

II.

Ueber syphilitische Krankheiten des Kehlkopfes.

Von C. Gerhardt und F. Roth in Würzburg.

Während einer von uns durch seine Stellung auf häufige Beobachtung syphilitischer Kranken angewiesen war, der Andere seit längerer Zeit sich mit Laryngoscopie beschäftigte, lag es nahe, dass auf diesem hier zu behandelnden Gebiete unsere Beschäftigungen zusammentrafen und eine gegenseitige Förderung unserer Arbeiten möglich machten, daher wir auch deren Resultate gemeinsam veröffentlichen. Während wir anatomische Beobachtungen, wie sie so reichlich über die Ausgangsformen allgemeiner syphilitischer Erkrankung des Larynx vorliegen, überhaupt nicht zu bieten vermögen, glauben wir, dass die laryngoscopischen Befunde hier bis zu einem gewissen Grade die anatomischen vertreten können, und müssen dies letztere besonders für die frühzeitigen Formen hervorheben, welche der anatomischen Untersuchung ja doch nur durch einen ganz besonderen Zufall zugänglich werden können. Die ungewöhnliche Häufigkeit, mit der merkliche Veränderungen im Kehlkopfe sich bei den von uns untersuchten constitutionell-syphilitisch Erkrankten vordrängen, sowie die bequeme Möglichkeit, den ganzen Verlauf der Erkrankung dieses inneren Organs vor Augen zu behalten, werden dies rechtfertigen, wenn hier die laryngoscopische Untersuchung eines jeden constitutionell Syphilitischen für unerlässlich erklärt wird, falls überhaupt nur eine wissenschaftliche Behandlung des Falles beabsichtigt wird. Ein weiterer Grund für diese Behauptung wird sich finden, wenn wir einen kurzen Rückblick auf die bedeutenden früheren Leistungen auf diesem Gebiete werfen. In den hippocraticischen Schriften, sowie bei Galen fanden wir keine Stellen, die mit Bestimmtheit hierher bezogen werden könnten, was auch, da der Begriff der syphilitischen Erkrankungen

dasselbst noch nicht festgestellt war, keineswegs auffallen wird. Bei den späteren Schriftstellern bis zum Ende des vorigen Jahrhunderts finden sich sehr oft Kehlkopfssymptome als Zeichen der Lues erwähnt, allein es mangeln völlig die anatomischen Nachweise der Ursachen derselben.

So erwähnt Astruc¹⁾ Dyspnoe und Husten, Heiserkeit und Aphonie und leitet dieselben her von: inflatio, durities, asperitas, erosio et exuleeratio tum tracheae arteriae, tum glottidis.

Plenk²⁾ führt Tussis venerea und rauctas venerea auf, dabei bisweilen blutigen Auswurf, findet den Sublimat bei syphilitischen Brustkrankheiten schädlich und empfiehlt statt dessen seinen Mercurius gummosus.

Erst Morgagni scheint nach dem, was er ep. XV. cap. 10. erzählt, häufiger Kehlkopfsectionen vorgenommen zu haben und bei ihm finden sich auch bereits condylomähnliche Auswüchse erwähnt. Als sicher hierher gehörig, dürfte namentlich die Beob. 12 im 28. Briefe (Narben am weichen Gaumen, Schling- und Athembeschwerden: Kehlkopfs- und Rachengeschwüre) anzusprechen sein.

In diesem Jahrhunderte finden wir zunächst bei Thomann³⁾ zwei sehr prägnante Fälle nebst Sectionsbericht beschrieben, in welchen sich nach grossen Zerstörungen im Rachen der Kehldeckel nur noch theilweise vorfand und die Vereiterung auf die Larynxschleimhaut selbst übergriffen hatte. Andere Fälle derart finden sich bei Hopfengärtner⁴⁾, Cheyne⁵⁾, Jos. Frank⁶⁾. Die Zahl der einzelnen Beobachtungen, die man in dieser Weise sammeln könnte, ist eine überaus grosse, allein zusammenhängende Beschreibungen finden sich doch erst etwas später, so bei Sachse⁷⁾, der jedoch, wie dies bis auf unsere Zeit noch oft geschehen ist, diese Form von Larynxaffektion vollständig mit der tubercu-

¹⁾ De morbis venereis libri VI. Lutet. paris. 1736. p. 306 u. 318.

²⁾ J. J. Plenk, Doctrina de morbis venereis. p. 142 u. 143.

³⁾ Annales instituti medic. clinic. Wirceb. 1800—1803.

⁴⁾ Hufeland's Journal Bd. VI. S. 557 u. 558.

⁵⁾ The pathology of the membrane of the larynx. Edinb. 1809.

⁶⁾ Acta institut. clinici Wilnens. Ann. II. cap. XI.

⁷⁾ Beiträge zur genaueren Kenntniss und Unterscheidung der Kehlkopf- und Luftröhrenschwindsuchten. Hann. 1821.

lösen, der nach Diphtheritis etc. zusammenwirkt als Phthisis laryngealis. Caesar Hawkins, dessen Abhandlung¹⁾ uns im Originale nicht zugänglich ist, sich jedoch bei Albers²⁾ ausführlich citirt findet, hält alle Kehlkopfgeschwüre für direct vom Rachen fortgeleitet und unterscheidet 3 Formen von Rachengeschwüren (eine acute, chronische und eine dritte schmerzvolle und schleichende), die jedoch nach ihrem Uebergange auf den Kehlkopf sich gleich verhalten sollen. Er, sowie Porter geben an, dass besonders nach Mercurialgebrauch die Syphilis den Kehlkopf befalle. — Albers widerlegt die Annahme von Hawkins, dass die Geschwüre stets vom Rachen aus sich fortsetzen und führt eine weite grosse Reihe von syph. Kehlkopfgeschwüren auf, die ohne herige Rachenerkrankung eintreten. Einzelne Beobachtungen, sowie zerstreute Bemerkungen, namentlich bezüglich der Therapie finden sich bei Porter³⁾ und bei Troussseau und Belloe⁴⁾.

Carmichael's⁵⁾ Angaben beziehen sich wie die aller Autoren, die bis zu den letzten Jahren geschrieben haben, fast nur auf die schwereren Fälle, er empfiehlt für diese ihm bekannten Formen als einzige sicheres Rettungsmittel, die frühzeitige Tracheotomie — von der Ansicht ausgehend, dass der Kehlkopf ausser Function gesetzt werden müsse; als temporären Behelf erwähnt er die Aetzungen mit Hölleinsteinslösungen. Als wesentliche Zeichen gelten ihm: Heiserkeit oder Aphonie, unaufhörliches quälendes Räuspern oder Aus husten einer dicken klebrigen Materie, die nicht selten Blutstreifen hat und unter stechenden Schmerzen entleert wird. Nicht alle Ulcerationen sind vom Schlunde fortgeleitet.

Desruelles⁶⁾ dagegen findet stets Rachen und Larynx zugleich erkrankt, bezeichnet als Ursachen der Erkrankung des Kehlkopfes bei Syphilitischen: Mercurgebrauch, Aufenthalt im Freien

¹⁾ The London physical journal 1823.

²⁾ Die Pathologie und Therapie der Kehlkopfskrankheiten. Leipzig 1829. S. 182.

³⁾ William Henry Porter, Observations on the surgical pathology of the larynx and trachea. Edinb. 1826, übers. v. Runge. Bremen 1838.

⁴⁾ Traité pratique de la phthisis laryngée chronique et des maladies de la voix. Par. 1837.

⁵⁾ Clinical lectures on venereal diseases. Dublin 1842.

⁶⁾ Cit. in Behrend, Syphilidologie VI. S. 148.

oder Ueberanstrengung des Stimmorgans. Unter den Zeichen erwähnt er Knarren bei Verschiebung des Kehlkopfes.

Beaumé¹⁾) findet unsere Krankheit selten, oft mit Erkrankung der Lunge verbunden (Caries und Necrose des Kehlkopfs, die jedoch von der Schleimhaut beginnt)! die Diagnose basirt er einzig auf die Aetioologie.

Rokitansky²⁾ führte früher eine Tripperstenose des Kehlkopfs auf, die schon bald darauf von Waller³⁾ bezweifelt wurde und auch in der neueren Auflage weggeblieben ist. Im übrigen giebt er an Bd. III. p. 22: „... unterliegen die Luftwege auch einer syphilitischen Ulceration. Am meisten ist derselben der Kehldeckel ausgesetzt, indem sich syphilitische Geschwüre vom weichen Gaumen her auf ihn fortsetzen und ihn in verschiedenem Grade destruiren, es kommen jedoch auch selbständige syphilitische Geschwüre im Kehlkopfe, in der Trachea, in den Bronchien vereinzelt von runder oder buchtiger, zackiger Form oder auch als eine über Kehlkopf, Trachea, die Bronchialstämme ausgebreitete Verschwärzung vor. Die syphilitische Ulceration heilt mit Zurücklassung verkürzender, constringirender, dichter, flacher, oder leistenartig vorspringender Narben. Zuweilen perforirt ein derlei solitäres Trachealgeschwür z. B. nach der Aorta.“

Waller³⁾ bespricht ausser der erwähnten Tripperstenose die syphilitischen Geschwüre, die Stenose und die condylomalöse Erkrankung des Kehlkopfs und gelangt zu den wesentlichen Schlüssen, dass in vielen Fällen die syphilitischen Geschwüre gar keine Funktionsstörungen oder andere Symptome veranlassen, dass die syphilitischen Geschwüre auf der Schleimbaut des Kehlkopfs nichts Eigenthümliches und Constantes in ihren Erscheinungen haben, dass die geschwürige Zerstörung des Kehldeckels gewöhnlich gar keine oder doch nur sehr geringe Beschwerden veranlasst.

Suchanek⁴⁾ fand bei Syphilitischen 21 mal Kehlkopfkrank-

¹⁾ Précis théorétique et pratique sur les maladies vénériennes. Par. et Lyon 1840. Cit. ibid. B. V. 539.

²⁾ Handb. der patholog. Anatomie. I. Aufl. 1842. Bd. III. S. 29. III. Aufl. 1859. Bd. III. S. 22.

³⁾ Prager Vierteljahrsschrift 1848. Bd. II. S. 110 u. f.

⁴⁾ Prager Vierteljahrsschrift 1849. Bd. IV. S. 85.

heiten und zwar stets bei Weibern, immer mit Rachengeschwüren zusammen, die jedoch einmal erst nach der Kehlkopfsaffektion sich entwickelten. Eine besondere Sorgfalt wendet er der Palpation des Kehlkopfes zu, die 8 mal völlige, einmal theilweise Zerstörung der Epiglottis, 4 mal Ulceration der Zungenkehldeckelbänder nachwies. Seine Fälle sind offenbar nur schwerere, indem in allen Aphonie vorhanden war.

Zahlreiche Publicationen einzelner Fälle, wie von Pénare et Lefevre, Farre, Lawrence etc. übergehen wir vorläufig und weisen darauf hin, dass die Beziehungen zur Perichondritis laryngea bei Dittrich¹⁾, jene zum Oedema glottidis bei Sestier²⁾ sich besprochen finden. Virchow³⁾ trennt die syphilitische Raucedo als Folge blossen Catarrhes von den Ulcerationen, nimmt für die Mehrzahl der Fälle unabhängiges Befallensein des Kehlkopfes an und spricht sich weiterhin aus: „Als das besonders Charakteristische erscheint mir auch hier wieder, was ich schon bei den Knochennarben hervorholb, dass die Unproduktivität des eigentlichen Cicatrizationsprozesses in einem gewissen Contraste steht mit einer excedirenden Wucherung im Umfange. Die Narbenmasse selbst ist ausserordentlich dicht, hart und schwielig, sie schrumpft auf das äusserste und macht gerade desshalb oft Laryngostenose. Dafür erheben sich aber an ihren Rändern papilläre Wucherungen, zum Theil durch Narbenmasse abgeschnürt und emporgehoben, nicht selten als dicke, weisse, glatte Kolben und Zapfen aus ganz dichtem sclerotischen Bindegewebe von oft knorpelartigem Aussehen bestehend.“

Die laryngoscopischen Arbeiten von Czermak, Störck und Türck haben das Material um eine Reihe von Fällen vermehrt, auf die wir später eingehen werden. Rühle endlich widmet in seinen Kehlkopfskrankheiten unserem Gegenstande eine ausführlichere Besprechung.

Sobald constitutionell-syphilitische Erscheinungen über die indolente Anschwellung der Leistendrüsen hinaus am Körper auf-

¹⁾ Prager Vierteljahrsschrift 1850. Ueber Perichondritis laryngea.

²⁾ Traité de l'angine laryngée oedemateuse. 1852. Par.

³⁾ Dieses Archiv Bd. XV. Ueber die Natur der constitut. syph. Affectionen.

treten, können zu jeder Zeit Affektionen des Kehlkopfes entstehen. Diese erscheinen mit oder ohne Rachenaffektion als acuter Catarrh, oder als partielle Oedeme oder als breite Condylome, späterhin als isolirte oder ausgedehnte Ulcerationen, an welche sich unregelmässige Narbenbildung anreihen, oder als rascher Vereiterung anheimfallende Knoten oder als gummöse Produkte. Demnach werden wir eine Reihe von verschiedenen mehr oder weniger scharf trennbaren Formen zu betrachten haben, an deren Spitze wir die frühzeitigen syphilitischen Erscheinung am Kehlkopfe stellen.

Was nun diese betrifft, so finden sich bereits bei Morgagni (ep. XLIV. Art. 3.) Condylome des Larynx erwähnt, und von da an werden sowohl anatomischer als klinischerseits dieselben noch öfter zur Sprache gebracht, jedoch ohne scharfe Unterscheidung der spitzen und breiten Condylome und namentlich der Condylome und jener papillären Wucherungen in der Umgebung von Geschwüren, die keineswegs allein Syphilitischen oder Tuberkulösen zukommen.

