

II. Zur Behandlung der Actinomykose.

Von Dr. A. Köttwitz in Zeitz.

Immer zahlreicher werden die Beobachtungen von Actinomykose, immer reicher wird das casuistische Material, und in gleichem Masse klären sich die Ansichten über Wesen und Heilbarkeit der Krankheit. Die Urtheile über die Prognose, die nach den ersten Publicationen (Ponfick) äusserst trübe zu stellen war, haben sich entschieden günstiger gestaltet, seitdem eine reichere Litteratur einen grösseren Ueberblick gestattet.

Immerhin hat das casuistische Material gezeigt, dass die Krankheit eine ernste, ja bei bestimmtem Sitz des Krankheitsherdes (Herz, Leber, Milz, Gehirn) eine tödtliche ist. Je näher die Affection der Haut liegt, je leichter sie dem Messer des Chirurgen zugänglich ist, desto leichter ist Heilung zu schaffen; denn die Therapie ist bis jetzt eine rein chirurgische, von einer Behandlung mit Medicin ist nichts zu hoffen.

Wissen wir ja noch nicht einmal sicher, welcher Art der Parasit ist, zu welcher Classe der Mikroben wir ihn rechnen sollen. Während man ihn einerseits¹⁾ zu den Spaltalgen zählt, ihn speciell als eine Cladothrixart auffassen will, bringen ihn andere²⁾ mit der Leptothrixgruppe in Connex, betrachten sie ihn als eine Umwandlungsform des Leptothrix buccalis. Man hat nämlich beobachtet, dass die Actinomycesdrüsen nicht eine unwandelbare Form darstellen, dass die Keulenbildungen nicht ein charakteristisches Merkmal abgeben, sondern dass auch Fäden- und Schlauchbildungen vorkommen.

Ueber das Vorkommen in der Natur, über die Art der Einwanderung in den menschlichen Körper wissen wir ebenfalls noch nichts absolut sicheres. Aber die Befunde von Israël²⁾ und Partzsch,³⁾ die beide in den Höhlen cariöser Zähne Actinomycesdrüsen fast in Reincultur vorgefunden, geben doch gewisse Anhaltspunkte. Auch das gleichzeitige Vorkommen von Leptothrixballen verdient Beachtung.

Man hat nun Actinomykose der verschiedensten Organe und Körpertheile beobachten können. Am häufigsten finden wir die Gegend des Mundes (Wange, Hals, Unterkiefer, Oberkiefer, Rachen und Zungenrund) afficirt; aber auch in der Lunge und Umgebung, im Unterleib, an den Extremitäten, selbst in den Eingeweiden und drüsigen Organen (Gehirn, Herz, Leber, Milz und Nieren) ist sie beobachtet worden.

Man hat über die Eingangspforten und Verbreitungswege verschiedene Meinungen gehabt, vor allem eine Hautactinomykose ähnlich der Hauttuberculose in Abrede stellen zu müssen geglaubt. Aber neuere⁴⁾ Beobachtungen sprechen doch für diese Art des Vorkommens.

Für die Mehrzahl der Fälle scheint, wie Israël betont, der Mund die Eingangspforte zu bilden, mag nun die erfolgte Infection sich direkt in der Nachbarschaft desselben (Kopf, Hals) oder im Respirations- resp. Verdauungstractus manifestiren.

Läsionen der Zähne und Mundschleimhaut, der Schleimhäute der Verdauungs- und Respirationsorgane, sowie der äusseren Haut scheinen für die Invasion des Giftes günstige Verhältnisse zu geben, eines Giftes, das auf dem Wege der direkten Propagation von Gewebe zu Gewebe mit Hilfe der Blutbahnen in die verschiedensten Organe (Leber, Milz, Nieren, Herz, Gehirn) gelangen kann.

Actinomykose ist eine exquisit chronische Infectiouskrankheit, die Knotenbildungen gehören zum Typus der Granulationsgeschwülste; die Lymphdrüsen werden aber im Gegensatz zu anderen chronischen Infectiouskrankheiten (Tuberculose, Syphilis) weniger alterirt; nur bei gleichzeitiger Eiterung, bedingt durch die specifischen Eitererreger, treten Lymphdrüsenanschwellungen ein.

