

## XXVII.

## Ein Beitrag zur Lungensyphilis.

Von Dr. M. v. Cube,  
 pract. Arzt in Mentone.

---

Die Lungensyphilis ist eine pathologisch-anatomische Thatsache; klinisch ist sie wenig gekannt. Der Grund liegt offenbar darin, dass dieselbe bedeutende diagnostische Schwierigkeiten bietet und in den bei weitem meisten Fällen nur ex juvantibus et nocentibus bestimmt werden kann. Nichtsdestoweniger ist die Lungensyphilis eine relativ häufige Erkrankung, ist bis hiezu jedenfalls zu wenig berücksichtigt worden, und es scheint mir von hoher practischer Wichtigkeit, der Erkenntniss derselben durch Mittheilungen klinisch genauer gekennzeichnete Fälle näher zu treten.

In den letzten 3 Jahren ist meine Aufmerksamkeit auf diese Krankheit ganz besonders gelenkt worden, hauptsächlich wohl dadurch, dass ich in der angegebenen Zeit eine relativ grössere Reihe höchst interessanter, namentlich instructiver Fälle von Lungensyphilis zu beobachten Gelegenheit fand.

Einen dieser Fälle halte ich der Veröffentlichung werth. Auftreten, Verlauf und Entscheidung war in demselben hochinteressant, wie ihn die Literatur bis hierzu meines Wissens nicht aufzuweisen hat.

H. K., 34 Jahre, aus Russland, stellte sich mir zum ersten Male den 10. December 1879 vor, von seinen Aerzten eines phthisischen Lungen- und Kehlkopfleidens wegen zu einer klimatischen Cur nach Mentone geschickt. Anamnestisch wurde zunächst festgestellt:

Pat. stammt von gesunden Eltern, das jüngste von 11 Kindern, von denen 6 in frühesten Jugend starben und die übrigen 4 noch lebenden keine Spur eines Lungenleidens haben. Als Kind von zarter Constitution hatte K. bis zu seinem 27. Jahre Masern, Scharlach, Keuchhusten ohne Nachkrankheiten durchgemacht. Später entwickelte sich Pat. kräftig, absolvirte die Universität und trat in bester Gesundheit sein Amt als Advocat an; an seine etwas flotte Studentenzeit erinnerte ihn nur zeitweilig ein chronischer Bronchial- und Laryngealkatarrh, der ihn nur Morgens durch Expectoration zäher Sputa genirte. Vor 2 Jahren trat, ohne dass Pat. eine Gelegenheitsursache angeben kann, eine Verschlimmerung des Katarrhs

ein und wurde dagegen von dem Hausarzte des Kranken Obersalzbrunnen, mit gleichzeitigem Gebrauche kalter Bäder, verordnet. Während dieser Cur besserte sich der Husten nur wenig; plötzlich aber verlor Pat. die Stimme. Erst mehrmonatliche locale Behandlung des Kehlkopfes von einem Specialisten mittelst Einblasen von Alaunpulver brachte die Stimme wieder zurück, aber sie blieb rau und ermüdete Pat. leicht beim Sprechen. Im Sommer 1878 verschlimmerte sich wieder der Husten und das Kehlkopfleiden; es trat Fieber hinzu, der Auswurf, namentlich am Morgen, soll damals zeitweilig einen üblen Geruch und selbst fauligen Geschmack gehabt haben. Im Juli desselben Jahres wurden unter krampfhaftem Husten und sehr hohem Fieber erbsen- bis bohngrosse Stücke expectorirt, die Pat. nicht genauer beschreiben kann, aber auch einen üblen Geruch und Geschmack gehabt haben sollen. Der damals behandelnde Arzt soll dieselben als polypöse Wucherungen bezeichnet und sich über die Entfernung derselben sehr zufrieden geäußert haben. Da der Husten aber dessenungeachtet immer bösartiger wurde und die Heiserkeit schliesslich wieder an Tonlosigkeit zu grenzen begann, wandte sich K. Ende October wieder an denselben Specialisten, der ihn das Jahr vorher behandelt hatte. Nach eingehender Untersuchung des Kehlkopfs sowie auch der Lungen rieth letzterer ihm, sofort für den Winter an die Riviera zu gehen und mit aller Vorsicht sich einer klimatischen Cur zu unterwerfen. Der Frau des Pat. wurde die Krankheit als sehr ernst dargestellt, mit wenig Aussicht auf Genesung. Eine Consultation in Wien mit einem namhaften Kliniker, unter Zuziehung eines bekannten Laryngoskopikers, bestätigte eine phtthisische Erkrankung der Lungen und des Kehlkopfes und wurde die Prognose als infausta hingestellt.