— Wir bemerken von vornherein, dass die von uns thatsächlich beobachteten Condylome des Kehlkopfes zu einer sehr frühen Zeit ganz unabhängig von Geschwüren gefunden wurden, während gewöhnlich die frühzeitige mit Condylomen an den Genitalien, roseolösen und knötchenförmigen Hautausschlägen zusammenfallende Heiserkeit der Syphilitischen für Symptom eines spezifischen Catarrhes gehalten wird, z. B. von Virchow, finden wir sie in letzter Zeit von M. P. Diday *) als eine „wenig bekannte Form syphilitischer Aphonie“ oder Aphonie secondaire beschrieben, die zwischen 3tem und 6tem Monate von der Ansteckung an erscheine, bald vollständig, bald nur andeutungsweise ausgesprochen und das einzige Symptom einer frühzeitigen Larynxaffektion ausmache, die als Folge von Condylombildung oder von rein nervöser Störung betrachtet werden könne. — Diday selbst entscheidet sich für letztere Ansicht, also für die rein nervöse Natur dieser Störung.

Ricord **) dagegen hat mit richtigem Tacte schon früher das Wesen dieser Erkrankungsform erkannt: „Entwickeln sich die Papeln

*) Gaz. médicale de Lyon. 1860. No. 2.

**) Die Pathol. u. Therapie der venerischen Krankheiten nach Ph. Ricord's System von Dr. H. Lippert. Hamb. 1852.

am Larynx, so macht die Stimme des Kranken allmälig alle Varietäten von dem geringsten Grade der Dysphonie bis zur vollkommenen Aphonie durch; bisweilen entsteht bei einem Kranken nach einem indürirten Schanker nach Verlauf einiger Monate Heiserkeit, Dysphonie, endlich Aphonie, dabei mangelt meist aller Schmerz. Hier liegt die Entwicklung von Papeln an der Larynxschleimhaut dem Uebel zu Grunde und diese Aphonie giebt daher vom therapeutischen Gesichtspunkte aus eine sehr günstige Prognose."

Wir selbst haben in hiesigem Juliushospitale 54 secundär Syphilitische (36 Weiber, 18 Männer) behandelt, worunter 43 an frühzeitigen Formen litten. Wir konnten bei 8 davon breite Condylome als Ursache der in der Mehrzahl davon bestandenen geringen oder bedeutenderen Heiserkeit nachweisen. Zunächst lassen wir eine kurze Geschichte dieser Fälle hier folgen:

1. E. Sch., 26jährige Kellnerin, trat am 15. Mai ein, klagte über Heiserkeit, die seit 6 Wochen ohne Fieber und jede sonstige Störung als zeitweise Schlingbeschwerden nach einer Erkältung entstand, behauptet sonst gesund zu sein. Die laryngoskopische Untersuchung am 19. Mai ergab: Kehldeckel und Taschenbänder mässig injicirt, Stimmbänder fleckig geröthet, am rechten Stimmbande ein papillärer Vorsprung etwa in der Mitte und bei genauer Betrachtung von da über die vordere Commissur und den vorderen Theil des linken Stimmbandes sich erstreckend eine weissliche unebene Zone mit zahlreichen kleineren flachen Hervorragungen. — Auch auf der hinteren Kehlkopfwand zwischen den Stimmbändern ein weisslicher, unebener, flacher Vorsprung von circa 1 Linie Durchmesser. — Hierdurch wurde der Verdacht einer constitutionell syphilitischen Erkrankung begründet und die darauf vorgenommene genauere Erhebung der Anamnese und Untersuchung ergab: Angeblich vor einem halben Jahre letzte Gelegenheit zur Ansteckung (spätere Angabe vor 6 Wochen), gegen Ende April heftige Kopfschmerzen am Hinterhaupte, die beständig andauern und nächtlich exacerbiiren, Anfangs Mai zuerst Veränderungen an den Genitalien bemerkt. Jetzt die grossen Labien stark geröthet, mit entstehenden breiten Condylomen besetzt, milbiger Ausfluss aus den Genitalien, jedoch die Urethra frei; die Leistendrüsen indolent angeschwollen, ebenso die Cervical- und Cubital-Drüsen. Am Unterleib zerstreute Roseolasflecken, im Gesichte einige Acnebläschen. Hals spontan und bei Druck nicht schmerhaft, kein Husten, kein Auswurf, die Kopfschmerzen hören in letzter Zeit auf. (Aetzung der Condylata vagin., Sublim. $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ pr. die steigend.) 8. Juni: Ganz feine Zacken an dem vorderen Theile des rechten Stimmbandrandes, unter den Stimmbändern an der vorderen Larynxwand ein kleiner gelber Punkt, die unebene Zone an der vorderen Commissur und dem vorderen Theile beider Stimmbänder hat sich verloren. 13. Juni: Die grossen Labien stark geröthet, frei von Condylomen, das linke etwas geschwollt.

Am Unterleibe einzelne kupferrothe, stark pigmenthaltige Flecke, mit leichter Ab-schuppung, die Stimme noch belegt. 16. Juni: Stimmbänder und Kehldeckel gesund und normal gefärbt, unter den Stimmbändern links an der vorderen Larynx-wand ein circa linsengrosser, flacher, wenig erhabener, weisslicher Fleck. 23. Juni: Genitalien frei, die Inguinaldrüsen noch ziemlich geschwelt, weniger die Cubital- und Cervicaldrüsen, der Ausschlag bis auf einzelne Pigmentflecke geschwunden. Leichte Halsschmerzen. 27. Juni: Die Schleimhautfalte unter den Stimmbändern vorne kleiner, jedoch mehr auf beiden Seiten verbreitert, weniger leicht zu sehen, blass und glatt, die Stimme hell. 5. Juli: Stat. id. 7. Juli entlassen.

Bemerkenswerth erscheint in diesem Falle, dass die laryngoscopische Untersuchung zuerst den Verdacht der Syphilis veranlasste, ferner, dass die erwähnten Excrescenzen im Kehlkopfe, die wir, wenn man sie überhaupt benennen will, der Form und der, wie wir später sehen werden, constanten Coincidenz mit Syphilis halber kaum anders wie als Condylome bezeichnen können, in einem sehr frühzeitigen Stadium der Syphilis (neben eben beginnenden breiten Condylomen der Genitalien) aufraten, endlich, dass dieselben auf den vorderen Theil beider Stimmbänder sich erstreckten, sowie auch auf die vordere Commissur und den Kehlkopfsgrund, demnach eine verhältnissmässig bedeutende Ausdehnung gewonnen hatten. — Ueber die Bedeutung der gegen Ende unter den Stimmbändern vorne sich entwickelnden Schleimhautfalte sind wir nicht im Stande eine bestimmte Angabe vorzubringen.

2. K. K., 24 Jahre, Köchin aus Hüttenheim, aufgenommen am 21. Juni, giebt an vor $\frac{1}{2}$ Jahr sich zum letzten Male der Ansteckung ausgesetzt zu haben; seit 4 Wochen leichte Heiserkeit und Schluckweh, das anfangs stärker war, jetzt nur noch gering ist, vor 3 Wochen entstand Ausfluss aus den Genitalien und Excrescenzen daselbst. Früher (nähere Angabe fehlt) als die Erscheinungen an den Genitalien ein Ausschlag am Halse, von da über die übrige Haut sich verbreitend, vor 14 Tagen nächtliche Kopfschmerzen. Stat. praes. An den äusseren Geschlechts-theilen und am Anus breite Condylome, Fluor vaginae, uteri et urethrae, Schwel-lung der Inguinal- und Cervical-Drüsen, um den Hals herum roseolöser Ausschlag, an beiden Schultern pigmentirte Flecke, an beiden Armen stark verbreitete gelblich-röthliche Flecke, um beide Ellbogengelenke herum stärker infiltrirte gelbliche und braunrothe Flecke mit mässig starker Abschilferung. Am Unterleib und an den unteren Extremitäten röthliche Flecke mit starkem Pigmentgehalte, an Uvula und Tonsillen leichte Injection. Laryngosc.: Stimmbänder gut, zwischen denselben hinten erscheint beim Athmen ein breiter, flacher Wulst, von einigen Linien Durch-messer, roth wie die Schleimhaut, auf seiner Höhe mit feinen Escrescenzen besetzt. Behandlung wie im vorigen Falle. 26. Juni: Die flache Erhabenheit zwischen den

Arytanoidknorpeln ist grösser, deutlicher weiss an den erhabensten Stellen, feinhöckerig, von sammartigem Ansehen, tritt besonders im Beginne des Intonirens eines Vocales hervor. Am 6. Juli Stat. id. am Kehlkopfe; die früher erwähnten Flecke jetzt ohne Schuppen, weniger infiltrirt, kupferfarben. Am 21. Juli das Condylom kleiner, am 4. August auf Verlangen noch heiser entlassen, während die Haut- und Genital-Affectionen völlig geheilt waren.

3. S. G., 29 Jahr, Schmied aus Forchheim, hat seit 4 Jahren eine rauhe Stimme, die er sich durch Erkältung zuzog; acht Wochen vor dem Eintritte (26. Juni 1860) bekam er nach einer 4 Tage früher erfolgten Ansteckung einen Ausfluss aus der Harnröhre, 14 Tage später gesellte sich Phimose hinzu, seit 4 Wochen bemerkte er nässende Excrecenzen am Anus, seit eben dieser Zeit beim Schlucken leichte Schmerzen auf der rechten Seite des Halses und vermehrte Heiserkeit. St. praes.: Gonorrhœ, Entzündung und schleimige Secretion an Vorhaut und Eichel. Erstere geschwollen, nicht zurückzubringen, am Rande mit einer Reihe von indurirten Stellen und breiten Condylomen besetzt; am Afters nässende, breite Condylome; Inguinaldrüsen, Cervicaldrüsen, sowie eine linksseitige Cubitaldrüse geschwollen (Merc. sublim. Gr. $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{2}$ pr. die). 14. Juli fanden sich außerdem noch Placques minqueuses der Zunge und des Rachens (hintere Wand). Laryngoskop. Untersuchung: Die Stimmbänder im Ganzen geröthet und geschwollen, bieten an vielen Stellen den Anschein eines feinen, weissen, mehltauähnlichen Belages, sind an den hintersten Enden mit flachen weisslichen Zacken besetzt, stärkere theils weissliche, theils röthliche Zacken am hinteren Theile der Plica aryepiglottica, rechts entwickelter. — Wurde am 28. Juli gebessert auf Verlangen entlassen.

4. St. F., 24 Jahre alt, Müller aus Schauerbach, eingetreten am 11. August 1860, bemerkte Mitte Juli an der rechten Seite der Vorhaut eine kleine Excoriation, Ende Juli stärkere Eiterung und Verhärtung, dann Anschwellung und Röthe in der Umgebung. St. praes.: An der rechten Seite der Vorhaut an dem äusseren Blatte ein kreuzergrosses, vollkommen gereinigtes, gut granulirendes Geschwür mit indurirtem Grunde; die Induration erstreckt sich über den Bereich des Geschwürs hinaus; in der Umgebung desselben mässiges Oedem, das Befühlen des Ulcus noch etwas schmerhaft (früher mehr), Leisten-, Cubital- und Cervical-Drüsen indolent angeschwollen, Stimme etwas belegt, angeblich stets so gewesen, Halsschmerzen fehlen. Wenige Tage nachher verbreitete sich über Stamm und Extremitäten ein maculös Exanthem. Am 18. August laryngoskop. Untersuchung: Am rechten Stimmbande, gerade an der Stelle der Spitze des Processus vocalis, eine kleine weissliche Zacke, welche unter dem Rande des Stimmbandes hervorragt (Sublimat). Am 22. August: Das Ulcus schreitet der Vernarbung zu, das Exanthem ist dichter geworden und einzelne Flecke haben sich über das Niveau der gesunden Haut erhoben. Trat wegen Familienverhältnissen am 21. August ungeheilt aus, konnte vor dem Austritte nicht mehr laryngoskopirt werden.

5. W. B., 21 Jahre, von Grünsfeldhausen, eingetreten am 13. October 1860, will seit 3 Wochen an geschwürgigen Affectionen der Genitalien und Brüste leiden

und seit 3 Tagen heiser sein. St. praes.: Grosse und kleine Labien geröthet und geschwollen, dicht mit secernirenden breiten Condylomen besetzt, Scheidenschleimhant stark geröthet, reichliche eitrigre Flüssigkeit secernirend, an der Vaginalportion eine granulirende Geschwürsfläche. Am Anus ebenfalls breite Condylome, Cubital-, Cervical- und Leistendrüsen sehr stark angeschwollen, in beiden Armebeugen geröthete, mit leichten Schuppen bedeckte, nicht juckende papulöse Eruptionen, ebenso in reichlicher Anzahl in beiden Kniekehlen und deren Umgebung. Unter beiden Brüsten die sich gegenseitig berührenden Hautflächen sehr stark geröthet, excoriert, eine stinkende Flüssigkeit secernirend; aus diesen Flächen erheben sich an einzelnen Stellen platte breite Condylome. Stimme heiser, kein Schmerz im Halse, Larynx bei Druck nicht schmerhaft. Hypertrophie der Tonsillen, zwischen welche nur mit Mühe der kleinste Spiegel eingeschoben werden kann; deshalb bei der ersten Untersuchung am 16. October die Resultate unbestimmt, am 21sten dagegen finden sich die Stimmänder weiss, das rechte in der Mitte mit einer kleinen Vorragung besetzt, und wird in der Mitte der hinteren Rachenwand dem Kehlkopfeingange gegenüber ein rundlicher, linsengrosser Wulst wahrgenommen von blasserer Farbe und condylomatösem Aussehen. Mittlerweile wurden die Tonsillen extirpiert und am 26sten derselbe Befund mittelst eines grösseren Spiegels noch sicherer erhoben. Vom Eintritte an fand eine Inunctionsur statt, am 21sten des folgenden Monats konnten die erwähnten Veränderungen am Kehlkopfe nicht mehr wahrgenommen werden und waren auch die übrigen Zeichen von Syphilis verschwunden, so dass nur die Behandlung eines Vaginalausflusses noch erübrigte.

