

IX.

Diagnose und Behandlung der Lungensyphilis (Pneumonia syphilitica).

Nach klinischen Vorträgen und anderen Mittheilungen des Prof. Sacharjin
in Moskau.

zusammengestellt von Dr. Pavlinoff.

Fälle von Lungensyphilis, die Prof. Sacharjin zu beobachten Gelegenheit gehabt, waren Gegenstand seiner Mittheilungen und klinischen Analyse im Laufe des letzten Jahres. Aus früheren Beobachtungen sind uns bereits einige Symptome syphilitischen Lungenleidens bekannt. Die Mittheilungen von Prof. Sacharjin bestätigen die Hauptresultate dieser früheren Beobachtungen, weisen aber auch auf neue Symptome des Leidens hin und erläutern es von der klinischen Seite, indem sie zum ersten Male Fälle reiner Lungen-syphilis von solchen, die durch andere Lungenaffectionen complicirt sind, trennen. Wir werden hier das Wesentliche der Mittheilungen des Prof. Sacharjin im Zusammenhange mittheilen.

Die Bezeichnung Pneumonia syphilitica wird von Prof. Sacharjin als Parallelle für bereits gebräuchliche Bezeichnungen z. B. Hepatitis syphilitica, angenommen; die anatomischen Veränderungen sind, wie bekannt, die nehmlichen in beiden Fällen (Wucherung des Bindegewebes und Gummibildung).

Wir lassen hier die erste etwas abgekürzte Mittheilung Prof. Sacharjin's über reine, nicht complicirte syphilitische Pneumonie folgen, welche in der Sitzung der physisch-medicinischen Gesellschaft zu Moskau den 11./23. April 1877 gemacht und später (im April desselben Jahres) in der Medicinischen Rundschau (in russischer Sprache) und in der Berlin. Klinisch. Wochenschrift (1878, No. 3) publicirt wurde.

„Die gewöhnliche Lungenschwindsucht kommt bekannterweise bei syphilitischen Individuen öfters vor. Leute von mittlerer, geschweige denn schwacher Constitution, welche Syphilis und die damit verbundene Behandlung bei einigermaassen ungünsti-

gen Verhältnissen überstanden, erfahren häufig eine tiefe Störung des Allgemeinbefindens, welche oft mit Lungenschwindsucht endet. Es ist mir häufig vorgekommen nicht nur bei Leuten, welche die Syphilis schon überstanden, sondern auch solchen, die deren Symptome — sowohl der früheren, als auch der späteren Periode — an sich trugen, die Lungenschwindsucht in ihrer gewöhnlichen Form zu treffen: mit ihrem hectischen Fieber, Blutspeien, Husten, Auswurf, mit Veränderungen im Percussionsschall, im Athmungsgeräusch, namentlich mit beständigen, mehr oder weniger bedeutenden Rasselgeräuschen. In allen solchen Fällen rief der geringste, selbst mit aller Vorsicht unternommene Versuch, Jodkali oder Quecksilber anzuwenden (wenn es die gleichzeitig vorhandenen syphilitischen Symptome nachdrücklich erforderten) nicht nur keine Besserung der Lungenerscheinungen hervor, sondern bewirkte stets, mit der Bestimmtheit einer chemischen Reaction, deren schnelle und bedeutende Verschlimmerung, welche jede specifische Behandlung unmöglich machte.

Ich habe Gelegenheit gehabt, zwei Fälle von Brustleiden bei syphilitischen Individuen zu beobachten, welche sich scharf von den oben erwähnten unterscheiden.

Den ersten Fall traf ich vor etwa 14 Jahren. Patient, 30 Jahre alt, gut gebaut, mit gut entwickelter Brust, von gesunden, kräftig gebauten Eltern stammend — aus einer Familie, in der keiner an Schwindsucht erkrankt war, — leidet seit 6 bis 7 Jahren an unzweifelhaften syphilitischen Symptomen, in den letzten 3 Jahren an tiefen serpiginösen Geschwüren (*Ulcera syphilitica cutanea serpiginosa*) und Periostitiden an den charakteristischen Stellen (*Tibiae, Ulnae*), die durch Jodkali schwinden und beim Aufhören der Behandlung wieder zum Vorschein kommen. Noch ehe der Patient mich aufsuchte, litt er schon seit mehreren Wochen an Brustschmerzen und einem Gefühl von Brustbeklemmung, mässiger Kurzathmigkeit und allgemeiner Schwäche; in der letzten Woche stellte sich bei ihm außerdem, durch zufällige Erkältung, mässiger Husten mit leichten Fiebererscheinungen ein. (Der Kranke ist in den letzten Jahren überhaupt sehr zur Erkältung geneigt, und die sieberhafte Bronchitis, mässig und von kurzer Dauer, bildet die gewöhnliche Form seiner Erkältung.) Als in den letzten Tagen der Patient das Zimmer hütete, liess der Husten nach, und das Fieber verlor sich vollständig.

Status praesens: Meteorismus und Neigung zur Verstopfung, kein Eiweiss und kein Zucker im Urin, Puls leicht beschleunigt und etwas schwach, merkliche Abmagerung, kein Fieber, unruhiger Schlaf, schlechte Stimmung. Brusterscheinungen: wenig Husten, sehr geringer Auswurf am Morgen (den Patient, trotz Ernährung, stets bis zum Besuche des Arztes aufzubewahren vergisst), merkliche Athemnot, Gefühl von Beklemmung und Schmerz in der Brust; — beide Schlüsselbeine stark hervortretend, über und unter denselben eine merkliche Einsenkung der Thoraxwand; an denselben Stellen ist der Schall dumpfer (besonders rechts), als an den unter dem zweiten Intercostalraum gelegenen; Fremitus daselbst schwächer als normal, und bei der Auscultation unbestimmtes, sich zum bronchialen neigendes Athmungsgeräusch (verlängertes Exspirium). Sowohl an den genannten (über und unter den Schlüsselbeinen), als auch an den übrigen Stellen der Brustoberfläche vernimmt man hie und da sowohl pfeifende als auch feuchte, — mittelblasige, nicht klingende — Rasselgeräusche. Es sind weiter keine krank-

haften Brusterscheinungen zu beobachten. Das Herz ist normal. In tibiis et ulnis mässige, zur Nachtzeit exacerbirende Schmerzen, bei der näheren Untersuchung erweist sich daselbst syphilitische Periostitis.

