interessante Fälle zu Gesicht, dass ich eine Bearbeitung derselben gewagt habe.

Auf einem grossen Zimmer der äusseren Abtheilung, welches mit elf Betten belegt ist und häufig, wie mir aus maassgebender Quelle mitgetheilt wurde, der Sitz von intermittensartigen Fieberanfällen gewesen, zeigte sich am 13. Januar d. J. bei einem mit einem fast verheilten Furunkel im Nacken behafteten Grenadier eine flächenhaft ausgebreitete Röthung und Schwellung der Haut des Nackens und des oberen Theils des Rückens. Die Affection trat mit etwas Spannung in den erkrankten Theilen, sowie mit leichten Kopfschmerzen auf, war aber nach 2 Tagen, als Patient auf ein anderes Zimmer gelegt wurde, verschwunden. Temperatur-Erhöhung war nicht vorhanden gewesen. Am folgenden Tage, also am 14. v. M., stellten sich bei drei Kranken desselben Zimmers, die mit ganz unbedeutenden Leiden — zwei mit fast verheilten Furunkeln, einer mit einer leichten Haut-Excoriation am äusseren rechten Knöchel — behaftet waren, fast um dieselbe Stunde Schüttelfröste mit nachfolgender beträchtlicher Temperatur-Erhöhung ein.

Bei dem einen Kranken — B., Furunkel am Kreuzbein — hielt ein ziemlich hochfebriler Zustand 2 Tage an, ohne dass das locale Leiden verschlimmert oder ein neuer Krankheitsheerd aufgetreten wäre, und machte dann einem dauernd normalen Zustande Platz. Temp. am 15. 39,3—40,2, am 16. 39,6—38,6, am 17. 38,0—38,3.

Bei dem anderen — R., mehrere Furunkel am Rücken — entwickelte sich im Lauf der nächsten Tage eine acute Abscedirung der rechten Schenkel- und Leistendrüsen; das Fieber hielt 8 Tage lang an. Die Temp. schwankte zwischen 38,5—39,5°.

Den dritten Kranken — B., Excoriation am rechten äusseren Knöchel — beschenkte das ungerechte Schicksal mit einem Erysipel der rechten unteren Extremität, welches fast 14 Tage hindurch das Leben des Patienten bedrohte. Die Temp. schwankten remittirend, einige Tage auch intermittirend, zwischen 39,0—40,0° C.

Sehen wir jetzt von den beiden ersteren Fällen ab, die ich nur angeführt, um das Epidemische dieser Infectionskrankheit zu bezeichnen, so lagen jetzt drei Kranken friedlich neben einander, die in die Lage kamen, das Zimmer und sich gegenseitig zu verwünschen, nämlich B. mit dem Erysipel, Sch. mit einem chronischen Eczem der unteren Extremitäten, welches am linken Bein ein grosses Hautgeschwür gesetzt, und Sch. mit einer nicht syphilitischen Psoriasis besonders beider unteren Extremitäten.

Am 19. d. M. trat bei letzterem ein Schüttelfrost mit folgender Temperatur-Erhöhung ein; und am 20. d. M. stellten sich bei Sch. dieselben Erscheinungen als Vorläufer eines mit enormer Temperatur-Erhöhung verlaufenden Erysipels des linken Beines ein. Die Temp. schwankten remittirend zwischen 39,0—40,0° C.

Betrachten wir den Fall des pp. Sch. etwas genauere.