6. V. M., 28jährige Fabrikarbeiterin aus Mellrichstadt, behielt nach einer Niederkunft im letzten März einen Scheidenausfluss, der anfangs sehr stark und von Schmerz beim Harnlassen begleitet war, später aber schwächer wurde; vor 10 Wochen wurde er wieder sehr stark, es stellte sich gleichzeitig Dysurie ein (wahrscheinlich, wiewohl nicht zugestanden, frische Ansteckung). Vor 8 Wochen entstand am After eine zwölfer grosse, schmerzhafte, geschwürige Stelle und von da an entwickelten sich breite Condylome an den Genitalien. Einige Tage vor dem Eintritte entstanden Condylome am rechten Mundwinkel. Heiserkeit und Hals-schmerzen bestanden nie. St. praes.: Die äusseren Genitalien, Perinaeum und After ist besetzt mit secernirenden breiten Condylomen, Scheide und Vaginalportion stärker geröthet, eitriges Secret absondernd. An der Vaginalportion ein kleines granulirendes Geschwür. Leisten- und Nackendrüsen sehr stark indolent angeschwollen, auf der rechten Seite des Nackens ein breites Condylom, am Winkel der rechten Unterlippe einige condylomatöse Verdickungen (Sublimat). Laryngosk. Untersuchung am 21. Oct.: Alles gesund, nur auf der Höhe der Falte zwischen den Cartil. arytaenoideae zu beiden Seiten der Mittellinie je ein kleiner, kaum stecknadelkopfgrosser zugespitzter Höcker von weisslicher Farbe. Am 26. October: Die Condylome haben sich vereinigt und sind etwas grösser geworden. Morgens Kitzeln im Halse und Aushusten von Schleim und etwas Blut. 27. September: Die Condylome am Munde verschwunden, jene an den Genitalien sehr reducirt; Laryngosk.: von den Vorsprüngen auf der Falte zwischen beiden Stimmändern jener, welcher links hart neben der Mittellinie gelegen war, ganz verschwunden,

der rechts kleiner, noch an der Spitze weisslich. Auch die umgebende Schleimhaut etwas aufgelockert und weisslich belegt.

7. N. M., 18 Jahre alt, aus Bischofsheim a. R., eingetreten am 29. October, will schon früher öfter an Mandelentzündungen gelitten haben, vor $\frac{1}{2}$ Jahr entstand nach einer angeblich durch den Gebrauch des Löffels eines syphilitischen Kindes herbeigeführten Ansteckung anfangs Schluckweh, dann stärkere Heiserkeit, welche bis jetzt in geringerem Grade fortduert. Blasses Individuum, am linken grossen Labium ein breites Condylom, Cubital- und Cervicaldrüsen stark geschweltt. An der rechten Seite des Halses eine längliche unregelmässige Narbe (von einer Drüsengeschwulst in der Kindheit herrührend). Starke Hypertrophie der Tonsillen, wodurch anfangs (30. Octbr.) die laryngoskopische Untersuchung nur unvollständig ausgeführt werden konnte. Excision der Tonsillen am 16. November. An der Falte zwischen beiden Cart. arytaenoideae ein flacher blasser Wulst von Stecknadelkopfgrösse. Am linken Lig. arypegglotticum vor der Spitze des Giessbeckenknorpels eine ganz flache linsengrosse, trübweisse Erhabenheit; Heiserkeit besteht in mässigem Grade fort. 27. Nov.: Stimmbänder frei. Zwischen den Stimmbändern noch ein kleiner Wulst zu sehen (Sublimat).

8. K. M., 35 Jahre, aus Heidingsfeld, eingetreten am 2. Juli, erheilt keine brauchbare Auskunft über die Ansteckung, leidet angeblich seit März d. J. an Geschwüren der Mundwinkel, nachdem 14 Tage lang Kopfschmerzen bestanden hatten. Mitte Juni bemerkte sie Affection der Genitalien, 8 Tage vor dem Eintritte soll ihre Stimme eine leichte, nur beim Singen bemerkliche Veränderung erfahren haben und Halsschmerz spontan und beim Schlingen aufgetreten sein. St. praes.: An der inneren Seite der rechten Schaamlippe eine Narbe. An der Vulva breite Condylome. Fluor. Die Inguinaldrüsen sehr stark geschweltt, die Cubital- und Nackendrüsen und Submaxillardrüsen geschwollen, letztere früher noch stärker. Kein Hautausschlag. An beiden Mundwinkeln Reste von Condylomen und geschwürige Stellen, die Haare dünner als früher (seit den Kopfschmerzen). Rechte Tonsille stärker geschweltt, an der linken eine Narbe. Die Tonsillen, sowie die hintere Rachenwand, stärker geröthet. Laryngosk. (22. Juni): An beiden Stimmbandrändern kleine ziemlich spitze, weisse Zacken vorstehend, am stärksten in der Mitte des linken Stimmbandes entwickelt. — Unter Sublimatbehandlung verschwand 8 Tage nach dem Eintritte die Heiserkeit, am 15. September geheilt entlassen.

Die erste laryngoscopische Beobachtung breiter Condylome am Kehlkopfe dürfte wohl dem Einen von uns angehören. Sie wurde in Tübingen am 2. März aufgenommen, dahier am 27. April mitgetheilt und lautet *):

9. Gommerdinger, Friedrich Jacob, 55 Jahre, von Holzgerlingen, trat am 2. Februar 1860 ins Krankenhaus in Tübingen ein, erkrankte $1\frac{1}{2}$ —2 Monate zuvor. Krankheitsursache angeblich Erkältung, Symptome: Indurirte Chanker am Penis

*) Würzburger medicinische Zeitschrift I. S. 172.

und Scrotum, theilweise schon in Condylomata lata umgewandelt, symptomatische Leistendrüsenschwellung, Aphonie, die später einfacher Heiserkeit Platz machte, condylomatöse Angina, keine Rachengeschwüre. Die Untersuchung ergab in den ersten Tagen Erythem der Rachenorgane, starke Röthe und Schwellung der Stimmbänder, später, am 2. März, blasses Aussehen der Stimmbänder, wie normal, dagegen an beiden etwas hinter ihrer Mitte flache, röthliche Vorsprünge am freien Rande, etwas unter demselben vorragend, die einander gegenüber liegen und oft, während die Glottis sich öffnet, durch Schleim verklebt erscheinen. Gegen Mitte März hatten sich diese breiten Condylome trotz merkurialer Behandlung erheblich vermehrt, so dass der grössere Theil des Randes der Stimmbänder nach innen zu ein maulbeerähnliches Aussehen bot. Die Heiserkeit eher etwas vermindert.

Czermak *) erwähnt p. 77: „zwei mehrere Linien lange eckige gelbgefärbte Plaques“, p. 94: „spitzige condylomartige Excrecenzen“, und p. 95: „eine conische, etwa 1½ Linien lange Excrenz“ bei Syphilitischen; ohne sie als bestimmte Formen syphilitischer Kehlkopfserkrankung zu bezeichnen.

Bei Türck *) finden sich „Zellgewebswucherungen, Excrecenzen an den Stimmbändern, unebene, wie cauterisierte Beschaffenheit derselben, breitbasige Geschwülste“ von Syphilitischen erwähnt; aber auch hier werden denselben nicht bestimmte Charaktere eines Syphilides beigemessen.

In den Beobachtungen französischer Aerzte dagegen, welche in Schmidt's Jahrbüchern mitgetheilt sind, finden wir mehrfach „Plaques muqueuses“ verschiedener Schleimhauttheile des Kehlkopfes erwähnt, namentlich in der Umgebung und zwischen den Arytaenoidknorpeln. Endlich können wir erwähnen, dass Einer von uns in einem hiesigen Hospitale, dessen Verhältnisse keine nähere Mittheilungen gestatten, unter 3 untersuchten Syphilitischen zwei Mal Condylome der Stimmbänder vorfand, erstens bei einem 23jährigen Manne, der seit sechs Monaten syphilitisch, mehrmals der Schmierkur unterworfen, mit frischen Zerstörungen am weichen Gaumen behaftet, jedoch niemals heiser war, zweitens bei einem 22jährigen Manne, der seit 2 Monaten syphilitisch, und kurz zuvor noch heiser war.

*) Czermak, Der Kehlkopfsspiegel und seine Verwerthung für Physiologie etc.
Leipzig 1860.

**) Schmidt's Jahrbücher Bd. 108. No. 10. S. 97 u. f.

Ehe wir in einzelne Beobachtungen eingehen, glauben wir herheben zu müssen, dass nach unseren Beobachtungen und nach dem, was man aus den Beobachtungen von Czermak, Türk und den Pariser Hospitalärzten entnehmen kann, die condylomatöse Erkrankung des Larynx in der früheren Zeit der Syphilis weit aus die häufigste, und namentlich den partiellen Oedemen und einfachen Catarrhen gegenüber, die wir später besprechen werden, die vorherrschende ist.

Warum sollen nun aber jene Gebilde als syphilitisch, und warum sollen sie als Condylome bezeichnet werden? Syphilitisch sind sie, weil sie nie bei ganz Gesunden oder bei anderen Kehlkopfskranken beobachtet werden. Allerdings finden sich ähnliche Formen bei Tuberculösen, und sind von Türk und Störck als Zellgewebswucherungen beschrieben worden. Allein, geht man der Sache auf den Grund, so ergiebt sich immer, dass dies papilläre Wucherungen in der Umgebung von lange bestehenden Geschwüren sind, während bei unseren Fällen niemals gleichzeitig Ulcerationen bestanden. Am meisten Aehnlichkeit würden mit den oben erwähnten Neubildungen jene bisweilen umschriebenen vorkommenden epidermoidalen Degenerationen des Kehlkopfsepithels, und damit verbundenen cutisartigen Umwandlungen der Schleimhaut darbieten; wenn nicht ihre Genese, die wir allerdings nur von anatomischen Beobachtungen her kennen, eine sehr chronische wäre; und rasche Rückbildung derselben durch Mercurialbehandlung ausserordentlich unwahrscheinlich erscheinen müsste, wie dies in unseren Beobachtungen Nr. 1, 5, 6, 7 angegeben ist. Als breite Condylome aber sind unsere Formen aufzufassen, weil sie zum grossen Theile beim ersten Anblicke eine überraschende Aehnlichkeit mit breiten Condylomen überhaupt besitzen, und speziell jene weissliche Verdickung und Auflockerung des Epithels zeigen, wie man dies von den Condylomen an der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle und der Vaginalportion zu sehen gewohnt ist. Ausserdem fallen dieselben gerade in jene Periode der Syphilis, die neuerdings besonders als „condylomatöse“ bezeichnet wird, und fanden sich in der That in allen unseren Fällen mit Ausnahme eines ein-

zigen (Nr. 4) entweder sehr verbreitete Condylome, oder noch besonders solche der Mund- und Rachenhöhle vor.

Bezüglich des Geschlechtes fanden sich (den citirten Tübinger Fall mitgerechnet) 6 Weiber und 3 Männer auf diese Weise erkrankt, ein ungleiches Verhältniss, das leicht seine Erklärung in der geringeren Bevölkerung der männlichen syphilitischen Abtheilung des Juliusspitales findet, demnach keine allgemeinere Geltung besitzt. Das Altersverhältniss übergehen wir als für diesen Punkt völlig werthlos. — In allen Fällen waren Anschwellungen der Cervicaldrüsen nachweisbar, doch ist es zweifelhaft, ob diese in näherer Beziehung zu dem fraglichen Kehlkopfsleiden stehen, da sie ja überhaupt ein sehr häufiges Symptom der Sekundärsyphilis darstellen. Betrachten wir den Zustand der Rachenorgane näher, so finden wir 1 mal einfache Injection der Gefässe, 2 mal beiderseitige, 1 mal einseitige Tonsillenhypertrophie, 2 mal condylomatöse Entartung, 3 mal normalen Zustand. Mit Hinzurechnung des Tübinger Falles, in welchem leichtere Schlingbeschwerden gleichfalls notirt waren, sind gerade bei $\frac{2}{3}$ der Beobachteten solche vorhanden gewesen. Sitz der Erkrankung und Heiserkeit stehen gewiss in einem näheren Verhältniss; ehe wir jedoch auf eine Erörterung derselben eingehen, sei bemerkt, dass wir unter „Aphonie“ ganz dem Wortlaute gemäss nur die vollkommen klanglose Stimme verstanden wissen wollen, während manche Andere von unvollständiger oder geringfügiger Aphonie zu sprechen gewohnt sind. Wirkliche Aphonie war nur in dem beigezogenen Tübinger Falle vorhanden, 1 mal war die Stimme vollkommen unverändert; bei den 7 anderen Patienten bestand Heiserkeit, jedoch bei einem schon seit längerer Zeit. Entsprechend dieser Häufigkeit der Heiserkeit finden wir auch 6 mal die Stimmbänder als Sitz dieser Affektion und gerade bei jenen Kranken, die nie heiser waren, sind die Stimmbänder unversehrt gefunden worden. Allein weiterhin stellt sich z. B. in Fall 2. heraus, dass auch Condylome im Kehlkopfgrunde, wenn sie nur eine bedeutendere Grösse erlangen, bei vollständig gesunden Stimmbändern die Phonation wesentlich beeinträchtigen können. Die Vertheilung auf verschiedene Stellen des Kehlkopfes fand in folgender Weise statt: rechtes Stimmband 5 mal,

linkes 3 mal befallen, die Falte zwischen beiden Arytaenoidknorpeln (Kehlkopfsgrund) 4 mal, vordere Commissur 1 mal, aryepiglottische Falte 2 mal, und zwar 1 mal rechts allein, 1 mal beiderseits. Was den Kehlkopfsgrund betrifft, so kennen wir wohl die von Stoerk beschriebene Falte zwischen beiden Arytaenoidknorpeln, allein wir haben uns mehrfach überzeugt, dass die beschriebenen Condylome sich erst auf dieser Falte entwickelten, und dass gewiss keine Verwechslung mit normalen Verhältnissen mit unterliegt. Rechnen wir alles zusammen, so fanden sich diese Condylome weit häufiger auf der rechten Seite des Kehlkopfes vor als auf der linken, ein Verhältniss, das wir nicht erklären können und auch nicht zu erklären versuchen wollen. Dasselbe steht im vollen Einklange mit der Beobachtung von Rheiner, der bei den Geschwürsbildungen am Kehlkopfe Tuberculöser die rechte Seite mehr befallen fand. Wie überhaupt Condylombildung durch mechanische Reizung der Theile und besonders durch die östere Berührung gegenüberliegender Flächen begünstigt wird, so lässt sich auch am Kehlkopfe nachweisen, dass gerade die am meisten beim Sprechen sich berührenden, gegeneinander schlagenden Schleimhautstellen mit Vorliebe Sitz der Condylome sind. Vielleicht lässt sich sogar die bei manchen Leuten kräftigere Bewegung des rechten Stimmbandes für die Erklärung des häufigeren Vorkommens dieser Gebilde auf der rechten Seite verwerthen. — Leider liess sich bei allen angeführten Fällen nicht zuverlässig erheben, ein wie langer Zeitraum zwischen Primärinfection und Erkrankung des Kehlkopfes verflossen war, indess lässt wohl der Umstand, dass dieselbe mit anderwärts erst beginnender Condylombildung und mit maculöser Erkrankung der Haut zusammenfiel, erschliessen, dass die Angabe von Diday, welche diesen Zeitraum auf 3—6 Monate festsetzt, etwas zu ausgedehnt ist, und derselbe im Gegentheile auf 6—10 Wochen sich berechnen möchte. — Zweimal wurden Erkältungen als Ursache mit Bestimmtheit angegeben und es ist überhaupt sehr wahrscheinlich, dass gelegentlich zufälliger, z. B. durch Erkältung erworbener Kehlkopfcatarrh, diese Condylome zur Entwicklung gelangen. In einem Falle bestand Heiserkeit auf einfachem chronischen Catarrhe beruhend schon länger, und dürfte wohl dieser die Bildung der

