



Ueber

luetische und phthisische Affectionen im Halse.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Facultät der Universität Jena

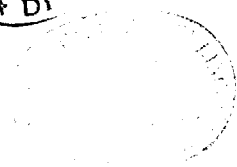
zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin
Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt

von

Cesar Bililowsky
aus Poltawa,



Jena,

Druck von Julius Hossfeld.

1883.

Seinem brüderlichen Freunde

Herrn Giuseppe Tompakoff

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.



Die Combination von luetischer und tuberculöser Rachen- und Kehlkopferkrankung ist bis jetzt merkwürdigerweise noch nie eingehender gewürdigt worden. In der ganzen Literatur fand ich einzig und allein eine Angabe von Schäffer¹⁾, er habe 4 Fälle (3 männlich, 1 weibl.) von Larynxtuberculose combinirt mit Syphilis beobachtet, ohne dass aber auch dieser Autor auf eine Beschreibung dieser Fälle eingegangen wäre.

Ich halte es deshalb nicht für überflüssig, einen derartig combinirten Fall ausführlicher mitzutheilen und mit einer literarischen Einleitung zu begleiten, wie sich der Rachen und Kehlkopf einerseits gegen Tuberculose, andererseits gegen Syphilis verhält, bezw. welche Beobachtungen über uncombinirte Fälle beider Krankheiten vorliegen.

Der Pharynx ist entschieden eine Praedilectionsstelle der Syphilis, weniger der Tuberculose; doch kann er den zahlreichen in der Literatur verzeichneten Fällen nach auch primärer Sitz der Tuberculose und zwar sowohl der acuten wie auch der chronischen Form sein²⁾).

Einige behaupten wohl, die Pharynxtuberculose

1) Deutsche med. Wochenschr. N. 21, 1883.

2) Cornil, Journal des Connaissances medicales 1875. 13. Juli. Isambert, Fränkel, E. Wagner, O. Weber u. v. A. siehe unten.

komme äusserst selten und nie primär vor¹, oder nie allein für sich, sondern immer mit gleichzeitiger Tuberculose des weichen Gaumens²), des Larynx oder der Lungen; allein wir wissen jetzt, dass die Tuberculose nicht nur ihren Ausgangspunkt, sondern auch ihren alleinigen Sitz im Pharynx haben kann.

Die Nase³), die Zunge, die Leber, die Nieren, die Lymphdrüsen, der Darm, der Hoden etc. (Köster, Friedländer, Bizzozero, Schüpel u. m. A.), alle diese Organe können gelegentlich Sitz sein von primären Tuberkelherden.

Dr. Secchi berichtet über einen Fall von Miliartuberculose des Pharynx⁴), wo zwar auch ein Lungenleiden bestand, der Patient aber zuerst über Störungen im Halse klagte und erst später Symptome eines Lungenleidens bemerkte.

Auch Fränkel⁵) giebt an, dass fast alle Patienten zuerst auf Erkrankung und Schmerzen im Schlund

1) Z a w e r t h a l, W., Ueber Pharynx-Tuberculose. Wien. med. Presse N. 41 et 43. P. Guttmann, Deut. med. Woch. N. 21, 1883: „Tuberkelbacillen in tuberculösen Geschwüren des weichen Gaumens“. Unter 300 Fällen von Phthisis sah er höchstens 1 pCt. von Pharynxphthise.

2) H. Wendt und E. Wagner, Ziemssen, VII. I. S. 304. P. Guttmann, l. c. Die Pharynxphthise entstehe nach seiner Ansicht secundär durch das Sputum der erkrankten Lungen. Lublinski pflichtet dem bei.

3) Willigk, Prager Vierteljahrsehr. Bd. 38 S. 4: Dies ist nicht „der einzige Fall von Nasentuberculose in der Literatur“, wie Fränkel behauptet (Ziemssen IV, 1, 1879). Auch Tornwaldt theilt einen Fall von primärer Nasentuberculose mit. Arch. f. clin. Med. Bd. 27 S. 586.

4) Berl. klin. Woch. 1877, N. 26.

5) Berl. klin. Woch. 1876, N. 46: „Sechs Fälle von Miliartuberculose im Pharynx“.

aufmerksam wurden. Und Isambert ¹⁾ beschreibt Fälle, in denen die Lungen und übrigen Organe noch gesund waren, während im Pharynx bereits tuberculöse Geschwüre bestanden. Mit diesen Angaben stimmt der Fall überein, den O. Weber ²⁾ mittheilt, wo nämlich bei einem jungen 26jährigen Manne die Lungentuberculose, als er starb, so wenig vorgeschritten war, dass die grossen tuberculösen Geschwüre des Rachens offenbar die Hauptursache des raschen Verfalles waren.

Auch in dem von Schäpeler ³⁾ bekannt gemachten Fall von Miliartuberculose des Pharynx bei einem 9-jährigen Mädchen waren die Symptome von Seite der Lungen nur wenig hervortretend gewesen.

Was die Häufigkeit der Pharynxtuberculose anbelangt, so ist die Behauptung E. Wagners, dass diese Erkrankung weniger selten ist, als man nach den spärlichen pathologisch-anatomischen und klinischen Beschreibungen vermuthen sollte, vollkommen richtig. Um die vermeintliche Seltenheit der Pharynx-Tuberculose zu beweisen, giebt Fränkel an, er habe aus den in den Jahren 1865—66 im Berliner pathol. Institute gemachten 1085 Sectionen 150 Fälle von Phthisis oder Tuberculose und unter allen diesen nur in einem Falle das Vorkommen tuberculöser Geschwüre im Pharynx erwähnt gefunden. Indess sowohl die von ihm selbst veröffentlichten 6 Fälle, wie die 3 Fälle von O. Weber, derjenige von Secchi und die von Navratil ⁴⁾ mitgetheilten 20 Fälle von tuberculöser Ulceration im Pha-

1) Annales des maladies de l'oreille et du Larynx I, II.

2) Pitha-Billroth, III, 1. A. 337.

3) Tilfælde of Miliartuberculose: Farynx Hospitalstid. 3 R. VI, 7. 1879. Auch Schmidt's Jahrb. 1879, II.

4) Laryngologische Beiträge. Leipzig 1871.

ryn timer, sprechen entschieden für die vorerwähnte Behauptung Wagners.

Vielleicht liesse sich die unter den Aerzten verbreitete Meinung, es komme Tuberculose im Rachen nur äusserst selten vor, damit erklären, dass man häufig wegen der Schwierigkeit der Differentialdiagnose und wegen häufigeren Vorkommens syphilitischer Ulcerationen im Rachen in Versuchung kommt, ein tuberculöses Geschwür in diesem Organ für ein syphilitisches anzusehen.

Isambert, Konstantin Paul, Lewin, Tobold, Reinacker und viele Andere sprechen sich in denjenigen Fällen, wo es sich um eine ausgedehnte ulceröse Zerstörung des Pharynx und benachbarter Partien handelt, für Syphilis und nicht anderweitige Affectionen aus.

Wie der Pharynx, so ist gelegentlich auch der Larynx Sitz der Syphilis.

Eine ganz unschuldige catarrhalische Laryngitis ist wohl in der Mehrzahl der Fälle die Veranlassung zur Localisirung der Syphilis im Kehlkopf ¹⁾. Im Allgemeinen ist die Localisirung der Syphilis in diesem Organ gar nicht so selten. Bei Rühle finden sich von 100 Fällen von Syphilis 15 solche, in denen auch der Kehlkopf syphilitisch afficirt war. Bei Alenhöfer von 1200 25, bei Engelsted ²⁾ von 521 25; bei Sommerbrodt von 84 15; bei Lewin von 1000 44 ³⁾.

Bei weitem häufiger als die Syphilis kommt im

1) Tobold, Die chronischen Kehlkopfkrankheiten, Berlin 1866.

2) Citirt in Virchow-Hirsch's Jahrb. 1868. II. Bd. S. 585.

