

X.

Kleinere Mittheilungen.

1.

Ein Beitrag zur Lehre des primären Larynx-Erysipels.

Von Dr. J. Herzfeld in Berlin.

Am 27. December vorigen Jahres ersuchte mich der College A. hierselbst, seine Schwester, die schon mehrere Tage über Hals- und Athembeschwerden klagte, zu untersuchen, da der objective Befund seiner Meinung nach in keinem Verhältniss zu den Klagen der Patientin stünde. Im Gegentheil wäre eine Angina lacunaris, an der Patientin vor einigen Tagen erkrankt war, vollständig verschwunden und trotzdem hätten die Schluck- und Athembeschwerden sehr bedeutend zugenommen. Als ich die Patientin noch an demselben Tage Abends zum ersten Mal sah, machte dieselbe, ein 25jähriges Fräulein, den Eindruck einer Schwerkranken. Patientin sass im Bette aufrecht und bekam nur schwer Luft. Dabei war die Respiration in der Halsgegend sehr schmerzhaft, oberflächlich und betrug in der Minute 45. Die Temperatur betrug 39,8, der Puls 125. Patientin hatte schon seit 2 Tagen nur flüssige Nahrung zu sich genommen und auch das Schlucken dieser war nur mit grössten Schmerzen möglich. Bei der Untersuchung der Patientin zeigte die Pharynxschleimhaut eine vollständig normale Färbung, keine Spur von Schwellung oder Röthung; auf der linken Tonsille zeigte sich ein kleiner weisser Pfropf, der aber kaum den Eindruck einer eben überstandenen Angina lacunaris machte. Hingegen ergab die laryngoskopische Untersuchung sofort eine Erklärung für alle Beschwerden. Die Epiglottis war dick geschwollen, ödematös und blieb bei der Phonation gänzlich unbeweglich. Die Schleimhaut der Aryknorpel und der aryepiglottischen Falten war ebenfalls hochgradig ödematös geschwollen, geröthet, so dass ein Einblick in das Innere des Larynx absolut unmöglich war. Die Sprache war matt und leise, aber nicht direct heiser, so dass hieraus auf ein Freisein der Stimmbänder geschlossen wurde. — Sichere Fälle von stärkerem Stimmbandödem sind in der Literatur überhaupt nur sehr vereinzelt bekannt. Auch experimentell¹⁾ gelingt es nur schwer, dasselbe zu erzeugen und liegt dieses an den anatomischen Verhältnissen, indem die Stimmbänder keine lockeren Gewebsschichten haben, die zu ödematöser Infiltration geneigt wären. —

¹⁾ Siehe die vorzüglichen Untersuchungen von Dr. M. Hajek. Archiv für klinische Chirurgie. 42. Bd. 1891.

Der ganze Larynx war auf leiseste Berührung äusserst schmerzhaft, besonders die Regio praelaryngea. Da jede constitutionelle Erkrankung auszuschliessen war — Patientin hatte auch nicht etwa Jodkalium bekommen — stellte ich die Diagnose auf Larynx-Erysipel. Meine Therapie bestand in einer energischen Antiphlogose durch permanente Eisumschläge und Verabreichung von Eispillen innerlich. Da Patientin Nachts sehr unruhig war, und unter starkem Hustenreiz sehr zu leiden hatte, indem die Patientin wegen der grossen Schluckbeschwerden Angst hatte, den reichlich abgesonderten Speichel hinabzuschlucken oder auszuspeien, hatte ihr der College eine subcutane Injection von 0,005 Morphinum gemacht, worauf die Patientin ruhiger wurde. Am nächsten Morgen, also dem 28. früh, hatte sich in der Schwellung nichts geändert, nur zeigte die Epiglottis am rechten Rande der oralen Fläche eine weissliche Verfärbung, so dass ich die Vermuthung aussprach, dass es hier zur Ulceration kommen könnte. Die Temperatur betrug 38, Pulsfrequenz 120; Athmung 44. Tags über traten mehrere bedrohliche Erstickungsanfälle auf, die nach mühsamer Entfernung von etwas Schleim wieder schwanden. Da Patientin wegen starker Schmerzen absolut nicht schlucken konnte, wurde der Larynx mit 5 pCt. Cocain gepinselt; eine kleine Erleichterung trat jedoch erst beim Trinken ein, als Patientin den Schluckact jedesmal bei herabhängendem Kopf¹⁾ ausführte. Bei der laryngoskopischen Untersuchung Abends zeigten sich auch in der Mitte, desgleichen am linken Rande der Epiglottis oralwärts weissliche Verfärbungen. Temperatur Abends 36,8.