Schleimplatten begünstigt haben. Der Kehlkopf erweist sich überhaupt ziemlich unempfindlich; auch bei diesen Fällen waren nur 2mal geringfügige Schmerzen vorhanden, allein es wird dadurch immerhin die Angabe von Diday berichtigt, dass Heiserkeit das einzige Symptom bilde. Freilich wurde gewöhnlich erst durch genaueres Nachfragen dieses Symptom ausfindig gemacht und es wäre vielleicht, ohne dass besondere Aufmerksamkeit darauf gerichtet worden wäre, unbeachtet geblieben.

Besondere Erwähnung verdient noch das im Fall 6. angegebene Blutspeien. Das Vorkommen von kleinen Blutpunkten in dem Morgens ausgeworfenen Schleime ist ausser Zweifel, indem es von mehreren Personen constatirt wurde; und es könnte zunächst der Umstand, dass Gefühl von Kitzeln im Kehlkopf diesen morgendlichen Husten einleitete und begleitete, dafür angeführt werden, dass die Condylombildung Ursache des Bluthustens gewesen sei. Auch der bei genauerer Untersuchung sich herausstellende Mangel direkter Zeichen für Lungentuberkulose spricht dafür. Allein die Kranke giebt an, schon seit 1 Jahre zeitweise Blut zu husten, und es ist denn doch der Percussionsschall der rechten Lungenspitze in der Fossa supraspinata etwas dumpfer als an der linken Spalte. Mit den Condylomen des Kehlkopfes selbst stehen wohl in einiger Beziehung jene, welche dem Kehlkopfeingang gegenüber an der hinteren Rachenwand sich finden, wie wir sie in einem der obigen Fälle (Nr. 5.) bereits zu erwähnen hatten. Wir haben in letzterer Zeit einen weiteren derartigen Fall aufgefunden:

10. Sch. Ch., 18jährige Magd aus Memmelsdorf, will schon lange an Heiserkeit leiden, nie an Halsschmerzen; seit einem halben Jahre an einer Affection der Genitalien. Beim Eintritt am 22. November 1860 fanden sich die grossen und kleinen Labien geschwelt, diese bedeckt mit grossen und kleineren, an der Oberfläche reichlich seernirenden breiten Condylomen. Eben solche am Praeputium clitoridis. Scheideneingang und Scheide stark geröthet, etwas geschwelt, reichliche eitrige Flüssigkeit seernirend. Aus der Urethra eitriges Secret ausdrückbar. Am Scheideneingang einige Gruppen von spitzen Condylomen. Schleimhaut der Vaginalportion stark geröthet. Leistendrüsen indolent angeschwollen, links eine taubeneigross. Cervicaldrüsen stark geschwollen. Laryngoskopisch finden sich am 27sten alle Theile des Kehlkopfes gesund und normal. An der hinteren Rachenwand, etwas höher als der Kehlkopfeingang gelegen, ein linsengrosser, weisslicher, erhabener Fleck. (Sublimatkur.)

Wir würden auf diesen Punkt nicht noch eigens zurückgekommen sein, wenn nicht die auffallende Heiserkeit dieser Kranken, von der uns Beiden sehr unwahrscheinlich ist, dass sie schon lange besteht, und welche bei dem Mangel aller anderen erklärenden Momente wohl als einfach katarrhalische aufzufassen ist, zusammengehalten mit dem Befunde diesem Falle eine besondere Bedeutung verliehe. Hier sitzt das Condylom nur in der Nähe, nicht im Kehlkopf, und ist doch gleichzeitig Heiserkeit vorhanden; ein Beweis, dass Condylombildung und Katarrh zusammenvorkommen, sich gegenseitig vertreten können und zeitlich und symptomatisch die gleiche Bedeutung haben. Dabei bleibt natürlich der besonders störende Einfluss der Condylome, wenn sie an den Stimmbändern oder massenhaft am Kehlkopfsgrunde vorkommen, vorbehalten. In Anschluss an diesen Fall wollen wir noch hervorheben, dass viele Leute von niederer Bildungsstufe ihre Stimme so wenig zu beurtheilen wissen, dass sie bedeutende Grade von Heiserkeit nicht bemerken, solange nicht Halsschmerzen auftreten, oder sie danach gefragt werden, und dass sie dieselben im letzten Falle als lange bestehend bezeichnen.

Um nun auf den einfachen Katarrh der Syphilitischen zu kommen, so bietet derselbe so bekannte Verhältnisse dar und treffen dessen Eintrittszeit, Dauer, Symptome und mercurielle Heilbarkeit so vollständig mit den entsprechenden Punkten der Condylome zusammen, dass jedes weitere Eingehen darauf überflüssig wäre. Wir haben nur 2 derartige Fälle aufzuweisen, gewiss wenig genug in Vergleich mit 9 Fällen condylomatöser Erkrankung.

11. Z. J., 23jähriger Taglöhner aus Mottgers, hatte vor 3 Jahren einen Chanker am Penis, der 13 Wochen dauerte. Im Mai 1859 Eintritt ins Spital wegen einer neuen Affection. Damalige Diagnose: „Ulcus primarium radicus penis; Erythema syphiliticum ad pectus; Papula syphil.; Ulcus pharyngis.“ Sublimatbehandlung. Heilung am 10. September. Im Februar 1860 wiederholte Halsaffection, welche in Hanau während 6 Wochen local behandelt wurde. Am 29. März abermalige Aufnahme ins Juliusspital wegen Ulcerationen der rechten Tonsille; gegen diese eine Schmierkur (30 Inunctionen), aber ohne Erfolg. Das ursprüngliche Geschwür der Tonsille wurde grösser, war stets speckig belegt; gleichzeitig intense Röthe und Schwellung der übrigen Rachenpartien. Mitte Mai traten Geschwüre ähnlicher Natur an der hinteren Rachenwand auf, die sich allmälig nach abwärts verbreiteten. Stat. praes. vom 10. Juni: Cervical- und Submaxillardrüsen mässig

angeschwollen; Cubitaldrüsen nicht deutlich zu fühlen; an den Extremitäten und am Stamm zahlreiche Pigmentflecke. Leistendrüsen, besonders rechts, stark geschwollen. An der Uebergangsfalte vom Praeputium zur Glans eine weissliche, längliche Narbe. An der unteren Seite des Penis, nahe an der Wurzel, eine ausgedehnte Narbe, ohne Induration. Am Praeputium, nahe am Frenulum, ein kleines spitzes Condylom. Stimme etwas heiser. Submaxillargegend und Larynx nirgends schmerhaft. Dagegen bestanden früher Schmerzen dieser Gegend, spontan und bei Schlingbewegungen, sowie stärkere Heiserkeit. — Gaumensegel und hintere Rachenwand stark geröthet, glänzend. An der rechten Tonsille narbige Einziehungen, an der hinteren Rachenwand eine grosse weissliche, strahlige Narbe, nach unten hin mehrere von geringerer Ausbreitung, länglich (Jodkalium). Die erste laryngoskopische Untersuchung am 15. April ergab nur Verdickung und Wulstung des Kehldeckels, der auch mit dem Finger schlaff und verdickt anzufühlen war.

22. Mai: Auf der rechten Seite des Zungengrundes ein speckig belegtes Geschwür, länglich, silberkreuzergross; Aetzung desselben mittelst Höllenstein, der an einen gebogenen Draht angeschmolzen war. Am 8. Juni Heilung des Geschwürs, am 14. Juni noch stärkere Röthung der Rachenorgane. Am 22. Juni geheilt entlassen.

12. D. K., 23 Jahre, Magd aus Kleinwallstadt, aufgenommen am 31. October, bekam nach einer Infection im April ein Geschwür an den Genitalien, im Juni entwickelten sich Condylome, im Mai Heiserkeit, im Juli Schluckweh, alle diese Symptome dauerten bis jetzt fort, bisher keine Behandlung. Stat. prae.: An den Genitalien und den inneren Schenkelflächen massenhafte breite Condylome, Leistendrüsen sehr stark geschwollen und ebenso die Nackendrüsen und die rechte Cubitaldrüse (Sublimat innerlich, Aetzen der Condylome mit Sol. Plenkiij). Am 2. November Kehldeckel stark roth und gewulstet, am Rande geschwollen, Stimmbänder weiss, gesund. Am 20. November die Schmerzen im Halse verschwunden, am 27sten die Stimme noch rauh, der Kehldeckel, die Plica aryepiglottic., der Wulst der Cart. Santorin. stark roth und geschwollen, die Stimmbänder weiss, viel Schleim an den Theilen.

Geschwürsbildungen am Kehlkopfe können als solche entstehen (einfache Geschwüre) oder aus abscedirender Perichondritis sich bilden, die freilich mit allgemeinen Veränderungen der Larynxschleimhaut zusammen zu treffen pflegt, oder sie können als zerfallende knotige Einlagerungen sich darstellen. Was zunächst die einfachen Geschwüre betrifft, so ist deren erste Entstehung in Dunkel gehüllt und es lässt sich fragen, ob dieselben sich ähnlich wie die benachbarten Geschwüre in der Mund- und Rachenhöhle aus einer Infiltration der Schleimhaut oder aus einer Erosion oder aus Schleimhautuberkeln entwickeln. Leider müssen wir gestehen, dass wir diese Frage für den Kehlkopf nach keiner der angedeuteten Richtungen hin weder selbst beantworten können durch direkte

Beobachtungen, noch irgend wo beantwortet finden, daher es denn dringend zu wünschen wäre, dass Syphilitische in der betreffenden Periode oft laryngoscopirt würden, in der Absicht, die Entwicklungsgeschichte dieser Geschwüre zu studiren. Denn auf dem Sectionstische wird sich doch hiezu kaum Gelegenheit finden. — Diese einfachen Geschwüre scheinen überhaupt sehr selten zu sein, z. B. unter den Czermak'schen Fällen, welche nicht wenige Syphilitische umfassen, können nur 1—2 als hierher gehörig angesprochen werden (Nr. 6 und 9.). Die Zeit des Eintrittes dieser Geschwüre scheint später zu liegen als gewöhnlich angenommen wird (so bei Czermak Fall 6. 2 Jahre, bei unserem Falle 4 Jahre), und demnach keineswegs mit dem Eintritte der einfachen Rachengeschwüre zusammenzufallen, so dass auch die Idee der Verbreitung dieser letztern in continuo bis zum Kehlkopfe nicht festgehalten werden kann. Die Diagnose dieser Geschwüre jenen bei Tuberculösen, Typhuskranken und nach Diphtheritis gegenüber ist keineswegs sicher und klar, indem weder der gelbe Beleg des Grundes, noch die in der Umgebung vorkommenden Wucherungen ihnen eigenthümlich angehören. Deumach wird sich nur auf dem Wege der Aetiologie die Diagnose mit Sicherheit begründen lassen und vor allem eine sorgfältige Ausschliessung der Tuberculose nothwendig sein. Das östere Vorkommen von Tuberculose bei Syphilitischen, deren auch z. B. Ricord gedenkt, giebt besonders oft Gelegenheit, die Schwierigkeiten dieser Frage practisch kennen zu lernen. Ist es ja doch für den Anatomen sogar schwierig, auch nur hie und da die tuberculöse Natur der Kehlkopfgeschwüre zu demonstrieren und noch weniger an den syphilitischen etwas Spezifisches zu finden. Als Sitz finden wir in einigen Fällen Kehldeckel, Stimmbänder, Taschenbänder und Kehlkopfgrund angegeben, ohne übrigens aus dem Vorliegenden einen bestimmten Lieblingssitz nachweisen zu können. Allerdings scheint in der Regel jedoch nicht ausnahmslos eine Pharynxerkrankung kürzere oder längere Zeit vorher bestanden zu haben, aber sie findet sich nicht leicht gleichzeitig vor. — Die Dauer und der etwaige — immerhin denkbare — Uebergang in tiefergrifende Formen hängt wohl von der Be-

handlung und den Lebensverhältnissen des Individuum ab. —
Als Beleg mag nachstehender Fall dienen:

13. C. C., 40jähriger Sänger, hatte vor 4 Jahren Chanker, dann Secundärsymptome, wovon er durch grosse Dosen Jodkalium rasch befreit wurde. Nach öfteren Erkältungen stellte sich erst zweiwöchentliche, dann nach ebenso langer Besserung nochmals Heiserkeit ein, während gleichzeitig kein sicheres Symptom der Syphilis mehr bestand; jedoch häufige Schmerzen in der rechten grossen Zehe, Rachencatarrh mit reichlicher zäher Secretion, einige Röthung der Rachenorgane. Laryngoskop.: Stimmbänder gesund und frei beweglich; an der Fläche zwischen den Cartilagines arytaenoideae eine silberkreuzergrosse, längliche, gelbliche Stelle, die etwas zackig aussieht und sich bei späterer Untersuchung als deutliches Geschwür mit gelben Grunde präsentirt. Die Untersuchung der Brust ergab Lungenemphysem und Bronchialcatarrh. — Pat. verliess bedeutend gebessert die Anstalt, konnte jedoch kurz zuvor nicht mehr untersucht werden.