Eine Woche lang blieb der Kranke ohne Behandlung, hütete das Zimmer und beobachtete die Diät, welche ihm wegen Meteorismus und Neigung zur Verstopfung empfohlen wurde. Inzwischen vergingen Husten und Auswurf, und die Rasselgeräusche schwanden, während die übrigen Erscheinungen ohne Veränderung blieben. Nach gehöriger Ueberlegung aller Erscheinungen war ich gezwungen, die Lungenaffection als eine syphilitische zu betrachten, und entschloss ich mich, Quecksilber zu verabreichen, da in den letzten Jahren der Patient ununterbrochen mit Jodkali behandelt wurde und zugleich selbst merkte, dass letzteres Mittel allmählich seine Wirksamkeit eingebüßt hatte; mit Quecksilber dagegen war er schon lange nicht und überhaupt wenig behandelt. Besondere Umstände zwangen mich, im vorliegenden Falle der Quecksilbercur eine Form zu geben, welche von der von mir gewöhnlich geübten verschieden war. Schon in der ersten Woche meiner Beobachtung, noch vor Anfang der Quecksilberbehandlung, entwickelte sich beim Kranken starkes, unausstehliches Jucken, welches in der Nacht exacerbirte und ihm den Schlaf raubte; das Kratzen rief einen Ausschlag in Form kleiner, rother Knötchen hervor, während zugleich das Jucken sich verstärkte; wo der Kranke mit der Hand nicht ankommen und demnach nicht kratzen konnte, traten keine Efflorescenzen auf. Bäder und andere äussere Mittel blieben ohne Erfolg; nur Sublimatlösung-Umschläge verschafften bedeutende Erleichterung. Demnach wurde folgende Behandlung eingeleitet: äusserlich Sublimatlösung-Umschläge gegen Jucken und Ausschlag und natürlich auch zugleich zur Einverleibung des Quecksilbers (wegen der Ausbreitung des Ausschlages mussten die Umschläge auf einer grösseren Fläche aufgelegt werden); innerlich das Decoc. Zittmanni fort., als leicht abführendes und zugleich quecksilberhaltiges Mittel, zu einem halben Pfunde täglich. Jucken und Ausschlag schwanden bald, wonach der Schlaf wiederkehrte. Nach 4 Wochen einer solchen Beobachtung schwanden Kurzathmigkeit, Schmerzen und Brustbeklemmung; die Gruben über und unter den Schlüsselbeinen hatten sich bedeutend ausgeglichen (bei gebessertem Appetit und Verdauung hatte der Kranke etwas zugenommen); die oben angeführten Percussions-, Auscultations- und Palpationserscheinungen über und unter den Schlüsselbeinen konnten nicht mehr constatirt werden: die Brust bot an diesen, wie an den übrigen Stellen durchaus normale Verhältnisse dar. Während der darauf folgenden 8 Jahre ungefähr hatte ich zuweilen Gelegenheit, diesen Kranken zu sehen; er klagte über leichte gastrische und nervöse Beschwerden; seine Brust aber, abgesehen von zeitweisen und bald vergehenden Bronchialkatarrhen, war gesund.

Der zweite Fall, den ich vor 6 Jahren beobachtet habe (im Winter 1870—1871), ist die fast buchstäbliche Wiederholung des vorigen. Der Kranke, auch ein Dreissiger von sehr starker Constitution, leidet seit neun Jahren an Syphilis, die letzten fünf Jahre vornehmlich an Periostitis und Ozaena mit Knochenabgang. Im Anfange der Krankheit ist er einmal mit Mercur behandelt, hat aber seitdem nur Jodkali gebraucht, dessen Wirkung in der letzten Zeit bedeutend schwächer geworden. In den letzten Jahren litt Patient ausserdem an leichten Verdauungs-

störungen und nervösen Beschwerden, an fieberrhaften Bronchialkatarrhen, die leicht und von kurzer Dauer waren, und beim Zimmerhüten und Chiningebräuch schwanden. Kurz vor meiner ersten Untersuchung erkrankte Patient an seinem gewöhnlichen fieberrhaften Bronchialkatarrh, diesmal aber mit Schmerzen in der Brust und Kurzathmigkeit, was früher nie der Fall gewesen. Der Kranke musste das Zimmer hüten, und als ich ihn zum ersten Mal sah, war er fieberfrei und der Husten bei nahe vergangen.

Status praesens: Sehr geringer Husten, keine Sputa; merkliche Kurzathmigkeit, Gefühl von Beklemmung und Schmerz in der Brust; Schlüsselbeine stark hervortretend, während die Gruben ober- und unterhalb, besonders rechts, scharf ausgeprägt sind; an diesen Stellen ist der Schall bedeutend dumpfer und der Fremitus schwächer, als an den tiefer liegenden, besonders an der rechten Seite, während das Athemgeräusch unbestimmt und dem bronchialen nahe ist (verlängertes Exspirationsgeräusch); an der ganzen Brustoberfläche hier und da Pfeifen, oder feuchtes, mittelblasiges, nicht klingendes Rasseln; kein Fieber, der Kranke etwas magerer geworden. Patient blieb, wie im ersten Falle, eine Woche lang ohne Behandlung; aus denselben leicht begreiflichen Gründen, wie im ersten Falle, wollte ich erst den Krankheitsfall genauer beobachten und gehörig alles erwägen, ehe ich mich bei solchen krankhaften Brusterscheinungen entschloss, eine Quecksilberbehandlung einzuleiten. Unterdessen schwanden Husten und Rasselgeräusche vollständig, während die übrigen Erscheinungen ohne Veränderung persistirten. Aus denselben Gründen, wie im ersten Falle, wurde Quecksilber verordnet — Einreibungen von grauer Salbe. Im Ganzen wurden 25 Inunctionen gemacht: 5 zu 10 Gran, 5 zu 15 Gran und 15 zu 20 Gran. Während der Behandlung schwanden allmählich die krankhaften Erscheinungen, und gegen Ende der Cur war weder Athemnot, noch Brustbeklemmung, noch Schmerz vorhanden; die erwähnten objektiven Brusterscheinungen schwanden spurlos, die Schlüsselbeingruben traten viel weniger hervor (theilweise natürlich, weil bei Beobachtung der verordneten Diät Appetit und Verdauung während der Behandlung in gutem Zustande waren und der Kranke etwas zugenommen hatte). Von der Zeit an bis heute hat Patient eine ganz gesunde Brust und erfreut sich überhaupt einer guten Gesundheit.

