II. Aus der medicinischen Universitätsklinik in Zürich.
(Director: Prof. Dr. Eichhorst.)

**Die Bedeutung des Herpes labialis bei der
Differentialdiagnose zwischen eitriger und
tuberkulöser Meningitis.**

Von A. Habel, I. Assistenzarzt der Klinik.

Es wird allgemein angenommen, dass der Herpes labialis bei der tuberkulösen Meningitis nicht vorkommt, während er durchaus keine seltene Erscheinung bei der eitrigen Cerebrospinalmeningitis bildet. Namentlich F. Klemperer¹⁾ legte in jüngster Zeit einen grossen diagnostischen Werth dem Auftreten dieses Ausschlages im Verlaufe einer Meningitis bei und behauptete, dass der Herpes labialis genüge, um die tuberkulöse Natur dieser Krankheit auszuschliessen, falls es sich um keine Mischinfection handelt.

Dass diese Ansicht doch nicht ganz richtig ist, beweist eine Beobachtung, welche im Laufe des Sommersemesters 1896 auf der Züricher medicinischen Klinik vorkam und über welche ich kurz berichten will.

Es handelt sich um eine 23jährige Näherin aus dem Canton Bern ohne hereditäre tuberkulöse Belastung. Als Kind machte sie Masern durch. Mit 18 Jahren begann sie an Chlorose zu leiden und blieb schwächlich bis zur jetzigen Krankheit. Anfangs Januar 1896 fing sie an zu husten, an Appetitlosigkeit zu leiden und abzumagern. Zu diesen Beschwerden gesellten sich heftige Kopfschmerzen. Sie arbeitete bis zum 1. April 1896, war dann aber genöthigt, ihren Beruf aufzugeben und sich zu Hause zu pflegen; da ihr Zustand sich nicht besserte und die Kopfschmerzen an Stärke immer mehr zunahmen, liess sie sich ins Spital aufnehmen.

Bei der Aufnahme wurde folgender Status erhoben: Mittelt-grosse Person von mässigem Ernährungszustand. Das Sensorium ist frei. Patientin nimmt Rückenlage ein. Der Kopf wird gerade gehalten. Es ist ziemlich starke Nackenstarre vorhanden. Das Gesicht ist blass, die Augen werden ohne Schwierigkeit geöffnet, die Skleren sind rein. Die Pupillen sind eng, beiderseits gleich, reagiren gut auf Lichtreiz. Der ophthalmoskopische Befund ergiebt starke venöse Hyperämie der Gefässe des

¹⁾ Berl. klin. Wochenschr. 1893, No. 29.

Augenhintergrundes, keine Chorioidealtuberkel. Die Lippen sind blass, die Zunge ist trocken, mit einem dünnen gelblichen Belag bedeckt. Druck auf die Processus mastoidei ist etwas empfindlich. Es bestehen keine Störungen im Bereich der Gehirnnerven.

Bei der Otoskopie erscheint das Trommelfell beiderseits etwas trübe, keine Perforation, kein Ausfluss aus den Ohren. Ausser einer leichten Dämpfung über der linken Lungenspitze sind alle Thorax- und Abdominalorgane normal. Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen sind nicht vorhanden. Die Patellarreflexe sind beiderseits erhöht. Es besteht Fussclonus, keine trophischen Störungen. Blase und Mastdarm in Ordnung.

Die Patientin klagt über starke Kopfschmerzen. Der Appetit ist gering, der Durst vermehrt. Patientin erbricht alles, was sie geniesst. Temperatur 36,6, am Abend 38,0. Puls regelmässig, wenig gefüllt, verlangsamt, 66 in der Minute. Es besteht Stuhlverstopfung. Im Harn kein Eiweiss, kein Zucker. Hämoglobingehalt 80 %.

4. Juli. Patientin klagt über starke Kopfschmerzen. Der Harn ist dunkelroth. Mikroskopisch und chemisch ist kein Blut nachzuweisen. Temperatur: Morgens 36,4, Mittags 36,5, Abends 36,3. Puls: Morgens 72, Mittags 72, Abends 84. Ordination: Eisblase auf den Kopf. Phenacetin 1,0 viermal täglich ein Pulver.

7. Juli. Man kann im Harn bei der spectrokopischen Untersuchung Blutspuren nachweisen. Ophthalmoskopisch sind keine neuen Veränderungen aufgetreten. Temperatur: Morgens 39,0, Mittags 36,3, Abends 36,0. Puls: Morgens 114, Mittags 84, Abends 72.

