicht den Höhepunkt im Sommer, um im Winter wieder die normale Beschaffenheit des Auges zurückkehren zu lassen.

Wenn man eine grössere Anzahl von Individuen, welche conj. phlyctänulosa zeigen — auch hier handelt es sich ja meist um das kindliche Alter — untersucht, so findet man fast stets, dass sie an getrennten Körperstellen Hautausschläge aufweisen, vorzugsweise die pustulöse und eczematöse Form, besonders häufig findet man eczema introitus nasi. Man könnte somit die phlyctänulären Erkrankungen geradezu als ein Eczem oder allgemeiner gesprochen als ein Exanthem der conjunctiva auffassen. Auch ist schon die Thatsache seit langem den Augenärzten bekannt, dass man um so erfolgreicher die Augenkrankungen heilen kann, wenn man gleichzeitig auch die Hautausschläge, das Eczem des Naseneingangs zu beseitigen sucht. Geht man von einer Infektionstheorie aus, so ist dieser Zusammenhang sehr leicht erklärt: je mehr Infektionsherde fortfallen, um so geringer ist die Gefahr, dass von neuem eine Infektion der Schleimhaut des Auges stattfinden kann.

Nun erzeugen bekanntlich die phlyctänulären Erkrankungen der conjunctiva sehr gern und leicht bestimmte

Formen, meist oberflächlich sich abspiegelnde Erkrankungen der cornea, von denen einzelne sogar mitunter als Cornea-Phlyctäne bezeichnet worden sind. Auch hier ist der Zusammenhang wohl klar: Diese kleinen oft als Knötchen oder winzige miliare Eiterherde an der cornea auftretenden Stellen sind bedingt durch Invasion und Coloniebildung desselben Infektionsmaterials, welches auch die Erkrankung der conjunctiva hervorrief.

Um die Analogie vollständig zu machen, muss hier daran erinnert werden, dass Iwanoff seiner Zeit uns zwar schon vor vielen Jahren nachweisen konnte, wie die kleinen Hornhaut-Phlyctänen ganz bestimmt dem Verlauf der cornea-Nerven folgten, so dass auch hier dem nervösen Element Rechnung getragen wird. Sowie die weissen Blutzellen, wie Iwanoff nachwies, in den Nervenkanälen gern wandern, so bilden diese auch ebenso bequeme Wege für niedrigere Organismen. Ausserdem wäre noch eine direktere Einwanderung möglich: vom Conjunktivalsack an die vordere Fläche der cornea. Ob es sich bei dieser Uebertragung bereits bestehender Krankheitsherde auf das Auge um die Art der Autoinfektion handelt, dass mittelst Finger, Handtücher, Schwamm, Kopfkissen etc. das contagium übertragen und eingepft wird, oder ob eine allmähliche Wanderung statt hat, ist in den meisten Fällen nicht nachzuweisen, jedenfalls ist beides möglich.

Auf der andern Seite weist der Umstand, dass gerade chronische Erkrankungen des Naseneingangs in der Schleimhaut des Auges Affektionen erzeugen und erhalten, auf die letztere Entstehungsweise hin, indem wir ja hier den Verbindungskanal des ductus nasolacrymalis als Leiter besitzen. In therapeutischer Hinsicht ist die Erkenntniss dieses Zusammenhangs von ungeheurer Wichtigkeit geworden, indem

hartnäckige und fortwährend recidivierende Augenerkrankungen erst mit Erfolg behandelt werden konnten unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Nasenkrankheiten, welche früher von den Augenärzten fast ganz ignoriert wurden.

Vorzugsweise skrophulös wurden auch früher die Individuen bezeichnet, welche an Blepharitiden litten. Auch hier ist für einzelne Formen bereits die Erklärung eine andere geworden. Jene kleinen Abscesschen um die Ciliarhaare herum, auf denen sich leicht, nachdem das Sekret abgebrockt ist, Blepharitis ulcerosa entwickelt, sind nichts weiter als Invasionen eiterbildender Pilzmassen in die Haarfollikel. Oft ist das Infektionsmaterial im Auge selbst vorhanden, indem schleimig eiterige Katarthe der Conjunctiva vorliegen, oder aber es bestehen theils anderwärtig am Körper Herde desselben Materials, von wo aus die Infektion erfolgt, am häufigsten Acne-Ausschläge, oder auch kleine Pusteln und Furunkel.

