

XVII.

Kleinere Mittheilungen.

1.

Ein Fall von *Filaria medinensis*.

Von Dr. O. Passauer, Assistenten am Stadtlazareth zu Danzig.

Zu Ende vorigen Monats wurde mir von Hrn. Professor Pohl ein Fall aus der hiesigen Poliklinik zur Behandlung übertragen, welcher seiner Seltenheit wegen allgemeines Interesse verdient. — Der Kranke, Brunow Grosshaus, 27 Jahre alt, aus Danzig, ein Seemann, litt seit dem November vorigen Jahres an einem dem Anscheine nach unbedeutenden Fussübel. Es hatte sich nämlich ohne nachweisbare Veranlassung die Haut dicht unter dem äusseren Knöchel des rechten Fusses im Umkreise von circa 1 Zoll geröthet, auf der gerötheten, bei Berührung etwas schmerzhaften Stelle brach bald eine Pustel hervor, beim Gehen öffnete sich dieselbe, und es floss eine geringe Menge Eiter heraus. In wenig Tagen heilte die Pustel vollständig, ohne dass sich gleichzeitig die Röthe und Schmerzhaftigkeit der Haut wesentlich minderte. Patient hatte immer, besonders beim Gehen, ein Gefühl von Spannung und Schmerz an der betreffenden Stelle und giebt an, dass sich von hier aus ein eigenthümlich pressendes und dumpf drückendes Gefühl bis über den oberen Theil des Fussgelenkes und den ganzen Fussrücken erstreckt habe. — Dieser für die Function des Gliedes wenig hinderliche Zustand dauerte den ganzen Winter über in ein und derselben Weise fort, an der betreffenden Stelle zeigte sich inzwischen wieder eine kleine Pustel, welche nach Entleerung von Eiter wie anfangs schnell heilte, bis vor 10 Wochen das Uebel einen grösseren Grad der Heftigkeit erreichte. Die Gegend unter dem Knöchel schwoll stärker an, zeigte stärkere Röthung und Schmerzhaftigkeit, so dass Patient seit dieser Zeit im Gehen sehr behindert war und jede feste Fussbekleidung meiden musste. Nach fleissigem Pappen öffnete sich die Geschwulst an der Stelle der früheren Pustel, es floss eine grosse Menge Eiter heraus und zum Erstaunen des Patienten gingen aus der Geschwürsöffnung darmsaitenähnliche Gebilde ab, welche von dem behandelnden, hier ansässigen Arzte Dr. X. für Sehnen ausgegeben wurden. Der Kranke unterdrückte seine gerechten Scrupel über die Sache und förderte innerhalb 8 Wochen etwa 2 Ellen dieses eigenthümlichen Gebildes aus der Geschwürsöffnung heraus, indem sich einzelne mehrere Zoll lange Enden von selbst bei leichtem Zuge lösten, an-

dere, die noch fest unter der Haut zurückgehalten wurden, bis auf einige Zoll aus der Oeffnung hervorgezogen, mit der Scheere abgeschnitten wurden. Einige Wochen hindurch war nichts Derartiges aus dem Geschwür abgegangen, dasselbe hatte sich allmählig geschlossen, doch Röthe, Anschwellung und Schmerzhaftigkeit bestanden nach wie vor und hinderten den Patienten vollständig am Gehen. In diesem Zustande wurde mir der Kranke zur Behandlung übergeben. — Es zeigte sich eine diffuse rothgefärbte, bei Druck sehr schmerzhaft Anschwellung dicht unter dem Mall. ext. rechterseits, nach oben und unten war ihre Begrenzung durch den Mall. ext. und den äusseren Fussrand schärfer bezeichnet, nach vorn und hinten verlor sie sich allmählig in dem Raume zwischen Basis des fünften Metatarsalknochens und Tub. calcan. Die geröthete Haut zeigte sich stark verdickt, Fluctuation konnte nur undeutlich gefühlt werden. — Nach einer in schräger Richtung über die Geschwulst geführten Incision wurde dicker gelber Eiter herausgedrückt. Der Grund fühlte sich mit der Sonde fest und bandartig an, blossgelegter Knochen war nicht zu fühlen, ebensowenig konnten fistulöse Gänge nachgewiesen werden. — Nach Einführung von Charpie in die Incisionswunde wurde ein Cataplasma angewendet.