Der erste Fall fiel mir nicht sowohl dadurch auf, dass die drohenden Brustsymptome, welche den Gedanken an Lungenschwindsucht erwecken konnten, unter dem Einflusse der mercuriellen Behandlung spurlos schwanden (solche Fälle waren mir bekannt), als dadurch, dass die ganze Gruppe dieser Erscheinungen sich so scharf von dem Symptomencomplexe der gewöhnlichen Lungenschwindsucht unterschied, und der Kranke selbst so wenig an einen Schwindsüchtigen erinnerte. Erst die zweite Beobachtung aber, in der sich mit photographischer Treue alle wesentlichen Merkmale des ersten Falles wiederholten, brachte mich zur Ueberzeugung, dass es kein zufälliger Symptomencomplex sei, sondern eine beständige Form einer unzweifelhaft syphilitischen Pneumonie in ihrer reinen, uncomplicirten Gestalt — eine Krankheitsform, welche semiotisch und diagnostisch von dem Bilde der gewöhnlichen Lungenschwindsucht, sowohl bei syphilitischen als bei nicht syphilitischen Individuen, verschieden ist. Der Hauptbeweis, dass in beiden Fällen die Lungenaffection eine unzweifelhaft syphilitische war — der Beweis ex juvantibus —

liegt auf der Hand: unter dem Einflusse einer Quecksilberbehandlung trat nicht nur eine Besserung ein, wie es in einigen neuesten Beobachtungen der Fall war, sondern es schwanden die krankhaften Erscheinungen spurlos, ganz so wie wir es überhaupt bei allen früheren und späteren syphilitischen Affectionen in Folge einer specifischen Behandlung beobachten. Was uns über die Eigenthümlichkeiten der anatomischen Veränderungen syphilitisch erkrankter Lungen — den interstitiellen Charakter dieser Veränderungen — bekannt ist, konnte natürlich meine Ueberzeugung nur verstärken. Mit lebhaftem Interesse erwartete ich weitere Beobachtungen und zögerte mit der Mittheilung der oben beschriebenen; ich habe aber bis jetzt nichts getroffen, was mir diesen Gegenstand mehr beleuchtet hätte. Um unrichtigen Schlüssen über die Frequenz solcher Fälle vorzubeugen, halte ich es für nothwendig, folgende, mich persönlich betreffende Bemerkung zu machen: ich habe zwar oft Gelegenheit, Fälle zu beobachten, die für schwere und nicht ganz klare gelten, und ich bin auch in der Lage, dieselben genauer zu verfolgen, muss aber die Zahl der Kranken, die ich besonders in den letzten Jahren zu sehen bekommen, als eine beschränkte bezeichnen. Erst in ganz letzter Zeit verdanke ich einem mir genau bekannten Collegen, Dr. Flöroff — auf dessen Beobachtungen ich mich wie auf meine eigenen verlassen kann — die Mittheilung eines Falles, in welchem sich alle wesentlichen Merkmale der zwei oben beschriebenen Fälle vollständig wiederholten; die Brusterscheinungen schwanden vollkommen unter einer specifischen Behandlung (diesmal Jodkalium) und der Patient ist bis auf den heutigen Tag ganz gesund (etwa 4 Jahre nach der Behandlung).

Ich erlaube mir noch einmal diejenigen Eigenthümlichkeiten der erwähnten Fälle zu recapituliren, welche die Unterscheidung der syphilitischen Pneumonie in ihrer reinen, nicht complicirten Form von der gewöhnlichen Lungenschwindsucht, sowohl bei syphilitischen als bei nicht syphilitischen Individuen, ermöglichen:

1. Die charakteristische Anamnese.
2. Kräftige Constitution der Patienten. Es ist sehr wahrscheinlich, dass schwächliche Subjecte, welche Anlage zur gewöhnlichen Schwindsucht haben, derselben eher verfallen, als dass sie die späteren syphilitischen Affectionen erleben, zu denen die syphilitische Pneumonie gerechnet werden muss.
3. Die objectiven Merkmale der Lungenverdichtung: dumpfer Schall, geschwächter Fremitus, Veränderung im normalen Atemgeräusch. Die ausgeprägte Einsenkung der Supra- und Infraclaviculargruben. Kurzathmigkeit, Gefühl von Beklemmung und Schmerz in der Brust.
4. Das Fehlen des Blutspeiens, des Hustens, der Sputa und der Rasselgeräusche.
5. Kein Fieber.
6. Entschiedene Wirkung einer Quecksilber- oder Jodbehandlung. Ich muss noch hinzufügen, dass auch in dieser Beziehung die syphilitische Pneumonie dieselbe Eigenthümlichkeit darbot, wie die anderen späteren syphilitischen Affectionen: es genügte eine sehr mässige Quecksilberbehandlung, um die krankhaften Erscheinungen zum Schwinden zu bringen. Nach meinen eigenen Beobachtungen wenigstens, ist das Quecksilber in den späteren syphilitischen Affectionen in viel geringerem Maasse anzuwenden als in den früheren.