Als ich am Morgen des 20. Januar den Kranken erblickte, zeigte er ein geröthetes Gesicht, Temperatur-Erhöhung, ziemlich frequenten, grossen, weichen Puls als objective und Klagen über Hitze und Kopfschmerz als subjective, ziemlich unzweifelhafte Symptome eines fieberhaften Zustandes, in welchem er sich seit 8 Uhr des vergangenen Abends befand. Auf dem Rücken zeigten sich einige neue Psoriasis-Flecken; die Nase war trocken und verstopft und Patient sprach mit einer eigenthümlichen gutturalen Stimme. Abends hatte die Verstopfung der Nase wo möglich noch zugenommen; zugleich klagte Patient über Schlingbeschwerden. Die vorderen und hinteren Gaumenbogen, das Zäpfchen und die hintere Rachenwand zeigten eine intensive Röthung, die scharf gegen die blassere Umgebung abstach; auch die hintere Hälfte des Gaumens war flammendroth injicirt und liess zahlreiche punktförmige Hämorrhagien erkennen; die Tonsillen theilhaftigten sich in vollem Maasse an der Röthung, waren aber ebenso wenig wie die anderen Partien, bedeutend geschwollen. Beiderseits am Unterkiefer-Winkel waren geschwollene und leicht schmerzende Lymphdrüsen zu constatiren. Die Temp. betrugen am 20. 38,3—39,4, am 21. 37,4—38,5, am 22. 37,7—37,9.

Am 21. d. M. trat Entfieberung ein; indess blieben die Schlingbeschwerden sowie die Schwellung der Lymphdrüsen noch einige Tage bestehen; auch die Röthung wich erst allmählig einer normalen Färbung.

Ausfluss aus der Nase ist nicht vorhanden gewesen; im Gegentheil klagte Patient mehr über Trockenheit in Schlund und Nase.

Eine Milzschwellung war nicht nachzuweisen.

Es liegt nun ziemlich nahe, diesen Fall mit Rücksicht auf die kurze Dauer des Fieberzustandes und die Leichtigkeit der Erkrankung einfach als katarrhalische Angine aufzufassen und meine ersten Gedanken nahmen auch diese Richtung.

Indessen war mir doch der initiale Fieberfrost ziemlich auffällig, der schon mehrmals bei anderen Kranken dieses Zimmers den Beginn eines Erysipels kund gegeben hatte; mir fiel auf, dass am Tage nach Beginn der Erkrankung der Nachbar des Patienten an Erysipel erkrankte; und jetzt begann ich die purpurne Röthe der Rachenpartien, die geringe Schwellung derselben und die Trockenheit der Nase als bei katarrhalen Anginen nicht vorkommend etwas skeptisch zu betrachten.

III. Einige Fälle von Schleimhaut-Erysipel.

Mitgetheilt von

Dr. Fried. Hesse zu Berlin.

Als assistirender Arzt an einem der Berliner Militär-Lazarethe beschäftigt, kamen mir nach einander einige in manchen Beziehungen so

Herr Assistenzarzt Dr. A. Hiller, den ich um Rath befragte, legte mir, woran ich allerdings nicht gedacht hatte, die Möglichkeit eines Pharynx-Erysipel nahe.

Ich sah mich hier einer Krankheit, non prius audita, gegenüber und suchte mich darüber durch die Literatur etwas zu informieren. Dieselbe ist nicht gross; sei es mir gestattet, dieselbe chronologisch aufzuführen, wobei ich jedoch bemerken muss, dass es sehr wohl möglich sei, die eine oder andere Angabe sei mir entgangen.

In Virchow's „gesammelten Abhandlungen 1856“ finde ich Seite 701 als Andeutung eines Schleimhaut-Erysipels den Satz:

„Man übersieht noch jetzt immer die evident erysipelatöse Natur vieler Formen der Endometritis, Metritis und Metroperitonitis,“ und schliesslich die Bemerkung, „dass die durch diese Krankheiten gesetzten Veränderungen einer spezifischen Entzündung angehörten, die sich von einer einfachen Entzündung unterscheidet und die man kurz als Erysipelas malignum puerperale internum bezeichnen könne.“