Auch das häufige Auftreten von Hordeola wurde früher vielfach skrophulös genannt; heute wissen wir, dass das Recidivieren derselben einzig und allein auf Selbstinfektion beruht, indem, wenn einmal eine Talgdrüse inficirt ist, das Kocccenmaterial in benachbarte Drüsen hineinwandert oder durch verschiedenartige Manipulationen auf das andere Auge übertragen wird. Das gleiche gilt von den Abscedierungen der Meibom'schen Drüsen. Gleichzeitiges Vorkommen von hordeolum an den Augen, Furunkel und Pusteln an der Haut, Acne, Beschwerden in der Nase ist nicht selten.

Wir haben somit hier an hervorragenden Beispielen, die gerade das Auge betreffen, dargethan, wie die früheren Krankheitsbegriffe der skrophulösen Erkrankung des Auges sich in durchaus lokale Erkrankungen zergliedern lassen, die zunächst

unabhängig von der Constitution und der Ernährung sich einstellen können.

In hervorragender Weise betheilt sich auch die Schleimhaut der Nase an den früher „skrophulös“ genannten Erkrankungen. Im Kindesalter tritt, wie schon lange bekannt, sehr häufig ein sehr hartnäckiger Katarrh der Nasenschleimhaut mit diffuser schleimiger Sekretion ein, den man bislang stets als ein hervorragendes Symptom skrophulöser Diathese auffasste und dessen alleinige Heilung man vom Gebrauch der Soolbäder und der Allgemeinbehandlung erwartete. Wir wissen heutzutage, dass in weitaus der grössten Mehrzahl der Fälle die Anwesenheit von adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum, also die Entartung der Rachentonsille diesen Krankheitszustand der Nase erzeugt und unterhält, und dass nach Entfernung dieser Wucherung die Nasenkrankheit oft wie mit einem Schlage verschwindet. Es ist also hier durch eine lokale Erkrankung ein Zustand erhalten worden in einem benachbarten Organ, der nicht notwendig seinen Ausfluss aus der Säftemischung und dem Allgemeinzustand nimmt, sondern nach Fortfall der ursächlichen lokalen Erkrankung verschwindet, auch wenn zunächst für den Allgemeinzustand nichts gethan wird.

Besonders sind von jeher die Erkrankungen des Naseneingangs als Zeichen der Skrophulose aufgefasst worden.

Dicke Nase, dicke aufgeworfene Oberlippe galten von jeher als typisches Erkennungszeichen der Skrophulose, und hatte man zur Erklärung dieses Zustandes den pastösen Habitus herangezogen und geradezu geglaubt, dass es sich hier um eine abnorme Fettabsonderung in das Gewebe handele.

Sieht man indess die Fälle etwas genauer an, so findet man fast stets hier lokale Erkrankungen, die freilich oft versteckt liegen, Eczemformen, kleine Eiterpusteln um den

Vibrissen herum, Rhagaden an der Nasenspitze, desgleichen sehr häufig eine Rhagade am Schleimhauttheil der aufgeworfenen Oberlippe; oft ist das chronische Eczem über die Haut der Oberlippe unmittelbar unter der Nase bis zur Schleimhaut hin entwickelt. Eine reiche Erfahrung auf diesem Gebiete, sowohl in der Klinik sowie in der Privatpraxis von Professor Walb gewonnen, hat ergeben, dass eine energische Behandlung der lokalen Herde zugleich eine totale Gestaltveränderung dieser Gesichtsgegend hervorruft, indem das Gedunsen- und Aufgeworfensein der Gegend schwindet und das sog. typische Bild nachher gar nicht mehr nachzuweisen ist.