Status praesens. Pat., von mittlerer Grösse, hat einen sehr kräftigen Körper-, namentlich Knochenbau; auffallend stark entwickelter Pan. adiposus. Allgemeine Decken blass, von schmutzig grauer Farbe; Muskeln schlaff; Haupthaar dunkel, sitzen locker im Haarboden. Am Nacken und Halse einige wenige, etwas angeschwollene Lymphdrüsen. Unbedeutender Mund- und Rachenkatarrh, an der hinteren Pharynxwand mehrere geschwollene Follikeln. Thorax breit, gut gewölbt, Excursionen ergiebig und beiderseits gleichmässig; Percussion vorn vollständig normal, mit hellem vollen Schalle, ebenso rückwärts, mit Ausnahme einer handflächen-grossen, deutlich umschriebenen Dämpfung in der Gegend des rechten unteren Scapulawinkels. Die Auscultation ergab hier, neben unbestimmtem Vesiculärathmen, mittel- und grossblasige, etwas consonirende Rasselgeräusche; in beiden, in normaler Höhe sich zeigenden, Lungenspitzen vollständig reines Respirationsgeräusch, während im Unterlappen beiderseits katarrhalische Geräusche (grossblasige, feuchte Rasselgeräusche mit Giemen und Pfeifen untermengt) zu hören waren. Herz in Grössenverhältnissen und Klappenschluss normal; Leber etwas vergrössert, speciell der linke Lappen; Leib weich, aufgetrieben, tympanitisch; Inguinalgegenden frei, an den Geschlechtstheilen weder Narbe noch Induration; nirgends auf der Haut ein bestehendes, oder Spuren eines früher bestandenen Exanthems.

Die Untersuchung des Larynx ergiebt die Kehlkopfschleimhaut blass, gleichmässig aber unbedeutend geschwollen, fast durchweg, von der unteren Fläche der Epiglottis an bis zu den Stimmbändern herab, mit oberflächlichen kleinen, wenig eiternden Geschwüren besetzt, an der Meso-arytaenoidfalte Wucherungen, von denen

einzelne wie spitze Condylomata mit 3 bis 4 Mm. Höhe hervorragen, gleichfalls oberflächlich exulcerirt; am rechten Taschenbunde 2 bis 3 deutlich hervortretende Schleimpapeln von der Grösse einer durchschnittenen kleinen Erbse. Die Schleimhaut der Stimmbänder beiderseits gleichfalls mit oberflächlichen Geschwüren besetzt, die Ränder wie ausgefrant. Vollständige Aphonie, bei Phonationsversuchen ist aber die Bewegung des Kehlkopfes in seinen einzelnen Theilen vollständig frei; ebenso bestehen absolut keine Schlingbeschwerden, weder bei Einnahme flüssiger noch auch fester Speisen. Bei äusserer Betastung des Kehlkopfes empfindet Pat. keinerlei Schmerzen, wohl treten aber letztere zeitweilig spontan ein.

Pat. klagt über quälenden trockenen Husten, mit grosser Anstrengung werden nur wenige gelblich-weiße, zähe Sputa entleert, die unter dem Mikroskope, neben Schleim- und Eiterkörperchen, Lungenepithel in verschiedenen Stufen der fettigen und myelinen Degeneration und einzelne, kleine, abgebrochene elastische Fasern zeigen. Sonst ist das Allgemeinbefinden des Pat. sehr in Mitleidenschaft gezogen; tägliches Fieber zwischen 38° und 39°, Appetitlosigkeit, schlechter Schlaf, träger Stuhl, zeitweilig treten abundante Schweisse ein, grosse Mattigkeit und starke moralische Depression.

Zu bemerken wäre noch, dass Pat. seit 8 Jahren verheirathet und sein einziges noch lebendes Kind ein gesundes kräftiges Mädchen von 7 Jahren ist. Ein später geborener Sohn starb nach wenigen Monaten — woran? unbekannt.

Aus Gründen, die ich weiter unten bei der Epikrise vorliegenden Falles auseinandersetzen werde, glaubte ich bei der Diagnose der Lungen- und Larynxphthise nicht stehen bleiben zu dürfen, vielmehr schien der Verdacht, dass es sich hier möglicher Weise um eine syphilitische Affection handelte, einigermaassen berechtigt.

Meine diesbezügliche Frage traf Pat. offenbar unerwartet, denn er antwortete mir darauf, dass bis hiezu kein Arzt dieselbe an ihn gerichtet und er daher über diesen Punkt bisher geschwiegen. Er theilte mir nun mit, dass er im Jahre 1870, also vor 9 Jahren und 1 Jahr vor seiner Verheirathung, auf dem gewöhnlichen Wege der Ansteckung einen Chanker acquirirt, einige Wochen darauf secundär (Haut- und Schleimhautsyphiliden) erkrankt wäre und dann eine 4wöchentliche Schmiercur gebraucht, die mit scheinbarer Genesung endete. Nichtsdestoweniger stellte sich einige Jahre später ein nässendes Exanthem auf der Kopfhaut und den Knöcheln der Finger ein, die nach dem Gebrauche von Leberthran und grüner Seife nach längerem Bestande endlich gewichen. Bald darauf habe er seine Stimme verloren und die Krankheit den oben beschriebenen Verlauf genommen. —

Damit hatte der Verdacht auf Syphilis eine wesentliche Stütze gewonnen; ich erklärte dem Pat., dass eine grosse Wahrscheinlichkeit vorläge, dass er syphilitisch wäre und meiner Ansicht nach einer entsprechenden antisypilitischen Behandlung unterworfen werden müsse, wozu er sich auch bereit erklärte.

Da der Kranke anämisch, überhaupt sehr von Kräften gekommen war, so ordnete ich zunächst eine zweckentsprechende, roborirende Lebensweise an, zugleich mit dem Gebrauche von Jodeisen, später sollte eine Iunctionscur folgen.

