

## Ueber einen Fall von Angina ulcero-membranosa (Angina necrotica, Plaut-Vincent'sche Angina).

Von Dr. P. Rudloff, Ohrenarzt in Wiesbaden.

Wir verdanken Artur Meyer eine ausgezeichnete Monographie über Angina ulcero-membranosa.<sup>1)</sup> In dieser gründlichen Arbeit wird das Krankheitsbild unter sorgfältiger Berücksichtigung der Literatur (229 Arbeiten) eingehend geschildert. In bezug auf das Alter, in welchem die Erkrankung vorkommt, macht der Autor die Angabe, daß die Erkrankung jenseits des 35. Lebensjahres selten ist und daß das höchste Alter, in welchem er die Erkrankung beobachtet hat, 50 Jahre waren.

Der Patient nun, dessen Krankengeschichte ich kurz wiedergeben will, war 81 Jahre alt. Aus diesem Grunde erscheint eine Veröffentlichung des Falles gerechtfertigt.

Der 81jährige Patient kam am 9. Februar 1908 in meine Sprechstunde mit der Klage, daß er seit 8—14 Tagen Schluckbeschwerden habe; dieselben seien ohne Fiebererscheinungen eingetreten; er fühle sich nicht besonders krank, nur sei der Appetit geringer als sonst.

Die Untersuchung ergab das bekannte Bild der Angina ulcero-membranosa. Man sah eine mäßige Rötung des weichen Gaumens und eine stärkere Rötung der linken Gaumenbögen; weiter sah man, daß die Oberfläche der linken Gaumenmandel nekrotisch war. Die Oberfläche war bedeckt von einer Pseudomem-

bran, welche mit der Pinzette in einzelnen Stücken abgelöst werden konnte. Die Nekrose ging nicht in die Tiefe, sie breitete sich also nicht kraterförmig aus, wie es von manchen Autoren beschrieben wird; der Grund des Geschwüres war uneben, von einem schmierigen Belag bedeckt. Das Geschwür hatte die obere Hälfte der Gaumenmandel am intensivsten ergriffen, besonders den oberen Pol, während der untere Abschnitt fast frei war. Die Tonsille war nur wenig geschwollen. Die Gaumenbögen waren gerötet, aber von dem nekrotischen Prozesse nicht ergriffen. Die Mundschleimhaut, auf welche sorgfältig geachtet wurde, war nicht erkrankt, also keine Stomatocace, wie man sie im Vereine mit der Angina ulcero-membranosa beobachtet hat, keine Zahnaries. Die Zunge war belegt, der Atem hatte einen fötiden Geruch.

Abgesehen von den oben angegebenen Schluckbeschwerden waren keine subjektiven Beschwerden vorhanden. Das Allgemeinbefinden war nicht wesentlich gestört, was schon daraus hervorgeht, daß der alte Herr mit seinem Arzte zu mir in die Sprechstunde kam. Der Hausarzt wäre nicht konsultiert worden, wenn nicht die Tochter des Patienten die Wahrnehmung gemacht hätte, daß die Gesichtsfarbe des Vaters etwas blässer war als sonst und wenn sie nicht bei der Besichtigung des Halses die Erkrankung der linken Gaumenmandel bemerkt hätte. Der Hausarzt hatte Diphtherie diagnostiziert; dementsprechend hatte er Diphtherieheilserum injiziert. Im weiteren Verlaufe war er stutzig geworden, sodaß ich zu Rate gezogen wurde. Ich konstatierte den eben angegebenen Befund.

Auf Grund dieses Befundes diagnostizierte ich Angina ulcero-membranosa. Durch die im hiesigen bakteriologischen Institut (Prof. Frank) ausgeführte Untersuchung wurde festgestellt, daß keine Diphtheriebazillen vorhanden waren. Die weitere Prüfung auf die Anwesenheit des Bacillus fusiformis und der mit ihm bei der Plaut-Vincent'schen Angina fast konstant vorkommenden Spirochäten, welche wohl allgemein als Erreger der Angina ulcero-membranosa angesehen werden, ist infolge eines Mißverständnisses unterblieben.

Der weitere Verlauf gestaltete sich so, daß ohne Hinzutritt irgendeiner Komplikation nach drei Wochen die Geschwürsfläche geheilt war und daß eine mäßige Rötung der Gaumenmandel noch etwa acht Tage länger nachzuweisen war. Somit wurde auch durch den Verlauf bei unserem Patienten die von allen Autoren betonte Tatsache bestätigt, daß die Prognose der Erkrankung günstig ist.

Die Therapie bestand darin, daß ich die Geschwürsfläche täglich zweimal mit einem in Wasserstoffsuperoxyd (3 %) getauchten Wattebausch betupfte, Aristol aufstäubte und Mundspülungen mit 3%igem Borwasser ausführen ließ.

Auch A. Meyer und Oberwinter<sup>1)</sup> empfehlen Wasserstoffsuperoxyd, von Mendel und Vincent wird die Applikation von Jodtinktur empfohlen, andere Autoren haben andere Mittel bewährt gefunden.

Ich erwähnte vorhin, daß der Hausarzt unseres Patienten zunächst Diphtherie diagnostiziert hatte. In der Tat kann es schwer, ja unmöglich sein, auf Grund der klinischen Erscheinungen die Differentialdiagnose zwischen Diphtherie und Angina ulcero-membranosa zu stellen. Zu beachten ist, daß die klinischen Erscheinungen, unter welchen die Angina ulcero-membranosa beim Erwachsenen aufzutreten pflegt, andere sein können wie bei Kindern. Beim Erwachsenen beobachten wir zumeist die Merkmale, welche wir bei unserem Patienten beschrieben haben, nämlich einen nahezu oder gänzlich fieberfreien Beginn und Verlauf, das Befallensein nur einer Gaumenmandel, und zwar vorwiegend im Bereiche des obersten Abschnittes, das eigenartige Aussehen ihrer Oberfläche und schließlich das vielfach konstatierte Freibleiben der Gaumenbögen. Die Erscheinungen können aber auch weniger charakteristisch sein; das ist namentlich bei Kindern der Fall. Hier ist das Allgemeinbefinden zumeist sehr gestört, es besteht von Anfang an hohes Fieber, beide Gaumenmandeln, auch die Gaumenbögen können ergriffen, die Submaxillardrüsen können beträchtlich geschwollen sein. In einem solchen Falle ist die Diagnose ohne bakteriologische Untersuchung nicht zu stellen.

Andere Erkrankungen der Gaumenmandel kommen differentialdiagnostisch wenig in Betracht, abgesehen von dem harten Tonsillenschanker und der tertiären Form der Lues. Die dabei zu berücksichtigenden Gesichtspunkte werden von A. Meyer ausführlich besprochen. Von Interesse sind namentlich seine Ausführungen über die Ähnlichkeit der Angina ulcero-membranosa mit dem harten Tonsillenschanker. Da ich keine Gelegenheit hatte, einen harten Tonsillenschanker zu sehen, und die Erscheinungen der sekundären und tertiären Formen von Lues, welche ich beobachtet habe, niemals so waren, daß sie zu einer Verwechslung der Krankheitsbilder hätten führen können, so sei in dieser Beziehung auf die Arbeit von A. Meyer verwiesen.

1) Münchener medizinische Wochenschrift 1904, S. 500. (Aerztlicher Verein in Köln, 21. März 1903.)

1) Sammlung klinischer Vorträge, begründet von Richard v. Volkmann, No. 476 u. 477 (Serie 16, H. 26 u. 27), Chirurgie No. 137 u. 138.