Aus der ärztlichen Praxis.

Ein Fall von Pharynxgangrän (Angina Vincenti?) mit chronischem Verlauf; Heilung nach operativer Therapie.

Von Dr. G. Krebs in Hildesheim.

Pharynxgangrän gilt für eine mit schweren Allgemeinerscheinungen einsetzende, in wenigen Tagen zum Tode führende Erkrankung. Von diesem klinischen Typus weicht nachstehender Fall in mehrfacher bemerkenswerther Beziehung ab.

Frau R., Gutsbesitzersgattin, 40 Jahre alt, sehr kräftig gebaut, gut genährt, früher stets gesund, insbesondere nicht luetisch, wurde im Juni 1899 von mir an Nasenschleimhautpolypen und Empyem der linken Kieferhöhle operiert. Die Polypen sind nicht rezidiert; aus der Kieferhöhle entleert sich noch beim Spülen durch die künstliche Öffnung in der Alveole des ersten Molaris täglich eine kleine Eiterflocke.

Anfangs April 1901 erkrankte sie ihrer Angabe nach an „Influenza“ (Heiserkeit, Husten, Kopfschmerz). Diese Erscheinungen verschwanden nach wenigen Tagen bis auf eine kleine wunde Stelle auf der linken Mandel. Ich sah dieselbe zum ersten Mal am 16. April 1901, als Pa-

tientin sich, wie regelmässig alle viertel Jahr, zur Controlle ihrer Kieferhöhleneiterung vorstellte. Die linke Tonsille zeigte etwa in ihrer Mitte ein kaum linsengrosses flaches Geschwür, welches einem ulzerierten Follikel durchaus ähnlich sah. Eine Behandlung der Stelle hielt ich für unnöthig.

Am 27. April 1901 kam Patientin wieder in meine Sprechstunde mit folgendem Befund: Die obere Hälfte der linken Gaumenmandel ist mit dicken, missfarbigen, stinkenden, fest anhaftenden Borken bedeckt, unter diesen geschwürig zerfallen; der hintere linke Gaumenbogen stark infiltriert und ulzeriert; submaxillare Lymphdrüsen links über apfelgross geschwollen, von einander undeutlich abgrenzbar, etwas schmerzhaft; Stimme tönend, etwas klossig. Kein Kopfschmerz; kein Fieber, durchaus ungestörtes Allgemeinbefinden. Da ich an Carcinom oder an primäre oder tertiäre Syphilis dachte, wurde sofort eine Probeinzision vom oberen Rand der Tonsille vorgenommen und das Präparat an das Königliche pathologische Institut zu Göttingen gesandt. Vorläufige Therapie: Gurgelungen mit Wasserstoffsuperoxydlösung, sowie grosse Jodkalidosen innerlich.

Die mikroskopische Untersuchung des Tonsillengeschwürs (Herr Prof. Aschoff¹⁾) zeigte das Bild „einer ulzerierenden und nekrotisierenden Oberflächenentzündung. In den nekrotischen Massen wurden enorme Mengen von langen, an Nomabazillen erinnernden Fäden gefunden. Anzeichen für eine spezifische Entzündung (Syphilis, Tuberkulose) oder für Carcinom wurden nicht gefunden“.

Am 4. Mai 1901. Neues flaches, rundes Geschwür von etwa 1 cm Durchmesser auf der hinteren Fläche des vorderen linken Gaumenbogens. Allgemeinbefinden fortlaufend gut. Jodkali wird weggelassen.

Am 14. Mai 1901. Die Mandel nur noch oben in geringer Ausdehnung und Tiefe ulzeriert. Der Belag ebenfalls kleiner und flach, weniger stinkend. Das Geschwür des vorderen Gaumenbogens ist grösser geworden, hat keinen Belag, fühlt sich derb an. Drüsentumor erheblich verkleinert. Allgemeinbefinden gut.

Am 8. Juni 1901. Die linke Tonsille sieht noch immer nicht normal aus. Ulzerierte Stellen sind nicht mehr vorhanden; hingegen ist der obere Theil der Tonsille dadurch auffällig, dass das Tonsillargewebe durch rundliche, prominente, übererbsengrosse Massen ersetzt ist von Farbe und Consistenz der Tonsillen. Drüsen sind mehr fühlbar.

Am 24. Juni 1901. Die Tonsille ist grösser geworden; die „knollige Hypertrophie“ hat die ganze Mandel ergriffen. Am oberen Rande derselben erscheint vorn und hinten je eine missfarbige Stelle, bestehend aus nekrotischen Fetzen, welche sich durch die abhebende Sonde tief in das Mandelgewebe verfolgen lassen. Allgemeinbefinden gut.

Es wird nun die ganze linke Tonsille stumpf mit dem Finger und, wo dies nicht möglich war, mit schneidenden Instrumenten (Zange, Löffel) herausgelöst. Dabei zeigt sich, dass die gangräneszierten Stellen bis zum lateralen Ende der Tonsille reichen. Das Präparat wurde wiederum an das Königliche pathologische Institut zu Göttingen gesandt, es zeigte denselben mikroskopischen Befund wie das erste Stück.