Friedreich bespricht in seinem Aufsatz: Der acute Milztumor und seine Beziehungen zu den acuten Infections-Krankheiten¹⁾ ziemlich eingehend das Vorkommen wandernder Pneumonien, deren schon Waldenburg, Fischl, Wiegand und Kunze Erwähnung gethan, und bemerkt, dass er schon seit einer Reihe von Jahren dieselben als „erysipelatöse Pneumonien“ bezeichnen zu dürfen geglaubt habe wegen ihres herpiginösen Ganges und wegen des mehrfachen Vorkommens derselben zu Zeiten, in denen acute Erysipiele in grösserer Zahl zur Aufnahme gelangten. „Nur aus individuellen Verschiedenheiten der localen Constitution der einzelnen Organe und aus einer hierin begründeten grösseren oder geringeren localen Erkrankungsdiathese lässt sich einigermaassen begreifen, dass eine und dieselbe, durch den ganzen Körper verbreitete inficirende Substanz bald Erysipel des Gesichts, bald Pneumonie, bald Entzündung der Pharynx-Gebilde u. s. w. zur Entwicklung bringt.“

Eine sehr deutliche und um so bemerkenswerthere Andeutung über Schleimhauterysipiele, als sie nicht als beobachtete Thatsache, sondern als Consequenz einer eigenen Theorie auftritt, finde ich in Hiller's Arbeit: „Ueber den erysipelatösen Entzündungsprocess“²⁾. Derselbe kommt zu dem Schluss, jede Entzündung, welche infectiösen Ursprungs sei, an der Oberfläche eines Organes weiter krieche und ohne Eiterung verlaufe, als erysipelatös zu bezeichnen, und giebt an, dass solche Entzündungen an der Schleimhaut des Gaumens, Mundes und Pharynx vorkommen, wo „manche Formen von Angina, welche durch pralle Schwellung, Röthung, progressive Weiterverbreitung und grosse Trockenheit der Schleimhaut ausgezeichnet sind, mit Frost anheben und mit hohem Fieber verlaufen, als erysipelatös aufgefasst werden müssen.“

Dies wird ungefähr alles sein, was die deutsche Literatur über diesen Gegenstand bietet; die französische ist etwas reicher.

Trousseau³⁾ stellt bei Gelegenheit einer Vorlesung über „die Rose und insbesondere die Gesichtsrose“, Bd. I pag. 174, eine Differential-Diagnose zwischen katarrhalischer und erysipelatöser Angine und entscheidet sich für letztere, „weil die Schmerzhaftigkeit grösser, die Schwellung geringer, die Röthe und das Fieber aber intensiver waren, als bei Angina der Fall zu sein pflege und weil die Halsdrüsen stärker angeschwollen waren.“

Ich muss gestehen, dass diese Unterschiede in praxi einer ziemlichen Willkür unterliegen werden, weil sie lediglich quantitativer Natur sind; indessen verdient bemerkt zu werden, dass Trousseau hier von einem Erysipel des Pharynx als von einer ganz bekannten Sache redet.

Dass dies in der That der Fall, beweisen die Angaben Michel Nojlauskys in seiner Dissertation: „Ueber Aetiologie, Behandlung und Prophylaxe des Erysipels“, Paris 1874. Hier erwähnt derselbe, dass Jobert de Lamballe in seinen Vorlesungen das Vorkommen von Erysipel auf der Intestinal- oder Bronchial-Schleimhaut „même en l'absence de la manifestation cutanée“ gelehrt habe und ferner, dass Prof. Gubler⁴⁾ die Richtigkeit dieser Lehre durch eine Reihe von Beobachtungen bewiesen habe, die, während eines Zeitraums von 10 Jahren gesammelt, sich zum Theil auf Autopsie stützten.

Sodann schreibt Dr. Jacobs — Gesichtserysipel mit folgendem Erysipel des Pharynx, Endocarditis⁵⁾ —: Obgleich schon J. P. Frank erklärt, dass das Erysipel von der Haut auf innere Organe überwandern könne, so sind doch innere Erysipiele als Fortsetzung von Erysipelen der Haut und äussere Erysipiele, die von inneren Organen, der Nase, dem Munde, dem Pharynx ihren Ursprung genommen, erst seit einigen Jahren anerkannt. Schleimhauterysipiele haben erst seit 1864 einen gesicherten Platz in der Pathologie nach einer Discussion in der medicinischen Gesellschaft der Pariser Hospitalsärzte über diesen Gegenstand.