3) „Die Behandlung der Syphil. mit subcut. Subl. Inject.“ Berlin 1869.

Larynx die Tuberculose vor. Dies mag auch der Grund sein, weshalb man eine ulceröse Affection im Larynx eher für eine tuberculöse, als eine syphilitische zu halten geneigt ist.

Bezüglich der Frage, ob der Kehlkopf primär tuberculös afficirt werden kann, gehen die Ansichten der Autoren auseinander. Schech¹⁾ giebt, auf klinische Erfahrungen gestützt, zu, dass der Kehlkopf früher als die Lunge phthisisch werden könne, er ist aber der Ansicht, dass der Kehlkopf in der überwiegenden Anzahl der Fälle später erkrankt als die Lunge. Auch Morrell Mackenzie²⁾ spricht sich dahin aus, dass die Laryngealphthisis wesentlich ein secundäres Phänomen sei, welches als eine Folge von Lungenschwindsucht auftritt, bemerkt aber zugleich: damit ist nicht gesagt, dass Laryngealphthisis nicht primär vorkommt. Louis behauptet ebenfalls, dass der Kehlkopfphthise stets die Lungenphthise, wenn auch nicht immer nachweisbar, voranginge. In Uebereinstimmung mit diesen Autoren halten auch Tobold, Voltolini und andere die Kehlkopftuberculose stets für ein secundäres Product der Lungentuberculose.

Dagegen halten viele andere (Trousseau, Belloc, Andrae, Rühle, Ter Maten, Waldenburg etc.)³⁾ fest an ihrer Behauptung, nach welcher die Tuberculose im

1) Klinische und histol. Studien über Kehlkopfschw. Separatabdruck aus dem bair. ärztl. Intellig.-Blatte, 1880.

2) Laryngeal Phthisis: its Origin, course and termination. Brit. med. Journ. Aug. 25, 1879.

3) In neuester Zeit hat M. Schäffer den unanfechtbaren Beweis geliefert, dass der Larynx primär phthisisch werden kann (Deut. med. Woch. 1883, Mai, Juni), und zwar kann die Larynxaffection schon lange bestehen, bevor seitens der Lungen irgend welche krankhafte Symptome erscheinen.

Kehlkopf auch primär vorkommen und für sich bestehen könne.

Auf dem internationalen medicinischen Congresse in London führte Prof. Rossbach¹⁾ in seinem Vortrag: „Die Pathologie der Kehlkopfphthise“ aus, „dass die Möglichkeit des Vorkommens einer primären Halschwindsucht nicht absolut verneint, sondern nur als höchst selten bezeichnet werden darf. Es ist nicht nur denkbar, dass auch aus nicht specifischen Kehlkopfgeschwüren durch Einfließen und Aspiriren des Eiters in die Lungen eine phthisische Erkrankung dieser eintritt, wie, dass auch primär einfach catarrhalische Halsgeschwüre im Laufe der weiteren Krankheitsentwicklung tuberculös werden; sondern es ist bereits von Sommerbrodt an Kaninchen experimentell durch künstlich hervorgerufene und unterhaltene Kehlkopfwunden und -Geschwüre eine Perichondritis purulenta hervorgerufen worden, von welcher letzterer wir durch andere Beobachter wissen, dass ihre letzten Konsequenzen die Zerstörung des Lungengewebes, die Lungenschwindsucht zu sein pflegt.“

Diesem stimmten Johnson, Fränkel und Gerhard bei.

In einem Punkte aber stimmen fast alle Autoren überein, nämlich in der ungemeinen Schwierigkeit, eine sichere Diagnose, respective Differentialdiagnose zwischen der Tuberculose und einem anderen ulcerösen Prozesse im Larynx zu stellen.

Während Schnitzler in dem charakteristischen Befund: zerklüftete Geschwüre, hervorragende Zacken, blasse Umgebung etc., einen wichtigen Anhaltspunkt

1) M. J. Rossbach, Transactions of the internat. medical Congress, Vol. III. Diseases of the Throat S. 210.

für eine sichere Diagnose der Tuberculose sieht, und diese auf laryngoscopischem Wege leicht und „mit absoluter Sicherheit“ diagnosticirt haben will, und nach Störk (Laryngoscopie und Rhinoscopie. Pitha-Billroth) die Tuberculosefrage mit Hilfe der Laryngoscopie dereinst ihre endgiltige Erledigung und Entscheidung finden, wie auch, dass die Entwicklung der Tuberculose im Kehlkopf in allen ihren Phasen mit den Augen soll verfolgt werden können, sind hingegen andere sehr bekannte Laryngologen und bedeutende Kliniker durchaus entgegengesetzter Meinung. So sagt Schrötter, es gebe kein Differentialmoment, um die catarrhalische Erkrankung des Larynx vom idiopätischen Katarrh oder jenem, der im Gefolge anderer Erkrankungen auftritt, zu unterscheiden. Ziemssen sagt¹⁾: „weder der Katarrh, noch die Ulceration der Phthisiker bieten charakteristische Merkmale, an denen man sie als solche erkennen könnte. Und Heinze's Angabe, dass die tuberculöse Infiltration laryngoscopisch sicher als solche erkannt werden könne, bedarf noch weiterer Prüfung.“

In verneinendem Sinne spricht sich auch Prof. Rossbach²⁾ aus. Laryngoscopisch, sagt er, ist es bis jetzt noch nicht gelungen, Tuberkelablagerungen, Tuberkelknötchen im Kehlkopf als solche zu erkennen, weder vor noch während der Ulcerationsperiode und eine sichere Diagnose auf Halsschwindsucht könne man nur bei gleichzeitig nachweisbarer Lungenschwindsucht stellen.

Die Diagnose z. B. auf Syphilis kann nur aus dem anderweitigen Nachweise von Syphilis gemacht wer-

1) Ziemss. IV.

2) M. J. Rossbach, l. c.

den ¹⁾, ist aber überhaupt nicht leicht zu machen, denn nur beim Fehlen katarrhalischer, phlegmonöser, tuberculöser Geschwüre, und durch Heilung der Geschwüre durch Antisyphilitica, bei charakteristischem Verhalten der Umgebung des Geschwüres, und aus der Anamnese ist man mehr oder weniger berechtigt, die Diagnose auf Syphilis zu stellen ²⁾. Und Ziemssen trägt mit Recht Bedenken gegen die Behauptung Türks, nach der diesyphilitischen Geschwüre im Kehlkopf einen typischen Habitus haben sollen.

Dazu gesellt sich noch eine andere Larynxaffection, die den beiden obenerwähnten ähnlich aussieht und scheinbar sich mit jenen identisch verhält. Wir meinen die scrophulöse Larynxaffection. Wir haben also ausser jenen beiden Processen noch einen, der die Differentialdiagnose um ein Bedeutendes schwieriger macht. Dies bestätigt Isabel François ³⁾, indem er sagt, die Differentialdiagnose habe die Aufgabe die scrophulösen Larynxaffectionen von den syphilitischen und tuberculösen zu trennen. Dieselbe sei aber häufig sehr schwer, und man dürfe sich dann nicht mit einer Beurtheilung aus dem localen Befunde begnügen, sondern müsse die ganze Körperoberfläche in Betracht ziehen.

Laboulbène ⁴⁾ betont ebenfalls die Schwierigkeit, den syphilitischen Process im Larynx von tuberculösen zu unterscheiden, wobei er die Dauer des Processes für ein wichtiges Moment für die Diagnose hält.

1) Zeissl, Grundriss der Pathologie und Therapie der Syphilis. 1876. Stuttgart.

2) O. Weber, l. c. Heinrich von Robart, Angina syphilitica hereditaria. Inaug. Diss. Würzburg 1876.

3) Des scrofulides laryngées. Thèse. Paris 1880.

4) De la tuberculose bucco-laryngée. Gaz. des hôp. N. 91.