9. Juli. Heute Morgen hat die Nackenstarre etwas abgenommen. Man beobachtet auf der Ober- und Unterlippe zahlreiche Herpesbläschen, die den Mund vollkommen umsäumen. Patientin wird klinisch vorgestellt. In Anbetracht des schleichenden Verlaufs der Krankheit und der geringen Temperaturen (Patientin hat nur einmal bis 39 gefiebert) wird von Herrn Prof. Eichhorst trotz des Herpes labialis die Diagnose auf tuberkulöse Meningitis gestellt. Ausserdem wird die Lumbalpunktion nach Quincke zwischen dem zweiten und dritten Lendenwirbel vorgenommen. Obgleich die Nadel tief und leicht zwischen den Lendenwirbeln eindringt und es kaum zweifelhaft ist, dass man sich im Duralsack befindet, entleert sich keine Flüssigkeit. Die Temperatur ist an diesem Tage: Morgens 38,6, Mittags 38,2, Abends 37,6. Puls: Morgens 72, Mittags 92, Abends 84.

10. Juli. Der Patellarreflex ist links verschwunden, rechts stark abgeschwächt. Der Puls ist regelmässig, verlangsamt. Temperatur: Morgens 37,5, Mittags 36,4, Abends 36,0. Puls: Morgens 80, Mittags 56, Abends 72.

13. Juli. Die Herpesbläschen um den Mund herum sind heute ganz eingetrocknet. Es besteht eine Parese des Abducens rechts. Am Abend bekommt Patientin clonische Zuckungen in den rechten Extremitäten, die zugleich etwas paretisch erscheinen. Die Abducensparese ist verschwunden. Es sind keine Sensibilitätsstörungen nachzuweisen. Patientin delirirt. Temperatur: Morgens 37,6, Mittags 38,4, Abends 37,0. Puls: Morgens 72, Mittags 84, Abends 52.

14. Juli. Im Augenhintergrunde besteht immer noch eine starke venöse Hyperämie der Gefässe, es sind keine Chorioidealtuberkel zu finden. Temperatur: Morgens 38,7, Mittags 38,2, Abends 38,6. Puls: Morgens 64, Mittags 84, Abends 92.

15. Juli. Patientin stirbt heute Morgen unter zunehmender Bemanntheit.

Section (Herr Prof. Ribbert): Der Wirbelcanal wird eröffnet. Im Duralsack keine Spur von Flüssigkeit. Innenfläche der Dura feucht, glatt. Die Pia ist leicht getrübt, ist auf der Vorderseite des Brustmarkes sulzig. Die Schnittfläche des Rückenmarkes zeigt keine Veränderungen. Der Schädel ist klein, symmetrisch. Die Oberfläche ist dünn und glatt. Der Sinus longitudinalis enthält ziemlich viel Blut. Die Innenfläche der Dura ist etwas geröthet und feucht. Die Oberfläche ist getrübt, wenig blutartig. An der Dura der Basis und in der hinteren Schädelgrube sieht man einige miliare Knötchen. Auf dem Clivus eine erbsengrosse Ecchymose. Die Pia der Basis ist verdickt, getrübt, sulzig, namentlich längs der Fossa Sylvii. In der letzteren befinden sich zahlreiche miliare Knötchen. Die Seitenventrikel, der dritte und vierte Ventrikel sind dilatirt, enthalten viel Flüssigkeit. Grosshirnganglien, Pons und Medulla normal.

Die übrige Section ergibt einen nussgrossen käsigen Heerd in der linken Lungenspitze und eine beginnende Miliartuberkulose sämtlicher Organe.

Wie wir aus der Section ersehen, handelt es sich um eine reine tuberkulöse Meningitis. Die Pia war verdickt, sulzig, im Bereiche der Fossa Sylvii mit zahlreichen Tuberkelknötchen bedeckt. Nirgends war eine Eiterung zu constatiren, so dass hier von einer eitrigen Meningitis nicht die Rede sein kann. In Anbetracht der Seltenheit des Falles habe ich auf Veranlassung von Herrn Professor Eichhorst alle tuberkulösen und eitrigen Meningitiden, die seit 1884 auf der medicinischen Klinik zur Beobachtung kamen, durchgenommen, um zu sehen, wie oft Herpes labialis bei diesen und bei jenen beobachtet wurde.