Die Cur begann am 15. Jan. Am 17. Jan. sehr hohes Fieber (40,6), Nachtschweisse, grosse Schwäche. Jodeisen fortgelassen, Chinin in grossen Dosen. Unter

dauerndem starkem Fieber und quälendem Husten expectorirt Pat. am 20. erbsen- bis bohnen-grosse, rundliche oder ovale, zumeist mit zeretzter Oberfläche versehene Massen; das zeretzte Aussehen schien zumeist durch aufgelagerten Faserstoff, Schleim und Eiter bedingt. Das ganze Ansehen, so wie namentlich das hart-elastische Anfühlen, das sich auch noch beim Durchschnitt besonders markirte, machte den Eindruck einer vollständig zusammenhängenden Gewebspartie; als solche erwiesen sich die Massen noch mehr im Durchschnitt, der im Ganzen ein weisses, mehr oder minder glattes, an manchen Stellen weiches Gewebe zu erkennen gab; besonders deutlich erschien dieses Gewebe da, wo auf Schnittflächen die theils schmutzige Masse sich durchzogen von grauen und schwärzlichen, strich- oder netzförmig angeordneten Gewebszügen zeigte; hier gewann man den Eindruck, als wenn das mehr grauliche Gewebe die weissen Massen in sich eingesprengt enthielt, z. Th. durch dieselben verschoben oder selbst verdrängt war. Alle ausgehusteten Partien waren vollkommen luftleer und sanken im Wasser unter. Die sorgfältig gesammelte Menge dieser eigenartigen Expectoration betrug im Gewichte ungefähr 20 Grm. und wurde dieselbe behufs späterer mikroskopischer Untersuchung in Müller'scher Flüssigkeit aufbewahrt. Frisch zerzupfte Präparate liessen unter dem Mikroskope Detritus, Schleim- und Eiterkörperchen, Faserstoff, faseriges Gewebe, Pigmentkörnerzellen und an einzelnen Stellen elastische Fasern in grosser Menge und meist bestimmter Anordnung erkennen.

Sofort nach Entfernung oben beschriebener Massen fühlte Pat. bedeutende subjective Besserung; der Husten wurde geringer, Fieber hörte fast ganz auf, ebenso die Nachtschweisse, Schlaf und Appetit kehrten besser wieder. Physikalisch war an den Lungen keine manifeste Veränderung nachzuweisen, ebenso hatte sich im Kehlkopfbilde absolut nichts geändert. Pat. nahm das Jodeisen wieder auf; im Allgemeinbefinden trat eine geringe, aber stetig fortschreitende Besserung ein und wurde zur Zeit nur eine günstigere Witterung abgewartet, um sofort mit der Inunctionscur zu beginnen.

Um diese Zeit hatte ich Gelegenheit den Pat. meinem hochverehrten Freunde Prof. Sigmund aus Wien vorzustellen, der meine Diagnose vollständig bestätigte und die eingeschlagene Behandlungsweise für durchaus gerechtfertigt erklärte und für die Ausführung derselben mir seinen, aus reicher Erfahrung geschöpften, Rath nicht vorenthielt. Mikroskopische Präparate der in Müller'scher Flüssigkeit aufbewahrten Expectationsmassen konnte ich ihm damals leider noch nicht vorlegen, da letztere noch zu kurze Zeit darin gelegen.

Am 12. Febr. trat plötzlich wieder sehr heftiges Fieber ein und wiederholte sich genau dieselbe Scene, wie am 20. Jan.; wiederum wurden gegen 20 Grm. derselben oben beschriebenen Masse unter krampfhaftem Husten expectorirt, wiederum trat unmittelbar darauf subjective Besserung ein, ohne dass objectiv weder an den Lungen noch im Kehlkopf sich nachweisbar etwas geändert.

Der Verdacht, dass die unter so eigenthümlichem Krankheitsverlaufe expectorirte Masse eine Neubildung mit dem Sitz in der Lunge und dass diese Neubildung wahrscheinlich eine syphilitische war, lag nahe und in der That waren es nun die, aus der inzwischen genügend erhärteten Expectationsmasse gewonnenen, mikroskopischen Präparate, die in überraschender, instructiver Weise die Neubildung illu-

stritten und die früher nur aus Wahrscheinlichkeitsgründen gestellte Diagnose nunmehr mit fast zwingender Gewissheit ad oculos demonstirten.