Hat freilich der Zustand schon Jahre lang bestanden, so ist die chronische Infiltration nicht mehr einer vollkommenen Rückbildung fähig, und es bleibt dauernd eine gewisse Dickenzunahme bestehen, während indess die Oberhaut vollkommen normale Farbe und sonstige Beschaffenheit annimmt.

Es sei noch einer anderen Erkrankung Erwähnung gethan, die bis vor einigen Jahren noch allgemein als Ausfluss der Skrophulose gedeutet wurde, die aber nach den neuesten Untersuchungen wohl auch von ihr ausgeschieden werden muss. Ich meine die ozäna, auch rhinitis foetida genannt, als deren Hauptsymptom der charakteristische foetor angesehen wird. Früher nahm man an, dass sich neben den allgemein bekannten Symptomen, wie Schwellung, Röthe, reichlicher Sekretion der Schleimhaut und schliesslicher Borkenbildung sich Complicationen wie Ulceration und Necrose der knöchernen Scheidewände, welche Processe den foetor hervorrufen sollten, sich einstellen müssten, wenn man berechtigt sein sollte, von ozäna zu reden; zugleich wurde auch eine äussere Anlage des Nasengerüsts dabei in Rechnung gezogen. E. Fränkel stellte dann den Satz auf, dass die ozäna auf

einem dyskrasischen Boden beruhe; ihm schliesst sich Schäffer in Bremen an, welcher von der Ozäna, die auf skrophulöser Basis beruhte, die durch Syphilis hervorgerufene Ozäna trennte.

Man hat bei der Ozäna 2 Stadien unterschieden: ein hypertrophisches und ein atrophisches Stadium.

Bei dem ersteren kommt es zu einer Hypertrophie der Schleimhaut, wodurch dem gelieferten Sekret der Abfluss erschwert wird. Es kommt zur Bildung von Borken, die, wenn sie sich ablösen, leicht Blutungen im Gefolge haben; es entstehen Erosionen der Schleimhaut, die zu ulcera führen.

In dem zweiten Stadium entartet die Schleimhaut; es tritt eine Atrophie ein sowohl des Gewebes der Schleimhaut, als auch der Nasenmuschel, so dass die Nasengänge ausserordentlich weit erscheinen.

Diese letztere Erscheinung wird von Walb in seiner neuesten Schrift: Erfahrungen auf dem Gebiet der Nasen- und Rachenerkrankungen (Bonn, 1888.), dahin gedeutet, dass ausser bedingten pathologisch anatomischen Veränderungen der beständige von den Borken erzeugte Druck die Atrophie der Gewebe herbeiführe. Walb hat in derselben Schrift den Begriff „ozäna“ etwas genauer festgestellt. Er setzt voraus, dass der Begriff des foetor von dem der ozäna nicht getrennt werden kann, doch darf man nicht bei jeder Erkrankung der Nase, die mit foetor einhergeht, von ozäna reden. Er scheidet aus die auf Syphilis und Tuberkulose beruhenden Krankheitsprozesse der Nase, die mit Zerstörung und caries der Knochen und ebenfalls mit foetor verbunden sind, von welchen aber die syphilitischen Affektionen einen spezifischen Geruch haben, während der foetor bei tuberkulösen Zerstörungen dem Geruch von jauchendem Knocheneiter gleichkommt.

Nach weiterer Abtrennung des bei Empyem der Highmorshöhle und in Fällen von chronischer Bursitis pharyngea auftretenden Geruchs: „bleibt dann immer noch eine deutlich charakterisierte Krankheit übrig, die stets mit hochgradigem foetor verbunden ist.“ Diese Krankheit ist also die Ozäna.