Unter 65 Fällen tuberkulöser Meningitiden ist der eben geschilderte Fall der einzige, in welchem man Herpes beobachtete. Aus der Litteratur sind bloss zwei Fälle von Seitz¹⁾ bekannt, so dass diese Erscheinung immerhin eine ausserordentlich grosse Seltenheit ist.

Was die eitrigen Meningitiden anbetrifft, so fand sich unter 16 Fällen ein einziges Mal Herpes labialis. Freilich waren von diesen 16 Fällen nur neun primäre eitrige Cerebrospinalmeningi-

tiden, die anderen waren von der Nachbarschaft auf die Meningen übergegangene Eiterungen, so dass wir hieraus keinen Schluss über die Häufigkeit des Herpes bei dieser Krankheit ziehen können. Nach den verschiedenen Autoren soll Herpes labialis in der Hälfte der Fälle vorkommen.

Die von mir beschriebene Beobachtung hat noch eine andere bemerkenswerthe Eigenthümlichkeit. Als man die Lumbalpunktion ausführte, war es unmöglich, nur einen einzigen Tropfen Cerebrospinalflüssigkeit zu gewinnen, was sich bei der Section daraus erklärte, dass der Duralsack leer war. Welcher Grund dafür vorliegt, ist nicht aufgeklärt worden. Es ist mir nicht bekannt, ob ähnliche Erfahrungen bereits gemacht worden sind, jedenfalls sind sie nicht häufig, und da durch diesen Umstand die nicht sehr schwere Differentialdiagnose eines wichtigen diagnostischen Mittels beraubt wird, schien es mir nicht überflüssig, ihn hervorzuheben.

Da wir von der Lumbalpunktion gesprochen haben, dürfte es wohl am Platze sein, ehe wir zu dem Schluss dieser Mittheilung kommen, kurz über die Erfahrungen, die in der hiesigen Klinik gemacht worden sind, zu berichten. Vor einigen Jahren ist dieses Verfahren von Quincke als ein wichtiges Hilfsmittel bei der Differentialdiagnose zwischen tuberkulöser und Cerebrospinal-Meningitis angegeben worden. Neuerdings ist sie noch der Gegenstand einer eingehenden Besprechung auf dem 14. Congress für innere Medicin zu Wiesbaden geworden und ihre Wichtigkeit in therapeutischer, namentlich aber in diagnostischer Hinsicht anerkannt worden. Auf der Züricher Klinik ist die Lumbalpunktion bisher zwölf Mal ausgeführt worden. In acht Fällen handelte es sich um tuberkulöse Meningitiden, und nur in einem einzigen Falle gelang der Nachweis von Tuberkelbacillen nicht. Die vier anderen Fälle betrafen zwei purulente Meningitiden, von denen eine gleich bei der Punction durch die eitrige Beschaffenheit der Cerebrospinalflüssigkeit diagnosticirt werden konnte, eine seröse Meningitis, die in Heilung überging und eine syphilitische Meningitis.

Bemerkenswerth ist, dass sich in allen Fällen, wo es sich um Tuberkulose handelte, nach einigen Stunden ein schleimartiges Gerinnsel bildete, in dem man die Tuberkelbacillen nachweisen konnte. Dieses Gerinnsel hat sich nie in anderen Punctionsflüssigkeiten gezeigt.

Aus meiner kurzen Mittheilung können wir schliessen, dass

1. Herpes labialis zwar eine sehr seltene Erscheinung bei der tuberkulösen Meningitis ist, aber keineswegs berechtigt, diese auszuschliessen, und also nicht ausnahmslos die Differentialdiagnose mit eitriger Cerebrospinalmeningitis entscheidet.

2. Dass die Lumbalpunktion in den meisten Fällen ein vortreffliches diagnostisches Mittel ist, dass aber, ausser den Fällen, in welchen es nicht gelingt, Tuberkelbacillen nachzuweisen, sie noch dadurch im Stich lassen kann, dass der Duralsack gegen die Regel leer ist.

3. Endlich möchten wir auf die Bildung des schleimähnlichen Gerinnsels bei der Punctionsflüssigkeit aufmerksam machen, das schon a priori mit einiger Wahrscheinlichkeit für die tuberkulöse Natur der Krankheit spricht.

Es sei mir noch zum Schluss erlaubt, meinem hochverehrten Chef, Herrn Professor Eichhorst, für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

¹⁾ Johannes Seitz, Die Meningitis tuberculosa bei Erwachsenen. Berlin 1874, in der Dissertation von Kraemer citirt.