Eine von der vorigen Form verschiedene, die zwar ohne länger vorherbestehende Infiltration zu Stande kommt, jedoch sich rasch verbreitet und in der Regel erst nach ausgedehnten Verwüstungen des Rachens von da aus den Kehlkopf erreicht, ist die phagedänische. Dieselbe kommt namentlich bei marastischen, herabgekommenen Individuen vor und trifft z. B. in einem Falle unserer Beobachtung mit frühzeitigen Hauteruptionen, selbst noch mit Resten der Primäraffektion zusammen. Dieser erwähnte Fall verlief vor mehreren Jahren unter den Augen von Einem von uns und konnte weder durch Tonica noch durch Cauterisation zum Stillstande gebracht werden; ein Abortus führte den Tod herbei und es fanden sich Kehldeckel und aryepiglottische Falten im Zustande jauchiger Ulceration. — Diese Form dürfte etwa der ersten von Hawkings unterschiedenen Unterart entsprechen. — Ehe wir nun zu der Besprechung jener Geschwüre uns wenden, die aus Gummigeschwüsten und syphilitischen Tuberkeln sich durch deren Vereiterung entwickeln, ehe wir zugleich diese beiden Formen selbst practisch betrachten, erlauben wir uns an dasjenige zu erinnern, was Lebert*) darüber sagt und die bezüglichen Stellen von Virchow**) anzuführen. Ersterer sagt: „Die eigentliche syphilitische Geschwulst ist solide, compact, gefäßarm, blassgelb und

*) Handbuch der pract. Medicin. Tüb. 1859. Bd. I. S. 370.

**) Ueber die Natur der constitutionell-syphilitischen Affection (Separatabdruck) S. 45 etc.

besteht aus einem ziemlich festen elastischen Gewebe, in welchem man in einer feinkörnigen Zwischenmasse eine Menge rundlicher Körper findet, welche sich weder als Zellen noch als Zellenkerne deutlich herausstellen, nicht selten unregelmässige Contouren darbieten, in ihrem Innern seine Molecularkörnchen enthalten, kaum $\frac{1}{10}$ Mm. Durchmesser übersteigen, mit den Tuberkelkörperchen Aehnlichkeit haben, ohne übrigens mit ihnen identisch zu sein. Diese Aehnlichkeit, welche wir auch bei dem Rotzknoten finden, führt daher, dass die Intercellularsubstanz schnell zäh und fest wird und desshalb die zelligen Elemente sich nicht mehr vollständig entwickeln können. Diese Geschwülste können sich erweichen, in ihrer Umgebung eine eitrige Entzündung hervorrufen und so auseitern, oder Geschwüre mit tiefen Substanzverlusten oder entstellende Narben zurücklassen.“ Virchow giebt an (p. 45), dass die syphilitischen Knoten der Haut und des Unterhautgewebes keineswegs immer mit den Gummigeschwülsten der Knochen im Baue übereinstimmen, und dass erst weitere Untersuchungen zeigen müssen, inwieweit sie trotzdem zu identifiziren sind. Diess ist wohl auch für die Beurtheilung der genannten Geschwulstformen an den Schleimhäuten von Werth.

Er fand bei ausgeschnittenen Hautknoten, dass sie am meisten mit jungem Granulationsgewebe übereinstimmen: „Man konnte unter der geschlossenen Oberhaut in dem Bindegewebe der Cutis eine allmälig zunehmende Vergrösserung und Wucherung der Bindegewebskörperchen mit gleichzeitiger Lockerung und Erweichung der Zwischensubstanz erkennen, so dass endlich eine an runden, jedoch meist einkernigen Zellen sehr reiche gefäßhaltige Markmasse entstand.“ Ferner p. 106 und 107: Jede Gummigeschwulst ist zunächst eine Bindegewebswucherung und auch ihre erste Entwicklung entspricht dem Bildungsgange der Granulation; ihre weitere Ausbildung aber geschieht in zwei Richtungen, entweder überwiegt die Zellenbildung (Proliferation) und dann wird die Intercellularsubstanz schnell weicher, gallertig, schleimig oder flüssig; die schmelzende Masse wird puriform, bricht auf und ulcerirt oder sie bleibt gallertig und cohärent, oder aber die Zellenbildung bleibt beschränkt, die Intercellularsubstanz vermehrt sich, die Zellen be-

halten den spindel- oder sternförmigen Charakter des Bindegewebes oder erreichen die runde Form der Granulationszellen, dann verfetten sie und es bildet sich der gelbe trockene Knoten der inneren Organe." — Da demnach die anatomische Begrenzung zwischen Knoten und Gummata sich nicht als sehr scharfe herausstellt, so wollen wir, ohne einen allgemeineren Werth darauf zu legen, hier an diesem Orte für Kehlkopf und Rachen als Knoten die mehr zusammengedrängt vorkommenden, kleiner bleibenden, weniger scharf abgegrenzten, von rother Schleimhaut überdeckten, zumeist bald der Vereiterung anheimfallenden Geschwülste bezeichnen, als Gummata dagegen grössere, schärfer sich hervorhebende, mehr isolirte, gelbe Gebilde. Die uns zugehörigen Fälle derart stellen wir voran:

14. M. C., 31 Jahre, Taglöhnerin aus Sommerhausen, aufgenommen am 11. Januar 1860, litt früher mehrfach an entzündlichen und acut exanthematischen Krankheiten, stammt von gesunden Eltern ab und will nie eine Infection erlitten haben. Im Jahre 1847 hatte sie heftige Kopfschmerzen, die am Tage stärker waren, ohne Anschwellungen an dem Kopfe, die spontan wieder nach mehreren Wochen verschwanden. Im Jahre 1848 entstand eine Geschwulst an der inneren Seite des unteren rechten Augenlides, die geöffnet Eiter entleerte, später eine Thränenfistel, welche operirt wurde, aber nach zwei Jahren recidivirte. Im Jahr 1850 bekam sie ohne bekannte Ursache vollständige Aphonie, die von starkem, aber mässigem Schmerze, der beim Schlingen, beim Sprechen, jedoch nicht bei Druck stärker wurde, begleitet war, ein Jahr lang dauerte und dann vollkommen verschwand; wodurch sie damals geheilt wurde, unbekannt. Zwei Jahre später trat abermals 4wöchentlicher Halsschmerz und Heiserkeit auf, die auch wieder verschwanden, auch verlief in diesem Jahre eine Unterleibsentzündung mit Dysprie, jedoch ohne Ausfluss aus den Genitalien. Im Frühjahr 1859 trat reissender Schmerz in der Nase mit eitrigem Ausflusse auf, wogegen Pillen in steigender Gabe und ein Thee gebraucht wurden und Erfolg hatten. Gegen Ende desselben Jahres bildete sich ein Geschwür an der Nase, welches sehr rasch um sich griff; bald darauf sank die Nase ein, ohne dass jedoch damals der Abgang von Knochenstückchen bemerkt wurde. Gleichzeitig wurde sie von heftigen, beständigen Kopfschmerzen gequält; es entstand Schmerz im Halse, besonders beim Schlingen und in der linken Seite des Nackens. Die Stimme wurde heiser und näseldnd; fernerhin wurde die Kranke unter heftigen stechenden und reissenden Schmerzen in beiden Ohren fast vollkommen taub. St. praes. beim Eintritte: Genitalien frei von frischen oder Residuen älterer Affectionen, keine Drüsenschwellungen außer in der Ingualgegend, Lupus exulcerans der Nase, der linke Nasenflügel ganz zerstört, die Ulceration erstreckt sich in das Innere der Nase und hat bereits die knorpelige Scheidewand der Nase weggenommen; dadurch die Nase eingesenkt. Am weichen

Gaumen strahlige Narben. Heiserkeit, Nasenstimme. (Sublimat.) Am 8. Juni: Bei der Untersuchung der ganze Kehlkopfseingang stets mit Schleim angefüllt, der nur durch mehrständiges Gurgeln zu beseitigen ist. Die ganze hintere Rachenwand voll von sinuösen gelben Geschwüren, einzelne Schleimhautstellen dadurch förmlich abgeschnürt, der Kehldeckel in der Mitte gesund, links wenig, dagegen an dem ganzen rechten Dritttheile seines Randes tief von gelben zackigen Geschwüren eingeschnitten, die Stimmbänder gesund; stärkere Heiserkeit und beträchtliches Schluckweh; die Schwerhörigkeit besteht in geringerem Grade fort. Die lupösen Stellen der Nase werden mit Jodglycerin bepinselt. Um diese Zeit entstand auch ein brennender quaddelartiger Ausschlag an Kopf und Händen. Am 22. Juni: Die Zerstörung am Kehldeckel rechts tiefer, links der Rand jetzt auch stark infiltrirt, am ganzen Larynxeingange die Schleimhaut verdickt, weisslich, an den aryepiglottischen Falten bereits ulcerirt, die Stimmbänder verdickt. In der nächsten Umgebung der Ulcerationen am Kehldeckel sowohl als zwischen den Rachengeschwüren finden sich zahlreiche, von rother Schleimhaut überzogene, linsen- bis erbsengroße knotige Anschwellungen, die wohl als Vorläufer der Ulcerationen zu betrachten sind. Die früher erwähnten Quaddeln sind grossenteils verschwunden, nur einzelne davon sind an der Stirne, den Wangen und an den Streckseiten der Handgelenke als braunrothe, derbe, nicht juckende Knoten zurückgeblieben. Am 26. Juni Stat. id. Am 5. Juli die Ulcerationen der hinteren Pharynxwand links zusammengeflossen, die Epiglottis verhält sich wie früher; gegen Mitte Juli ging ein Knochenstückchen aus der Nase ab. Da die Sublimatbehandlung ohne Erfolg blieb, wird jetzt ein Decocit Zittmanni angewendet, Gurgelwasser mit Kali chloricum. 18. Aug.: Der Kehldeckel nur an der rechten Seite des Randes noch mit normaler Schleimhaut bedeckt, sonst überall ulcerös und knotig verdickt, links starker Substanzerlust. (Jodkali.) Von da an Besserung sowohl an dem Lupus der Nase, als im Pharynx und Larynx. 21. Oct. keine Ulceration mehr, an der Rachenwand und dem Kehldeckel glattes Narbengewebe. Letzterer zeigt mehrfache Zacken, eine mittlere grössere und zwei seitliche, viele kleinere dazwischen. Der Substanzerlust rechts bedeutender, die Stimmbänder unversehrt; die Stimme noch etwas heisir, die Schleimsecretion im Rachen hat aufgehört, Nasensprache, nicht besonders oft Verschlucken. Da inzwischen auch die lupöse Affection der Nase geheilt war, allerdings auf die Art, dass von beiden Nasenlöchern nur noch kleine Spalten übrig geblieben waren, durch welche übrigens doch geathmet werden kann und auch die Hauttuberkeln geheilt waren, so wurde die Kranke am 24. Oct. entlassen.

Es gibt Leute, welche jemanden nur dann für syphilitisch halten wollen, wenn er es ihnen gesagt hat; dieser Fall zeigt in sprechender Weise, dass die Zeichen und nicht die Angaben hierüber entscheiden, und es ist dieser Punkt um so mehr zu beachten, als von den zahlreichen Krankengeschichten, welche in der Literatur als Beweise einfacher Laryngophthise aufgeführt werden, gewiss viele, wenn auch nicht alle sich auf syphilitische Prozesse

beziehen. Die Primärinfection, wenn überhaupt hier eine solche stattgefunden hat, müsste um mehrere Jahre, wenn nicht ein volles Decennium zurückliegen, und es ist das häufige Erkranken des Kehlkopfes und die schliesslich hier hauptsächlich stattfindende Localisation der Krankheit wohl immerhin bemerkenswerth. — Die knotige Entartung der Rachenschleimhaut und der des Kehldeckels traf zusammen mit Knotensyphilid der Haut, das hauptsächlich an der Nase aggregirt war, das dann zweitens zerstreut über das Gesicht und die Handrücken einen ganz auffallenden Entwicklungsgang durchmachte. — Das Fehlen der Cubital- und Cervical-Drüsenschwellungen, welche ja im Allgemeinen für die constitutionelle Syphilis charakteristisch sind, kann uns nicht befremden, wenn sie von gewichtigen Autoritäten (Ricord) in der späteren („tertiären“) Periode der Syphilis vermisst werden. Schon nach der ersten laryngoscopischen Untersuchung überzeugten wir uns, dass auch durch das Zuführen mit dem Zeigefinger die Verunstaltung des Kehldeckels wahrgenommen werden konnte, allein die Laryngoscopie machte auch hier wie in allen ähnlichen Fällen, die uns sonst vorkommen, erst auf die vorhandenen Destruktionen aufmerksam und es hätte deren Diagnose ohne erstere nie so genau gestellt werden können.

An diesen Fall reihen wir zwei weitere von Knotenbildung am Kehlkopfeingange an, wo die Knoten grösser waren, nicht vereiterten, sondern auf einer gewissen Stufe ihres Wachsthumes längere Zeit stationär blieben und daher wohl das Gummata angeprochen werden können.