Dass solche Fälle der syphilitischen Pneumonie, wie die oben beschriebenen, sich im weiteren Verlaufe der Krankheit, wenn sie unerkannt blieben und nicht geheilt wurden, oder wenn in Folge besonderer Bedingungen des gegebenen Falles eine Heilung überhaupt unmöglich war, sich mit anderen Affectionen der Athmungsorgane (starker Entzündung der Bronchien, der Pleura, acuten und chronischen Pneumonien nichtsyphilitischen Charakters) compliciren und dann natürlich eine andere Gestalt annehmen können, halte ich für möglich und wahrscheinlich; nicht aber aus solchen unreinen, complicirten Fällen können diagnostische, prognostische und therapeutische Schlüsse über Lungensyphilis gezogen werden.“

Im Herbst 1877 hatte Prof. Sacharjin Gelegenheit folgenden Fall zu beobachten:

Patient, 32 Jahre alt, mittleren Körperbaues, wurde auf die Facultätsklinik der Universität zu Moskau den 21. October, wegen Kurzathmigkeit, Husten, Aphonie, Oedem der Unterextremitäten und Ascites aufgenommen.

Seiner Beschäftigung nach Gutsverwalter, hatte der Kranke die letzten Jahre in einer feuchten, sumpfigen Gegend leben müssen, übrigens bei guter Kost und bequemer Wohnung. Er war oft genötigt viel zu sprechen, zu schreien und überhaupt sich zu ermüden, rauchte viel und war auch, besonders in den letzten sieben Jahren, im Branntheintrinken unmässig. Seit einem halben Jahre übrigens sollte er das Trinken ganz aufgegeben haben. Seine Eltern sollen nie brustleidend gewesen sein; eine Schwester und zwei Brüder erfreuen sich einer guten Gesundheit.

Anamnese. Im 25. Lebensjahre (Februar 1870) bekam der Kranke, post coitum, Geschwüre am Penis, denen Balanitis und Bubo folgten. Binnen $2\frac{1}{2}$ Monaten war er bereits wieder hergestellt unter ausschliesslich örtlicher Behandlung. Im November selbigen Jahres zeigte sich ein papulöser Ausschlag, Condylomata circa anum und später serpiginöse Geschwüre auf dem Körper. Nach 30 Einreibungen von Mercurialsalbe und dem Gebrauche von Jodkalium war Patient gegen Anfang Februar 1871 wieder hergestellt. Im März 1872 zeigten sich Dolores nocturni und Anschwellungen der Schlüssel- und Schienbeine; dieselben hielten gegen 8 Monate an und vergingen ohne Behandlung. In den folgenden 5 Jahren hatte der Kranke sich über nichts zu beklagen. Im März 1877 bekam er Husten mit Auswurf und Kurzathmigkeit bei Bewegungen; im Juni Oedem und Hinfälligkeit; im Juli Heiserkeit und Schmerzen beim Schlucken. Alle diese Symptome entwickelten sich weiter bis

zum 21. October, der Zeit der Aufnahme des Pat. in die Klinik, ausgenommen den Husten, der im Sommer leichter wurde und später auch nicht mehr exacerbierte. Pat. verliess übrigens seit dem Herbst nicht mehr die Stube. Fieberbewegungen hat er, seiner Angabe nach, wenig gehabt.

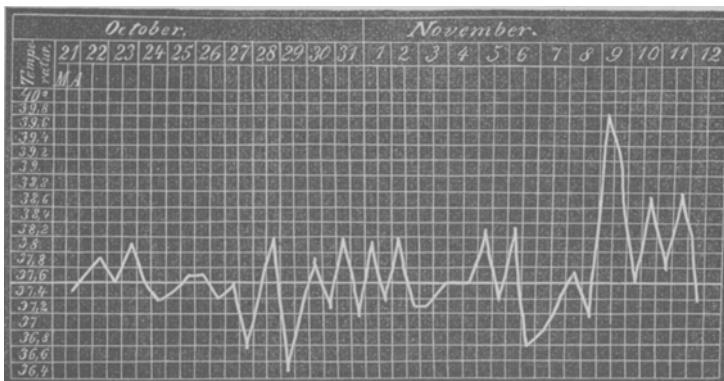
Status praesens. Schlechter Appetit, leichte dyspeptische Beschwerden, täglich dünner Stuhl. Mässiger Ascites. Leber und Milz lassen sich nicht palpieren; Schalldämpfung in der Milzgegend in normalen Dimensionen, in der Lebergegend verkleinert. Tägliche Harnmenge 600 Cem.; Harn röhlich, trübe, sedimentirend (Schleim, Tripelphosphat und Cylinder), enthält viel Eiweiss.

Schmerzen im Halse beim Schlucken und Husten; vollkommene Aphonie. Die laryngoskopische Untersuchung (ausgeführt von Dr. Kolubakin) erwies Schwellung und Lockerung der Schleimhaut über den wahren und falschen Stimmbändern und der Epiglottis, später auch Ulcerationen an diesen Stellen.

Brustsymptome: Keine Schmerzen, Kurzathmigkeit selbst bei unbedeutenden Bewegungen; Husten leicht und selten, nur Nachts und Morgens; Auswurf in den ersten Tagen ungefähr ein Viertel Wasserglas täglich, hauptsächlich schleimiger und sehr wenig eitriger Sputa, mit einigen Blutstreifen, später wurden Auswurf und Husten ganz unbedeutend. Rechts Percussionsschall gedämpft, über und unter dem Schlüsselbein, bis zur 3. Rippe hinab; von hier an wird der Percussionsschall allmählich heller, ohne jedoch den Grad der Helligkeit zu erreichen, den er links an entsprechenden Stellen zeigte. In der Axillargrube und zwischen Schulterblatt und Rückgrahrt, oben, ebenfalls gedämpfter Percussionsschall. Links, unmittelbar über und unter dem Schlüsselbein, der Schall leicht gedämpft; ausser diesen Stellen überall hell. In der Gegend des dumpfen Schalles, rechts, ein dem bronchialen sich nöherndes Atmungsgeräusch, viel pfeifende Geräusche und beim Husten feuchte klingende Rasselgeräusche in unbedeutender Menge. Links verlängertes Exspirium und pfeifende Geräusche. In den übrigen Theilen der Brust, am meisten hinten, zerstreute pfeifende Geräusche.