Beim Entfernen der Charpie zog ich am folgenden Morgen mit der Pincette einen langen, schmalen Parasiten hervor, der wie ein abgeschnittener Nerv aus dem oberen Wundrande hervorragte. Der Wurm, der übrigens nicht die geringste Spur von Leben zeigte, war von weisser Farbe, hatte eine platte, bandartige Gestalt, indem seine Breite etwas mehr betrug, als seine Dicke. Beim Hervorziehen desselben empfand Patient durchaus keinen Schmerz, konnte nicht einmal nach dem Gefühle etwas bestimmter den Sitz des Schmarotzers angeben; auch mit der aufgelegten Hand konnte man keine Bewegung unter der Haut beim Hervorziehen desselben fühlen. Derselbe schien aus dem Zellgewebe dicht unter dem vorderen Rande des Knöchels hervorzukommen; eine neben dem Wurm eingeführte Sonde konnte nur 1 Zoll weit in einen engen Kanal hineingeschoben werden, der quer über das Fussgelenk ging. — Ich schnitt ein Stück von $4\frac{1}{2}$ Zoll Länge dicht über der Wunde ab und fixirte das andere Ende in derselben mit Charpie und Heftpflaster. — Die nachträglich eingeholten Angaben des Patienten und die genauere Untersuchung des Wurmes machten meine anfangs gehegte Vermuthung, dass hier eine Species der Klasse Nematodes und zwar die in heissen Zonen vorkommende, als *Filaria medinensis* beschriebene Art vorliege, zur vollständigen Gewissheit. — Patient gab an, dass er während der letzten 3 Jahre auf seinen Reisen in Calcutta, Bombay, Australien und auf den Jonischen Inseln gewesen sei, seine letzte Fahrt sei die nach Bombay gewesen, er habe sich hier 8 Wochen aufgehalten und einige Male am Lande gebadet; mit blossen Füßen sei er sonst nicht gegangen. — Bombay ist einer von den Orten, wo der Wurm öfter beobachtet ist, und es ist das Wahrscheinlichste, dass der Schmarotzer von dort her verschleppt, wiewohl nach den Angaben der Sachverständigen, welche behaupten, dass der Wurm 2 — 3 Jahre unter der Haut des Menschen verweilen könne, ohne Entzündungsercheinungen zu erregen, die Möglichkeit nicht ausgeschlossen bleibt, dass die Infection schon auf früheren Reisen des Patienten, vielleicht in Calcutta geschehen ist. Wenn das Wahrscheinlichere angenommen wird, dass unsere Species aus Bombay verschleppt ist,

so dürfte ein etwas längerer Zeitraum, als gewöhnlich angegeben wird, von der Infection bis zum Ausbruch der ersten localen Erscheinungen verstrichen sein. Im Juli vorigen Jahres kehrte Patient von seiner letzten Reise zurück, Ende Januar 1860 zeigte sich die erste Entzündung an dem Fusse, und zwar brach die erste Pustel, wie Patient nachträglich angiebt, unter heftigen Allgemeinerscheinungen hervor. Patient bekam plötzlich Schwindel, Kopfschmerz und über den ganzen Körper einen stark juckenden Ausschlag, der in einem Tage wieder verschwand, Erscheinungen, die man öfter bei derartigen Kranken beobachtet haben will. Während der weiteren Entwicklung des Leidens ist das Allgemeinbefinden des Patienten ein durchaus gutes gewesen, Verdauung und Appetit nicht gestört, bis auf die Behinderung des rechten Fusses volle Körperkraft. — Was den Ort des Uebels anbetrifft, so entspricht dieser ebenfalls der Beobachtung Anderer. — Die Gegend um den äusseren Knöchel herum soll ein Lieblingsaufenthalt der *Filaria* sein. Ob der Schmarotzer in unserem Falle, wie es öfter beobachtet ist, von hier aus noch weitere Gänge nach dem Unterschenkel und hierauf bis zum Oberschenkel gehabt hat, ist schwer zu beantworten. So viel steht fest, dass Patient an den höher gelegenen Partien des Beines niemals das Gefühl eines fremden Körpers unter der Haut gehabt hat; es dürfte ferner ein Umstand, auf den Patient gleichfalls nachträglich aufmerksam macht, dafür sprechen, dass der Sitz des Wurmes ausschliesslich die Gegend des Fussgelenkes und Fussrückens gewesen. Es ist nämlich nach seiner Angabe, nachdem vorher einige kürzere Enden des Wurmes abgegangen waren, bei Druck auf die Anschwellung unterhalb des Knöchels ein wohl $1\frac{1}{2}$ Fuss langes, spiralig zusammengerolltes Ende plötzlich mit einem Ruck zum Vorschein gekommen. Dieser Umstand dürfte für unseren Fall besonders zu beachten sein, indem wir, wie die mikroskopische Untersuchung nachwies, nur in den Besitz eines Mittelstücks gelangt waren, Kopf- und Schwanzende müssen vorher abgegangen sein. Hat der Wurm wie ein Knäuel zusammengeballt gelegen, so kann sich in Folge eines angemessenen Druckes sehr wohl das Schwanzende früher, als das Mittelstück entwickelt haben. Der Kopf hat sich wahrscheinlich unter den zuerst abgegangenen kürzeren Partien befunden.