Der sehr interessante mikroskopische Befund war folgender:

Vor Allem sieht man nur selten deutlich charakterisirtes Lungengewebe; wo es sich findet ist dasselbe mehr oder minder pigmentirt und daran sowohl, wie an den elastischen Faserzügen, die manchmal deutliche Alveolarhöhlen begrenzen, kenntlich. Das Pigment ist schwarz, körnig und liegt entweder frei im Gewebe, oder erfüllt als solches Zellen von mannichfacher Grösse. Die ganze Zeichnung und Anordnung, in der man diese Pigmentanhäufung trifft, entspricht den in den Lungen bekannten Lymphwegen. Dabei erscheint das alveoläre und interalveoläre Gerüstgewebe oft verdickt und zwar durchgehends durch faseriges Bindegewebe, so dass stellenweise die elastischen Fasern verringert oder ganz verschwunden scheinen; doch finden sich an anderen Stellen wieder deutlich schwächere oder stärkere Züge des letzteren. Ausser dieser faserigen Verdickung des interstitiellen Gewebes, das, wie gesagt, nicht selten für sich allein gefunden wird, trifft man dann an anderen, den zahlreichsten Stellen, kleine Rund- und Spindelzellen in dasselbe eingestreut. Die Spindelzellenelemente wie die Faserzüge sind oft als deutliche Bündel zu erkennen, die unregelmässig, in verschiedenen Richtungen sich durchkreuzend, verlaufen. Spindel- und Rundzellen sind bald mehr gleichmässig vertheilt, bald wieder ist die eine Zellenart über die andere prävalirend. Sie werden auch in weniger faserigem Bindegewebe getroffen, ja manches Mal ist von letzterem gar nichts zu sehen. Wieder an anderen Stellen ist die Zwischensubstanz mehr homogen durchscheinend oder, vielleicht unter dem Einflusse der Aufbewahrungsflüssigkeit (Alkohol, Müller'sche Lösung), unregelmässig trübe. Diese Stellen bilden den Uebergang zu der mehr oder minder umschriebenen Anhäufung von Rundzellen, denen keine, oder nur wenige Spindelzellen beigemengt sind. An all' den letztgenannten Stellen trifft man keine deutlichen Alveolen mehr, auch elastische Fasern fehlen hier; der Charakter des Lungengewebes ist verschwunden und überall gewinnt man den Eindruck eines neugebildeten zelligen Gewebes. Erst wieder Nachbarpartien dieser Stellen mit deutlich geschlängelten und verzweigten, doppelt contourirten, elastischen Fasern, ihre stellenweise deutliche Pigmentirung und vor Allem wieder die alveoläre Anordnung lassen erkennen, dass die Bildung im Lungengewebe sich entwickelt hat. Viele der Alveolen scheinen unter dem Druck des zellig oder sonst veränderten Zwischengewebes zu Grunde gegangen, die noch erhaltenen meist kleiner als normal und zwar, wie sich sofort herausstellt, auf Kosten der Vorgänge im interalveolären Gebiete. Wo sie vorhanden, sind sie auch nicht mit Luft gefüllt, sondern compact durch Ausfüllung mit epitheloiden (Endothel-) Zellen, die vergrössert, oft auch mit vergrössertem Kerne versehen erscheinen. An anderen Stellen zeigt sich der Inhalt der Alveolen als eine durch Zerfall oder Degeneration veränderte, zusammengesinterte, mehr oder minder formlose, kernuntermischte Masse.

Neben den oben genannten interstitiellen Befunden sind dann noch die Fett- und Eiweissmoleculë (letztere meist in Essigsäure sich lösend) zu erwähnen, ferner stellenweise grössere oder kleinere Zellen, wohl von Epithelien oder weissen Blutkörperchen herrührend, sowie atrophische und fettig entartete Zellen und Zellen-derivate, Kerne, spärliches Myelin etc. Besonders deutlich findet man dann noch

manches Mal grössere und kleinere Gefässe quer, schräg oder längs getroffen. Hier und da scheint ihre Wand verdickt, meist faserig oder doch kaum durch erheblich vermehrte Zellenanhäufung. Dagegen sind namentlich die mit veränderter, dicker oder auch glänzender Wandung versehene kleineren Gefässe und Capillaren mit rothem Blut oder kleinen Zellen (weissen Blutkörpern) erfüllt, dadurch stellenweise erweitert und so als solidere mit Wandung versehene Zapfen bemerkbar. Auf vollen Querschnitten täuschen sie oft Riesenzellen in den Gefässen vor, namentlich wo nicht doch stellenweise rothe Blutkörper oder Zerfallsstücke von solchen dazwischen liegen. Doch sind vereinzelte Riesenzellen in dem zellig infiltrirten Zwischengewebe hie und da unzweifelhaft vorhanden, ohne dass um sie herum die für den Tuberkel meist beschriebene Zellenanordnung bemerkbar wäre. Das Protoplasma dieser Riesenzellen ist unregelmässig getrübt, von ihm ausgehende Fortsätze sind nirgends zu bemerken. Die Anordnung der 4 bis 9 Kerne ist nirgends eine ausschliesslich excentrische. Während an den Gefässen meist nur Zunahme faserigen Bindegewebes bemerkbar ist, trifft man an den wenigen gefundenen kleinsten Bronchien, ausser letzterem, stellenweise Rundzellenhäufung, meist in Räumen, die für Lymphwege zu halten sind; wenigstens berechtigen zu letzterer Auffassung Bilder, die, mit Ausnahme der verschiedenen Zellformen, sonst wie bei dem secundären, auf dem Lymphwege sich fortpflanzenden Krebs in der Lunge erscheinen.