Die bedeutendsten Laryngologen¹⁾ gestehen die Schwierigkeit der Differentialdiagnose ein und heben hervor, dass die sichere Diagnose der Larynx tuberculose in vielen Fällen nur durch jene der Lungentuberculose möglich ist²⁾.

In dieser Beziehung bemerkt auch Morell Mackenzie: das makroskopische Aussehen der Laryngophthisis kann nicht mit Sicherheit weder bei der Untersuchung im Leben, noch bei der nach dem Tode charakterisirt werden.

Die Anhaltspunkte nun, nach denen man sich bei der Diagnose resp. Differential-Diagnose der geschwürrigen Halsaffectionen zu richten pflegte, waren von verschiedenen Autoren verschieden angegeben und wechselten mit jedem neuen Fortschritt der Wissenschaft rasch nach einander ab.

Vor nicht zu langer Zeit wollten einige in der Schwellung der Drüsen der betreffenden krankhaften Partien ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal erblicken³⁾ indem nach ihrer Angabe die Schwellung der Drüsen fast Regel bei der Syphilis ist, während sie bei der Tuberculose beinahe stets fehlt⁴⁾. Fauvel⁵⁾ ging in dieser Behauptung noch weiter. Er zog zur Erklärung der von ihm urgirten Thatsache, dass bei der Larynxphthisis die tuberculösen Affectionen der Lymphdrüsen des Larynx (Cervicaldrüsen) ungemein seltene, wo nicht fehlende Vorkommnisse seien, die Entwicklungsgeschichte heran.

1) Tobold, l. c. Türk, „Klinik und Krankheiten des Kehlkopfes“. Wien 1866.

2) Vgl. Rossbach, l. c.

3) Zeissl, l. c.

4) Laboulbène, l. c.

5) Fauvel, Ch., Cause de l'absence de la tuberculose



Wie unzuverlässig aber die geschwellten Drüsen für die Diagnose der Syphilis und Exclusion der Tuberculose sind, beweisen die zahlreichen Fälle, in denen es sich um ausgesprochene Larynxtuberculose handelte und zugleich die Cervicaldrüsen afficirt waren. In dem vorhin erwähnten Fall von Secchi und Anderen waren die Lymphdrüsen zu beiden Seiten des Halses und unter dem Unterkiefer stark geschwollen.

Andere nahmen behufs frühzeitiger und sicherer Diagnose das Laryngoscop zu Hilfe. Wir haben schon oben erwähnt, dass Schnitzler, Störk, Fränkel u. A. m. auf laryngoscopischem Wege den Nachweis von Miliartuberkel beim Lebenden für möglich halten und auf diese Weise die Möglichkeit aussprechen, zu einer „absolut sicheren“ Diagnose gelangen zu können. Allein Morell Mackenzie, Waldenburg, Doyen geben diese Möglichkeit ganz einfach nicht zu. Andere wiederum — Schrötter: „Laryngolog. Mittheilungen“. Wien, 1875 —, und Schaeffer l. c. legen bei der Diagnose der beginnenden Tuberculose auf die paretischen Erscheinungen der Stimmbänder — (Parese der Verengerer der Stimmritze) — grosses Gewicht. Es sollen, nach Angabe Schaeffer's, Ulcerationen und Infiltrationen, wenn sie eintreten, nur auf der paretischen Seite zur Ausbildung gelangen. Auf 110 Fälle von Phthisis kamen 74, also 67,2% mit paretischen Erscheinungen vor. Die Richtigkeit dieser seiner Behauptung beweist er auch vom anatomischen Standpunkt in Uebereinstimmung mit Luschka („Die Anatomie des menschlichen Halses“. Tübingen 1862, pag. 394, 295.) Dieser Parese der Stimmbänder, der sich bald ein Ulcerations-

ganglionnaire secondaire dans la phthisis laryngée. Gaz. des hôp. N. 9 und 14. 1879.

process anschliesst, folgt späterhin eine gleichseitige Lungenkrankung.

Aber die Stimmbänder-Parese allein ohne anderweitige sichere Kriterien ist kein zuverlässiger Anhaltspunkt. Die Stimmbänderparese kommt noch bei einer Reihe anderer Larynxerkrankungen vor.

Jasset-Moure¹⁾ wollte einen anderen Ausweg für eine richtige Differentialdiagnose gefunden haben. Er hat die unterscheidenden Merkmale zwischen Syphilis und Tuberculose des Larynx in eine Tabelle zusammengestellt, und zwar in folgender Weise:

Syphilis.	Tuberculose.
Die Stimme:	
Sec. Stadium: normal od. Sec. Stadium: normal od.	Beginn: heiser, zwei-
rauh, Verlust der Biegsam- keit (!), des Ausdrucks.	tönig (?). Manchmal Apho- nie.
Tert. Stad.: Rauh, selten matt.	Ulceras. Stad.: Matt, flüsternd.
Der Husten:	
Sec. Stad.: Nicht vor- handen.	verschieden je nach dem Zustande der Lungen.
Tert. Stad.: Nicht häufig.	Prim. Phthis.: selten, kaum vorhanden.
u. s. w.	

Diese Unterscheidungsmerkmale sind aber, wie es leicht einzusehen ist, von keinem Belange und haben absolut keinen Werth. Viel zweckmässiger wäre schon eine Tabelle, die etwa auf folgende Art zusammenge-
stellt wäre:

1) De la syphilis et de la phthisis laryngées au point de vue du diagnostic. Thèse. Paris Auch in Schmidt's Jahrb. 1879. II, 538.

Syphilis.	Laryngealtuberculose.
Geschlecht:	
Bei beiden gleich oft	öfter beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht (nach Mackenzie).
Geschwür:	
mit gelben eitrigen Grund, mit scharf ausgeschnitt. steilen oder gewulsteten Rändern (Bäumler).	Zerklüftet, ausgezackt, mit käsig zerfall. Grund, mit überhängenden blauerth-hyperämischen Rändern.
Umgebung:	
gewulstet, intensiv geröthet.	blass, mit grauen Knötchen durchsetzt.
Verlauf:	
gewöhnlich langsam	rascher Verlauf.
Schmerzhaftigkeit:	
in d. Regel fast gar nicht empfind. od. doch sehr gering.	sehr schmerzhaft.
Fieber:	
Kann auch gar nicht vorhanden sein.	immer vorhanden.
u. s. w.	

Nicht nur der makroskopische Befund intra vitam, sondern auch der pathologisch-histologische gibt oft gar keine Anhaltspunkte für diese oder jene Diagnose. Es ist nicht immer möglich, mit Gewissheit zu sagen, ob man es im gegebenen Fall mit einem sogenannten echten Tuberkel zu thun hat, oder mit einem Knötchen anderer Genese. Biefel¹⁾ fand, dass in

1) Ueber die tuberculösen Geschwüre und Evasionen des Filtrum ventriculorum im Kehlkopf der Phthisiker. Jahresbericht der schles. Gesellsch. f. vaterl. Cultur pro 1879, Breslau.

allen Fällen tuberculöser Geschwürsbildung in der Kehlkopfschleimhaut zuerst bei intacter Submucosa resp. Drüsenschicht eine Anzahl von miliaren Rundzellentuberkeln oberhalb der trennenden elastischen Schicht in den Straten der Mucosa abgelagert werden, indem hier gleichzeitig ein Rundzelleninfiltrat (umschriebene zellige Herde) entsteht, welches dicht unter der Epithelialschicht der Mucosa fortläuft und die letztere bedeutend verdickt. Diesen Befund hält Biefel für sicher in Hinsicht auf die mikroskopische Diagnose des Tuberkels der Kehlkopfschleimhaut.