15. W. E., 28jährige Taglöherin aus Buchbrunn, bekam vor 3 Jahren durch Ansteckung ein Geschwür an den Genitalien, welches später von Ausschlag am Körper, einem kleinen Geschwüre am rechten Beine, Heiserkeit, Halsschmerz und Schlingbeschwerden gefolgt war. Die Affection heilte auf dem Gebrauch von Pillen, die den näheren Angaben zu Folge ohne Zweifel Mercur enthielten, mit Ausnahme der Halsbeschwerden, von denen die Schlingbeschwerden seit etwa einem halben Jahre aufhörten, die Heiserkeit aber bis jetzt in verschiedenem Grade forbestand. In letzter Zeit wurde auch häufiges Verschlucken beobachtet. Seither fand keine weitere Behandlung mehr statt. Vor einem Jahre entstanden knotige Affectionen an der Nase, am rechten Unterschenkel, an der inneren Fläche des linken Oberschenkels und an dem rechten Arme, welche vereiterten und am rechten Nasen-

flügel einen Substanzverlust herbeiführten. Seit letztem Frühjahre bestand Schwerhörigkeit.

St. praes.: Aufgenommen am 29. October. An den Genitalien keine Narbe zu entdecken, nur an der Uebergangsstelle des linken kleinen Labium zum grossen eine leichte circumscripte Verdickung der Schleimhaut; mässiger eitriger Ausfluss aus Vagina und Urethra, zäher schleimig-eitriger Ausfluss aus dem Uterus. Ziemliche Anschwellung der Leistendrüsen, geringere weichere Anschwellung der Cervikal- und Cubitaldrüsen. Fast die ganze Nase von circumscripten und aggregirten rothen oberflächlich glänzenden, oder theilweise exulcerirten und mit Krusten bedeckten Knoten infiltrirt. Auf der linken Seite der Nase sind einzelne tiefe Substanzverluste, der rechte Nasenflügel ist fast gänzlich verloren gegangen. Am Rande finden sich hier gegen die Wangenfläche hin sehr grosse, weiche, rothe Knoten, kleinere an der Oberlippe vor dem Naseneingange. Auf der rechten Wange und nach aussen und unten von dem rechten Mundwinkel isolirte grössere Knoten; ein ebensolcher findet sich am rechten oberen Augenlid mit einer gelben Kruste bedeckt. Ueber dem linken Jochbogen und an der linken Seite des Halses kleinere knotige Anschwellungen; eine solche besteht auch zwischen Zeige- und Mittelfinger der linken Hand, am rechten Handrücken einige runde hellrothe papulöse Anschwellungen. Ueber der rechten Armbuge mehrere zu einem Oval aggregirte Knoten mit gelben Borken. Ueber diesen zwei kleinere mit Schüppchen bedeckt. In der linken Unterbauchgegend ein vereiternder kupferrother, kreuzergrosser Hautknoten. An der inneren Seite des linken Unterschenkels eine $1\frac{1}{2}$ Zoll lange, $\frac{1}{2}$ —1 Zoll breite Infiltrationsstelle mit sehr derben, etwas erhabenen unregelmässigen, tief kupferrothen Rändern, aus dieser Fläche erheben sich einzelne Knoten und neben diesen zeigen sich tiefere ulcerative Substanzverluste. Am rechten Unterschenkel innen und hinten eine ähnliche, aber viel grössere Fläche. Unter dieser erstreckt sich an der hinteren Seite vom innern Knöchel zum äussern reichend eine ähnliche Geschwürsfläche. Die umgebende Haut ist derb infiltrirt. Aus diesen Geschwüren kommen häufig Blutungen. Schmerhaft sind die Geschwüre nicht, doch ist das Gehen sehr erschwert. An der hinteren Seite des linken Oberschenkels im oberen Drittheile ist eine groschengrosse Geschwürsfläche von gleichem Charakter. Am unteren Drittel des linken Oberschenkels, innen unter der Haut, jedoch nicht mit dieser verwachsen, ein schmerhafter harter Knoten. Auf der rechten Seite des behaarten Kopfes eine knotige ulcerative, mit gelben Borken bedeckte Fläche. Stimme belegt und näseld, weicher Gaumen zackig, zum grossen Theile zerstört.

30. October. An der hintern Rachenwand stösst der Spiegel rechts seitlich an einige unebene Stellen; man sieht 3 Geschwülste, eine kegelförmige an der hintern Rachenwand (auch zu fühlen) oben weiss und eine mit zwei gelben Spitzen an der rechten Cartilago santoriniana, die sich beim Sprechen mit bewegt, endlich eine dritte kleinere mehr in der Mitte der hintern Rachenwand. Die erste war von der Grösse einer kleinen Haselnuss (Kali jodat., Decoc. Zittmanni).

10. November. Die Geschwülste gleich, das rechte Stimmband bewegt sich etwas weniger als das linke.

4. December. Seither sind unter der angegebenen Behandlung alle Syphilide der Haut geheilt, nur die erwähnte Geschwulst am Oberschenkel hat sich nicht verkleinert, hat dagegen aufgehört zu schmerzen, die Stimme ist heiser geblieben, wenn nicht heiserer geworden. Die Geschwülste im Rachen sind oben ganz geheilt, unten und am Kehlkopfeingange bedeutend kleiner geworden, dagegen hat sich die Paralyse des rechten Stimmbandes allmälig zu einer vollständigen ausgebildet. Und jetzt tritt auch mehr ein häufiges Ueberspringen der sehr heiseren Stimme in hohe Fisteltöne hervor.

Das Zusammentreffen der am Larynx eingange gelegenen Geschwülste mit einer Masse von Knoten an der Haut und einer wahrscheinlich gummosen Geschwulst am Oberschenkel ist besonders zu erwähnen und erinnert daran, wie die Condylome am Kehlkopfe mit an der äussern Haut sehr verbreiteter Condylombildung öfter zugleich vorkommen. Der schwierigste Punkt dieses Falles liegt in der Erklärung der Paralyse des rechten Stimmbandes.

16. P. A., 32 Jahre alt, Taglöhnerin aus Reckenneusig, litt vor beiläufig 12 Jahren an Geschwüren der Schamlippen, die in einigen Wochen geheilt waren und denen angeblich keine weiteren Erkrankungen gefolgt sind. Vor $\frac{1}{2}$ Jahre erkrankte sie mit Schmerzen im Halse, die besonders beim Schlingen heilig wurden, später verloren sich die Schmerzen und blieben blos Schlingbeschwerden zurück. Anfangs war die Stimme heiser, dann wurde sie näselnd wie jetzt. St. praes. beim Eintritte 29. November. An den Genitalien keine wesentlichen Veränderungen zu erkennen, die Leistendrüsen mässig angeschwollen, die linke Cubitaldrüse ist erbsengross fühlbar, die Cervikaldrüsen etwas stärker geschwollen. Die Uvula fehlt, das Gaumensegel ist narbig nach hinten an die Rachenwand gezogen, an beiden Seiten desselben, besonders an der rechten befinden sich glatte erbsengrosse Tumoren, durch die Mitte des Gaumensegels bis in den harten Gaumen geht ein circa 2—3, oben 4—5 Linien breiter Spalt. Die Rhinoscopie durch diesen ergibt das Septum zackig vorstehend, die Nasengänge verengt, Schleimhaut gewulstet und mit Schleim bedeckt, die rechte Hälfte des Rachens durch mehrere erbsengrosse Geschwülste und horizontale Narbenvorsprünge verengt. Kehldeckel gut, Stimmbänder etwas geröthet, an beiden in der Mitte des Randes ein Substanzerlust, rechts stärker (Jodkalium).

Abgesehen von den glatten alten Narben, die sich an den Stimmbändern finden, sind in diesem Falle die Geschwülste zu erwähnen, die, wenn auch nicht am Larynx selbst, so doch in dessen nächster Nähe an der hinteren Rachenwand ihren Sitz haben und allein durch die Laryngoscopie erkannt werden konnten. — Ein ähnlicher Fall wird z. B. mitgetheilt von Dittrich (zugleich mit Perichondritis): „an der linken Hälfte des Kehldeckels, am Rücken

eine bohnengrosse Geschwulst, die innerhalb einer festen, dicken, faserigen Kapsel eine weiche mattweissliche, meistens amorphe Masse einschloss („syphilitisches Exsudat“), auch Czermak scheint der gleichen gesehen zu haben, z. B. F. IV, XI, vielleicht auch XVII. Lewin *) hat kürzlich eine derartige Geschwulst des Kehlkopfes demonstriert und dabei die Bezeichnung der Gummigeschwulst gewählt. — Vorläufig sind diese Geschwülste als selten zu bezeichnen, kommen nur in einer späten Periode der Syphilis — mehrere Jahre nach der Primärinfektion — vor und dürften gerade dann zu suchen sein, wenn tuberkulöse Produkte an der Haut und an den Rachenorganen mit Kehlkopfsbeschwerden zusammen treffen. Ueber die Variationen des Sitzes und etwaige speziellere Zeichen dieser Form lassen sich wohl erst einer grösseren Reihe von Fällen Schlüsse entnehmen.

Eine weitere Form der Geschwüre ist jene, welche in ganz später Zeit der Secundärsyphilis mit umfassenden allgemeinen Erkrankungen der Kehlkopfsschleimhaut zusammenfallen; diese können in doppelter Weise entstehen: so dass an der verdickten, sclerosirten, mit Excrescenzen besetzten Schleimhaut oberflächliche Vereiterungen sich bilden oder dadurch, dass dieselben in der Tiefe entstehen, gegen das Perichondrium vordringen, perichondritische Abscesse bilden und schliesslich nach der Kehlkopfhöhle hin durchbrechen.

Wir sind demnach an dem Punkte angelangt, die am meisten bekannte, die allgemein destruierende Form der Kehlkopfssyphilis zu besprechen, deren Theilglied, wie von Dittrich für die meisten Fälle richtig angegeben wird, die Perichondritis laryngea der Syphilitischen bildet. — Nehmen wir 23 Fälle derart, die wir gerade in der uns zugänglichen Literatur vorfinden, nebst einem Falle von uns zur Hand, so finden sich bezüglich des Alters als frühestes das 21. Jahr vertreten (Sachse), als spätestes das 97. (Sestier) und überhaupt die meisten Fälle 11, also fast die Hälfte im 4ten Lebensdecennium, nächstdem das 3te mit 6, dann das 5te mit 4, endlich das 6te mit 2. Unter 31 Fällen werden 18 Männer und 13 Weiber aufgeführt. In einem Falle (von Sachse) bestand

*) Deutsche Klinik 1860.

hereditäre Syphilis und manifestierte sich schon in früher Kindheit durch Drüsengeschwülste, Zerstörungen des Gaumens und Exostosen. In den übrigen Fällen verfloss von der Primärinfection bis zum Entstehen schwerer Larynxsymptome ein Zeitraum von 5—10 Jahren, nur einmal dauerte derselbe über 1 Jahr. Die Dauer dieser Symptome schwankte zwischen $\frac{1}{2}$ Jahr und 6 Jahren und betrug in 12 Fällen 2 mal bis $\frac{1}{2}$, 2 mal bis 1, 3 mal bis 2, 2 mal bis 3, 1 mal bis 4, 1 mal bis 5 und 1 mal über 5 Jahre. — Die Angaben über Heilung verdienen sehr geringes Vertrauen, indem sich z. B. ein uns bekannter Kranke mehr wie 5 mal als geheilt aufgeführt findet und gerade jetzt wieder wegen desselben Leidens in Lebensgefahr schwebt. Uebrigens sei bemerkt, dass von 16 Fällen 7 starben, 6 als geheilt aufgeführt werden, 2 als gebessert und 1 (der unsere) sich noch in Behandlung befindet. — Alle Fälle, in denen sich Angaben hierüber vorfanden, waren früher schon mercuriell behandelt worden, gewöhnlich unregelmässig und unvollständig. Da sich die älteren allgemeinen Angaben über Larynxsyphilis fast ausschliesslich nur auf diese Form beziehen konnten, so scheint hierin eine Bestätigung der mehrfach (so auch von Carmichael) geäusserten Annahme zu liegen, dass früherer Mercurgebrauch zur Larynxsyphilis disponire. Allein viele Mercuriellbehandelte bleiben frei davon, vollständige und wohlgeleitete Mercurialcuren bringen überhaupt keine derartigen Nachtheile, und somit werden doch nur die erwähnten fehlerhaften Quecksilberbehandlungen anzuschuldigen sein. Es scheint möglich, selbst wahrscheinlich, dass oft eine Kette leichterer Larynxbeschwerden der schweren Erkrankung vorausging, allein der Mangel an derartigen laryngoskopisch untersuchten Fällen erlaubt vorläufig nicht auf die Beziehungen, die in dieser Richtung existiren können, weiter einzugehen.

In 11 Fällen, von welchen einer uns angehört, die anderen theils Troussseau und Belloc, theils Sachse entnommen sind, fand sich jedesmal andauernde Dyspnoe vor, 6 mal zeitweise mit lauthörbarem schlürfenden Athmungsgeräusche, und wird einmal angegeben, dass dieselbe mit jeder Körperbewegung sich steigerte. Ebenso fand sich Husten constant vor, der auch einmal als äusserst heftig und quälend geschildert wird. Er wurde in einem Falle

durch Genuss von Speisen erregt und bewirkte deren Regurgitation. Die Sputa waren meist schleimig, mehr oder weniger reichlich, hie und da auch überwiegend eiterig, übelriechend, zweimal blutig und in einem älteren Falle (Sachse) sollen Stücke der Trachealschleimhaut ausgehustet worden sein. Schlingbeschwerden fehlten nur einmal, waren zweimal gering, in den meisten andern Fällen dagegen erregte das Schlucken heftige Schmerzen, einigemal fand Regurgitation des Genossenen durch die Nase statt. Einmal konnten durch volle 4 Monate keine festen Speisen geschluckt werden. Viertens war in allen Fällen vollständige Aphonie vorhanden. Schmerz im Halse war, einen Fall ausgenommen, constant, und wurde theils spontan empfunden als Stechen oder Kitzeln, theils auch durch Druck von aussen erst erregt oder gesteigert. Mehrmals waren die Schmerzen theils nach dem Halse und Rücken, theils nach den Ohren hin ausstrahlend, in unserem Falle bestand lang andauernder Ohrenschmerz. Gewöhnlich war Druck an der ganzen Vorderseite des Halses schmerhaft, in einem Falle nur am Zungenbein, in einem andern auf der Kante des Schildknorpels. Zweimal wurde diffuse Anschwellung der vordern Seite des Halses bemerkt, über Anschwellung der Lymphdrüsen fanden sich nur 3 mal Angaben und zwar bejahende vor.