Die Masse, welche meist allseitig die ausgehusteten Stücke umgiebt, erweist sich verschieden von dem oben beschriebener Gewebe. Oft ist es nur als unregelmässiges Gewirr von Fasern oder hie und da breiten Balken zu erkennen; in Essigsäure quillt es auf und es treten dann die Kerne von weissen Blutkörpern, die in ihm oder in den Lücken bei netzförmiger Anordnung desselben liegen, deutlicher hervor. Manchmal sieht man auch nur Eiterkörperchen mit abgespaltenen Kernen, feinkörnige (käsige oder nekrotische?) Zerfallsmasse, die aus Fett und Eiweissmoleculen besteht. — Färbungen mit Carmin, Hämatoxylin und Anilin lassen überall die frischen, neugebildeten Zellenkerne im oben beschriebenen Gewebe oder in der Umhüllungsmasse deutlich hervortreten, während die Zerfallsproducte wie auch der Faserstoff undeutlich oder schmutzig hierbei erscheinen. Durch diese Färbung und ihre Unterschiede markirt sich auch manchmal besonders schön, wo im erstbeschriebenen Gewebe Zerfall neben Zellbildung erscheint.

Ende Februar wurde nun mit der Inunctionscur in der Weise begonnen, dass Pat. an jedem 2. Tage 2,0 Grm. Hg.-Salbe eingerieben wurde, mit gleichzeitigem innerlichem Gebrauche von Jodkali. Die ausführliche Beschreibung der Cur selbst glaube ich füglich übergehen zu können, da sie sonst in allbekannter Weise durchgeführt wurde und bemerke nur, dass Pat. im Ganzen 40 Einreibungen gemacht, dieselben ausgezeichnet vertrug und dabei überraschend schnell reconvalescirte. Schon nach 15 Einreibungen, gegen Ende März, war Pat. wie umgewandelt; sein Aussehen wurde ein ganz anderes, er bekam eine gesunde Farbe, der unnatürlich entwickelte Pan. adipos. schwand allmählich, er fühlte sich kräftiger, der Husten wurde bedeutend geringer, Schlaf, Appetit wurden besser, Verdauung normal; ohne zu ermüden wurden grössere Spaziergänge gemacht und es kehrten der frühere Lebensmuth und Heiterkeit zurück, um so mehr als nun auch die Aphonie schwand

und die Stimme allmählich, wenn auch noch heiser, wieder hervortrat, eine Besserung, die er als Advocat begreiflicher Weise mit ganz besonderer Freude begrüßte.

Die objective Untersuchung ergab in den Lungen um diese Zeit zwar noch nahezu denselben Dämpfungsbezirk, aber Rasselgeräusche, namentlich consonirende, waren nur noch sehr spärlich zu finden. Manifest war die Besserung im Larynx. Hier sah man fast sämtliche Geschwüre, die, wie oben angegeben, nur oberflächliche waren, geheilt, die Schleimpapeln auf dem rechten Taschenband sichtlich auf ein geringeres Lumen reducirt. Auf der Mesoarytaenoidfalte bestanden noch die bindegewebigen Wucherungen und die Stimmbänder zeigten sich noch geröthet, verdickt, mit unebenem inneren Rande. — Nach weiteren 15 Einreibungen war das Allgemeinbefinden ausgezeichnet, der Dämpfungsbezirk rechts hinten deutlich verkleinert, keine Rasselgeräusche mehr, nur war an dieser Stelle etwas undeutliches Respirationsgeräusch mit etwas hauchendem Expirium zurückgeblieben. Der Kehlkopf, mit Ausnahme einer leichten Verdickung der Stimmbänder, vollständig normal, die Stimme sehr viel reiner, so dass Pat. längere Gedichte laut declamiren und unschön singen konnte.

Zur Sicherung des gewonnenen Curerfolges brauchte Pat. noch einige Zeit Jodkali, später, auf eigenes dringendes Verlangen, noch 10 Einreibungen und verliess Anfang Mai kräftig und anscheinend vollkommen gesund Mentone. Zur Nachcur wurde ein mehrwöchentlicher Aufenthalt in Krankenheil während der Sommermonate gerathen.

Später im Sommer sah ich Pat. in München wieder. Er klagte über etwas Reizhusten und mehr Heiserkeit bei sehr gutem Allgemeinbefinden. Laryngoskopisch wurde nur leichte Röthung und Schwellung der Stimmbänder constatirt und mit Tuschirungen einer leichten Lapislösung bald beseitigt.

Aus brieflichen Nachrichten trage ich Folgendes, diesen Fall noch mehr Charakterisirende, nach.

Ende August desselben Jahres stellte sich bei Pat. unter Fieber Hämoptoe ein. Die ärztliche Untersuchung ergab wieder eine begrenzte Lungenentzündung. Wiederum eine Inunctionscur von 40 Einreibungen (die jedesmalige Quantität Hg. wird nicht angegeben) und wiederum vollständige Reconvalescenz. Aus dem resp. Brief des Pat., der ausführlich Krankheit, Cur und Ausgang derselben beschreibt, gebe ich folgenden Passus wörtlich: Ich bin jetzt wieder frisch, fröhlich und freudig in meinem Berufe, dabei von einer Energie und Zähigkeit, die ich früher nie besessen und die mich selbst überrascht. Ich komme mir ganz stolz vor, wenn ich im grossen Rathssaale mit tönender Stimme etc. etc.