Wir müssten demnach die Larynx-Phthise unbedingt diagnosticiren, wenn wir in der Kehlkopfschleimhaut den Tuberkel finden. Denn nach einigen soll ja nur der Kehlkopftuberkel die Grundlage der Larynx-phthise sein. Rokitsansky, Foerster, Virchow ¹⁾, O. Heinze, Krishaber ²⁾ und andere. Allein es kann doch andererseits nicht geleugnet werden, dass 1) im phthisischen Halse mehr oder weniger häufig auch nicht tuberculöse Geschwüre vorkommen ³⁾ (Schottelius hat z. B. die zwischen den Aryknorpeln sich bildenden Geschwüre auf ganz einfache physiologische und mechanische Momente zurückzuführen vermocht) ⁴⁾, und 2) dass beim Menschen ausser der Tuberculose noch die miliare Syphilis das histologische Bild umschriebener zelliger Herde (vom Baue des Virchow'schen resp. Langhans-Schüppel'schen Tuberkelknötchens mit centraler Gewebsverkäsung) zu erzeugen vermag ⁵⁾, und leicht zu einer irrigen Diagnose Veranlassung geben könnte.

1) „Krankhafte Geschwüre“, II, 2, S. 645.

2) Transactions of the seventh session of the internat. Congress, London 1881. S. 209.

3) Rossbach, l. c.

4) Rossbach, Monatsschrift f. Ohrenheilkunde, N. 1, 1881. Vgl. l. c.

5) Baumgarten: Schon in diesen Worten liegt ein

Ferner galten noch, wie bekannt, die Riesenzellen für typische Kennzeichen der Tuberculose; allein auch sie haben, gleich den Lebert'schen Tuberkelkörperchen, aufgehört ihr Unwesen zu treiben, und haben ihre diagnostische Bedeutung für die Tuberculose verloren, da es sich herausstellte, dass 1) sie in den Tuberkeln nicht constant vorkommen¹⁾, zweitens dass sie auch in anderweitigen Geschwulstneubildungen — Sarcom, Carcinom etc. — sich vorfinden. Hering gelangte sogar zu der, allerdings jetzt noch kaum haltbaren Anschauung, dass die sogenannten Riesenzellen des Tuberkels und analoger Bildungen höchst wahrscheinlich Lymphgefässdurchschnitte und die feinkörnige Ausfüllungsmasse derselben dem geronnenen Inhalt des Lymphgefässes entsprechen.

Kurzum aus Alledem ergibt sich, dass alle diese oben angeführten s. g. charakteristischen Merkmale und typischen Momente bei weitem noch nicht ausreichen, um auf Grund ihres Vorhandenseins oder Fehlens im gegebenen Falle die Diagnose auf Syphilis oder Tuberculose mit absoluter Sicherheit stellen zu können.

Demnach ist es klar, warum vor Allen Koch, Baumgarten, Fraentzel, Cohnheim und A. m. keinen von diesen Momenten auch irgend welche entscheidende Bedeutung zuschreiben wollen, sondern bei der Entscheidung einerseits nur auf die Infectiosität resp. auf die Uebertragbarkeit der Tuberculose²⁾ (Syphilis z. B.

Widerspruch gegen die in der letzten Zeit von demselben Autor aufgestellte Behauptung (Deut. med. Woch. Nr. 18, 1883), wir hätten schon früher, bevor noch die Tuberkelbacillen entdeckt waren, gewisse anatomisch-histologische charakteristische Kennzeichen des Tuberkel gehabt.

1) Hering, Schech, Friedländer.

2) Schon vor 100 Jahren haben die anerkannten italienischen Aerzte: Morgagni, Francesco Dolce, Gaetano Ruberti und A. m. die Ansicht ausgesprochen, die Tuberculose sei eine Infectiouskrankheit. Im Jahre 1782 wurden auf Anrathen der Aerzte und auf Veranlassung des „supremo magistrato di

würde man auf Thiere nicht übertragen können¹⁾, andererseits auf den, schon von Buhl als virus angenommenen, von Cohnheim prophezeiten und endlich von Klebs, Baumgarten und R. Koch entdeckten Tuberkelbacillus das Hauptgewicht legen.

Dieser von Baumgarten zuerst entdeckte Bacillus ist es nun, in dem wir gegenwärtig ein einzelnes absolut pathognomisches Kennzeichen der echten Tuberculose besitzen, ein Kennzeichen, ob welches alle früheren Merkmale, über die der praktische Arzt verfügt hat, nunmehr alle ihre Bedeutung zu verlieren und in völlige Vergessenheit zu gerathen drohen¹⁾.

Finden wir also in dem zu bestimmenden Knötchen die s. g. Tuberkelbacillen, so müssen wir die Diagnose auf Tuberculose stellen.

Nun sind aber grade in der letzten Zeit, wo so viel über die Tuberculose und die Bacillen für und gegen geschrieben wurde, zahlreiche Fälle der Veröffentlichung übergeben, aus denen es sich ergibt, dass die Tuberkelbacillen nicht constant bei Phthisikern vorkommen, oder, im Gegentheil, dass sie auch sogar bei Nichtphthisikern nachgewiesen worden sind.

Für das constante Vorhandensein der Bacillen bei Phthisikern haben sich in jüngster Zeit, so viel wir wissen, hauptsächlich ausgesprochen: Koch, Baumgarten²⁾, Balmer und Fraentzel³⁾, Dettweiler⁴⁾, Licht-

Salute“ in Neapel (später auch in Venedig und in Rom) eine Reihe von höchst strengen prophylaktischen Massregeln gegen die Tuberculose ergriffen. De Renzi, Storia della medicina in Italia, V.

1) Marchand, Deutsch. med. Woch. 1883, N. 15. „Die neuen Anschauungen über die Natur der Tuberculose.“

2) l. c.

3) Berl. klin. Woch. 1882, N. 15.

4) idem N. 7 und 8, 1883.

heim¹⁾), Pfeiffer²⁾), Kredel³⁾), Ziehl⁴⁾) und Andere mehr.

Balmer und Fraentzel stellten sogar den Satz auf: „wo bei Lungenkranken trotz wiederholter und genauer Untersuchung keine Tuberkelbacillen nachgewiesen sind, da besteht auch keine Lungentuberculose“. Später modificirte Fraentzel diesen Satz⁵⁾), indem er sagte: „wo im Auswurf von Lungenkranken trotz wiederholter und genauer Untersuchung überhaupt sputa vorhanden sind und aus den Lungen stammen, besteht entweder überhaupt keine Lungentuberculose oder es fehlen wenigstens Schmelzungsherde in der Lunge, welche ihren käsig-infectiösen Inhalt nach aussen entleeren“.

Baumgarten⁶⁾) stellte den zweiten Satz auf: „Ohne Tuberkelbacillen keine Tuberculose, ohne Tuberculose keine Tuberkelbacillen“.

Babesiu⁷⁾) sowie Rosenstein⁸⁾) haben die Bacillen auch für die Diagnose der Localtuberculose angeblich mehrfach mit Erfolg benutzt. Dessgleichen auch P. Guttmann⁹⁾) in einem Fall von Larynxtuberculose intra vitam, in einem anderen post mortem.

Dettweiler und Meissen¹⁰⁾) haben in 87 Fällen von Phthisis bei 85, also bei 97,7 $\frac{0}{100}$, Bacillen nachgewiesen.

Craemer¹¹⁾) wieauch Lichtheim fanden bei Phthi-

1) Corresp. Blatt f. Schweiz. Aerzte, XIII, 1. 1883.

2) Berl. klin. Woch. N. 3. 1883.

3) XXII. Bericht der oberhess. Gesellsch. f. Natur und Heilk. Med. Gesellsch. Giessen, 13. März 1883.

4) Deutsch. med. Woch. 1882, N. 15.

5) Deutsch. med. Woch. 1883, N. 17.

6) l. c.

7) Centr. f. d. med. Wiss. 1883, N. 9.

8) idem N. 5.

9) l. c.

10) „Der Tuberkelbacillus und die chron. Lungenschwindsucht“. Sep.-Abdr. aus d. Berl. kl. Woch. 1883, N. 7.

11) Sitzungsber. d. phys. medic. Societät zu Erlangen, 11. Dec. 1882.

sichern auch im Stuhlgang die Bacillen. Zugleich aber giebt Craemer an, auch im Stuhlgang gesunder Individuen Bacillen gefunden zu haben, welche dasselbe Verhalten gegen Farbstoff¹⁾ und das gleiche Aussehen haben, wie die Tuberkelbacillen.

