

mit der höchst mühsamen Arbeit einen Gypsverband abzunehmen, wozu ja eine Menge von Messern, Scheeren, Sägen besonders construiert sind und noch manches Andere erfunden ist. Man kann in einen Tripolithverband auch ebenso gut wie in einen Gypsverband ein Fenster einschneiden und dasselbe ausfüllern. Wegen dieser Vorzüge und ganz besonders wegen der leichten Abnehmbarkeit des Verbandes, wodurch viel Mühe und Zeit erspart werden, wird auf meiner Abtheilung seit 3 Jahren stets Tripolith anstatt Gyps gebraucht.

3.

Syphilitische Nekrose des Atlas. Heilung.

Von

Dr. Louis Fischer
in Hannover.

Syphilitische Nekrosen der Halswirbel gehören zu den Seltenheiten und führen meistens zum Tode. Um so bemerkenswerther ist nachfolgende Beobachtung, wo eine Nekrose am ersten Halswirbel mit Abstossung eines grossen Theiles desselben glücklich verlief.

Am 24. October 1879 trat der 25jährige Kaufmann L. in meine Behandlung wegen eines Halsleidens, welches ihn schon seit mehreren Monaten quälte und in letzterer Zeit immer grössere Dimensionen angenommen hatte. Patient gab an, dass das Uebel im Juli mit geringen Schluckbeschwerden begonnen habe, welche sich indessen trotz ärztlicher Behandlung allmählich immer mehr gesteigert hätten. Ausser der Schmerzhaftigkeit beim Schlingen zeigte sich bald auch Husten mit starkem Kitzel im Halse und schleimigem, später dickem eiterigen Auswurf. Dann stellten sich Sprachstörungen ein: Patient war nicht heiser, aber das Sprechen wurde ihm schwer, die Sprache nahm einen näselnden Klang an. Gleichzeitig entwickelte sich eine neue Störung beim Schlucken, indem anfangs nur beim Trinken, dann aber auch beim Essen die genossenen Getränke und Speisen wieder durch die Nase zurückkamen. Dabei fühlte sich Patient matt, er wurde mager, setzte aber noch seine Thätigkeit als Geschäftsreisender fort. Nach und nach steigerten sich, besonders in den letzten Wochen, die Krankheitserscheinungen in gefahrdrohender Weise: ein beständiger Husten mit massenhaftem eiterigen Auswurf liess ihm den ganzen Tag und häufig auch Nachts keine Ruhe mehr, das Sprechen wurde immer schwieriger und unverständlicher, das Schlucken immer schwerer, so dass Patient bei übrigens gutem Appetit in letzter Zeit überhaupt nur noch ganz kleine Quantitäten flüssiger Nahrung (Milch, Eier) hinunterbringen konnte, während feste Speisen sämtlich durch die Nase regurgitirten. Dabei rapider Verfall der Kräfte, nächtliche Schweisse, auffallende Abmagerung, kurz Patient konnte sich nicht mehr aufrecht erhalten und musste seine Beschäftigung aufgeben. Er zweifelte an seiner Genesung. Als nebensächliche Erscheinung gab er noch einen seit 14 Tagen bestehenden „steifen Nacken“ an den er sich durch eine Erkältung zugezogen zu haben glaubte.

Patient war aufs Aeusserste abgemagert, von kleiner schwächlicher

Statur, mit fahler kachektischer Gesichtsfarbe, fortwährend hüstelnd und reichliche dicke grüngelbe Sputa expectorirend. Die Sprache war mühsam, kaum noch verständlich. Er bot auf den ersten Eindruck das Bild eines hochgradigen, der Auflösung nahen Phthisikers dar. Bei der Untersuchung fand sich indessen an den Lungen durchaus nichts Abnormes, überall normaler Percussionsschall und reines vesiculäres Athmen. Dagegen ergab die Inspection des Halses folgendes Resultat: Der weiche Gaumen war stark geröthet, dick infiltrirt, etwa bis zur Dicke eines kleinen Fingers, und derb lederartig anzufühlen; derselbe hing starr und unbeweglich in die Rachenhöhle herab. Die hintere Rachenwand war, soweit sichtbar, in ein grosses, dick speckig belegtes Geschwür von gelbgrauer Farbe umgewandelt, dessen untere Grenze bis etwas über die Zungenbasis hinabreichte, dessen obere Grenze nicht festzustellen war — auch nicht mit dem Rhinoskop, da die starke Schwellung des weichen Gaumens das Gesichtsfeld zu sehr beeinträchtigte. Auf der hinteren Fläche des weichen Gaumens war nichts von Geschwürsbildung zu bemerken; die seitlichen Partien der Rachenhöhle, Arcus glossopharyng. u. s. w. waren stark geröthet. Nach unten setzte sich die Röthung bis auf den Kehlkopfingang fort, während das Innere desselben eher eine blasse Schleimhautfarbe, die Stimmbänder durchaus normales Aussehen und normale Beweglichkeit zeigten. Die Nase war frei, das Gehör nicht beeinträchtigt.