29. December. Die Temperatur ist heute früh 37,8, Abends 37,3. Auch heute Nacht sind 2 Erstickungsanfälle aufgetreten; Patientin ist sehr matt und klagt noch immer über grosse Beschwerden. Die Regio praelaryngea wie die geschwellenen Submaxillardrüsen sind sehr schmerzhaft. Im Innern ist jedoch die Schwellung der Epiglottis wie der aryepiglottischen Falten ein wenig zurückgegangen, doch ist eine Inspection des gesammten Larynx-Innernen noch nicht möglich. Die Epiglottis zeigt an der oralen Fläche rechts ein oberflächliches Ulcus, genau an der Stelle wo vor 2 Tagen der erste weisse Fleck constatirt worden ist. Patientin hustet viel, Lungenuntersuchung negativ. Therapie: beständige Eisumschläge, Eisstückchen innerlich; Ipecacuanha-Infus.

30. Dec. Patientin ist heute fieberfrei, auch geht die Athmung leicht von statten. Das Schlucken verursacht schon geringere Beschwerden. Auf der rechten Tonsille heute ein kleiner, weisser Pfropf in einer Krypte sichtbar. Das Ulcus an der Epiglottis rechts ist etwas grösser geworden, der Rand sieht unregelmässig aus, der Grund ist glatt und fest und macht nicht den Eindruck, als wenn es irgend in die Tiefe sich ausbreiten wollte; in der Mitte der Epiglottis ebenfalls ein kleines, längliches Ulcus an Stelle eines

¹⁾ So unbequem diese Art der Nahrungsaufnahme auch sein mag, so leistet sie doch oft, besonders in schweren Fällen von Larynx-Phthisis, wobei oft jeder Bissen und jeder Schluck zur Qual wird, die grössten Dienste.

länglichen, weissen Fleckes; daneben noch mehrere, weisse Flecken, aber immer dazwischen noch normale Schleimhaut. Eine Inspection des Kehlkopf-Inneren auch heute noch nicht möglich, da die Epiglottis sich noch immer wenig hebt und die Aryknorpel noch immer ziemlich stark geschwollen sind. Mit einem scharfen Löffel wird etwas Secret von der Tonsille und dem Ulcus der Epiglottis behufs bakteriologischer Untersuchung entnommen.

31. Dec. Temperatur normal; Patientin fühlt sich aber noch immer sehr matt; Schlucken noch immer etwas erschwert. Der Husten hat sich gelegt. Im Larynx keine Veränderung.

1. Januar 1893. Patientin ist aufgestanden, musste aber wegen grosser Schwäche sofort wieder zu Bette gehen. Temperatur normal. Die beiden Ulcerationen an der Epiglottis reinigen sich, der Kehldeckel selbst erscheint nur noch stark geröthet, die weissen Flecken an demselben sind nicht mehr zu constatiren. Die Schleimhaut der aryepiglottischen Falten wie der Aryknorpel ist auch beinahe zur Norm zurückgekehrt; das Innere des Larynx vollständig normal.

3. Januar. Keine Schmerzen mehr beim Schlucken, die beiden Ulcerationen heilen. Kein Fieber.

7. Januar. Temperatur normal; der Puls, der bisher immer ziemlich schwach und gegen 100 betragen hat, ist wieder kräftiger und beträgt nur 80 in der Minute. Das Geschwür in der Mitte der Epiglottis ist ganz vernarbt, rechts nur noch ganz oberflächlich. Auf Druck ist die rechte Schildknorpelplatte noch immer empfindlich, ebenso die noch leicht geschwollenen Submaxillardrüsen beiderseits.

10. Januar. Larynx vollständig normal; Ulcerationen der Epiglottis vernarbt. Die noch am 7. constatirte Druckempfindlichkeit ist heute nicht mehr vorhanden. Keine Schluck- oder Athembeschwerden, Appetit gut.