Blicken wir epikritisch auf vorliegenden Fall zurück, so bietet er uns nicht nur in klinischer, sondern hauptsächlich in histologischer Beziehung höchst interessante Momente, die in ihren Consequenzen um so mehr practisch verwerthet zu werden verdienen, als meiner Erfahrung nach solche Fälle viel häufiger, freilich ohne diese Expectorations, als man bisher angenommen, vorkommen und unter dem Bilde einer Lungenphthise meist verkannt werden.

Bei oberflächlicher Untersuchung repräsentirt er einen von den Fällen von Lungenphthise, wie man ihn in der Phthisenpraxis sehr häufig zu finden gewohnt ist. — Ein chronisch Jahre lang bestehender Katarrh der Lungen exacerbirt unter Mitleidenschaft des Allgemeinbefindens; Patient wird allmählich schwächer, anämisch, die physiologischen Functionen treten aus dem Gleichgewicht, vielleicht tritt zeitweise leichte Fieberbewegung dazu; nach relativ kürzerer oder längerer Zeit erkrankt der Larynx, es tritt Heiserkeit, schliesslich Aphonie hinzu. Die physikalische Untersuchung erweist einen umgrenzten Infiltrationsheerd in den Lungen, das Laryngoskop einen mehr oder weniger ausgebreiteten Ulcerationsprozess der Schleimhaut des Kehlkopffinnen und da hereditäre Anlage, hectisches Fieber, Abmagerung für die Diagnose keine *conditio sine qua non* bietet, so scheint der phthisische Prozess ausser Zweifel.

Welche Momente berechtigen nun hier, bevor noch die mehr entscheidende Frage über das Vorhandensein einer früheren specifischen Infection gethan worden, zur Annahme der Möglichkeit einer syphilitischen Affection.

Zunächst musste bei dem schon Jahre lang sich vorbereitenden und schliesslich offenbar in ernsterer Form sich entscheidenden Lungen- und Kehlkopfleid die Körperfülle, welche in einer auffallenden Entwicklung des Pan. adipos. seinen Grund hatte, zugleich mit der blassen, schmutzig-grauen, kachectischen Färbung der Haut auffallen; bei inveterirter Syphilis bekanntlich eine häufige Erscheinung, sehr selten bei chronischer Lungenphthise, namentlich wo es sich schon um destructive Prozesse handelt und das Gegentheil gewöhnlich eintritt, d. h. Schwund des Fettpolsters, Abmagerung.

Ferner war es der Sitz der Lungenerkrankung, der mit die Wahrscheinlichkeits-Diagnose auf Lungensyphilis einigermaassen stützte: ein umschriebener, percutorisch deutlich abgrenzbarer Infiltrationsheerd in der Gegend des unteren rechten Scapulawinkels, also dem rechten mittleren Lungenlappen entsprechend, bekanntlich eine Stelle der Prädisposition für Lungensyphilis nach den neueren Angaben in der Literatur (Fournier, Grandvillier etc.) bei vollständig freien Lungenspitzen und Oberlappen.

Mehr aber noch als die beiden eben angegebenen Momente forderte der laryngoskopische Befund zu einer genaueren Diffe-



renzialdiagnose auf und bestärkte in indirecter Weise die Annahme einer Lungensyphilis.

Bekanntlich herrscht über das Wesen der Kehlkopfphthise, bei gleichzeitiger Anwesenheit tuberculöser oder überhaupt phthisischer Prozesse in den Lungen, sowohl unter pathologischen Anatomen wie auch Klinikern, die auffallendste Controverse. Während die einen die Entstehung und Verlauf derselben auf ausschliesslich tuberculösen Boden versetzen, geben andere die Entwicklung derselben auch aus katarrhalisch entzündlichen Prozessen zu, während wieder andere nur die letztere Form gesehen haben wollen und Tuberkeln des Larynx überhaupt läugnen. Am bezeichnendsten wird diese Controverse damit illustriert, dass unter den pathologischen Anatomen Virchow z. B. den phthisischen Larynx als geeignetstes Object für das Studium der Tuberkel überhaupt empfiehlt, während andere, namentlich Rindfleisch, vergebens in demselben nach Tuberkeln suchen. Aehnliches begegnen wir auch bei namhaften Klinikern und brauche ich nur an den diametral entgegengesetzten Standpunkt zu erinnern, den in dieser Frage z. B. Ruehle und Ziemssen einnehmen.

Woher nun diese crasse Meinungsverschiedenheit?

In Berücksichtigung dessen, dass wir, als Vertreter der verschiedenen Ansichten, sowohl unter den pathologischen Anatomen, wie auch Klinikern, die bedeutendsten Männer der Wissenschaft finden, so dürfen wir eo ipso, um so mehr als es sich hier keinesfalls um ein wissenschaftlich nicht zu überwindendes Material handelt, nicht an oberflächliche kritiklose Untersuchung denken, sondern die Lösung dieses Räthsels dürfte man vielleicht darin suchen dürfen, dass es sich zufällig um ganz verschiedenes Untersuchungsmaterial gehandelt. Es ist wohl anzunehmen, dass das grösste Material zu den diesbezüglichen Untersuchungen den resp. Forschern Kliniken und Krankenhäuser, mit ihren meist schweren, weit vorgeschrittenen Phthisenfällen geliefert, während andererseits die leichteren, weniger weit vorgeschrittenen, wie sie die Privatpraxis in so grosser Zahl und klimatische Kurorte namentlich vorweisen und bei denen Larynxphthise, aus katarrhalisch-entzündlichen Prozessen entstanden, als Begleiterscheinung von Lungenphthisis, nicht zu selten sich finden, zu wenig Berücksichtigung erfahren.