Für die Erzeugung des spezifischen Geruchs hat nun E. Fränkel — und ihm schliesst sich Walb vollständig an — 2 Momente herangezogen: einmal das Sekret, das in der Nase sich befindet, und zweitens: „Die sich in diesem weiter entwickelnden und die hierbei vor sich gehende Zersetzung des foetor auslösenden Mikroorganismen.“ Nach diesen letzteren hat man in neuester Zeit gesucht, und Löwenberg hat einen von ihm beschriebenen Ozänacoccus gefunden, doch fragt es sich noch, ob dieses der eigentliche Krankheitserreger ist; jedenfalls nimmt man jetzt an, dass Ozäna auf eine bestimmte Infektion hin erzeugt wird, und wird man sie jetzt auch wohl zu den Infektionskrankheiten rechnen.

Ein ähnliches Bild, wie es nach adenoiden Wucherungen oder auch nach Ozäna auftritt, liefern uns Katarrhe der Nase, die hervorgerufen werden durch Polypen oder durch Fremdkörper, die längere Zeit in der Nase stecken bleiben. Auch hier ist es verkehrt, von Skrophulose oder irgend einer anderen Erkrankung als Ursache reden zu wollen.

Entfernt man jene primären Ursachen, so verschwinden die Folgezustände sehr bald von selbst. Tröltzsch sagt hierüber: „Bei mancher „Skrophulose“ möchte die verminderte Durchgängigkeit der Nase mit ihren Folgen ein gar wesentlicher Faktor sein“, und er sieht nicht allein in dem Soolbade und der guten reinen Luft eine Art und Weise der

Therapie, sondern auch vor allen Dingen in der Nasendouche, die dort zum ersten Male angewandt wurde.

Eine hervorragende Rolle der alten Auffassung des Begriffs Skrophulose haben stets die Erkrankungen der Lymphdrüsen gespielt, und haben wir bereits früher Gelegenheit genommen, die thatsächlich tuberkulösen Veränderungen dieser Organe auszuschliessen. Es lässt sich nun nicht leugnen, dass gerade mit den vorstehend erörterten verschiedenartigen krankhaften Zuständen sowohl der Haut wie auch der Schleimhäute chronische Anschwellungen der Lymphdrüsen des betreffenden Strömgebietes vorkommen, und würden wir dann unter Beibehaltung des Ausdrucks „skrophulös“ diese letztere Art als skrophulöse Lymphdrüsenanschwellungen bezeichnen können. Man muss sich aber sehr hüten, etwaige so aufgefundene Drüsentumoren als Erkrankung *sui generis* anzusehen und ohne weiteres als Symptom einer skrophulösen Diathese verwerthen zu wollen. Denn bei genauer Untersuchung wird man selten die eine oder andere Lokal-erkrankung in einem höher gelegenen Lymphstromgebiet vergebens suchen, oder aber man findet, dass dieselben wenigstens vorhanden gewesen sind und zur Zeit ihres Bestehens die betr. Lymphdrüsen inficierten. Gerade im kindlichen Alter reagieren die Lymphdrüsen sehr leicht auf durch sie hindurchgehende Säfte, welche von entzündeten Parthien herkommen. Es genügt schon eine durch *caries dentis* hervorgerufene *pulpitis*, um eine Anschwellung der Drüsen der betr. Halsseite zu unterhalten. Dabei kann man ja immerhin zugeben, dass einzelne Individuen leichter Lymphdrüsenanschwellungen aufweisen bei Vorhandensein eines höher gelegenen Krankheitsheerdes, als andere.

Im übrigen kann man wohl bei jedem Menschen dasselbe Abhängigkeitsverhältnis konstatiren: beispielsweise pflegt