Resümiren wir das Krankheitsbild, so handelt es sich also um ein 25jähriges, sonst stets gesundes Mädchen, das plötzlich Morgens mit Schluckbeschwerden erwacht, zu denen sich im Laufe des Tages Frostgefühl, Zittern, Steifheit des Halses, wie Schmerzen bei der Bewegung desselben und allgemeines Unbehagen hinzugesellten. Da nur einige Follikel auf den Tonsillen entzündet waren, stellte der behandelnde Arzt die beste Prognose und verordnete Eis und Gurgelungen mit Kal. chloricum. Obwohl die sichtbaren Pharynxerscheinungen sich aber bald bessern, nehmen die Beschwerden bedeutend zu; hierzu kommen auch bald Athembeschwerden, die sich am 3. Tage nach der Erkrankung zu Erstickungsanfällen steigern und sich mehrmals wiederholen. Die laryngoskopische Untersuchung ergibt als Ursache hierfür hochgradiges Oedem der Epiglottis, der aryepiglottischen Falten und der Aryknorpel. An der Epiglottis kommt es zu phlyctänartigen Bildungen, von denen 2 abscediren. Dabei besteht Fieber mit intermittirendem Typus, grosse Schmerzhaftigkeit auf Druck des Larynx. In einigen Tagen bildet sich der Prozess im Larynx wieder zurück; die Oedeme verschwinden, die Ulcera der Epiglottis vernarben und Patientin fühlt sich zwar einige Zeit noch sehr schwach, wird dann aber wieder ganz gesund.

Um was für ein Krankheitsbild hat es sich nun hier gehandelt? Es kann nur in Frage kommen einmal ein *acutes*, in Folge der vorausgegangenen Angina oder einer anderen Gelegenheitsursache entstandenes Larynx-ödem oder ein primäres Erysipel des Kehlkopfes. Gegen die erstere Annahme spricht nun der ganze Verlauf. Im Pharynx waren die Erscheinungen immer nur sehr geringfügige. Alsdann wäre das Oedem wohl zuerst im Pharynx aufgetreten, wo es sich sonst doch so oft mit Vorliebe etablirt, wie an der Uvula und den weichen Gaumenbögen. Aber weder der zuerst behandelnde College noch ich konnten hiervon etwas im Rachen entdecken; im Gegentheil bot der Pharynx bei meiner ersten Untersuchung absolut normale Verhältnisse bis auf den einen Pfropf in der linken Tonsille, der mir den Eindruck eingetrockneten Secrets in einer Krypte und nicht den eines entzündeten Follikels machte. Keine Spur auch nur einer Schwellung oder Röthung war zu constatiren. Ferner finden wir bei Oedemen im Larynx nie eine so grosse Schmerzhaftigkeit auf Druck, wie in unserem Falle und ausserdem ist mir aber kein Fall aus der Literatur bekannt, wo sich zu einer Angina follicularis oder lacunaris ein Oedem des Larynx hinzugesellt, ohne dass der Rachen auch nur die Spur eines Oedems gezeigt hätte. Ferner bestand noch immer, als ich die Patientin zuerst sah und die Rachenaffection vollständig beseitigt war, hohes Fieber, hierzu grosse Abgeschlagenheit und Mattigkeit, grosse Druckempfindlichkeit am Larynx, alles Symptome, wie sie wohl bei einem blossen secundären Oedem nicht auftreten. Eine andere Ursache, die das Oedem veranlasst haben könnte, wie ein Fremdkörper, Verbrühung, Nierenleiden u. s. w., lag nicht vor. So werden wir mit Nothwendigkeit auf die Diagnose eines primären Larynx-Erysipels gedrängt, wobei es indifferent ist, ob die zuerst constatirte Angina lacunaris das Primäre war oder gleichzeitig mit dem Erysipel auftrat. Da die Beschwerden gleich sehr acut einsetzten, sich stetig steigerten, obwohl die Angina follicularis mehr und mehr verschwand, ist es ja überhaupt fraglich, ob die Pfropfe, auf Grund deren die Angina follicularis diagnosticirt wurde, nicht bloss Secretpfropfe in den Krypten der Tonsillen darstellten. — Der Begriff des primären Larynx-Erysipels als einheitliches, selbständiges Krankheitsbild ist uns erst seit der Publication Massei's¹⁾ im Jahre 1886 näher bekannt. Wenn auch bereits 30 Jahre früher Pitha²⁾ die Vermuthung ausspricht, dass es sich bei dem Glottisödem genau so wie bei Scharlach, Typhus und Puerperalfieber um einen specifisch feindlichen epidemischen Genius handelt und man dieser Ahnung von einer specifischen Erkrankung des Kehlkopfs auch noch bei anderen Autoren begegnet, so war es doch erst Massei, der an einer Anzahl von 14 Krankengeschichten das Erysipel des Larynx klinisch verfolgt, festgestellt und beschrieben hat. Hierauf sind schon mehrfach Publicationen über diesen Gegenstand erfolgt und man wird zu der Annahme gedrängt, dass es sich in vielen Fällen, die als primäres La-