Auffallend erschien die steife Haltung des Kopfes. Jede Drehbewegung war in hohem Grade beschränkt, resp. erregte heftige Schmerzen im Genick, auch Nickbewegungen konnte Patient nur in sehr geringem Umfange ausführen. Die Nackenmuskeln waren straff gespannt, als harte Stränge vorspringend; dazwischen fanden sich beiderseits am Halse herunter sehr dicke infiltrirte Drüsenpackete, ebenso geschwellte Inframaxillar-, Supraclaviculär- und Cubitaldrüsen. Auf der Haut war nichts von Ausschlag zu finden.

Nach diesen Ergebnissen der Untersuchung auf Syphilis interpellirt, erzählte Patient, dass er im April einen harten Schanker acquirirt habe, der auf örtliche und Allgemeinbehandlung nach etwa 5—6 Wochen geheilt sei. Sowohl hierbei als bei den später auftretenden Halssymptomen hatte Patient auf seinen Geschäftsreisen bald hier, bald dort einen Arzt consultirt, ohne jedoch die ertheilten Rathschläge und Verordnungen bei seinem unruhigen Leben gehörig befolgen zu können. Von einem Exanthem wusste er nichts zu berichten.

Es wurde sofort eine Schmiercur eingeleitet; örtlich Gurgelungen mit Sublimatlösung und energischen Aetzungen des Rachengeschwürs mit Argent. nitr. fus. 2 mal wöchentlich mittelst des Weber-Liel'schen Aetzmittelträgers.

Schon sehr bald stellte sich eine Besserung ein, indem zunächst die Schwellung des weichen Gaumens abnahm, womit sich gleichzeitig auch die Beweglichkeit desselben wieder herzustellen begann. Demgemäss eine erhebliche Erleichterung im Sprechen und Schlucken, welche bei der dadurch bedingten Möglichkeit einer besseren Ernährung für den äusserst heruntergekommenen Zustand des Patienten einen sehr willkommenen Fortschritt bedeutete. Nach 14 Tagen musste wegen Salivation die Schmiercur ausgesetzt werden; dafür wurde Jodkalium verordnet, ausserdem zur rascheren Förderung der Ernährung Ol. jecor. (8. November). Bald begann auch die Geschwürsfläche sich etwas zu reinigen und die copiöse Eiterbildung nach-

zulassen, wodurch sich zugleich der fortwährende, durch das Herabfließen des Eiters bedingte Hustenreiz milderte. Bei fortschreitender Anschwellung des weichen Gaumens liess sich dann mit dem Rhinoskop constatiren, dass die Ulceration die ganze Breite der hinteren Rachenwand einnahm und sich aufwärts bis zum Dache des Nasenrachenraums erstreckte, während beide Tubenmündungen und die Choanen frei geblieben waren.

Während so die Besserung ihren, wenn auch langsamen Fortgang nahm, blieb ein Symptom mit grosser Hartnäckigkeit davon unberührt: die Nackensteifigkeit. Dieselbe nahm sogar allmählich so zu, dass Patient Drehbewegungen des Kopfes überhaupt gar nicht mehr, Nickbewegungen nur in ganz minimaler Excursion ausführen konnte. Er wurde dadurch, zumal Nachts, im Liegen gestört und vermochte in letzter Zeit nur noch in sitzender Stellung zu schlafen. Wiederholte Untersuchungen ergaben weiter keine Veränderung als die erwähnten starken Drüsenanschwellungen und hart gespannte Muskelstränge, nur bei stärkerem Druck sehr mässige Schmerzhaftigkeit. Da die genannten Symptome mit Sicherheit auf eine Erkrankung der obersten Halswirbel hinwiesen, so wurde stets die grösste Vorsicht bei allen Kopfbewegungen empfohlen, ein allerdings ziemlich überflüssiger Rath, da für die Ruhigstellung der Wirbel durch den Zustand des Patienten selbst schon hinlänglich gesorgt war. Ordination: Einreibung von Ungt. Kal. jodat., innerlich Hydrarg. jodat. flav. (6. December). Ohne besondere Zwischenfälle verlief nun der Heilungsprocess durch December und Januar 1880 langsam weiter: das Rachengeschwür entwickelte schöne Granulationen und fing an sich von unten und von den Seiten her zu überhäuten, die Secretion war allmählich sehr gering geworden, so dass auch der quälende Husten vollständig aufgehört hatte. Die Gaumenlähmung war völlig ausgeglichen, Sprache und Schlucken unbehindert, der Ernährungszustand des Patienten wesentlich gehoben, sein Aussehen frischer — nur die Nackenstarre blieb. Da fühlte ich plötzlich (7. Februar) zum ersten Male beim Einführen des Aetzmittelträgers in den Nasenrachenraum hoch oben an der hinteren Wand in anscheinend nur geringer Ausdehnung entblössten Knochen und hatte damit die handgreifliche Bestätigung der auf Wirbelaffection gestellten Diagnose. Trotzdem war ich ziemlich überrascht, als mir Patient schon bei der nächsten Consultation (11. Februar) mit sehr vergnügtem Gesichte mittheilte, dass er Tags zuvor ein Knochenstück ausgehustet habe und seitdem bereits eine merkliche Erleichterung im Nacken verspüre. Er präsentirte mir das Corpus delicti: ein schmales, längliches, schwach gebogenes Knochenstück von 2,5 Cm. Länge, welches sich dann bei näherer Besichtigung als der ganze vordere Bogen des ersten Halswirbels herausstellte. Der Sequester hatte vollständig das Aussehen eines normalen Knochens mit wohlerhaltener glatter Oberfläche, war an den beiden etwas breiteren Enden unregelmässig gezackt, wie abgebrochen, und zeigte an der hinteren Fläche die völlig glatte, unversehrte Gelenkfläche für den Zahn des Epistropheus. Nur an dem Tubercul. antic. war die Einwirkung des Argent. nitric. als schwarze Färbung sichtbar.