eine unter dem Kinn gelegene Lymphdrüse auch bei Erwachsenen stets ein paar Tage schmerzhaft zu sein und anzuschwellen, wenn sie von herpes labialis befallen werden. Dessgleichen erkranken vorübergehend die Lymphdrüsen am Halse bei verschiedenen Halsaffektionen, z. B. nach tonsillitis follicularis. Freilich pflegt nach dem jedesmaligen Verschwinden dieser mehr oder weniger akuten Erkrankung die Lymphdrüsenanschwellung zurückzugehen, und wir würden dies in so weit zu konstatieren haben, als wir es bei der sog. Skrophulose mit mehr bleibenden und chronischen Anschwellungen zu thun haben. Dies erklärt sich indess aus dem meist langwierigen und chronischen Verlauf derjenigen Lokalleiden, denen sie ihren Ursprung verdanken, und stellt sich nicht ein, wenn jene lokalen Leiden im akuten Stadium bekämpft werden. Auf der anderen Seite ist auch nicht zu leugnen, dass Individuen, die an einer und derselben akuten Lokalerkrankung häufig leiden, schliesslich auch dauernde Vergrösserung von Lymphdrüsen zurückbehalten. Man beobachtet dies z. B. am häufigsten bei Menschen, die zu Mandelentzündungen neigen, wo dann oft, ehe die Lymphdrüse vollkommen zur Ruhe gekommen, bereits wieder eine neue Attaque der Initialerkrankung sie von neuem anschwellen lässt.

So müssen wir also auch für die Lymphdrüsenenerkrankungen zunächst eine Gelegenheitsursache, eine von aussen an den Körper herantretende Krankheitserregung suchen und annehmen, und wir können nicht die so häufig gefundenen Lymphdrüsenanschwellungen als eine Diathese des Körpers erklären.

Gerade dass einzelne Lymphdrüsen erkranken, andere nicht, dass sie oft einseitig vorhanden sind, dass die erkrankten gerade da liegen (am Halse), wo die Stromgebiete

zusammenkommen, welche von den der Aussenwelt am meisten exponierten Stellen des Körpers herkommen, und wo sich die Orificien befinden für den Respirations- und Digestions-traktus, wo ausserdem Sinnesorgane freiliegen mit ihren zarten Schleimhäuten und Hautauskleidungen, weist immer wieder darauf hin, dass es sich um das Eindringen einer Noxe handelt.

Wir werden somit den Begriff „Skrophulose“ nach unserem heutigen Standpunkt darin zu suchen haben, dass unter dem Einfluss von schlechter Ernährung, socialen Verhältnissen, hereditärer Belastung eine Widerstandslosigkeit gegen die von aussen an uns herantretenden Gifte und Krankheitserreger vorhanden ist, die im Verlauf um so leichter das Bild einer Allgemeinerkrankung vortäuschen kann, je saumseliger man in der Bekämpfung der ersten Krankheitsheerde gewesen ist.

Es mag noch darauf hingewiesen werden, dass ganz gewiss ein Theil dessen, was man bisher unter dem Namen „Skrophulose“ zusammenfasste, gewisse hereditäre Ausläufe der Syphilis darstellt; auf diese hier einzugehen, würde uns zu weit führen, und müssen wir uns mit der Erwähnung dieses Verhältnisses begnügen.

Diese Anschauungen über Skrophulose werden uns veranlassen, einen vollkommen anderen Weg einzuschlagen bei der Behandlung dieser Krankheitszustände, als dies bisher üblich gewesen ist. Wir werden in erster Linie auf die Bekämpfung der lokalen Heerde bedacht sein müssen, und zwar möglichst sofort im akuten Stadium dieselben beseitigen, während man früher geradezu glaubte, sie als ein *noli tangere* betrachten zu müssen und als Entlastungsstellen ansah, durch welche die Skrophulose gewissermassen aus dem Körper herausgehe, während das Verhältnis gerade um-

gekehrt ist, indem durch die lokalen Heerde die verschiedenen Noxen in den Körper hincingehen. Es sind demgemäss die Hautausschläge aufs energischste zu behandeln, die Schleimhauterkrankungen, die Erkrankung der Sinnesorgane sofort fachgemäss zu bekämpfen; man darf nicht exspektativ verfahren, um durch den Gebrauch der Bäder und etwaige Verbesserung der Lebensverhältnisse das allein geheilt zu sehen. Dass dabei der Allgemeinzustand nicht vernachlässigt werden soll, ist selbstverständlich, und es ist besonders eine Hauptaufgabe des Arztes, dahin zu wirken, dass durch Verbesserung hygieinischer Verhältnisse das Entstehen dieses Krankheitsbildes verhütet werde.