Nach diesem Eingriff heilte die Wunde ohne Zwischenfall mit mässiger Einziehung zwischen den beiden linken Gaumenbögen aus. Es zeigten sich weiterhin keine Gangrän und keine sonstigen krankhaften (etwa syphilitischen Sekundär-) Erscheinungen. Patientin wurde zum letzten Male am 16. Oktober 1901 von mir kontrolliert und als gesund befunden.

Dass es sich im vorliegenden Falle um eine Pharynxgangrän handelt, beweist vor allem der Befund vom 24. Juni 1901: tiefgreifende, bis an das laterale Ende der Tonsille reichende Nekrose mit stinkendem Zerfall der abgestorbenen Partien. Von dem bekannten klinischen Bilde der Pharynxgangrän aber weicht unsere Beobachtung durchaus ab, und zwar vor allem in dreifacher Beziehung: 1. durch den chronischen Verlauf der nekrotisierenden Entzündung (2½ Monate); 2. durch das fortlaufend gute Allgemeinbefinden; 3. durch den Erfolg der operativen Therapie.

Der Befund von „enormen Mengen langer, nomabazillenähnlicher Fäden“ lässt die Frage aufwerfen, ob es sich hier um einen Fall von „Vincent'scher Angina“ handelt.

H. Vincent (Paris) hat (Société médicale des hôpitaux, 12. März 1898) eine „besondere Form von diphtheroïder Angina“, „angine à bacilles fusiformes“ aufgestellt. Die Vincent'sche Beobachtung hat bereits mehrfache Bestätigung erfahren, ist aber, soviel ich übersehen kann, gerade in der deutschen Litteratur nicht beachtet worden. Ich lasse deshalb Vincent's Mittheilung (nach einem Referat des Internationalen Centralblatts für Laryngologie etc. 1899, S. 234) nachstehend folgen:

Die Erkrankung „betrifft Erwachsene. Gewöhnlich einseitig, wird sie charakterisirt durch eine gräuliche, pulpöse Membran auf einer exulzerierten Partie, deren nicht gerade tiefe Unebenheiten durch dieselbe

¹⁾ Deutsche medizinische Wochenschrift 1894, No. 48.

²⁾ Wiener klinische Rundschau 1895, No. 12 und 13.

³⁾ Deutsche medizinische Wochenschrift 1895, No. 34.

⁴⁾ ibidem 1895, No. 32.

⁵⁾ In der Diskussion führte Herr Reinbach (Frankfurt) einen weiteren gleichsinnigen Fall an. Dort trat nach Applikation von Nährklysmen Erbrechen auf; in dem Erbrochenen wurden die Bestandtheile des Nährklysters nachgewiesen, insbesondere Partikel der als Testzeichen zugesetzten Thierkohle.

¹⁾ Herrn Prof. Dr. Aschoff sowie dem Direktor des Königlichen pathologischen Instituts zu Göttingen, Herrn Geh. Rath Orth, mit deren Genehmigung ich von den Befundmittheilungen Gebrauch mache, beehre ich mich, für die gütige Unterstützung ergebenst zu danken.

vollständig ausgeglichen werden. Um den Belag ist die Schleimhaut geschwollen und roth.

„Von Symptomen sind vorhanden: Schluckschmerz, fötider Athem; leichtes Fieber; Abgeschlagenheit; leichte, bisweilen fehlende Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen.

„Die bakteriologische Untersuchung der Pseudomembran ergiebt in enormen Mengen einen 10—12 μ langen Bacillus, der in der Mitte aufgeschwollen ist und an seinen beiden Enden sich verjüngt. Derselbe bietet zahlreiche Involutionsformen dar, deren gewöhnlichste durch das Vorhandensein von zwei, drei, bisweilen mehr rundlichen, ungefärbten Vakuolen gekennzeichnet ist. Diese hellen Stellen sind nicht Sporen, denn sie sind der Sporenfärbung nicht zugänglich und auch von ungleicher Grösse. Der Bacillus färbt sich nach Gram.

„Der spindelförmige Bacillus assoziiert sich oft mit einem nach Gram ebenfalls nicht färbbaren Spirillus.“

Die Kultur des Bacillus ist nicht geglückt; auch Impfungen gelangen nicht. Die Prognose ist gut.

Ob mein Fall eine solche „Angina Vincenti“ darstellt, ist mit Sicherheit nicht zu entscheiden, da die morphologische Vergleichung des „Bacillus fusiformis“ mit den hier gefundenen „langen, an Noma-bazillen erinnernden Fäden“ zu einer positiven bakteriologischen Diagnose nicht ausreicht. Dagegen spricht klinisch die ausgedehnte Tiefe, bis zu welcher in meinem Falle die Nekrose sich erstreckte, sowie der chronische Verlauf.