Als Anhang zu dieser letzten Angabe sei hier noch erwähnt der interessante Fall von Finkler und Eichler²⁾, ein Fall, der als Beweis erbracht wurde, dass ein vorübergehendes Auftreten von Bacillen bei einem Nicht-Phthisiker, die genau sich verhalten wie Tuberkelbacillen (blau auf braunem Grunde), vorkommen kann, ohne zur Diagnose der Tuberculose zu berechtigen. Und Balogh³⁾ drückt sich ohne weiteres so aus: „der Nachweis der Tuberkelbacillen ist für die Erkennung der Erkrankung werthlos, weil ihnen keine specifischen Merkmale zukommen.“

Franz Ziehl⁴⁾ widerlegt diesen überaus kühnen Ausspruch Balogh's⁵⁾, spricht sich aber zugleich, auf seine Erfahrung und genaue Untersuchung gestützt, entschieden auch gegen jene Behauptung aus, die der Balogh'schen vollkommen entgegengesetzt lautet, nämlich: „wo keine Tuberkelbacillen, da keine Tuberculose, wo floride Tuberculose, da ungeheure Mengen von Bacillen“.

1) In der letzten Zeit (deut. med. Woch. N. 17, 1883) wurde die Ehrlich'sche Theorie bezüglich der Färbung der Tuberkelbacillen als völlig unstichhaltig gekennzeichnet.

2) „Ueber Erkennung der Tuberkelbacillen“. Centralblatt f. klin. Med. N. 15, 1883.

3) Discussion in der Gesellschaft d. Aerzte in Budapest. Referat in d. Wiener med. Presse, 1882, p. 1618.

4) Deut. med. Woch. N. 5, 1883.

5) Von den anderen Arbeiten, die gegen die Specificität der Tuberkelbacillen sprechen, namentlich von der Spina's und Anderer, besonders amerikanischer Aerzte, erwähnen wir hier nichts, erstens darum, weil dies nicht in den Rahmen unserer Arbeit passt, zweitens, weil Koch, gegen den hauptsächlich alle jene Arbeiten gerichtet waren, in der Deut. klin. Woch. N. 10 1883, selbst eine gebührende Antwort gegeben hat.

Schliesslich ist in diagnostischer Hinsicht auch noch der Umstand zu berücksichtigen, dass in älteren Tuberkelknötchen die Tuberkelbacillen häufig nicht mehr, oder nur sehr spärlich nachzuweisen sind.

Allein trotzdem, dass auch in Bezug auf dieses „absolut pathognomonisch-morphologische Kennzeichen“ der Tuberculose die Ansichten der Aerzte bis jetzt noch weit auseinandergehen, kommt immerhin, wie Ziehl wohl bemerkt, dem Nachweis der Tuberkelbacillen eine gewisse diagnostische Bedeutung zu, die ganz unabhängig ist von der Koch'schen Theorie der Tuberculose, eine Bedeutung, die denselben selbst dann noch bleiben würde, wenn die Koch'sche Theorie widerlegt werden sollte.

Bedenkt man aber, wie grade in der Tuberculo senfrage, wie in keiner anderen, zu allen Zeiten die berühmtesten Kliniker und Pathologen — Laennec und Niemeyer, Virchow und Rindfleisch, Buhl u. A. m. — sich schroff gegenüberstanden; bedenkt man ferner, dass auch jetzt die Gelehrten noch nicht zu einem festen und positiven Schluss bezüglich der Tuberkelbacillen gelangt sind, und dass nicht jeder Arzt (geschweige schon derjenige gewöhnlichen Schlags) zugleich eingeweihter Mikroskopiker ist, um sich selbst gegebenen Falls von der Gegenwart oder dem Fehlen der Bacillen zu überzeugen, — so kommt man unwillkürlich zu dem Schluss, dass vielmehr, wenn es sich um eine Diagnose resp. Differentialdiagnose der Kehlkopfphthise (event. Syphilis) handelt, alle subjectiv und objectiv wahrnehmbaren Unterscheidungsmerkmale und Symptome berücksichtigt und in Erwägung gezogen werden müssen.

Wenn die Kehlkopfphthise für uns jetzt nicht mehr ein „tostloses Einerlei“ ist, wie früher, so ist sie doch noch immer eine schwebende Frage und, um mit Prof. Rossbach ¹⁾ zu reden, „noch viele Punkte in der

1) Rossbach, l. c.

That erheischen eine eingehendere Bearbeitung.“

So lange die pathologische Histologie für sich allein das Recht in Anspruch nimmt, den Sieg über diese Frage zu erringen, wird die letztere auch noch fernhin auf eine entgültige Lösung warten.

Es muss vielmehr bei Beurtheilung dieser Frage allemal die klinische Erfahrung hilfreich Theil nehmen. Auf diese aber wird, wie es scheint, zu wenig Werth gelegt; und dies entschieden mit Unrecht. Wir erinnern nur an die Worte Friedreich's in der 47. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Breslau: „der pathol.-anatomische Standpunct für sich allein genügt nicht, um das Wesen der Tuberculose zu erklären. Es gehört dazu auch klinische Beobachtung.“ In diesem Sinne äussert sich auch Ed. Andreae¹⁾ indem er sagt: in der Mehrzahl der Fälle, ist wegen der grossen makro- und mikroskopischen Aehnlichkeit zwischen Tuberkel- und Gummaknoten²⁾ die Frage nach der Natur des Leidens nur unbestimmt zu beantworten, und hängt der Entscheid mehr von dem gesammten Eindruck des bei der Autopsie erhaltenen Bildes, sowie des klinischen Verlaufs, als von der mikroskopischen Untersuchung ab.

Die klinische Beobachtung also, und, wie bei der Erkennung einer jeden Wahrheit — das Experiment.

„Es ist heutzutage nicht mehr thunlich das Experiment von der Klinik zu trennen“³⁾.

Es ist befremdend, dass fast alle berühmten Laryngologen eine Complication der Kehlkopfphthise mit Lues für ein keineswegs so seltenes Vorkommniss hal-

1) Ed. Andreae: „Anat. Untersuchungen über die Lungenaffectionen syphilit. Kinder“. Inaug. Diss. Würzburg.

2) Vgl. Schnitzler: „Ueber Lungensyphilis und ihr Verhältniss zur Lungenschwindsucht“. Wien 1880.

3) M. J. Rossbach: „Ueber den gegenwärtigen Stand der internen Therapie. Berlin 1883.

ten, und doch keines einzigen solchen Falls Erwähnung gethan.

Tobold, der in seinem werthvollen Buche¹⁾ eine solche Fülle von klinischen Fällen von Syphilis oder Tuberculose im Halse anführt, äussert sich unter anderem: „in der Larynxsyphilis findet die nicht selten mit ihr complicirte Laryngealtuberculose einen günstigen Boden und ist dann bisweilen schwierig, wenn nicht gar unmöglich von jener zu trennen“, erwähnt aber keinen einzigen Fall von einer derartigen Complication.

Türk zählt in seinem Meisterwerk²⁾ eine womöglich noch grössere Anzahl verschiedenartigster klinischer Fälle von Tuberculose oder Syphilis im Larynx auf und betont ebenfalls die Möglichkeit einer Complication dieser beiden Affectionen, indem er sagt, im Falle einer Complication von Syphilis und Tuberculose würde ein Irrthum nicht von practischem Belange sein; aber auch bei ihm finden wir keinen einzigen solchen Fall erwähnt.

Sigmund v. Larion gibt auch an³⁾, dass man nicht selten im Larynx Papel, Tuberkel und sich daraus entwickelnde Geschwüre an einem und demselben Individuum gleichzeitig vorfindet.