Es ist den Kindern Aufenthalt und Bewegung in frischer, freier Luft anzurathen; besonders freudig begrüsst werden muss die obligatorische Einführung des Turnens und der Turnspiele in den Schulen; vor allen Dingen aber auch könnte die Einrichtung billiger Volksbäder und die Einführung der obligatorischen Benutzung derselben in den Schulen mehr für die Bekämpfung der sog. Skrophulose thun, als der so beliebte innerliche Gebrauch von Leberthran oder Jodpräparaten, zu dem in zahlreichen Familien sämtliche Kinder mit Zustimmung des Arztes ohne weiteres verurtheilt werden.

Am Schlusse der Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Walb für die vielfache und freundliche Anleitung und Unterstützung, die derselbe bei der Anfertigung dieser Arbeit mir zu theil werden liess, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Benutzte Quellen:

- 1) Hufeland: Ueber die Natur, Erkenntnissmittel und Heilart der Skrophelkrankheit, Wien, 1798.
- 2) Billroth's und Pitha's Handbuch der Chirurgie.
- 3) Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, Band XIII, 2. Hälfte: Birch-Hirschfeld: Skrophulose.
- 4) Monatschrift für Ohrenheilkunde, Jahrgang XV, No. 4: Schäfer: Ozäna.
- 5) Tröltzsch: Lehrbuch der Ohrenheilkunde, Leipzig, 1881.
- 6) Virchow und Hirsch: Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte der gesammten Medizin, XIX. Jahrgang 1884, Band 2.
- 7) Virchow: Die krankhaften Geschwülste, Band II, Berlin, 1864.
- 8) Virchow's Archiv: Band 75 und 90. E. Fränkel: Path.-Anat. Untersuchungen über Ozäna.
- 9) Volkmann: Sammlung klinischer Vorträge: Nr. 30, 49, 64, 151, 175, 218.
- 10) Walb: Erfahrungen auf dem Gebiet der Nasen- und Rachenerkrankungen. Bonn, 1888.

Vita.

Geboren wurde ich, Dietrich Victor, evangelischer Confession, am 5. Januar 1866 zu Hochfeld bei Duisburg. Meinen ersten Unterricht genoss ich in der Elementarschule meines Heimathsortes. Ich besuchte dann von Ostern 1874 bis Ostern 1884 das Gymnasium zu Duisburg, welches ich mit dem Zeugniß der Reife verließ, um mich dem Studium der Medicin zu widmen. Von Ostern 1884 bis Ostern 1886 bezog ich die Universität Bonn. Nach bestandenen Tentamen physicum ging ich im 5. Semester nach Berlin, im 6. nach München, kehrte im 7. Semester nach Bonn zurück und bestand hier am 1. August 1888 das examen rigorosum.

Meine Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten :

in Bonn: Anschütz, Barfurth, Binz, Burger, Clausius, Doutrelepont, Finkler, A. Kekulé, Kocks, Koester, Krukenberg, v. Leydig, Nussbaum, Pflüger, Prior, Ribbert, Rühle (†), Rumpf, Sämisch, Schaaffhausen, Strasburger, Trendelenburg, Ungar, v. La Valette St. George, Veit, Walb, Witzel;

in Berlin: Busch, A. Fränkel, Liebreich;

in München: Bauer, Messerer, Winckel.