Von jetzt an ging die Heilung in beschleunigtem Tempo vorwärts. Nach etwa 2—3 Wochen war das Rachengeschwür vollständig übernarbt, die Drüsenanschwellungen am Halse und Nacken nur noch unbedeutend, die Muskeln weich, die Beweglichkeit nach allen Richtungen völlig wiederher-

gestellt. Anfang März wurde Patient mit einem Gurgelwasser von Tannin und nochmaliger Jodkaliumverordnung aus der regelmässigen Behandlung und Ende März überhaupt als geheilt entlassen. Im Juli 1880 hatte ich nochmals Gelegenheit, mich von dem unverändert guten Befinden des Patienten zu überzeugen. Es waren bis dahin keinerlei Zeichen eines Recidivs eingetreten, die hintere Rachenwand von einer völlig glatten, strahligen, gelblich-weissen Narbe eingenommen, welche bis oben zum Dache des Nasenrachenraums hinaufreicht. Bei der Digitaluntersuchung war keine Abweichung, keine Einknickung oder dergleichen nachzuweisen. Auch später ist Patient, wie ich noch kürzlich feststellen konnte, von weiteren Recidiven freigeblichen.

Vorliegender Fall erscheint wegen seiner Seltenheit, seines glatten Verlaufs und glücklichen Ausgangs bemerkenswerth. Zeissl nimmt an, dass, wenn einmal syphilitische Caries oder Nekrose der Halswirbelkörper entstanden sei, wohl kaum eine Heilung der Geschwüre an der hinteren Rachenwand zu hoffen sei. Nach einer Beobachtung von Autenrieth können in einem solchen Falle die vorderen Ringe der ergriffenen Halswirbel in der Art zerstört werden, dass die vordere Fläche des Rückenmarks schon bei Lebzeiten des Kranken vom Munde aus fühlbar wird (Gurlt, Beiträge zur pathol. Anat. der Gelenkk. S. 134). Ich habe in der Literatur nur einen Fall auffinden können, welcher meiner Beobachtung ähnlich ist: einen Fall von R. Wade (Med. chir. Transact. XXXII. 1849. Schmidt's Jahrbücher. Bd. 66. S. 203).