Der Herzstoss schwach, auf der normalen Stelle zu fühlen; Herztöne rein. Puls 96; Arterien mässig gefüllt, eher schwach als stark. Temperatur bei der Aufnahme 37,4 C. Allgemeine Schwäche, die Körperernährung hat stark gelitten; allenthalben leich-

tes Anasarea, an Unterschenkeln und Füßen bedeutend. Auf dem Körper Narben nach serpiginösen Geschwüren; Spuren von Periostitis der Tibia dextra; Inguinaldrüsen geschwollen.



Krankheitsverlauf. In den ersten Tagen erhielt Pat. Pulvis Dowéri, Wein und kleine Dosen Chinin. Bei solcher Behandlung verringerten sich Husten und Rasselgeräusche rasch und der Auswurf wurde bis auf einen Esslöffel täglich reducirt; der Stuhl aber wurde dünner und häufiger (3—4 mal täglich), weshalb das Chinin aufgegeben und dem Kranken T. opii simplex verordnet wurde. Eine Woche nach der Aufnahme in die Klinik (vom 28. October an) steigerte sich das Fieber ein wenig; der Puls wurde allmählich, aber beständig schwächer und die Symptome der Wassersucht nahmen zu; es zeigten sich leichte urämische Erscheinungen: Schwere und Schmerzen im Kopfe, Uebelkeit. Dies dauerte ungefähr 10 Tage fort (Behandlung — Wein und T. valerian. aether.). Darauf erschien Erysipel mit heftigem Fieber, an welchem Pat. am 4. Tage, bei Symptomen von Herzparalyse verschied. Während der ganzen Zeit des Aufenthalts des Kranken in der Klinik vergrösserte sich allmählich die Region des dumpfen Schalles auf der Oberfläche der Brust, in der Richtung von oben nach unten. In der letzten Zeit war die Brustuntersuchung von der Rückenseite wegen Schwäche des Kranken unmöglich.

Patient wurde von dem Assistenten der Klinik, Dr. Nesteroff, beobachtet. Die oben angeführte Mitteilung Prof. Sacharjin's über syphilitische Pneumonie erregte bei ihm den Gedanken an

das Vorhandensein der nehmlichen Krankheit auch im vorliegenden Falle; erstens, weil das Fieber unbedeutend war, wogegen die Resultate physikalischer Untersuchung von einer beträchtlichen Verbreitung des Lungenleidens zeugten; und zweitens, weil bei den Symptomen einer bedeutenden Lungenverdichtung feuchte, klingende Rasselgeräusche nur an einer Stelle und zwar auf höchst beschränktem Raume (unter dem rechten Schlüsselbein) zu hören waren, während die pfeifenden Geräusche schon in den ersten 8 Tagen nach der Aufnahme in die Klinik völlig geschwunden waren.

Einige Tage vor dem Tode des Kranken machte Prof. Sacharjin diesen Fall zum Gegenstand der klinischen Analyse und Beurtheilung für seine Zuhörer. Seine Schlüsse waren folgende: 1) die chronisch-entzündliche Schwellung der Nieren (die Form der chronischen Bright'schen Krankheit mit grosser Niere); 2) der Ascites und Durchfall können ihre specielle Ursache in alkoholischer oder syphilitischer Cirrhose der Leber haben; 3) einfache oder degenerative Atrophie des Herzens. 4) Hinsichtlich des Lungenleidens sprach sich Prof. Sacharjin dahin aus, dass die von Dr. Nesteroff notirten besonderen Charaktere des Falles, bei vorliegender Anamnese und dem Charakter der Kehlkopfsveränderungen, wohl zur Annahme einer syphilitischen Pneumonie zwingen; da aber Fieber, Blutspeien, Husten, Auswurf und einseitige feuchte, klingende Rasselgeräusche, wenn auch in unbedeutendem Grade, vorhanden waren, wie dieses in den von Prof. Sacharjin beobachteten, oben angeführten Fällen rein syphilitischen Lungenleidens nicht der Fall war, so gelange er zu dem Schlusse, dass hier weder rein syphilitische, noch reine einfach-chronische Pneumonie (gewöhnliche Lungenschwindsucht) vorliege, sondern eine gemeinschaftliche Affection der Lunge durch beide Prozesse vorhanden sein könne.

Unter den Aerzten, die den Fall beobachteten und sich für ihn interessirten, wurde wohl von Jodverordnung geredet. Prof. Sacharjin sprach sich aber gegen specifische Behandlung aus, nicht nur wegen vielfältiger schwerer Leiden und äusserstem Verfall der Ernährung und Kräfte, sondern schon deswegen, weil das syphilitische Lungenleiden kein reines, sondern ein mit Symptomen gewöhnlicher Lungenphthise complicirtes war, letztere aber nach Beobachtungen Prof. Sacharjin's bei Jod- und Mercurbehandlung sich immer rasch verschlimmere.

Die Section wurde den 14. November von Dr. A. Vogt, Docenten der pathologischen Anatomie an der Moskauer Universität, gemacht. Dem Sectionsprotocolle entnehmen wir, in extenso, Folgendes:

Die in Volumen und Gewicht vergrösserten Lungen zeigen theilweise diffuse (der untere Lappen), theilweise schärfer begrenzte (der obere und mittlere Lappen) Verdichtungen. Auf ihrer Oberfläche grosse milchweisse und röthliche Flecken, Wucherungen der Pleura pulmonalis; stellenweise ist eine Verwachsung des parietalen und visceralen Blattes durch derbe Bindegewebsmembranen vorhanden.