Die Behandlung der Krankheit ist, wie schon bemerkt, eine rein chirurgische. Aber der Sitz des Krankheitsherdes ist oft ein solcher, dass operative Eingriffe sehr gefährlich und deshalb oft nur in ungeeigneter Weise mit Zurücklassen kranker Theile auszuführen, ja manchmal überhaupt unmöglich sind.

Wie viele Recidive mögen angeblich „Geheilte“ noch durchgemacht haben, wie viele Operirte und anscheinend geheilt Entlassene, mögen noch später ihrem Leiden erliegen sein.

Ich selbst habe einen Fall gesehen, der von sachkundiger Hand behandelt und im Gesicht, am Hals und Nacken die Narben kühner und ausgiebiger Operationen zeigte und schliesslich doch noch an Actinomykose — die linke Seite des Thorax war mit Fisteln und Abscessen durchsetzt — zugrunde ging.

Bei einem ähnlichen¹⁾ Fall, der durch immerwährende Recidive alle Hoffnung auf definitive Heilung erschütterte, lernte ich zufällig ein Mittel kennen, das allem Anscheine nach in der Behandlung der Actinomykose eine wichtige Rolle zu spielen vermag.

Der Fall war kurz skizzirt folgender:

Albert Lische, 13jähriger Gutsbesitzersohn aus Theissen, consultirte mich am 3. November 1885 wegen Kieferklemme. Der Mund wird mit Heister's Speculum geöffnet; dabei dumpfe Schmerzempfindung am linken Kieferwinkel. Der linke erste Molarzahn ist cariös, die Schleimhaut hinter dem zweiten lacerirt, die Tonsillen sind gross und voller tiefer Buchten, aber ohne jede Entzündungserscheinung.

Nach einigen Tagen ist der Zustand gehoben. Am 18. Juli 1886 stellt sich Patient wieder vor. Im Laufe von etwa 8 Tagen hatte sich ohne Schmerzen und ohne Fieber nach zweitägiger Mundsperrung ein Tumor entwickelt, der, der linken Parotis entsprechend, von breitharter Consistenz und ohne deutliche Abgrenzung war. Der linke Kieferwinkel war verdickt, die Lymphdrüsen nicht afficirt.

Nach circa 3 Wochen bildete sich in dem Tumor eine weiche Stelle. Die Diagnose wurde jetzt fast mit Sicherheit auf Actinomykose gestellt und durch die Incision bestätigt; schleimiger Eiter mit einer Menge Actinomyceskörner entleerte sich. (Diagnose von Dr. Brosin am pathologischen Institut zu Halle bestätigt.) Nachdem die Wunde, in Narcose ausgeschabt, nach einiger Zeit sich geschlossen, schien Patient geheilt. Da erschien er nach etwa Monatsfrist wieder mit einem wallnussgrossen Knoten unterhalb des Kiefers, Jugularis und Carotis bedeckend, die Muskelmasse des Sterno-Cleido-Mastoideus theilweise umfassend.

Nach einigen Wochen zeigte sich darin eine weichere Stelle, die, wiederum incidirt, den früher beschriebenen Inhalt zeigte.

Nun folgte im Laufe von Wochen und Monaten ein ermüdendes Spiel von Recidiven; neue Knoten am Halse, erneuter Aufbruch der alten Incisionsstellen liessen schliesslich die Hoffnung auf definitive Heilung fast schwinden, da ätzte ich zufällig eine Fistel energisch mit dem Argentumstifte aus — mit zauberhaftem Erfolg; die Eiterung hörte auf, die Fistel schloss sich für immer. Dieselbe Procedur bei den übrigen Fisteln war mit demselben Erfolg gekrönt; die Knoten schrumpften, die Kieferverdickung ging zurück, Patient konnte im September 1887 als anscheinend geheilt entlassen werden.

Ich veröffentlichte den Fall 7 Monate später in der „Allg. medic. Centralzeitung“; es hatte sich bis dahin kein Recidiv wieder gezeigt.

Am 26. Juni sah ich Patient wieder mit einem neuen Knoten am Halse und Abscedirung; die Sonde führte unter den Sterno-Cleido-Mastoideus in die Tiefe.

Eingedenk der günstigen Wirkung des Argentumstiftes schmolz ich Stückchen an die Sonde und ätzte den Gang aus.

Seit dieser Zeit ist Patient bis jetzt, also über drei Jahre, ohne Recidiv geblieben; er ist anscheinend völlig geheilt.