In der That ist in vielen Fällen die Tuberculose nur eine natürliche Folge der syphilitischen Verschwärung im Rachen; denn es kann auch hier, wie in der Lunge, die Syphilis, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt und nicht entsprechend behandelt wird, zur Phthisis dieses Organs führen⁴⁾.

1) Tobold: Die Kehlkopfkrankheiten. Berlin 1866.

2) Türk: Klinik und Krankheiten des Kehlkopfes. Wien 1866.

3) Pitha-Billroth, I. 2. A. S. 223.

4) M. J. Rosshach, Transaction of the internat. med. Congress. Vol. III. London 1881. Vgl. auch A. Sokolowski: „Ueber syphilit. Lungenschwindsucht“. Gazeta lekarska 1882. N. 11—15. Warschau.

Auch in unserem Falle bestand die Tuberculose auf syphilitischer Grundlage.

Der Fall betraf einen 41jährigen Mann aus Jena. Aus der Anamnese des Kranken ergibt sich Folgendes:

Anamnese.

S., 41 J., Locomotivführer aus Jena.

Die Eltern des Patienten leben noch beide und sind gesund. Pat. war bis zum Jahre 1880 dauernd vollständig gesund gewesen. Er ist seit 1870 Locomotivführer, und hat bis zu obiger Zeit niemals den Dienst auszusetzen nöthig gehabt. Vorher war er Schlosser gewesen. Im April 1880 merkte er während des Dienstes, dass seine Beine stark geschwollen waren, ohne jede ihm bekannte Veranlassung und ohne Vor- ausgehen eines anderen Leidens. Die Schwellung trat sehr schnell ein, sodass er mit grosser Mühe seine Stiefeln herunterbrachte; dieselbe rückte bis an die Knie. Patient setzte nun 5—6 Wochen den Dienst aus, während welcher Zeit er zu Hause im Bett gelegen hat, und von Prof. Schillbach behandelt wurde. Er bekam Einreibungen und innerlich Medicin. Eiweiss soll sich nach Angabe des Pat. während der Zeit nicht im Urin gefunden haben. Irgend welche andere Beschwerden hat Pat. in jener Zeit nicht gehabt. Nach Ablauf der angegebenen Zeit war Pat. geheilt, und begab sich wieder in Dienst, den er bis September 1881 als gesunder Mann versah. Zu dieser Zeit bekam er Husten und Heiserkeit, wesshalb er vom Arzt auf 6 Wochen nach Sulza geschickt wurde, um dort eine Milchkur durchzumachen. Den Winter 1881/82 hat er dann wieder ohne sonderliche Beschwerden gefahren, bis zum März 1882. Zu dieser Zeit stellten sich die obigen Störungen des Respirationsorgans in verstärktem Grade wieder ein, und hat er desshalb bis Mitte Mai unter

ärztlicher Behandlung zu Hause gelegen. Dann hat er wieder bis zu seiner jetzigen Aufnahme in's Krankenhaus (den 14. I. 83), abgesehen vom Monat October seinen Dienst gethan. Die Heiserkeit nahm indessen mehr und mehr zu, und seit etwa 4 Wochen ist er ganz tonlos. Der Appetit war auch verringert, jedoch seit den letzten 8 Tagen konnte er fast gar nichts geniessen, weil er vor Schmerz beim Schlucken nichts herunterbrachte. Der Stuhlgang war unregelmässig, zuweilen fest, jedoch vorwiegend von dünner Consistenz. Geschwitzt hat P. zuweilen gegen Morgen im Bett, doch nicht sehr bedeutend. Pat. will erst seit den letzten 8 Tagen, in denen er sogut wie nichts gegessen hat, abgemagert und matt geworden sein. Potus und Lues sollen nicht vorhanden sein. Pat. ist seit 10 Jahren verheirathet und hat 2 gesunde Kinder.

Status praesens: 16. I.

Ziemlich grosser Mann, von kräftigem Knochenbau. Muskulatur und Fettpolster etwas geschwunden. Farbe des Gesichts und der Lippen stark cyanotisch. Haut am Rumpf trocken, blass; Temperatur erhöht. Keine Oedeme. Puls 96. Radialis weich, Pulsus debilis. 24—26 Respirationen. Kehlkopf steigt nach abwärts, die laryngoscopische Untersuchung ergibt hochgradige Röthung und Verdickung der Epiglottis. Kehlkopf unterhalb derselben von Eiter erfüllt, die Stimmbänder fehlen fast ganz. Es besteht totale Aphonie und hochgradige Dysphagie. Thorax schmal flach; Inspirationen wenig ergiebig. Percussion ergibt auf der rechten Infracaviculargrube etwas erhöhten tympanitischen Schall mit deutlichem Wintrich'schen Schallwechsel.

Herzdämpfung nicht vergrössert. Auscultation ergibt rechts vorn: Supra- und Infracaviculargrube unbestimmtes Athmen mit etwas hauchendem Exspirium und reichlichen Rasselgeräuschen. Nach unten zu gemischtes Athmen. Links supraclavicular schwaches

Vesiculär-Athmen; fossa infraclavicularis - vesiculäres Athmen, zuweilen succadirt; nach unten zu vesiculäres Athmen. Herztöne rein. Hinten rechts f. suprascapularis gemischtes Athmen mit bronchialem Expirium. Im Interscapularraum rechts bronchiales Athmen; nach unten zu wieder gemischtes Athmen mit bronchialem Expirium. Links oben vesiculäres Athmen, in der f. suprascapularis mit trochealem Expirium. Linker Interscapularraum — gemischtes Athmen, nach unten von da — Vesiculär-Athmen.

Besteht immerwährender heiserer Husten mit reichlichem eitrigem Auswurf. Urin — sp. G. 1022, — ohne Eiweiss.

Status praesens (22, I.)

Gewicht: 51 $\frac{1}{2}$ K. Patient vollständig aphonisch. Laryngoscopische Untersuchung ergibt: Zungengrund dick belegt, Kehldeckel stark gewulstet. Das linke Stimmband ist von einem Geschwür stark ausgefressen, das rechte weniger. Auf der ganzen Lunge überall normaler Schall und vesiculäres Athmen; nur rechts oben ist der Schall etwas gedämpft, und das Athmegeräusch daselbst zeigt verlängertes etwas hauchendes Expirium. Rasselgeräusche zur Zeit nicht hörbar. An der Vorderseite der Epiglottis zahlreiche kleine weisse Punkte. Im Sputum massige Mengen von Tuberkelbacillen. Der linke Hoden zeigt unten sowie an der Spitze des Nebenhodens 2 feste harte wenig empfindliche Tumoren.

Diagnose: Lues et Tuberculosis laryngis, Tuberculosis pulmon., dextr. incip. Gummata testic. sin.

Sectionsbericht¹⁾ (Nr. 37.)

Gestorben den 2. II. 1883, Nachts 1 $\frac{1}{2}$ Uhr.

Section den 3. II. 1883, Mittags 12 Uhr.

1) An dieser Stelle spreche ich meinen innigsten Dank aus dem Herrn Hofrath Professor W. Müller für manche Aufklärung des Sectionsberichts, die er mir mit der ihm eigenen Liebenswürdigkeit zu Theil kommen liess.

Lungen¹⁾ normal collabirend, beide partiell verwachsen; Herzbeutel normal freiliegend; im Lumen bräunlich-rothe klare Flüssigkeit.

Pleura an mehreren Stellen des Ober- und Unterlappens geröthet, frisch dünn fibrinös belegt. Oberlap. im Bereich der Spitze umschrieben schiefrig indurirt; in der Induration eine rosenkranzförmige mit einem Bronchus zweiter Ordnung communicirende braungelb belegte Höhle mit schmutzig braungelbem Inhalt. Bronchi an der Einmündungsstelle ulcerirt. Oberlap. ausserdem zwischen gelblich-rothen lufthaltig emphysematösen Partien zahlreiche und ausgedehnte Gruppen grauweisser Knötchen und ein Paar kleine Höhlen im Bereich der Induration der vorderen Partie des oberen Drittels röthlichgelb, lufthaltig, mehr isolirte grauweisse Knötchen führend. Die unteren $\frac{2}{3}$ bräunlich roth, lufthaltig, leicht ödematös, spärlich zum Theil zu Gruppen vereinigt grauweisse Knötchen enthaltend. Schleimhaut der Bronchien kaum geschwellt, unbedeutend geröthet. Nichts in Lungenarterien und grösseren Lungenvenen.