¹⁾ Das primäre Erysipel des Kehlkopfs von Dr. J. Massei. Uebersetzt von Dr. Vincenz Meyer.

²⁾ Oedema glottidis. Prager Vierteljahrschrift. 1857. No. 2.

rynxdem beschrieben worden sind, um Erysipel gehandelt hat. In diesem Sinne hat sich auch Virchow¹⁾ in der Berliner Medicinischen Gesellschaft ausgesprochen. Virchow ist der Ansicht, dass bei genauer Analyse die acuten Fälle von Glottisödem sich als Fälle von Erysipel des Larynx erweisen, da auch das Erysipel anatomisch nicht viel anderes als eine ödematöse Schwellung macht. — Den bakteriologischen Nachweis hat Massei nicht gebracht, doch ist derselbe auch von Biondi, Hajek, Lavater und Anderen gebracht worden. Ersterer²⁾ fand in einem diesbezüglichen Fall, der mit einer Pleuritis serofibrinosa complicirt war, einen dem Fehleisen'schen Erysipelcoccus morphologisch und culturell vollständig gleichenden Kettencoccus. In einem anderen Fall allerdings, complicirt mit einer tödtlich endenden Pneumonie, konnte Biondi nur den A. Fränkel'schen Pneumoniecoccus finden. Hajek³⁾ berichtet ebenfalls über den Befund von Erysipelkokken in 2 Fällen von Erysipel und Phlegmone des Halses. Dr. Samter⁴⁾ in Königsberg fand ebenfalls im Secret, das er durch Aspiration aus der abgehobenen Schleimhaut der Epiglottis gewonnen hatte, kurze und längere Streptokokkenreihen, dazwischen aber auch Staphylokokken. In dem von mir berichteten Falle ist die bakteriologische Untersuchung von Herrn Dr. Albu, Assistenzarzt am städtischen Krankenhaus Moabit hieselbst gemacht worden und lasse ich seinen Bericht hier wörtlich folgen. „Mit einer ausgeglühten und abgekühlten festen Platinöhse wurden a) von dem Belag auf der rechten Tonsille, b) von der nekrotischen Masse am freien Rande der Epiglottis Gewebspartikelchen abgenommen und auf Glycerin-Agar-Röhrchen verstrichen. Auf den mit a) geimpften Röhrchen wuchsen Reinculturen von Streptokokken, auf den übrigen fand sich derselbe Streptococcus überwuchert von dem Staphylococcus pyogenes albus.“

Wenngleich nach diesem Bericht auch die Annahme berechtigt ist; dass es sich um eine primäre Streptokokkeninfection gehandelt hat, so lege ich doch besonders im Hinblick auf den gegenwärtigen Stand der Streptokokkenfrage — ich selbst habe erst in diesen Tagen bei der Untersuchung von Secret einer Pharyngo-Mykosis benigna (B. Fränkel) schöne lange Streptokokkenreihen gefunden — der klinischen Diagnose einen grösseren Werth bei. — Soll ich aus meiner Krankengeschichte nun noch einige besonders charakteristische Punkte hervorheben, so ist es die fleckenförmige Trübung an der Epiglottis, die theilweise, ohne einen Defect zu verursachen, verschwunden ist, theilweise zu oberflächlichen Ulcerationen führte, die gut vernarbten. Derartige fleckenförmige Trübungen an der ödematös geschwellenen Schleimhaut hat auch Gottstein⁵⁾ in einem Fall von primärem Larynxödem beobachtet. Ebenso haben Massei⁶⁾ und Ziegler⁷⁾ eine derartige

¹⁾ Verhandlungen der Berliner Medic. Gesellschaft. 1887. S. 80.