Was die Länge des Wurmes anbetrifft, so lässt sich diese nur als eine ungefähre angeben. Patient versichert, dass er selbst mindestens 2 Ellen herausbefördert habe. Das zuerst von mir herausgezogene Stück betrug $4\frac{1}{2}$ Zoll, am folgenden Tage entfernte Hr. Professor Pohl das letzte Ende, welches 6 Zoll lang war. Dieses wurde nicht abgerissen oder abgeschnitten, sondern löste sich von selbst aus der Wunde bei leichtem Zuge. Die Länge des Wurmes wäre also ungefähr auf 2–3 Ellen anzuschlagen. Die Breite der zuletzt herausgeführten Stücke betrug 2 Linien, die Dicke 1 Linie und wenig darüber, Patient giebt jedoch an, dass die zuerst entwickelten Enden merklich dünner gewesen seien und von mehr runder Gestalt, was auch mit der in Küchenmeister's Lehrbuch citirten Beschreibung der weiblichen *Filaria* (das Männchen ist weniger genau beschrieben) übereinstimmt. Es heisst hier: *Feminae corpore longissimo (ad 3 ulnas et aliquid supra) subalbo, filiformi, subaequali, secundum Dujardinum antrorsum, sed secundum Diesingium, et quidem quod ipse affirmare possum, retrorsum sensim*

attenuato, ad 1 Lin. seu ad $1-2\frac{1}{2}$ Mm. lato etc." Die platte, bandartige Gestalt, welche sich im frischen Zustande unserer Stücke deutlich aussprach, sich jedoch weniger an dem in Spiritus aufbewahrten Präparate erhalten hat, dürfte vielleicht durch den Druck herbeigeführt sein, dem der todte Wurm unter den Geweben ausgesetzt gewesen ist.

Die mikroskopische Untersuchung unserer Stücke zeigte weder das Charakteristische eines Schwanz- noch das eines Kopfendes, beide Enden waren unregelmässig abgegrenzt. Im Uebrigen glaube ich sowohl an getrockneten mikroskopischen Querschnitten, wie an frischen aufgeweichten Präparaten im Wesentlichen den Bau erkannt zu haben, welcher nach Siebold, Küchenmeister und Leydig die Klasse der Nematoden charakterisirt. — Leider hat der Fall neben seinem rein pathologischen Interesse nur geringen anatomischen Werth, indem wir allem Anscheine nach des Kopf- und Schwanzendes verlustig gegangen sind. Der Prozess scheint vollständig abgelaufen. Die Wunde ist verheilt, alle entzündlichen Erscheinungen sind seit mehr als 3 Wochen vorüber. Patient gebraucht seine Extremität wie früher. Wir kennen jedoch den Verlauf eines solchen Krankheitsprozesses zu wenig, um in unserem Falle nach dem jetzigen Befunde mit Bestimmtheit festzustellen, dass der Parasit vollständig abgegangen, immer bleibt die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass über Kurz oder Lang die localen entzündlichen Erscheinungen von Neuem beginnen und eine weitere Ausstossung noch zurückgebliebener Stücke erfolgen wird.

Danzig, den 21. Juni 1860.

2.

Die gelben Flecke der Stimmbänder.

Von C. Gerhardt.

Betrachtet man den aufgeschnittenen Kehlkopf genauer, so fallen vier Flecke von lebhaft gelber Farbe auf, welche ihren Sitz an den wahren Stimmbändern, und zwar jederseits in der Nähe der hinteren und an den vorderen Enden derselben haben. Die hinteren Flecke sind grösser, undeutlich dreieckig und sitzen etwa dort, wo die Spitze des Processus vocalis in das Stimmband hineinragt. Sucht man nach dem Grunde dieses Aussehens, so lässt sich die Schleimhaut nicht anschuldigen, denn wenn man dieselbe, was ziemlich schwierig gelingt, lospräparirt, so ist sie an der gelben Stelle von gewöhnlicher Farbe, nur bedeutend dünner und fester angehaftet als in der Umgebung. Unter derselben findet sich der Processus vocalis und dieser zeigt in der That eine gelbliche Farbe und grössere Biegsamkeit, wie schon von Segond *) hervorgehoben wurde. H. Rheiner **) hat die Beob-

*) Archives génér. 1847.

**) Beiträge zur Histologie des Kehlkopfes. Würzb. 1852. S. 11.