Rechte Lunge über dem Unterlappen mit streckenweise dünn fibrinös belegter, grau-rothe Knötchen führender Pleura überzogen. Oberlap. im Bereich der Spitze retrahirt. Pleura schwarzgrau verfärbt. Die hintere Partie des Oberlap. von der Spitze nach abwärts ziemlich dick schiefrig indurirt; in der Induration eine taubeneigrosse, leicht buchtige trüben Inhalt führende Höhle mit grüner Wand. — Oberlappen sonst braunroth, lufthaltig, nach vorn an Zahl abnehmende Gruppen grauer und graugelber Knötchen führend. Mittellappen blass, bräunlich-roth, von kirschengrossen Gruppen grauer Knötchen mit zwischenliegenden schiefrigen Zügen durchsetzt. An der Spitze des Unterlap-

1) Wir theilen aus dem Sectionsbericht nur den Befund derjenigen Organe mit, die uns am wesentlichsten hier interessiren.

peus eine reichlich taubeneigrosse, gelben Eiter enthaltende Höhle. Unterlappen bräunlich roth, lufthaltig, ödematös, allenthalben dünn gesäete, isolirte und zu Gruppen vereinigte graue Knötchen enthaltend. Geringe Schwellung und Röthung der Schleimhaut der Bronchien. Die zur Spitze des Oberlappens führenden Bronchien cylindrisch erweitert. Lungenarter. und Ven. wie links.

Zunge bleich. Narbe in der rechten Tonsille; vordere Wand des Pharynx bis zum oberen Rand der Ringknorpelplatte rechts mehr als links buchtig ulcerirt. Buchtige Ulcera der rechten Seitenwand über dem rechten Zungenbeinhorn. Oesophagus bleich und glatt. Epiglottis beiderseits am hinteren Ende der Seitenränder ulcerirt; die Umgebung der Ulcera tief geröthet: Schleimhaut des Kehlkopfs, dessen Knorpel verknöchert sind, ein zusammenhängendes flaches z. Th. dichtgedrängte grauweisse Knötchen an der Basis erkennen lassendes Geschwür darstellend. Linker Aryknorpel verknöchert, necrotisch; ebenso die rechte oberste Trachealschleimhaut im Bereich 2 Ringe flach ulcerirt. Um die Ulcera flache grauweisse Knötchen. Schleimhaut der Trachea im Ganzen wenig geschwellt, kaum geröthet. Schilddrüse hellbraungelb, fettig; Läppchen sehr deutlich. Pulmonararterie nahe der Umschlagsstelle des Pericards mit geröthetem fibrinös geröthetem Parietalpericard versehen.

Tiefes zwei Drittel des Ringumfanges einnehmendes, mit geröthetem gewulstetem Rand versehenes Geschwür im Rectum. Linker Hoden mit der Scheidenhaut verwachsen; im Innern des Hodens eine mässige Anzahl stecknadelkopf- bis halberbsengrosser derber, fibröser, grünweisser Einlagerungen. Nebenhoden in ganzer Ausdehnung höckrig geschwellt, von käsigen Herden dicht durchsetzt. Rechter Hode frei, durchaus unversehrt.

Epikryse.

Schon aus der Anamnese gewinnen wir bestimmte Anhaltspunkte für die Diagnose. Die Störungen im Respirationsorgan (Heiserkeit, Husten), die im Herbst 1881 begannen und immer mehr zunahmen, bis Pat. vollständig aphonisch wurde, und die Schmerzhaftigkeit beim Schlucken, die in der letzten Zeit so gross war, dass der Kranke 8 Tage lang, vor der Aufnahme im Krankenhaus, so gut wie gar nichts gegessen hat, schon diese Momente allein deuten darauf hin, dass es sich hier um einen einfachen Catarrh nicht handeln konnte, sondern dass vielmehr jene Störungen im Halse nurphthisischer Natur gewesen sind (Heiserkeit, Husten, Dauer, Schmerzhaftigkeit, Aphonie).

Wir kennen in der Literatur keinen Fall von hochgradiger Kehlkopfphthise, wo die grosse Schmerzhaftigkeit beim Schlucken als nie fehlende charakteristische Begleiterscheinung nicht ganz besonders hervorgehoben wäre. Weiter unten werden wir noch darauf zurückkommen und sehen, wie grade diese Schmerzhaftigkeit es ist, der die Kliniker (Rossbach, M. Schmidt, Schaeffer, Buchner etc.) ihre besondere Aufmerksamkeit schenken, um eben, wie sich Schaeffer treffend ausdrückt, die Larynxphthisiker wenigstens nicht verhungern zu lassen.

Andererseits gilt es als Regel, dass alle anderen catarrhalischen Geschwüre sehr selten in so hohem Grade schmerzhaft sind, wie die phthisischen.

Die weiteren Momente, die die Diagnose: Kehlkopfphthise, wohl über jeden Zweifel erheben, sind: die geschwürig stark ausgefressenen Stimmbänder und Epiglottis, die massigen Mengen von Tuberkelbacillen im Sputum, die Cavernen, die ausgedehnten Gruppen grau-weißer Knötchen im Kehlkopf wie auch in den Lungen, der fortwährende Husten mit reichlichem, eitrigem Auswurf u. s. w.

Da sowohl im Pharynx und Larynx als auch in

den Lungen die hochgradigen Zerstörungen chronischer Natur waren, die Störungen im Halse aber früher begannen, so sind wir geneigt, in diesem Falle die Lungenschwindsucht als Folge der Kehlkopfschwindsucht anzusehen.

Nun haben wir aber noch einige Momente übrig, die uns mit Bestimmtheit darauf hinweisen, dass wir es hier nicht nur mit Phthise allein, sondern noch mit einem syphilitischen Processe zu thun haben. Die Narbe an der rechten Tonsille, die Ulceration an der vorderen Pharynxwand, die grosse und beträchtliche Ausdehnung der Geschwüre im Larynx, wie es nur bei syphilitischer Verschwärung möglich ist ¹⁾, das tiefe mit charakteristischen gewulsteten Rändern versehene Geschwür im Rectum, die fibrösen Einlagerungen im rechten Hoden u. s. w. ²⁾, lassen auch bezüglich der Diagnose Syphilis keinen Zweifel zu.

Die Tonsillennarbe allein für sich hätte eigentlich keine entscheidende Bedeutung, denn sie könnte ja von einem abgelaufenen Catarrh, oder von einem Geschwür ganz anderer Natur (z. B. typhöser, phlegmonöser etc.) herrühren, aber im Anschluss an die anderen obenerwähnten Momente, muss sie als eine syphilitische bezeichnet werden.

Um Alles kurz zusammenzufassen, können wir sagen: 1) dass schon beim ersten Heiserkeits- und (vielleicht nur durch localen Reiz bedingten) Hustenanfalle, wahrscheinlich eine syphilitische Affection im Pharynx und an der Tonsille, also an Stellen, wo bekanntlich die Syphilis mit Vorliebe beginnt, bestanden, und 2) dass die Kehlkopfphthise auf syphilitischer Grundlage sich entwickelt hatte, um im weiteren Verlauf auch noch auf die Lungen überzugreifen.

1) Wendt, l. c. Bäumler: Ziemssen VII.

2) Wir haben noch nachträglich erfahren, dass der Kranke in der That früher wegen Syphilis behandelt wurde.

Therapie. Was nun die Therapie anbetrifft, so muss in jedem combinirten Fall von combinirter Lues und Tuberculose des Halses der allgemeinen Behandlung eben soviel Aufmerksamkeit zugewandt werden, wie der localen.