In diesem Falle ist die Infection sicher vom Munde ausgegangen. Patient hatte links einen cariösen Zahn, links eine Schleimhautverletzung und links die Affection.

Mundspülen und Zähneputzen hatte Patient übrigens nie geübt.

Die Prognose schien bei der Propagation des Giftes und der jahrelangen Dauer ungünstig, nur durch den Argentumstift trat eine überraschende Wendung ein.

Lange hatte ich keine Gelegenheit, weitere Erfahrungen zu sammeln, da führte mir der Zufall neuerdings drei Fälle hintereinander zu Gesicht.

Am 5. Januar vorigen Jahres stellte sich der Gutsbesitzer Franz Kröber aus Gross-Pötewitz, 44 Jahre alt, vor.

Am Halse unter dem rechten Kieferwinkel sass ein taubeneigrosser Tumor, von fester Consistenz und ohne scharfe Grenzen, der Ende December vorigen Jahres ohne Fieber und ohne Schmerzen allmählich entstanden war.

Bösartiges Neoplasma, Actinomykose, subacute Lymphdrüsenentzündung mit Betheiligung des umliegenden Gewebes? Diese Fragen wurden in Erwägung gezogen. Am wahrscheinlichsten handelte es sich um Actinomykose, doch konnte wohl auch die erste Möglichkeit vorliegen, zumal bei dem Alter des Patienten.

Ich beschloss abzuwarten, gab innerlich Jodkali, äusserlich Ichthyolsalbe, ohne Erfolg. Dann versuchte ich Arsen; es wurde aber nicht vertragen. Inzwischen nahm der Tumor an Umfang zu, sodass Patient, dem ich den Ernst der Lage nicht verschwiegen hatte, es vorzog, einen Chirurgen zu consultiren. Wegen der Gefährlichkeit der proponirten Operation konnte sich der operationsscheue Patient nicht dazu entschliessen; er kehrte wieder in meine Behandlung zurück. Ich gab jetzt Levicowasser, äusserlich wurde Jod-Jodkalisalbe angewandt.

Endlich trat eine centrale gelegene Erweichung ein, sodass am 17. Februar incidirt werden konnte. Schleimiger Eiter mit einer Menge von Actinomyceskörnern entleerte sich.

Herr Prof. Eberth, dem ich einige der letzteren zur Begutachtung zusandte, hatte die Güte, die Diagnose zu bestätigen.

Am 19. Februar ätzte ich alle Taschen und Buchten mit der Höllensteinsonde aus.

¹⁾ Mitgetheilt in der Allg. medicin. Centralzeitung 1888 No. 38.

¹⁾ C. Flügge, Die Mikroorganismen. 1886, p. 106 u. f.

²⁾ J. Israël, Klinische Beiträge zur Actinomykose des Menschen. 1885.

³⁾ J. Israël, I. c. und E. Partzsch, Die Actinomykose des Menschen vom klinischen Standpunkte besprochen. No. 306, 307 der Sammlung klinischer Vorträge von R. v. Volkmann. 1888.

⁴⁾ cf. z. B. Leser's Bericht auf dem 18. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

Am 22. Februar entleerte sich viel Eiter; wiederum Ausätzung, ebenso am 27. Februar und 4. März. Der Tumor war jetzt viel kleiner, und bei den folgenden Vorstellungen am 12. März und 19. März war vom Tumor fast nichts mehr zu entdecken, sodass Patient am 30. März aus der Behandlung entlassen wurde.

Der Patient hatte, wie der vorige, Mund- und Zahnpflege nie geübt; in der rechten Unterkieferhälfte waren sämtliche Zähne cariös.

Am 14. März 1890 consultirte mich Herr L. aus Theissen. Seit etwa 3 Wochen hat sich eine Anschwellung in der rechten Parotisgegend ohne Schmerzen und ohne Fieber gebildet. Die Geschwulst hat jetzt Taubeneigrösse, fühlt sich in der Mitte weich an. Einige Centimeter tiefer, unter dem Kieferwinkel, macht sich eine zweite feste Prominenz bemerkbar.

Die Diagnose wird mit ziemlicher Sicherheit auf Actinomykose gestellt, und bei der am 19. März vorgenommenen Incision, bei der sich schleimiger Eiter und gelbe Körner in Menge entleeren, bestätigt.