I. Linke Lunge. Die äussere Fläche des oberen und theilweise des unteren Lappens grob gelappt durch breite retrahierte Wucherungen des interstitiellen Bindegewebes, welche die Lungenoberfläche in verschiedenen Richtungen kreuzen und das Parenchym mehrfach theilen. Am oberen Lungalappen begrenzen sie einen grösseren Theil des Parenchyms, welcher ungefähr das obere Dritttheil des Oberlappens einnimmt und sich vom vorderen freien Rande schräg zur Hinterfläche hin erstreckt. Seine untere Grenze wird von einem gut ausgebildeten Bindegewebsstreifen gebildet, von welchem aus zwei gleiche Streifen in schräg horizontaler Richtung zum unteren und vorderen Rande des oberen Lappens hin verlaufen und das mittlere und untere Dritttheil dieses Lappens in kleinere ungleiche, über der Oberfläche erhabene Läppchen trennen. Die knotigen Verdichtungen des Parenchyms, welche hauptsächlich den Oberlappen und das obere Dritttheil des Unterlappens einnehmen, liegen theils dicht an den Bindegewebstrabekeln, theils mehr entfernt; sie haben die Grösse eines Stecknadelknopfes bis zu der einer Erbse und mehr. Diejenigen von ihnen, welche an der Oberfläche sitzen, lassen sich leicht durchfühlen oder schimmern auch stellenweise durch das Pleurablatt durch als gelbgraue oder gelbweisse Knoten. Andere sitzen tiefer und werden oberflächlich von wenig verändertem Lungenparenchym bedeckt. Diese Vertheilung der Verdichtungsknoten bedingt eine ungleiche, stellenweise harte, stellenweise wieder weiche und elastische Consistenz der Lunge.

Das Parenchym des Unterlappens erscheint zum grössten Theile einförmig verdichtet, bis auf kleine Bezirke an den freien Rändern. Diese gleichmässig diffuse Verdichtung wird nur hier und da durch ungleichmässig zerstreute Knötchen unterbrochen, welche die Grösse eines Stecknadelknopfes nicht übersteigen.

Die Schnittfläche der linken Lunge erscheint uneben durch hervortretende ziemlich lockere, graue und gelbweisse Verdichtungen von der Grösse eines Hirsekorns bis zu der einer Erbse und Haselnuss, die, isolirt oder beisammen, hauptsächlich im Oberlappen zu finden sind; im unteren trifft man nur wenige kleinere Knötchen. Im oberen Lappen findet man die kleinen Verdichtungsheerde zu Conglomeraten verschiedener Grösse (bis zu der einer Haselnuss) vereinigt; einzelne Bestandtheile dieser Conglomerate behaupten nicht den Charakter einförmiger Verdichtungen, sie erscheinen porös, indem in ihrem centralen Theile mehrere kleine Lumina zu unterscheiden sind. Hier und da kann man schon mit unbewaffnetem Auge bemerken, dass obengenannte Knoten in der Nähe der Bronchialwand oder auch an dieser selbst ihren Sitz haben. In letzterem Falle bedingen sie bisweilen

eine Verdickung der Bronchialwand und Verengerung des Bronchiallumens. Die verdickte Bronchialwand erscheint in den grösseren Bronchien graugelb und charakteristisch gelatinös nüancirt. Die grösseren Knoten haben ihren Sitz in der Nähe derjenigen glänzend weissen Bindegewebsstreifen, welche das Parenchym des Oberlappens kreuzen; stellenweise greifen sie selbst in die Substanz dieser Bildungen ein. Sie erscheinen blassgelb oder graugelb, von ungleichmässig lockerer Consistenz, sie sind nehmlich an der Peripherie dichter als im Centrum, welches oft kleinzellig zerfällt. Die Knoten sind von glänzenden Streifen faserigen Bindegewebes umgeben, die auch stellenweise sich von ihnen entfernen, um sich allmäthig im Lungenparenchym oder auch im faserigen Bindegewebe der breiten Streifen zu verlieren.

Die Schnittfläche des linken Unterlappens stellt keinen so manichfachen Bau dar; nur im oberen Dritttheil bemerk't man in der Nähe der Bronchialumina kleine Knötchen; im mittleren und unteren Dritttheil hingegen hat man es nur mit gleichmässigen Verdichtungen zu thun, die sich fast bis zu den freien Rändern hin verbreiten. Die Farbe der Lunge ist dunkelroth, die Consistenz gleichmässig dicht, die Schnittfläche rauh, das Parenchym wie porös.

II. Die rechte Lunge. Die Wucherungen des interstitiellen Bindegewebes sind hier verhältnissmässig weniger scharf ausgesprochen. Im Oberlappen Erscheinungen chronisch-parenchymatöser Entzündung. Die Schnittfläche ist dunkelschiefergrau und grauröthlich gefärbt und uneben durch hervortretende Peribronchialknoten verschiedener Grösse, die wieder durch Inseln gesunden oder schwach infiltrirten Lungenparenchyms getrennt sind. In der Spitze des rechten Oberlappens zwei bronchiectatische Höhlen, fast confluirend und von der Grösse je einer Haselnuss; kleinere, sackartige Bronchiectasien findet man hie und da im Verlaufe des oberen, und mittleren Lappens zerstreut.

Das Parenchym dieser Lunge wird in verschiedenen Richtungen von breiten Streifen glänzenden, derben Bindegewebes durchschnitten, die aber hier jedenfalls kleiner sind als in der linken Lunge. In der Nähe dieser Streifen und auch in ihrer Substanz selbst findet man die nehmlichen gelblich-grauen Knoten, wie in der linken Lunge. Sie sind hier ebenfalls grösser als die peribronchialen Knoten.

Der Unterlappen erscheint gleichmässig diffus verdichtet, ganz wie der entsprechende Theil der linken Lunge.