²⁾ Medicinische Jahrbücher. 1887.

³⁾ Siehe Baumgarten's Jahresbericht. 1887.

⁴⁾ Deutsche Medicin. Wochenschr. 1892. No. 34.

⁵⁾ Die Krankheiten des Kehlkopfs. 4. Auflage. S. 168.

⁶⁾ a. a. O.

⁷⁾ Ueber primäres Larynxerysipel. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1889. Bd. 44.

„Phlyktänenbildung“ an der Schleimhaut der Epiglottis beobachtet. Worauf die weissen Beläge der geschwollenen Schleimhaut beruhen, ist nicht sicher zu sagen. Wahrscheinlich stellen die weissen Flecken leichte subepitheliale Exsudationen, bezw. Ansammlungen lymphoider Zellen dar, jedenfalls handelt es sich nicht um ächte Bläschen. Diejenigen Flecken, die nicht ulcerirten, verschwanden wieder spurlos, doch wahrscheinlich durch Resorption. Ferner möchte ich noch besonders die starke Schmerzhaftigkeit in der Regio praelaryngea hervorheben. Schon das blosses Berühren dieser Partie mit dem aufgelegten Finger wurde sehr schmerzhaft empfunden. Nach Massei¹⁾ soll diese kolossale Empfindlichkeit auf eine Entzündung der peritrachealen und laryngealen Ganglien beruhen und ist in 2 Fällen diesem Forscher auch gelungen, diese durch acute Entzündung angeschwollene Ganglienkette zu palpieren, was übrigens in meinem Falle nicht möglich war. — Was nun die Therapie anbetrifft, so sind wir mit der energischen Eisbehandlung, die volle 2 Tage und Nächte ohne Unterbrechung ausgeübt worden ist, ausgekommen, obwohl natürlich Sorge getragen war, eventuell sofort die Tracheotomie ausführen zu können. Auf Blutegel aber glaubten wir verzichten zu können, da durch consequente Eisbehandlung wohl am sichersten eine dauernde, gleichmässige Blutentlastung zu erreichen ist und das Ansetzen von Blutegeln bei der grossen Empfindlichkeit der Larynxgegend für die Patientin sehr schmerzhaft gewesen wäre. Auch lehrt die Erfahrung, dass die Blutegelstiche leicht die Eingangspforte für die Infectionsträger bilden können. So entwickelte sich in einem von Bergmann²⁾ beschriebenen Falle bald nach dem Ansetzen von 2 Blutegeln ein Hauterysipel von den kleinen Wunden aus. Bekannt ist auch das häufige Auftreten von Hauterysipel an der Tracheotomiewunde bei primärem Larynxerysipel.

2.

Angeborner Mangel des Penis.

Mitgetheilt von Dr. F. Lemke in Hamburg.

Der Knabe Willy Lenz, 5 Monate alt, ist der überlebende Theil eines Zwillingspaars, der andere verstorbene Zwilling war vollständig normal. Das sehr zarte, ungemein magere Kind zeigt dem untersuchenden Blick nur das Vorhandensein eines Scrotums von normaler Grösse, an dem man unten und vorn eine Oeffnung gewahr wird, aus welcher der Urin entleert wird (Fig. 1). Von dem hinteren Rande dieser Oeffnung aus entwickelt sich eine normal verlaufende Raphe, der fühlende Finger entdeckt das Vorhandensein eines im Scrotum steckenden und von demselben vollständig umschlossenen Penis und die Anwesenheit beider Testikel; Hydrops oder Hernien sind nicht vorhanden. Aeusserlich ist der Penis auch nicht einmal angedeutet (Fig. 2).

Die Zartheit des Kindes verbietet vorläufig jeden chirurgischen Eingriff. Diese Missbildung ist jedenfalls eine sehr seltene. In Ahlfeldt Miss-

¹⁾ a. a. O. S. 23.

²⁾ Petersburger med. Wochenschr. Bd. 12. No. 48 und 50. 1887,