Liegen vor uns im Halse Ulcerationen vor, die auf Syphilis zurückzuführen sind, so ist neben allg. antiluëtischer Behandlung eine locale Therapie von grossem Nutzen. „Ohne locale Pflege keine vollständige Heilung“¹⁾.

Gegen Hustenreiz und Gefühl von Kitzeln und Kratzen ein Narcoticum einathmen lassen; auch Einathmungen einer Jodkalilösung, einer schwachen Sublimatlösung, Pinse lung mit Jodglycerin²⁾.

Was die Behandlung der Kehlkopfphthise anlangt, so gibt es allerdings einige Kliniker, die die Möglichkeit einer Heilung dieser Krankheit nicht zugeben wollen. Unter A. m. Krishaber in Paris, der sowohl auf dem ersten Mailänder laryngolog. Congress, als auch auf dem Londoner internat. med. Congress sich dahin ausgesprochen, dass in denjenigen Fällen, wo Kehlkopfgeschwüre heilten, diese anderer, und nicht tuberculöser Natur waren. „Tuberculöse Geschwüre“, sagte er, „können nicht heilen“. „Alle Mittel“, die er angewandt, „nützen nichts“³⁾.

Auch O. Heinze⁴⁾ zweifelt an der Heilbarkeit der Kehlkopfphthise.

Allein Prof. Rossbach⁵⁾ theilt drei Fälle von hochgradiger Kehlkopfphthise mit, die er vollständig geheilt hat.

1) Sigmund v. Larion, Wien. med. Woch. 32 und 34. 1870.

2) Zeissl, l. c.

3) Krishaber: „La pathologie de la phthisie laryngées“. Transact. of the internat. med. Congr. in London. 1881.

4) l. c.

5) M. J. Rossbach: „Ueber Behandlung und Heilung der Kehlkopfphthise“. Monatsch. f. Ohrenheilkunde. 1881. N. 1.

Auch M. Schmidt, Biefel¹⁾ und Schaeffer, Fränkel, Gottstein u. A. m. stimmen mit Prof. Rossbach in der Behauptung überein, dass die Kehlkopfphthise wohl heilbar sei. Folgende statistische Zahlen beweisen dies am besten. Von den seit 1877 von Schmidt behandelten Kehlkopfschwindsüchtigen wurden im Jahre 1877 von 98 Fällen 3 geheilt, 10 gebessert; im Jahre 1878 von 106 Fällen 7 geheilt, 10 gebessert; 1879 von 115 Fällen 6 geheilt, 13 gebessert; 1880 von 55 Fällen 4 vollständig geheilt, 7 fast geheilt.

Schaeffer²⁾ hat von 310 Kranken 7% relativ geheilt, 29 % gebessert. Die Larynxerscheinungen bei den von ihm local behandelten Kranken haben nie einen so hohen Grad erreicht, als bei den nicht behandelten.

Wenn man nun bedenkt, wie machtlos die Therapie dieser Erkrankung gegenüber früher stand, so sind die oben angeführten Zahlen in der That als sehr hoch anzusehen. Und wäre auch nur ein einzelner Fall bekannt von geheilter Kehlkopfphthise, so „hätte dieser eine positive Fall mehr Werth, als 1000 negative“³⁾.

Welche sind nun die Behandlungsmethoden der Kehlkopfschwindsucht?

M. Schmidt theilte auf dem ersten internat. laryngol. Congress in Mailand⁴⁾ seine Behandlungsmethode mit, die im Wesentlichen in einer fortgesetzten, monat-, ja jahrelang dauernden Anwendung der Carbol-säure und des Perubalsams (Einathmung der Dämpfe während des Kochens der Flüssigkeit: 1 Esslöffel eine 2% Carbolsäurelösung oder 10 Tropfen einer Lösung von 2 Theilen Vals; per. in 1 Theil Weingeist mit $\frac{1}{2}$ Liter Kamillentheee gemischt.) Gegen heftige Schmerzen beim Schlucken empfiehlt Schmidt tiefe Einschnitte

1) l. c.

2) Deut. med. Woch. 1883. S. 339.

3) Rossbach: Transact. of the internat. u. s. w.

4) Vgl. deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 15. 1889.

mit einem Messer. Die Schnitte sind schmerzlos, bluten fast gar nicht und heilen rasch. Doch sind diese Scarificationen bei im letzten Stadium stehenden Phthisikern zu unterlassen, dagegen sind dann örtliche subcutane Morphiemeinspritzungen anzuwenden.

Prof. Rossbach¹⁾ lässt aber viel grössere Mengen Carbolsäure und Kamillenthee täglich einathmen, als Schmidt, nemlich im Durchschnitt 1,0 Gram. Acid, carbol. puriss. auf 2,50 Gram. Kamillenthee, und zwar mit dem Trötsch'schen Flüssigkeitszerstäuber. Die gute Wirkung der tiefen Einschnitte bestätigen: Prof. Rossbach, Biefel und Schaeffer.

Schaeffer wendet noch an Schech's Borsäure-Insufflationen, dann Einspritzungen 3 procentigen Carbolglycerins, auch Creosotlösungen — alle bei grosser Schmerzhaftigkeit mit Morphinum vermischt. Ausserdem schenkt er noch sein Hauptaugenmerk der Regulirung der rationellen Nahrungszufuhr, damit der Körper derartig gekräftigt wird, um die stattgehabte Infection zu überwinden und widerstandsfähiger zu werden.

Neben Incidirungen bei grosser Schmerzhaftigkeit wendet er an zugleich äusserlich Sapoviridis-Einreibungen des Halses. Auch H. Buchner²⁾ sieht nur darin die Hauptaufgabe, die Widerstandsfähigkeit des Organismus, des lebenden Gewebes gegenüber den Spaltpilzen zu erhöhen. Er empfiehlt Arsen, Phosphor und Antimon. Beim Arsengebrauch treten aber hervor Reizerscheinungen der Kehlkopf- und Bronchienschleimhaut, was doch nicht zweckmässig ist, und nur das Uebel vergrössern werde, welches wir zu bekämpfen suchten.

Gegen das von Küssner³⁾ empfohlene Jodoform

1) M. J. Rossbach: Monatschr. für Ohrenheilkunde. Nr. 1. 1881. „Ueber Behandlung und Heilung der Kehlkopfphthise.

2) Centr. f. klin. Medicin 1883. „Zur Therapie der Lungenschwindsucht“.

3) Deut. med. Woch. Nr. 17. 1882.

haben sich viele mit aller Entschiedenheit ausgesprochen; so Schaeffer, Fränkel¹⁾, Schrötter und Neumann²⁾ und A. m.

Rühle hob auf dem zweiten Congress zu Wiesbaden im April 1883 die Prophylaxe besonders hervor.

Von grosser Wichtigkeit ist noch die klimatische Cur und pneumatische Behandlung, die neben der antiphthischen rationell eingeleitet werden muss — Bieffel, Schaeffer, Rossbach³⁾.

Im Falle von ausgesprochener Combination der Tuberculose mit Lues muss freilich das letzte Leiden, als (möglicherweise) ursächliches Moment vor allem berücksichtigt werden, ohne aber zugleich das erste Leiden unberücksichtigt zu lassen.

Und so wurde auch in unserem Falle beiden Affectionen die Aufmerksamkeit zugewandt.

Es wurden verordnet:

Inhalat. hydrorg. bichl. corr. 0,05 : 500,0.

Injectiones.

Inhalat. acid. carbol.

Jodnatrium.

1) Berl. klin. Woch. N. 42. 1882.

2) Wien. med. Woch. N. 51. 1882.

3) Rossbach: „Lehrbuch der physik. Heilmethode. Berlin 1881.

Ich spreche an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. Rossbach meinen Dank aus für die Erlaubniss, den Fall zu veröffentlichen, und die Güte, mit der er mir eine überaus reiche Literatur aus seiner Bibliothek zur Verfügung stellte.



15867