Meine langjährige Erfahrung in einer fast ausschliesslichen

Phthisenpraxis hat mich gelehrt, dass entschieden beide Formen bestehen, wenngleich zugegeben werden muss, dass die tuberculöse bei weitem die häufigere ist.

Es ist hier nicht der Ort auf diese Controverse näher einzugehen, den pathologischen Boden der Larynxphthise wissenschaftlich genauer zu besprechen, für den uns hier beschäftigenden speciellen Fall genügt es zunächst, auf die Erfahrung aufmerksam zu machen, dass jedenfalls ausgebreitete, fast die ganze Schleimhaut des Kehlkopffinnern treffende, Ulcerationsprozesse, auf welchem pathologischen Boden sie immerhin fassen mögen, bei Phthisikern fast nur in den letzten Stadien der Erkrankung, wo colliquative Erscheinungen den ganzen Organismus bereits der Auflösung entgegenführen, beobachtet worden, ohne zur Heilung zu tendiren — gewissermaassen Vorboten des nahe bevorstehenden Todes sind, aber dass dieselben auch dann, wenigstens meiner Erfahrung nach, nie nur oberflächlich verlaufen, sondern, dass in solchen Fällen regelmässig an einzelnen Stellen, namentlich auf Aryhöckern, Taschenbändern etc., die Entzündung tiefer gelegene Gewebe trifft, begrenzte Infiltrationsheerde setzt und damit Rigidität der resp. Theile, und fast immer Beeinträchtigung der Beweglichkeit des Larynx in seinen einzelnen Theilen zur Folge hat.

In unserem Falle finden wir dagegen einen relativ noch kräftig constituirten Körper, bei ziemlichem Gleichgewichte der physiologischen Functionen und aus dem St. praes. haben wir erfahren, dass trotz der weit ausgebreiteten Geschwürsbildung im Larynx nirgends eine dem Auge bemerkbare Functionsstörung des bei Phonationsversuchen sehr beweglichen Organs zu constatiren war, also tiefer greifende Entzündungen, selbst nur partielle, ausgeschlossen werden durften.

Zwar haben wir andererseits keine, die syphilitische Erkrankung des Larynx bestimmt charakterisirenden, Erscheinungen, namentlich fehlen die von Prof. Schnitzler in Wien in jüngster Zeit ganz besonders betonten nach Sitz und Form charakterisirten tief greifenden Geschwüre mit speckigem Grunde und ausgezackten Rändern oder ihre Folgen (bei eventueller Heilung, Narbenbildung etc.), die in seinen Fällen hauptsächlich die Diagnose auf Lungensyphilis stützen, wohl aber finden wir die einigermaassen verdächtigen Schleimpapeln (gummata?) auf dem rechten Taschenbände neben

den an Condylomata erinnernden bindegewebigen Wucherungen auf der Mesoarytaenoidfalte, Erscheinungen, die, bei durch oben angeführte Gründe einigermaassen berechtigtem Ausschlusse der Larynxphthise, an die Möglichkeit einer syphilitischen Affection denken liessen.

Die oben ausgeführten Gründe berechtigten also die Frage nach einer etwa früher vorhanden gewesenen syphilitischen Infection, welche, wie wir wissen, von dem Patienten auch bestätigt wird. Eine antisymphilitische Behandlung wird eingeleitet und unter derselben tritt bald die Expectoration von Massen ein, die schon makroskopisch den Eindruck von durch Demarcation abgelösten Gewebspartien machen, aber namentlich in der mikroskopischen Untersuchung derselben der Diagnose auf Lungensyphilis eine neue und zwar wichtigste Stütze geben.

Restüriren wir den durch letztere gegebenen Befund, so ist vor Allem die unzweifelhafte Natur von Lungengewebe hervorzuheben, in dessen interstitiellem Gewebe vornehmlich namhafte Veränderungen nachweisbar waren. Als solche sah man entweder Zunahme von mehr faserigem Gewebe oder noch häufiger zellige Neubildung und zwar in Form von Rund- und Spindelzellen. Hiebei waren beide Zellenarten bald mehr gleichmässig vertheilt, bald war nur eine zahlreicher oder gar nur ausschliesslich vorhanden. Hie und da schien diese Zellenanhäufung mehr oder minder circumscribt, manchmal sogar von glänzenden, fibrösen Zonen umgeben. Die Alveolen waren entweder völlig verschwunden oder verkleinert und wo vorhanden mit verschiedenen grossen Zellen oder Zellenderivaten (desquamirten Epithelien), nie mit Luft gefüllt. An vielen Gefässen, wie an den wenig sich vorfindenden kleinen Bronchialwandungen, sah man hie und da Veränderungen durch Verdickung, an letzteren sogar durch kleinzellige Anhäufung. Endlich fand man Blutextravasate, Veränderungen des ergossenen Blutes, (käsig) zerfallene Gewebspartien und narbige, pigmentirte Stellen. Nur die letzteren erinnerten an den bei phthisischen und tuberculösen Lungen so häufigen Befund von käsigem und cirrhotischem Gewebe, der übrigens bekanntlich in derselben Weise auch bei syphilitischen Processen sich manifestiren kann. Bleibt also auch für letztere die Diagnose, ob Syphilis oder Tuberculosis, zweifelhaft, so ist es doch ganz anders bei dem durch kleinzellige Neubildung ausgezeichneten