Allen diesen hochverehrten Herren meinen herzlichsten

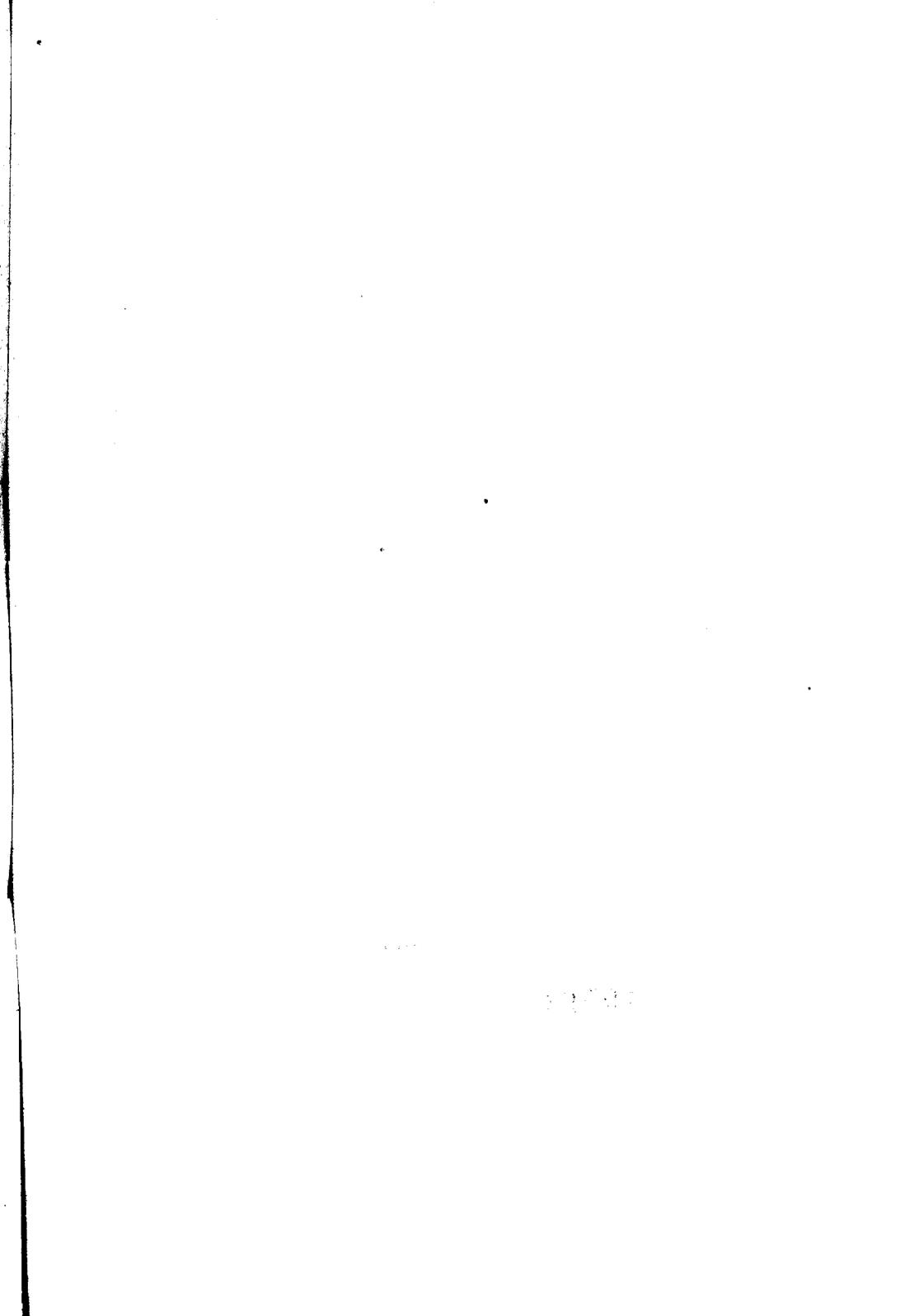
Dank.

Thesen.

1. Bei den »skrophulös« genannten Affektionen sind in erster Linie die lokalen Heerde zu bekämpfen; an zweiter Stelle erst soll man das Allgemeinbefinden in Rücksicht ziehen.
2. Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist die Einführung eines elastischen Bougies die beste Methode.
3. Die Fergusson'sche Schnittführung bei angeborener weichen Gaumenspalte ist wegen nachfolgender Muskellähmung zu verwerfen.

15794





1543