Auffallend erscheint das von Sachse berichtete häufige Niessen eines Kranken, während die bei den meisten Kranken vorhandenen phthisischen Erscheinungen, namentlich auch die einigemal angegebenen reichlichen Schweiße zu den natürlichen Folgen eines so tief eingreifenden Leidens gehören. Zweimal konnte die Epiglottis beim Niederdrücken der Zunge geschen werden und befand sich beidemal im Zustande der Vereiterung. Als allgemeiner Charakter solcher Fälle stellt sich daher derjenige der Stenose heraus, die nicht selten sehr hohe Grade erreicht, und selbst in einigen tracheotomirten Fällen vollständigen Verschluss der Kehlkopfsröhre herbeiführte. Als wesentliche Merkmale sind daher aufzuführen, vor längerer Zeit vorausgegangene vernachlässigte oder unregelmässig mit Mercur behandelte Syphilis, nach der sich mit öfteren Remissionen Heiserkeit, Schlingbeschwerden, Husten und Dyspnoe entwickeln, sich bis zu den höchsten Graden (bes. Aphonie) stei-

gern. Später treten verbreitete Schmerzen im Halse hinzu, dann reichlicher schleimig-eitriger, vielleicht auch rein eitriger oder blutiger Auswurf, sowie Abmagerung und Hectik, denen wohl die meisten derartigen Kranken erliegen. Wird aber auch durch Antisyphilitica oder die Tracheotomie das Leben gerettet, so ist zu fürchten, dass durch constringirende Narben dauernde Stenose bedingt werde, oder doch Heiserkeit und zeitweise Störungen der Deglutition und Respiration übrig bleiben, wie dies die Betrachtung jener tiefgehenden Umwandlung der Kehlkopfsschleimhaut, die diesen Fällen zu Grunde liegt, gar leicht erwarten lässt. Jene Verunstaltung bis zur Unkenntlichkeit des Organs, jene Sclerosirung der Schleimhaut und Verdickung derselben durch papillare Exrescenzen findet sich öfter anatomisch beschrieben, so z. B. sehr schön in einem Falle von Rheiner*), von Barth**) etc. Diese Symptome können natürlich wesentliche Veränderungen erfahren durch den Zwischentritt acuter Kehlkopfsaffektionen, unter welchen die Perichondritis laryngea und das Oedema glottidis am bekanntesten sind. Wenn nun auch suffocatorische Anfälle, rasche continuirliche Steigerung der Dyspnœ, Schmerzen im Halse, Fieberzunahme im Allgemeinen auf solche Episoden hinweisen, so sind doch für beide Formen nur die laryngoscopischen Befunde in früherer Zeit charakteristisch, indess später schon manchmal die Perichondritis aus plötzlichem mit Erleichterung eintretenden Eiterauswurf, aus ausgebusteten Knorpelstückchen oder den Symptomen der Communication zwischen Kehlkopf und Speiseröhre erkannt wurde.

M. V. 48 Jahr alter Knecht aus Rügheim bekam, nachdem er nie krank gewesen, namentlich auch nie eine Affection der Genitalien überstanden hahen will, vor 5—6 Jahren heftige nächtliche Kopfschmerzen, welche ohne Behandlung wieder verschwanden. Vor etwas mehr als 3 Jahre entstand ein Ausschlag im Nacken, kurze Zeit darauf entwickelte sich eine Halsaffektion, welche sich anfangs durch Schlingbeschwerden, Schmerhaftigkeit bei Sprechen, bei Druck, und erst bei häufig 6 Wochen später durch Heiserkeit äusserte und welche durch Vesicantien und Gurgelwässer vergeblich bekämpft wurde. Er war bis jetzt schon 5 mal im Hospitale, zum erstenmal 23. April bis 28. Mai 1858 mit „ulcus secund. pharyngis“ und wurde damals geheilt. Bei seinen späteren Aufnahmen waren schon narbige

*) Virchow's Archiv. Bd. V.

**) Citat bei Hölder: Lehrbuch der venerischen Krankheiten. Stuttg. 1851.

Zerstörungen im Rachen und stets auch Kehlkopfsaffektion vorhanden, und er wurde einmal durch die Schmierkur, später einmal durch Jodkali in sofern erfolgreich behandelt, als er immer wieder einige Zeit seinen Beschäftigungen nachgehen konnte. Vor einem Jahre jedoch hatte er ziemlich starken Bluthusten, der innerhalb 14 Tagen mehrmals recidivirte. Seit dieser Zeit traten heftigere Schmerzen im Larynx auf, sowie Schmerzen im rechten Ohr, häufiges Verschlucken und Erbrechen; die schon früher längere Zeit bestandene Heiserkeit wurde späterhin zur völligen Aphonie; die Respiration wurde immer schwieriger und kamen in der letzten Zeit noch heftige Brust- und Unterleibsschmerzen hinzu.

St. praes. vom 30. Januar (Eintritt). Beträchtliche Abmagerung, blasse Haut, von gewöhnlicher Temperatur, Cervikaldrüsen mässig geschwollen, beständiger spontaner, bei Druck sehr heftig werdender Schmerz am Larynx, der sich auf die rechte Seite des Halses hin erstreckt und in das rechte Ohr. Bisweilen treten auch spontane Exacerbationen dieses Schmerzes ein und sind namentlich am Abende häufig und heftig. Die In- und Exspiration gleich lang dauernd (jede gleich 2 Sekunden), mässig angestrengt, zeitweise treten jedoch Anfälle von stärkerer Dyspnoe ein. Die Respiration geschieht vorzugsweise mit den Brust- und Halsmuskeln, der Thorax wird selbst bei angestrengten Inspirationsbewegungen nur wenig erweitert. Tiefe Inspirationen verstärken den Schmerz im Larynx. Der Thorax ist sehr lang, der helle Schall der Lungen ist ausgedehnt. Hinten rechts oben leichte Dämpfung dasselbst auch Bronchialathmen und einzelne Rasselgeräusche. Auf der übrigen Lunge scharfes, unbestimmtes Athmen. Der Puls klein frequent. Die Herzdämpfung klein zwischen V. und VI. Rippe. Der Herzstoss zwischen V. und VI. Rippe vor der Papillarlinie, Töne rein. Die Venen an Brust und Unterleib stark entwickelt. Doppelseitige Leistenhernie. Die Leistendrüsen etwas geschwollen, ziemlich weich. Die Cubitaldrüsen klein, an der unteren Seite des Präputium eine weissliche verdickte Stelle, der rechte Hoden atrophisch. Appetit ziemlich gut, doch das Schlucken ausserordentlich schwer, das Schlucken von festen Speisen fast ganz unmöglich. Die eingebrachten Speisen erregen sehr heftige Schmerzen im Halse und sofort Husten und Brechbewegungen. Stuhl meist angehalten. Der Schlaf nie lang und wird sehr häufig durch Husten unterbrochen. Auswurf puriform, übelriechend. Laryngoscopie sehr schwer wegen grosser Empfindlichkeit der Rachenwände, man sieht für gewöhnlich diese stark geröthet, von der Epiglottis nur zeitweise einen kurzen Stumpf, der auch zu fühlen ist. Die Stimmbänder sehr schmal, theilweise zerstört, unter dem rechten Stimmbande eine grosse gelbe Ulcerationsfläche mit prominirenden oberen Rändern. — Der weiche Gaumen zerstört, auf der rechten Seite des Rachens ein frisches Ulcus. Dieser Befund wurde zunächst bestätigt; später war die Untersuchung nicht mehr möglich; der Kranke befindet sich noch in etwa gleichem Zustande in Behandlung.

Es erübrigt uns nur noch, einige Beobachtungen von Narbenbildungen am Kehlkopfe Syphilitischer mitzutheilen. Bei der laryngoscopischen Untersuchung von Individuen, die früher oder auch noch an Syphilis litten, findet man diese häufig vor, und ist

manchmal im Stande, bleibende Veränderung der Stimme oder auch sonstige Störungen daraus zu erklären. Narben mit bedeutenderen Substanzverlusten finden sich am meisten am Kehldeckel vor, so bei zweien unserer Fälle (Nr. 13. und 16.), so noch in zahlreichen Fällen Anderer, wo selbst öfter der Kehldeckel vollständig zerstört gefunden wurde, und dann, wenn nur die Stimmbänder unversehrt geblieben waren, auch der Schlingact nicht beeinträchtigt erschien. Es ist eben der Verschluss des Kehlkopfes ein dreifacher, der durch Stimmbänder, Taschenbänder und Kehldeckel geleistet wird; und wenn nur erstere völlig funktionsfähig bleiben, so kann die Herüberlagerung des letzteren ganz wohl entbehrt werden. Die Vereiterung des Kehldeckels schreitet gewöhnlich sehr unregelmässig vor, und lässt demnach zackige, an vielen Stellen vorspringende Narben zurück; ein Verhältniss, das wahrscheinlich seine Begründung darin findet, dass die zahlreichen Durchtrittsstellen von Drüsengängen durch den Kehldeckel der Vereiterung weniger Widerstand entgegenstellen als der Knorpel, dessen Lücken sie entsprechen. Die Erkenntniss der Kehldeckelverluste ist zwar auch durch das Einführen des Fingers möglich; allein, dass wirklich schon Narbenbildung da ist, zeigt erst die laryngoscopische Untersuchung. Aehnlich verhält es sich mit der Unterscheidung von Geschwüren und Narben an den Ligamentis glossopharyngei und aryepiglotticis. Wichtiger für die Stimmbildung sind Narben, welche irgendwo mit den Cartilagineis arytaenoideae zusammenstossen, die Bewegung dieser und der Stimmbänder bleibend behindern; und vielleicht sind manche der so vielfachen Bewegungsstörungen, die bei Syphilitischen beobachtet werden, durch Narben, welche von unten her, also laryngoscopisch nicht sichtbar, den Arytaenoidknorpel erreichen, zu erklären. Narben in den Stimmbändern selbst, oder die irgend eine Beziehung zu diesen haben, veranlassen meist Heiserkeit, zuweilen Aphonie, und besitzen als stets unheilbar keine geringe prognostische Bedeutung. Die Narben, die von einfacher syphilitischer Geschwürsbildung herrühren, werden sich kaum sicher als solche bestimmen lassen; bei jenen dagegen, welche aus allgemein destruierenden Prozessen hervorgehen, dürfen durch die Reichlichkeit des Narbengewebes und die bedeutenden Diffomi-

täten, welche sie setzen, weit eher noch ihre spezifische Abstammung verrathen. Immerhin wird die Berücksichtigung der Anamnese und der etwa vorhandenen gleichzeitigen oder abgelaufenen Zeichen von Syphilis die Diagnose wesentlich zu stützen vermögen.

Von den noch folgenden 2 Fällen zeigt der eine einfache Narbenbildung am Kehlkopf, der andere dagegen liess eine Betrachtung des Kehlkopfes gar nicht zu, ist jedoch sicher wegen der eigenthümlichen Form der Narben, welche den Kehlkopf verdeckten, gleichfalls von Interesse, wenn man die Bedeutung der Laryngoscopie für die syphilitischen Kehlkopfskrankheiten beurtheilen will.

18. B. C., 33jährige Glasersfrau aus Hersfeld, litt vor 15 Jahren an Flechten, die über Arme und Beine verbreitet waren, anfangs stark juckten, im Winter stärker hervortraten, öfter mit Pulver und Thee behandelt wurden, aber erst nach vielen Jahren von selbst verschwanden. Vor 2 Jahren bekam sie während der Schwangerschaft, wie sie meint, durch Erkältung einen weissen Fluss. Seit dieser Zeit cessiren auch die Menses. Der Ehemann soll gesund sein, alle Kinder starben in früher Jugend. Im Nov. 1858 begannen Halsschmerzen, besonders in der Gegend des Kehlkopfes und seitlich von demselben, Schluckweh; keine Heiserkeit, Kopfschmerz bei Tag und Nacht. Dieser Zustand dauerte 1 Jahr, wurde mit Pinselsäften, Thee und Pillen in steigender Gabe behandelt; die Schmerzen vergingen, jedoch soll damals die Uvula verloren gegangen sein. Vor einem Jahre begannen nächtliche Schmerzen in den Schienbeinen, in Hand- und Kniegelenken, gleichzeitig Schmerzen in der Nase, angeblich ohne Ausfluss und näseldende Sprache. Einige Zeit darauf gingen Knochenstückchen ab, in dem letzten Frühjahr entstanden Knötchen der äusseren Nase, die vereiterten und mit Substanzerlust endigten. Gegen die Affektion der Nase wurden Schnupfmittel, Salben und Pillen gebraucht, welche letztere Salivation herbeiführten. St. praes. beim Eintritte am 13. August: Mageres schwächliches Weib; Leistendrüsen stark geschwollen, an der hinteren Commissur des Scheideneinganges eine Narbe; Cubitaldrüsen nicht geschwollen, von den Cervicaldrüsen einzelne sehr hart. Die Nase hat an beiden Flügeln, besonders am linken und an der Spitze, Substanzerluste erlitten, an der Grenze der erhaltenen Theile sind Geschwüre, die mit dicken schwärzlichen Krusten bedeckt sind, unechte, zackige, aufgeworfene Ränder und unechte, schlecht aussehende Basis besitzen. Oberhalb der Geschwüre sind diffuse, ziemlich derbe rothe Infiltrationen; auf der rechten Seite höher oben finden sich mitten im gesunden Gewebe noch einzelne isolirte Knötchen, der untere Theil des Septum narium fehlt grössttentheils. In der Nasenhöhle sieht man ebenfalls rothe Infiltrationen und narbige Stellen. An der Oberlippe ausgedehnte unregelmässige Narben, beiderseits von frischen Knoten begrenzt. Der Schmerz in der Nase hat seit einiger Zeit aufgehört. An der äusseren Seite des linken Unterschenkels im oberen Dritttheile ein 6 Kr. grosses, von callösen rothen Rändern begrenztes, ungleich tiefes, jauchige, zu weichen

Schorfen vertrocknende Absonderung lieferndes Geschwür. Neben diesem eine $1\frac{1}{4}$ Zoll lange, $\frac{3}{4}$ Zoll breite röthlich bläuliche, stellenweise deprimirte Narbe, tiefer unten eine kleinere ähnliche. Stimme näselnd, nie heiser; Uvula fehlt, die Gau menbogen und Tonsillen narbig zerstört. 18. August Kehldeckel unversehrt, eine Narbe am rechten Stimmbole, das dadurch einen sickelförmigen, statt geraden Rand bekommen hat und zugleich eine leichte Zacke nach aussen und in seiner Mitte darbietet (Jodkalium). Am 8. Oct. geheilt entlassen.