interstitiellen Befund. Die einzelne Zelle als solche hat zwar, wie wir wissen, nichts specifisch Kenntliches an sich; aber die ganze Erscheinung, in der sich die zellige Neubildung zeigt, hat nirgends den für die Tuberculose oder die interstitiellen phthisischen Prozesse (Desquamativ-Pneumonie etc.) gekannten Charakter. Ueberall werden wir vielmehr an die Neubildung gemahnt, wie sie im Verlaufe von Syphilis als Gummata, Condylomata etc. bekannt sind. Dabei erinnern sie vollständig an die in der Leiche von Hensch, Klob, Pavlinoff, Vogt etc. constatirten und auch, nach der vorgenommenen mikroskopischen Analyse, als syphilitisch gedeuteten Lungenbefunde, namentlich deren interstitiellen Veränderungen. Selbst wenn Anamnese, Coincidenz mit anderen syphilitischen Phänomenen (recidivirende Lungen und Larynxerscheinungen) etc. nicht so gewichtig mit für die Diagnose auf Syphilis einträten, mussten wir in dem constatirten Befunde der ausgehusteten grösseren Gewebsmassen an dieser festhalten. Es kommen zwar bei anderen Lungenprozessen (Brand, käsige, nekrotisirende [Desquamativ-] Pneumonie) in seltenen Fällen grössere Gewebsablösungen und Ausstossen derselben durch benachbarte Bronchien vor, aber alle diese zeigen dann in Allem das getreue Bild des in ihnen vorhandenen und meist auch ihre Ausstossung veranlassenden käsigen, brandigen etc. Prozesses. Hier aber war ein gut erhaltenes, stellenweise noch wenig verändertes, neugebildetes Gewebe vorhanden, das den in ihm Statt gehabten Prozess oft noch mit allen Einzelheiten zu erkennen gab, und dieses lässt sich bei gründlicher kritischer Ueberlegung durch Ausschluss aller sonst in den Lungen bekannter Prozesse nicht anders, als auf Syphilis und zwar in der Hauptsache als syphilitischer Gummabildung, in theils käsigem, theils interstitiell sonst entzündlich verändertem Lungengewebe deuten. Den Eindruck einer Neubildung bekamen, was ich zur Stütze meiner Deutung beifügen will, specielle Fachgelehrte, die wie z. B. Klebs bei erstmaliger Besichtigung der Präparate sich dahin aussprachen.

Uebrigens wird schliesslich jeder Zweifel an die Richtigkeit der Diagnose auf Lungensyphilis durch den Erfolg der Behandlung zwar auf indirecte, aber doch überzeugende Weise beseitigt. Patient verträgt nicht nur die eingreifende Inunctionscur sehr gut, sondern reconvalescirt auch rasch und vollständig. Noch mehr — ein nach Monaten eintretendes Recidiv, wiederum zunächst in den Lungen

auf tretend, wird nochmals durch eine kräftige Inunctionscur beseitigt und zwar, soweit ich durch spätere Mittheilungen erfahren, bleibend beseitigt.

Wenn nun auch vorliegender Fall in seinem eigenartigen Verlaufe zu den seltenen Vorkommnissen in der Praxis gerechnet werden muss und schon als solcher eine Veröffentlichung wohl rechtfertigt, so ist doch andererseits mit seiner Mittheilung ausserdem der Zweck verbunden, überhaupt auf die relative Häufigkeit der Lungensyphilis, die so oft unter mannichfachen Bildern der Phthise verkannt wird und schon manche Opfer gefordert, aufmerksam gemacht zu haben.

Die Literatur über Lungensyphilis ist keine sehr umfangreiche; pathologisch-anatomisch hat sie ihre gründliche Bearbeitung gefunden, die klinische, als eigenartige in sich abgeschlossene Krankheitsform, bietet, wie gesagt, aus nahe liegenden Gründen zu grosse Schwierigkeiten. In jüngster Zeit hat Prof. Schnitzler in Wien es versucht, derselben einen klinischen Rahmen zu geben, ohne aber, meiner Ansicht nach, diese Schwierigkeiten überwunden zu haben. Die Diagnose seiner, sonst sehr interessanten, Fälle stützt sich nur sehr vage auf die von Seiten der erkrankten Lunge gegebenen Symptome, sondern entscheidend nur auf die für die syphilitische Affection ganz charakteristischen Erscheinungen im Larynx; es ist eben eine Diagnose ex juvantibus et nocentibus, die beispielsweise in unserem Falle von nur untergeordneter Bedeutung gewesen wäre. Nichtsdestoweniger hat Prof. Schnitzler das grosse Verdienst, der Lungensyphilis die Aufmerksamkeit der practischen Aerzte in sehr interessanter Form zugewandt zu haben.

---