III. Die Bronchien sind theilweise cylindrisch, theilweise sackartig erweitert; die Bronchialschleimhaut fleckig injicirt, theils blass, theils dunkelroth. In einigen Verzweigungen finden sich oberflächliche Substanzverluste auf der Schleimbaut, in Form runder oder unregelmässig ovaler Geschwüre, mit schwach infiltrirten röthlichen Rändern (katarrhalische Geschwüre). Das Secret ist schleimig-eitrig oder schleimig, hauptsächlich in den bronchiectatischen Höhlen angesammelt.

IV. Der Kehlkopf. Mucosa und Stratum submucosum über der Epiglottis und an den Morgagni'schen Taschen verdickt; grauweiss gefärbt. Die Oberfläche stellenweise glänzend, meistentheils aber grobrauh in Folge hervortretender Papillarwucherungen an den Morgagni'schen Taschen. Zwischen diesen Wucherungen sieht man auch Geschwüre, die rund und verschieden gross (von der Grösse eines Linsenkorns bis zu der einer Erbse) sind. Sie haben dunkelrothe, scharf abgeschnittene Ränder und einen speckigen Boden. In einigen Theilen des Larynx trifft man auch

Narbengewebe in Form glänzender eingezogener Streifen. Die grössten dieser Geschwüre findet man auf den freien Rändern und an der Oberfläche der Epiglottis. In ihrer Umgebung bedeutende Narbenbildungen, welche durch starke Schrumpfung eine Difformität des Kehlkopfes bedingen.

Die mikroskopische Untersuchung der an den breiten Bindegewebs-trabekeln, hauptsächlich der linken Lunge sitzenden, grauen und gelblich-weissen Knoten erwies als Hauptbestandtheil ziemlich grosse, meist spindelförmige, runde und unregelmässig ovale Bindegewebsszellen, zwischen denen unregelmässig gelagerte, feine Bindegewebsfaserchen und feinkörniger Fettdetritus liegen. Letzterer war auch im Protoplasma der Zellen zu finden. Die Zellenelemente der Neubildung sind theilweise zu Bündeln vereinigt, die unregelmässig nach verschiedenen Richtungen hin verlaufen; theilweise findet man sie auch concentrisch angehäuft in der Umgebung von Blutgefässen, deren Adventitia dann gewöhnlich bedeutend verdickt und infiltrirt erscheint. Das Gefäßlumen ist an manchen Stellen deutlich zu sehen, an anderen hingegen durch Druck der Zellenwucherungen beträchtlich verengert. An der Peripherie der Knoten faseriges Bindegewebe, theils concentrisch, theils strahlenförmig vertheilt; zwischen seinen Fasern findet man dieselben Zellenelemente, wie in der Substanz der Knoten. In einigen Knoten bedeutende Quantität von Pigment in Form zerstreuter Körner oder auch kleiner Conglomerate. Der mikroskopische Bau der kleinen Peribronchialknoten und auch der grösseren Infiltrationszonen an den Bronchialwänden liefert ungefähr die nehmlichen Bilder, blos mit dem Unterschiede, dass hier die runden Zellen merklich über die spindelförmigen vorherrschen. In dem Protoplasma dieser Infiltrationszellen allenthalben grosse Mengen feinkörniger Zellsubstanz. Leere Lungenalveolen trifft man häufiger im linken als im rechten Oberlappen; überhaupt aber findet man sie theils mit runden und unregelmässig flachen Zellen verschiedener Grösse, theils mit käsigem Masse angefüllt. In den Unterlappen beider Lungen meistentheils feinzellige Infiltration des peribronchialen und alveolären Bindegewebes. Die Gefässe stellenweise durch Infiltrationsmassen comprimirt, meistentheils aber durchgängig und in den Alveolen selbst erweitert. Die Alveolenlumina dieser Lungentheile fast leer oder wenige runde Zellen enthaltend, die nach Form und Grösse weissen Blutzellen ähnlich sind; daneben findet man auch rothe Blutkörperchen (wahrscheinlich per diapedesin aus Gefässen ausgetreten) und endlich wenige flache, an Lungenepithel erinnernde Zellen.

Die mikroskopische Untersuchung der infiltrirten Laryngealschleimhaut erweist, besonders im submucoen Gewebe, viel Spindelzellen und unregelmässig ovale Elemente, an denen Zeichen fettigen Zerfalls zu bemerken sind; an einigen Stellen beträchtliche, feinkörnige Detritusmassen, die wohl ihre Entstehung dem Zerfall der Schleimhaut und der sie infiltrirenden Zellen zu verdanken haben; an anderen Stellen dicht aneinander gedrängte kleine Spindelzellen und faseriges Bindegewebe (Narben).

Die übrigen Sectionsergebnisse waren, kurzgefasst, folgende: In der Bauchhöhle bedeutende Ansammlung einer serösen Flüssigkeit; mässige chronisch-katarrhalische Entzündung der Schleimhaut

des Magens und Darmkanals; amyloide Degeneration der Milz; Nieren vergrössert, mit ausgesprochenen Erscheinungen Bright'scher Krankheit; braune Atrophie der Herzmusculatur, Herzklappen normal; im Herzbeutel unbedeutende Menge seröser Flüssigkeit. (Leber s. weiter.)

Diesem Auszuge aus dem Sectionsprotocolle wollen wir noch folgende Schlussbemerkung des Dr. Vogt hinzufügen:

„Die Reihe der Veränderungen in den Lungen gehört zwei verschiedenen krankhaften Prozessen an und lässt sich in zwei Kategorien sondern.