Wiederum hatte Herr Prof. Eberth, dem ich nochmals Material übersandte, die Güte, die Diagnose zu bestätigen.

Am 21. März Anwendung der Höllensteinsonde. Beim Verbandwechsel am 21. März viel Eiter. Am 26. März wiederum Aetzung; unterer Knoten fängt an weich zu werden.

Am 28. März siedelt Patient in's Elternhaus über, wird von dem dortigen Collegen, Herrn Dr. P. Kruse, freundlichst in gleicher Weise behandelt.

Am 29. März wird der untere Knoten incidirt und geätzt. Am 1. April und 5. April wiederum Aetzung.

Am 11. April stellt sich Patient mir wieder vor. Der obere Knoten ist ganz geschwunden, der untere bedeutend kleiner. Beim Eingehen in die kleine Fistel kommt die Sonde in einen 5 cm langen Gang, unter die hintere Partie des Sterno-Cleido-Mastoideus; Aetzung.

Am 14. April dieselbe Procedur; am 14. April Fistel geschlossen, Knoten fast ganz geschwunden.

Auch dieser Patient hatte im Ober- und Unterkiefer rechts hohle Zähne und Mundpflege wenig geübt.

Als dritter Fall erscheint der 21jährige Kaufmann Ernst Lindemann aus Zeitz.

Seit etwa zwei Wochen bildet sich in der rechten Wange, der Berührungslinie beider Kiefer entsprechend, etwa 4—5 cm vom Munde entfernt, ein Knoten, der langsam ohne Schmerzen wächst. Seit etwa 3 Tagen bemerkt Patient ein Weichwerden der centralen Partie.

Am 21. April, dem ersten Vorstellungstage, Schnitt in diese Partie des thalergrossen Knotens; es entleert sich schleimiger Eiter mit Actinomycesdrusen.

Die Wunde wird ausgeschabt und am 22. April und 23. April mit der Aetzsonde behandelt.

Am 25. April Wunde geschlossen; Härte noch vorhanden, geht allmählich zurück.

Auch dieser Patient hatte einen cariösen Zahn (rechter erster Molarzahn oben) und Mundpflege seit Jahresfrist unterlassen.

Ueberschauen wir nun unsere vier Fälle, so finden wir manche übereinstimmende Eigenheiten.

Sämtliche Patienten hatten schadhafte Zähne auf der Seite der Affection, sämtliche Patienten hatten Mund- und Zahnpflege vernachlässigt.

Unwillkürlich wird man diese Facten mit der Pilzinvasion in Zusammenhang bringen, zumal wenn man die früher erwähnten Befunde (von Actinomycesdrusen in cariösen Zähnen) von Israel und Partzsch in Betracht zieht.

Für die Prophylaxe ist die Mahnung Curtze's,¹⁾ Zähne und Mundhöhle scrupulös reinzuhalten, nicht dringend genug zu empfehlen.

Auffallend war der eigenartige Effect der Höllensteinätzungen, der bei dem ersten Fall am meisten in die Augen springt. Drei Jahre sind schon verflossen, ohne dass sich eine Spur von Recidiv gezeigt hat, während vorher zwei volle Jahre eine Actinomykoseeruption der anderen folgte. Bei den übrigen Fällen ist die Beobachtungszeit vielleicht eine zu geringe, um schon ein endgültiges Urtheil über definitive Heilung abgeben zu können. Immerhin ist das bisherige Resultat — es sind bis jetzt ein bis $\frac{5}{4}$ Jahr verflossen — derart, dass die Argentumätzungen bei weiteren Fällen in Anwendung gezogen zu werden verdienen.

Vielleicht ist die günstige Wirkung des Mittels in einer besonderen Empfindlichkeit des Actinomyces gegen bestimmte Reagentien, zu denen vielleicht das salpetersaure Silber gehört, zu suchen. Wenigstens treffen wir eine ähnliche Erscheinung bei wohl allen Infectionserregern. Doch ist auch nicht zu vergessen, dass durch die Aetzungen eine lebhaftere Entzündung und deren Folgeerscheinungen, die gerade bei der Bekämpfung fremder Elemente von Bedeutung sind, hervorgerufen werden.

¹⁾ Richard Curtze, Die Actinomykose und ihre Bekämpfung. Deutsche Medicinal-Zeitung 1889, p. 595.