Bei einem 35jährigen Mann waren nach vor 12 Jahren stattgefundener Infection infolge verschiedener Recidive (zwischen dem 3. und 4. Jahr nach Beginn der Krankheit) bereits der grösste Theil des weichen Gaumens zerstört und ein beträchtlicher Theil des Zahn- und Gaumenfortsatzes des Oberkiefers, sowie einer der schwammigen Knochen ausgestossen worden. Wiederholter Ausbruch von Rachengeschwüren im Laufe der Jahre. Wade fand am 21. October 1845 ein unreines Geschwür, das den grössten Theil des Pharynx einnahm und sich von dem Zäpfchen aus, soweit man sehen konnte, nach hinten ausbreitete. Ungefähr in der Mitte desselben zeigte sich eine der Brustwarze ähnliche Erhabenheit von blassen Granulationen, aus denen beim Druck viel Eiter ausfloss, und mit der Sonde liess sich von dieser Stelle aus ein entblösster rauher Knochen fühlen. Der Kranke klagte über fortwährenden Schmerz im hinteren Theil des Halses, dessen Heftigkeit bisweilen ausserordentlich sich steigerte und mit einer Starrheit der Muskeln verbunden war, die den Kopf in einer bestimmten Stellung festhielten, welche nur unter sehr heftigen Schmerzen verändert werden konnte. Druck auf die Gegend der Halswirbel war fast unerträglich. Während der erwähnten Anfälle leisteten Blutegel mit warmen Ueberschlägen die besten Dienste, und der Kranke fühlte sich am meisten erleichtert, wenn er auf der rechten Seite lag und dabei den Kopf durch ein Kissen unterstützte. Ungefähr 2 Monate nach der ersten Untersuchung wurde Verfasser plötzlich gerufen, Patient theilte ihm mit, dass beim Aufrichten im Bett unter einem lauten, einem pistolenschussähnlichen Krachen, das auch die Frau des Patienten vernommen haben wollte, sich in seinem Nacken etwas gelöst habe. Verfasser bemerkte etwas geronnenes Blut auf dem Geschwür. Nachdem die beschriebenen Anfälle in der Zwischenzeit seltener und weniger heftig aufgetreten waren, nahm er am 26. Mai 1846 ein vorstehendes

Knochenstück am Pharynxgeschwür wahr, das sich leicht entfernen liess und als grössten Theil des vorderen Bogens des Atlas mit der ganzen Gelenkfläche für den Zahnfortsatz des Epistropheus darstellte. Patient musste hierauf Bewegung des Kopfes, besonders nach vorn, möglichst vermeiden und einen sogenannten Steifstock, wie man ihn bei Soldaten anwendet, einige Zeit hindurch tragen. Das Geschwür im Rachen hatte noch längere Zeit ein schlechtes Aussehen, allein die krampfhaften Zusammenziehungen der Muskeln kehrten nicht wieder und 3 Monate darauf konnte Patient zu seiner Beschäftigung als Wasser- und Feuermann bei einer Dampfmaschine zurückkehren. Rund herum kann der Kopf jetzt gedreht, aber durchaus nicht nach vorn gebeugt werden; im letzteren Falle entsteht nämlich das Gefühl, als bake sich hinten im Nacken etwas ein, und heftiger Schmerz. Im Rachen zeigt sich aber fortwährend ein Geschwür von serophulösem Aussehen mit zäher gelber Absonderung und an der Stelle des ausgestossenen Knochenstücks eine deutliche Vertiefung.

Gleichzeitig wird i. c. noch ein Fall erwähnt, doch ohne nähere Angaben, wo ebenfalls der grösste Theil der Gelenkfläche für den Zahn des Epistropheus ausgestossen war und ausserdem sich noch ein Theil der Basilarfläche des Hinterhauptbeins mit dem halbmondförmigen Rande des Foramen abgelöst hatte (London Gaz. XVI. 1835; das Original stand mir nicht zu Gebote).

Unser Fall unterscheidet sich von demjenigen Wade's zunächst durch das verhältnissmässig frühe Auftreten des Knochenleidens nach erfolgter Infection: der Zwischenraum betrug nur wenige Monate, während dort die Syphilis bereits 12 Jahre bestanden und im Laufe der Zeit wiederholte Ulcerationen in Rachen und Nase mit grösseren Substanzverlusten zur Folge gehabt hatte; sodann fehlte in meinem Falle vollständig die dort erwähnte grosse Schmerzhaftigkeit. Spontane Schmerzen hatte mein Patient bei ruhiger Haltung des Kopfes überhaupt nicht, Druck auf die Halswirbel war nur mässig empfindlich und die einzigen Beschwerden wurden eben nur durch die völlige Immobilisirung des Kopfes verursacht. Durch letzteres Symptom war, als dasselbe in so ausgesprochenem Grade zur Erscheinung kam, zugleich die Diagnose auf eine Affection der obersten Halswirbel gegeben, wenn sie auch den schliesslichen Ausgang, völlige Nekrose des vorderen Atlasbogens mit vollständiger Restitutio ad integrum kaum erwarten liess. In Wade's Falle blieb die Unmöglichkeit, den Kopf nach vorn zu beugen, zurück; an Stelle des ausgestossenen Knochens bestand eine deutlich fühlbare Vertiefung, also jedenfalls kein völliger Wiederersatz des Knochens wie in unserem Falle. Bei dem verhältnissmässig glatten ungestörten Verlaufe kam eine specielle Behandlung des Wirbelleidens gar nicht in Frage. Bandagen und Stützapparate, an welche man zur Ruhigstellung der Wirbel hätte denken können, erschienen in diesem Falle völlig überflüssig, da der Kopf von der Natur mittelst Muskelcontraction so energisch und unbeweglich fixirt war, wie es durch irgend einen mechanischen Apparat schwerlich zu erreichen gewesen wäre.