19. M. F., 28jähriger Buchbinder aus Fürth. Ansteckung oder Uebertragung von Syphilis nicht nachweisbar, erlitt im 2ten Jahre einen Stoss auf die Kehlkopfgegend ohne nähere Folgen, konnte als Knabe ganz gut (ohne Näseln) sprechen, im 11ten Jahre bekam er Halsschmerzen mit Schluckweh, welches seit dieser Zeit zurück geblieben ist; ob er damals heiser war, ist ihm nicht erinnerlich. In seinem 14ten Lebensjahre entstand auf dem Rücken der Nase eine Blatter, nach Anwendung einer Salbe darauf ein Loch, dann fiel die Nase ein und es entstand die näselnde Sprache. Hierauf wurde er im Spitäle zu Fürth behandelt und zwar vom 30. Dec. 1845 bis 28. Febr. 1846. Herr Dr. Fronmüller jun. theilt uns gütigst mit, dass die damalige Diagnose lautete: „*Ulcerata syphilitica naris et palati cum perforatione ulcerativa ossis palatini.*“ Behandelt wurde er mit Pillen innerlich und örtlich mit Höllenstein. Darauf Besserung, jedoch trat noch später häufig im Frühjahr und Herbst stärkerer Halsschmerz auf. Im Jahre 1849 Tripper, in der 2ten Hälfte August 1860 Schanker am Präputium, der einen eiternden rechtsseitigen Bubo im Gefolge hatte und mit Quecksilber behandelt wurde. Wegen einer darauf entstandenen starken Salivation Eintritt ins Hospital am 11. Sept. St. praes.: Am Rande des harten Gaumens mehr rechts gelegen, eine circa 2 Ctm. lange ovale Lücke, durch die sich eben der kleinste Spiegel (nach Czermak) einführen lässt. Man sieht darauf den glatten Rand des Septum, der weiche Gaumen fehlt, der obere Theil der Rachenhöhle ist durch Verziehung und Verwachsung der hinteren Rachenwand mit dem harten Gaumen völlig abgeschlossen. Beide Nasenhöhlen communiciren mit einander, denn er kann bei zugehaltenem rechten Nasenloche durch das linke und die rechtsseitige Gaumenspalte atmen. Der untere Theil der Rachenhöhle wird in einer solchen Höhe, dass dasselbe auch bei niedergedrücktem Zungengrunde nicht gesehen werden kann, ausweislich des laryngoscopischen Spiegelbildes abgesperrt durch ein häufiges Diaphragma, mit einem Loche, das gerade die Spitze des Zeigefingers aufnimmt, oval ist, exzentrisch (mehr rechts) liegt und sich beim Sprechen verengt oder erweitert und seitlich verzieht. Stimbänder und Kehldeckel nicht zu sehen. Nase eingesunken. Der Kranke wurde nach geheiltem Speichelflusse zu bald unserer Beobachtung entzogen, als dass wir hätten versuchen können, noch sein Stimmorgan zu inspicieren. — Das merkwürdige Septum transversum, das hier in der Rachenhöhle beobachtet wurde, fühlte sich weich an, schien aus Schleimhaut zu bestehen und musste auch noch Muskelfasern des Pharynx enthalten, da seine Bewegungen nicht allein von jenen der Zungenwurzel abhängig waren.

Eine ausführlichere Besprechung der Bewegungsstörungen der Stimbänder bei Syphilitischen müssen wir uns versagen, indem

wir zwar solche bei einigen der obigen Fälle sahen, auch noch einen weiteren nur mit Bewegungsstörungen besitzen, allein keine nähere Aetiology oder Erklärung darbieten können. Freilich wurden schon in einem Falle von Laryngostenose der Schönlein'schen Klinik Geschwülste am Nervus recurrens aufgefunden, freilich können hier und da Narben der Schleimhaut oder Muskelentartungen zu Grunde liegen, aber allgemeinere Gesichtspunkte fehlen. Der erwähnte weitere Fall betraf ein 32jähriges Weib mit evidenter Secundärsyphilis, Heiserkeit, Schlingbeschwerden; Heiserkeit nach Heilung der Lues fortdauernd.

Von allgemeineren Gesichtspunkten in Bezug auf die Syphilis des Kehlkopfes ergeben sich etwa folgende: in ätiologischer Beziehung: diese Localisation ist eine häufige, denn von 56 Syphilitischen waren 18 damit behaftet, demnach ein Drittel der Beobachteten. Von 19 Männern waren nämlich 5, von 37 Weibern 13 Kehlkopfskranke, so dass sich ein geringes Uebergewicht zu Gunsten der Weiber herausstellen würde. Jos. Frank sah nur Männer, Suchanek nur Weiber syphilitisch kehlkopfskrank, Sachse lässt halb soviele Frauen als Männer daran leiden. Bei Kindern scheinen die Krankheiten dieser Art sehr selten zu sein, doch ist einem von uns ein 1½jähriger Knabe vorgekommen, der hereditär mit Squama syphilitica behaftet, Athemnot, Heiserkeit und Schmerzhaftigkeit des Larynx bei Druck bekam, die auf Mercurialeinreibungen am Halse rasch zurückgingen, und wurden neuerdings im Hôpital des enfants bei Kindern Condylome im Kehlkopfe beobachtet. Von den hier zu Grunde gelegten Fällen kommen 9, d. h. die Hälfte auf das dritte, 6, also ein Drittel auf das vierte, 2 auf das zweite, und einer auf das 5te Decennium. Von 44 Kranken mit frühzeitigen Formen (Secundärsyphilis im Sinne Ricord's) waren 11, d. h. ein Vierttheil kehlkopfskrank, von 12 spätzeitigen (sogenannte Tertiärsyphilis) waren 7, also über die Hälfte kehlkopfsleidend, woraus sich folgern liesse, dass bei längerer Dauer der Syphilis der Kehlkopf häufiger mitergriffen werde. Als nähere Veranlassungen sind für die frühen Formen Anstrengung der Stimme und Erkältungen, für die späteren dieselben Momente und vielleicht ausserdem ungenügende Quecksilberkuren anzuschuldigen. Ver-

schiedene in der Literatur vorfindliche Fälle beweisen, dass noch lange Jahre nach der Primäraffektion Syphilitische sich nicht vor der schweren Kehlkopfsaffektion sicher halten dürfen. Hierher dürften wohl manche Beobachtungen zu rechnen sein, in welchen, ohne dass irgend welche Anhaltspunkte für die Annahme der Syphilis aus der Anamnese oder Untersuchung gewonnen werden konnten, durch Merkurialkuren schwere Kehlkopfserkrankungen geheilt wurden. Die ursprünglichen Erscheinungen der Syphilis sind eben oft gering, oder werden oft übersehen, wie dies gerade jetzt wieder aus einem schönen Fall, den Rühle mittheilt, ersichtlich ist. Verkältungen oder sonstige den Kehlkopf treffende Reize rufen gar oft den Ausbruch der Kehlkopfssyphilis hervor, und pflegen von den Kranken als alleinige Ursachen bezeichnet zu werden; aber man muss sich wohl hüten, desshalb bei schweren Kehlkopfserkrankungen Nachforschungen nach vorausgegangener Syphilis zu unterlassen, die eben doch für die Diagnose die wichtigsten Stützen bilden.

Können funktionelle Störungen am Kehlkopf an sich die Diagnose der syphilitischen Larynxerkrankung begründen? Gewiss nicht. Aber auch, wenn Jemand früher syphilitisch war, und nach längerer Zeit Aphonie, Husten, Schlingbeschwerden, Schmerzen am Larynx bekommt, ist die syphilitische Natur seiner Kehlkopfserkrankheit noch lange nicht erwiesen. So liegt uns gegenwärtig ein 58jähriger Mann mit den erwähnten Beschwerden vor, dessen Anamnese mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Syphilis hinzuweisen scheint, dessen Untersuchung aber einen Kehlkopfpolypen zeigt. Kann die Laryngoscopie allein ein Kehlkopfleiden als syphilitisches erkennen lassen? Dies wohl dann, wenn Condylome, Tuberkeln, Gummata oder allgemeine Degenerationen der Schleimhaut nachgewiesen werden. Vielleicht dagegen müssen die Catarrhe und Geschwüre erscheinen. Letztere können eben außerdem aus aphthösen, perichondritischen, diphtheritischen, gangränösen und tuberkulösen Prozessen hervorgehen; und weder Sitz noch Ausdehnung, noch Beschaffenheit der Umgebung, noch das Aussehen des Geschwürs selbst bieten hier constante und nothwendige Charaktere dar; sondern es dürfte im Gegentheil, wenn Jemand z. B. syphilitisch

und tuberkulös zugleich ist, was in der That öfter vorkommt, ausserordentlich schwierig sein, die Natur eines vorfindlichen Kehlkopfgeschwüres zu bestimmen.

Die Prognose syphilitischer Kehlkopfsaffektionen variiert natürlich wesentlich nach der einzelnen gerade vorliegenden Form. Am günstigsten wird sie erscheinen bei den frühzeitigen Formen (Catarre, partielle Oedeme und Condylome). Allein man wird sich auch der häufigen Wahrnehmung erinnern müssen, dass bei späten schweren Formen öfter vorausgegangene Heiserkeit erwähnt zu werden pflegt, dass demnach einmalige leichte Lokalisation an diesem Orte eine Prädisposition zu späten schwereren zu setzen scheint. Günstig ist aber die Prognose für diese Formen, weil sie ohne Damna remanentia zu heilen pflegen. Anders verhält sich dies mit den Geschwüren, den Knoten und der letzten von uns aufgestellten Form, indem gerade bei letzterer eine vollständige Wiederkehr zu normalen Funktionen nicht stattfindet, wenn auch ein relatives Wohlbefinden erzielt werden kann. Die Knoten dürften wohl immer kleine Gewebsverdichtungen und die Geschwüre Narben zurücklassen, deren Sitz dann Bedingung sein wird, ob sie auf die Funktionen des Organes störend einwirken. Alle syphilitischen Kehlkopferkrankungen, namentlich aber die 3 letzteren Formen können das Leben gefährden, und wenn es auch nur durch Hinzutritt von Oedema glottidis oder Croup (von Dittrich 2 mal beobachtet) wäre. Am seltensten wohl tritt Lebensgefahr bei den frühzeitigen Formen ein, nicht häufig bei Geschwüren und Knoten; dagegen ist sie bei der allgemein destruierenden Form jeden Augenblick zu fürchten, und führt die Mehrzahl der Fälle dieser Art zum Tode, und sind die Heilungen, welche dabei erzielt werden, sehr verdächtig bezüglich ihrer Dauerhaftigkeit. Recidive drohen überhaupt stets, wie bei allen anderen syphilitischen Krankheiten. Wenn nun auch bei den schwersten Formen die Dauer eine sehr lange ist, so wird doch damit für den Kranken wenig gewonnen, indem sein Dasein ein qualvolles zu sein pflegt.

Die Therapie ist vorzüglich eine allgemeine antisyphilitische, sei es nun, dass bei frühzeitigen Formen Quecksilber, bei späten Judgebrauch vorzuziehen scheint. Die energische und geregelte Anwendung dieser Mittel, entziehende Diät, Aufenthalt in gleichmässiger Wärme, am besten im Bette, Vermeidung aller Anstrengungen des Stimmorgans werden gewöhnlich genügen. Nur bei denjenigen Kranken, die man auch als Laryngophthisiker in älteren Schriften beschrieben findet, dürfte speziell der Judgebrauch und damit möglichst ausgiebige Ernährung zu empfehlen sein. Die Quecksilberpräparate, weit entfernt an sich Ursache der syphilitischen Kehlkopfserkrankungen zu sein, haben in den meisten Fällen, die von unparteiischen Autoren berichtet wurden, und auch in unseren vorzüglichen Dienste geleistet. Von der Natur des Falles, von den Verhältnissen des Kranken und von der Vorliebe des Einzelnen wird es abhängen, ob Sublimat, Praecipitat, Jodquecksilber, graue Salbe oder welches Präparat sonst gewählt werden soll. Bei den Catarren werden Schwitzkuren sehr nützlich sein, auf die übrigen Formen höchstens als Adjuvantia einwirken. Als örtliche Behandlung werden bei sehr akuten oder sehr schmerhaften Kehlkopfleiden Blutegel an den Hals, Einreibungen von Crotonöl, Pustelsalben etc., adstringirende Gurgelwässer, Aetzungen des Kehlkopfes mit Höllenstein durch Einblasen, Einspritzen oder Betupfen zu betrachten sein; von speziellem Werth sind für Condylome und Geschwüre die lokalisirten Aetzungen mit Höllenstein, Chromsäure, Jodglycerin, Holzessig etc. Bei Erstickungsgefahr ist das Einführen einer Sonde oder die Tracheotomie indizirt. Durch ersteres Mittel soll Larrey einen Asphyktischen gerettet haben; für die Laryngophthisiker dürfte die rechtzeitige Ausführung der Tracheotomie gewöhnlich das sicherste Mittel sein, um Erstickungsgefahr abzuwenden und Zeit für die geeignete innere Behandlung zu gewinnen.