„Zur ersten müssen wir die oben beschriebenen kleineren und grösseren Knoten zählen, die wir hauptsächlich in der linken Lunge, theils im hyperplasirten Interstitialgewebe, theils in der Nähe der Bronchialwände oder auch in deren Substanz selbst finden. Hierher ist auch die Interstitialentzündung und ein grosser Theil der knotigen Peribronchialinfiltrationen der linken Lunge zu rechnen. Der ganze Complex dieser Erscheinungen steht unzweifelhaft in engem, genetischem Zusammenhange, was schon durch die Identität ihres mikroskopischen Bildes bewiesen wird. Als Hauptbestandtheil dieser Bildungen finden wir spindelförmige und regelmässig runde Zellen von jungem Bindegewebe, meistentheils in verschiedenen Stadien fettigen Zerfalls. Neben diesen Zellen sehen wir auch mehr dauerhafte Elemente, sowohl spindelförmige als faserige, welche als glänzende narbige Streifen in der Nähe der Knoten gelagert sind; diese Streifen werden stellenweise durch isolirte Haufen feinkörniger junger Bindegewebzellen oder auch durch ganze, aus den nehmlichen Elementen bestehende Knoten unterbrochen. Schon auf Grund des charakteristischen makroskopischen Aussehens der Veränderungen in der linken und theilweise auch in der rechten Lunge, noch mehr aber im Hinblicke auf die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung, müssen wir diese Neubildung als eine syphilitische anerkennen, die theils in Form diffuser Interstitialwucherungen und Peribronchialverdichtungen, theils in Form begrenzter knotiger Neubildungen auftreten, welche letzteren mit Gummiknoten der Leber und anderer Organe identisch sind.

„Ausser den Lungen war der syphilitische Prozess noch in anderen Organen localisirt und zwar im Larynx, wo er sich durch charakteristische Geschwüre, Narben und Papillarwucherungen

äusserte; in der Leber, welche der Sitz einer interstitialen Entzündung war (Hepatitis interstitialis fibrosa), besonders ausgesprochen am freien Rande, wo sie sich durch sternförmig eingezogene Narben äusserte; am rechten Schienbein, welches eine begrenzte Wucherung des Periostiums zeigte (Periostitis ossificans); endlich sind wahrscheinlich auch die vielen Narben der Haut hierher zu rechnen, welche als Zeichen verheilter syphilitischer, serpiginöser Hautgeschwüre anzusehen sein dürften.

„Zur zweiten Kategorie der Veränderungen in den Lungen rechnen wir die Erscheinungen der chronischen parenchymatösen (katarrhalischen) Pneumonie der rechten Lunge (des oberen und mittleren Lappens).

„Die Veränderungen in den unteren Theilen der Lungen stellen die Charaktere acuter parenchymatöser Entzündung dar, welche wohl in den letzten Lebenstagen entstanden sein mag als gewöhnliches Schlussglied einer chronischen Lungenentzündung.“

In der Jahressitzung der physisch-medicinischen Gesellschaft zu Moskau (den 16./28. Januar 1878) theilte Prof. Sacharjin obigen Fall mit und machte hierauf folgende Schlussbemerkungen:

1. Dasjenige, was von ihm in der Sitzung vom 11./23. April 1877 (oben S. 162) als Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit ausgesprochen worden, hat im angeführten Falle seine factische Bestätigung im vollen Maasse gefunden: die syphilitische Pneumonie erschien durch starke Bronchitis und adhäsive Pleuritis sowohl, als durch chronische Pneumonie complicirt und in den letzten Lebenstagen des Kranken auch durch acute Pneumonie der unteren Lungenlappen.

2. Dieser Fall beweist ausserdem die Möglichkeit der Diagnose nicht nur einer reinen, sondern auch einer complicirten syphilitischen Pneumonie.

Bei Besprechung der Diagnose der Lungensyphilis bemerkte Prof. Sacharjin, dass also Fälle vorkämen, wo die Diagnose verhältnissmässig leicht sei: Fälle rein syphilitischer Pneumonie, wie die beiden im April vorigen Jahres mitgetheilten, und auch Fälle von syphilitischer Pneumonie, durch unzweifelhafte Lungenschwind-sucht (einfache chronische Pneumonie) complicirt, wie der letzte Fall aus seiner Klinik; aber auch solche, wo die Diagnose schwerer, zweifelhafter sei. In letzteren empfiehlt Prof. Sacharjin

vorläufig den Kranken in regelrechte Verhältnisse zu bringen, alles, was Lungenleiden unterhalten kann, möglichst zu entfernen und, von einer Radicalcur absehend, sich blos mit symptomatischer Behandlung zu begnügen. Wenn wir es z. B. mit syphilitischer Pneumonie, nur durch fieberhaften Bronchiaikatarrh complicirt, zu thun haben, so wird letzterer bei solcher Behandlung verschwinden, das syphilitische Lungenleiden entlarvt sich und nun ist es Zeit, mit der specifischen Behandlung zu beginnen.

Hinsichtlich der Behandlung fügte Prof. Sacharjin hinzu, dass in Fällen von Lungensyphilis, sowohl unzweifelhaften (reinen oder complicirten), als auch zweifelhaften, die symptomatische Behandlung, d. h. die Behandlung des Hustens, Blutspeiens, Fiebers u. s. w. selbstverständlich immer dieselbe wie bei anderen Brustleiden bleibt. Betreffs der specifischen Behandlung wiederholte er, dass er eine solche nur in Fällen reiner Lungensyphilis verordne, gleichviel ob sie schon von Hause aus unzweifelhaft, oder blos im Anfange zweifelhaft erscheinen, später aber sich aufklären. In Fällen aber, wo auch nur eine leichte Complication mit gewöhnlicher Lungen-schwind-sucht (chron. Pneumonie) vorhanden ist, spricht er sich entschieden gegen den Gebrauch von Mercur und Jod aus: die Kranken nähern sich bei solcher Behandlung rasch ihrem Ende, während aller Wahrscheinlichkeit nach die Lungensyphilis analog einigen anderen Phänomenen der späteren Periode der Lues, lange vertragen werden kann und jedenfalls nicht zu rasch lethalem Aus-gange führt. Was in demjenigen Falle, wo man sich für eine specifische Behandlung entschieden hat, zu verordnen, ob Jod oder Mercur, das hängt wohl von der Individualität des Einzelfalles ab, und hauptsächlich von der früheren Behandlung: je länger Jod ge-bräucht worden und je schwächer seine Wirkung geworden, desto eher kann man auf die Wirkung des Mercur rechnen und ebenso umgekehrt. —