Soweit die Literatur. Aus den in der Literatur niedergelegten Erfahrungen und Beobachtungen ergibt sich unseres Erachtens:

1) Dass Erysipiele auf den Schleimhäuten des Rachens, des Digestions- und Respirations-Tractus, sowie auf denen des puerperalen Uterus vorkommen.

2) Dass diese Erysipiele sowohl primär eine Schleimhaut befallen, als auch secundär von der äusseren Haut aus fortgepflanzt auftreten können.

Während ich mit diesen Studien beschäftigt war, kamen mir zwei neue Fälle zur Beobachtung, die in Bezug auf die in Rede stehende Krankheit von Interesse sein möchten.

Nachdem die Erkrankung des pp. Sch. abgelaufen, trat in dem erwähnten Zimmer vorläufige Ruhe ein. Das Erysipel des pp. B. war verheilt, der Kranke litt jedoch noch an fortwährend nachkommenden kleineren und grösseren Abscedirungen von Lymphdrüsen an der erkrankt gewesenen Extremität. Sch. wurde aus seiner Nähe entfernt, und sein Bett wurde von einem Grenadier eingenommen, der noch mit einer fast verheilten Ruptur des rechten Trommelfells behaftet war. Eine Zeitlang ging alles gut; plötzlich in der Nacht vom 29.—30. d. M. erwacht der letzterwähnte J. aus seinem Schlaf, geweckt durch lebhaftes Kältegefühl, sowie heftige reissende Schmerzen in der Gegend des rechten Ohrs. Dieser Zustand hielt an; am Morgen des 30. v. M. fand ich Patienten leicht fiebernd und klagend über rechtsseitige Kopfschmerzen, Schlingbeschwerden und Trockenheit im Rachen. Die Rachenparthie war ganz leicht geröthet. Pat. wurde antifebril behandelt und erhielt als Gurgelwasser eine Sol. Kalii chloric. 5,0 (200,0).

Indess nahmen die Beschwerden sowohl wie das Fieber in rapidester Weise zu und am 1. Februar d. J., aber nicht eher, fand ich bei der Morgenvsiste die Rachenparthien sowie die Tonsillen lebhaft geröthet, letztere ziemlich beträchtlich geschwollen und mit etwa erbsengrossen, fest-sitzenden grauweissen Plaques bedeckt. Dabei waren die Schmerzen im Rachen sowohl wie im Nacken beträchtlich, die Drüsen am Unterkieferwinkel und im Nacken geschwollen, die Temperatur betrug am 30. 38,9, am 31. 39,0 40,3, am 1. 38,6 40,0, am 2. 38,1 39,5, am 3. 37,6 37,8, sehr erhöht.

Trotz energischer Cauterisation mit dem Lapis-Stifte, trotz wiederholter Cauterisationen mit einer 2proc. Höllensteinlösung vergrösserten sich die weisslichen Plaques sowohl, wie die Tonsillen in beängstigender Weise; erstere waren Abends grösser wie ein Neugroschen.

Am Morgen des 2. d. M. war jedoch eine Rückbildung der Symptome eingetreten; fast eben so schnell, wie sie gekommen, verschwanden die Plaques und am 5. d. M. war Patient entfiebert, die Schmerzen geschwunden, die Tonsillen verkleinert, rein, aber noch stark geröthet; auch die Lymphdrüsen waren abgeschwollen.

Unter anderen Umständen wäre die Diagnose Diphtheritis faucium mir nicht zweifelhaft gewesen; jetzt machte mir das fast gleichzeitige Auftreten von Erysipel und dieser Diphtherie den Gedanken an einen ätiologischen Zusammenhang nahelegend. —

(Schluss folgt.)

¹⁾ Sammlung klinischer Vorträge von R. Volkmann, 1874, No. 75.

²⁾ Berliner klinische Wochenschrift, 1874, No. 48.

³⁾ Medicinische Klinik des Hôtel Dieu de Paris; nach der 2. Auflage deutsch bearbeitet von Cullmann, Würzburg 1866.

⁴⁾ Gazette médicale 1856, p. 358.

⁵⁾ La Presse médicale Belge 1875 No. 16.