

## IV.

## Gumma des Augenlides.

Von

**Oscar Juliusburger, pr. A.**

Assistent der Klinik.

Die Zahl der bekannt gemachten syphilitischen Augenlidaffectionen ist im Ganzen eine noch so geringe, dass es wohl nicht unangebracht sein dürfte, die Literatur derselben, welche ich, soweit sie mir bekannt ist, in der Anmerkung zusammengestellt habe, um einen Fall zu vermehren, der im Vergleich mit den bisher veröffentlichten einen etwas eigenthümlichen Verlauf darbietet.

## Anmerkung.

**A. Primäre Lidgeschwüre.**

- Mackenzie:** Traité pratique sur les maladies des yeux. Tome I.
- Desmarres:** Traité théorique et pratique des maladies des yeux. Paris 1847. p. 156—161.
- Ricord:** Annales d'oculistique. Tome 24. p. 223.
- Ricord:** Lettres sur la syphilis. Paris 1881. p. 47.
- Stellwag v. Carion:** Die Ophtalmologie vom naturwissenschaftlichen Standpunkt aus betrachtet. Band II., Abtheil. 2. Erlangen 1858. p. 954—957.
- Vose Salomon:** The British Medical Journal 1853. p. 263.
- Lawson, George:** Lancet I. 1865.
- Hirschler:** Wiener med. Wochenschrift 1866, Nr. 72.
- v. Wecker:** Traité théorique et pratique des maladies des yeux. Tome I. Paris 1867. p. 623.
- Sturgis, F. R.:** Americ. Journal of med. Sciences 1873.
- Pflüger:** Klinische Monatsblätter (Zehender 1876).
- Carreras y Arago:** Revista de medicina y Cirurgia practica Nr. 54.
- Pflüger:** Bericht der Berner Augenklinik 1877.
- Zeissl:** Allgemeine Wiener med. Zeitung 1877. Nr. 35, 36, 37.
- Bull:** Zur Syphilis der Augenlider. New-York med. Journal. 1878.

Die 42 Jahre alte Schuhmachersfrau Rosalie S. kam am 14. Juli dieses Jahres in die hiesige königl. Augenklinik wegen eines Geschwürs am rechten unteren Augenlide. Die daselbst und nachträglich auch von uns genau aufgenommene Anamnese ergab Folgendes:

Patientin, deren Mutter an Lungenschwindsucht starb, gibt an, in ihrer Kindheit an Scrophulosis gelitten zu haben, im Uebrigen aber bis auf ihr gegenwärtiges Leiden stets gesund gewesen zu sein. Sie ist mit ihrem Manne, welcher als Kind an Caries litt, sonst aber niemals und vor Allem nicht luetisch erkrankt gewesen sein soll, seit 14 Jahren verheiratet. Das älteste der dieser Ehe entstammenden

Subinski:	Klinisches Monatsblatt für Augenheilkunde. 1878 (Nagel).
Subinski:	Klinische Monatsblätter 1879 (Zehender).
Hamande:	Arch. med. belg. Brux. 1879.
Wiethé:	Allgemeine Wiener med. Zeitung 1881.
Wherry:	British med. Journal. London 1882. p. 120.
Richen:	Gaz. des hôpitaux. Paris 1881, p. 620.
Snell:	} The British med. Journ. Dec. 1882.
Brudenell:	
Fitzgerald:	
Adams:	

### B. Gummata des Lides.

Mackenzie:	Traité pratique sur les maladies des yeux. Tome I.
Hirschler:	Wiener med. Wochenschrift 1866, Nr. 73 u. 74.
Galezowski:	Journal d'Ophthalmologie 1872.
Dietlen H.:	Casuistische Beiträge zur Syphilidologie des Auges. Erlanger Augenklinik 1876.
Hulke:	Secondary syphilitic sore on the eyelid. Med. Times and Gaz. 53. p. 463. 1876.
Narkiewicz, Jodko:	Beobachtung aus dem Augeninstitut in Warschau. Gazeta Lekarska 1878. Hirschberg's Centralblatt für Augenheilkunde 1879.
Wiethé:	Beiträge zur Casuistik syphilitischer Lidaffectionen. Allgemeine Wiener med. Zeitung Nr. 23. 1881.

sieben Kinder ist 13 Jahre alt und völlig gesund; das zweite Kind starb im Alter von  $\frac{1}{2}$  Jahr an Furunculosis; das dritte 11 Jahre alte Kind ist gesund, während das vierte Kind, 3 Wochen alt, an Krämpfen starb; das fünfte 10 Jahre alte, und das sechste 7 Jahre alte Kind sind am Leben; das siebente, erst vor 4 Jahren geborene starb 14 Tage alt an Brechdurchfall.

In den ersten Tagen des Juli bekam Patientin auf dem Rande des rechten unteren Augenlides in der Nähe des inneren Augenwinkels eine kleine rothe, Schmerzen verursachende Efflorescenz, welche sich bald in ein Eiter secernirendes Geschwür umwandelte.

Nach dem von dem Assistenten der genannten Klinik, Herrn Dr. Landmann gemachten Befunde war die Geschwürsfläche mit grauem schmutzigem Belag bedeckt und betrug der dem Lidrande parallele Durchmesser circa 4 Mm. Der Grund des Geschwürs, sowie eine circumscribede Partie der Umgebung waren infiltrirt; die äussere Haut war entsprechend dem Sitz des Geschwürs geröthet. Von Lues konnte nirgends etwas entdeckt werden. Nach Ansicht des Collegen L. war die Diagnose „aufgebrochenes Chalazion“.

Am 18. stellte sich Patientin wieder vor. Eine am 14. mit dem Geschwürssecret vorgenommene Impfung hatte kein Resultat gehabt. Das Geschwür selbst hatte sich vergrössert und eine bedeutende Lymphadenitis am rechten Unterkieferwinkel war zu constatiren. Die Beschwerden, welche das Geschwür verursachte, waren die nämlichen, wie bei einem starken Katarrh. Bei der Inspection der Mundhöhle der Patientin fand sich auf der Innenfläche der unteren Lippe eine fleischige, glatte, wie ein Condylom aussehende Wucherung von weicher Consistenz; ebenso unter der Zunge an der linken Seite des Frenulum eine ganz ähnliche spitze Geschwulst. Die Patientin behauptete, dass derartige Gebilde immer mit dem Kindbett entstanden seien und gab ferner an, dass einmal am harten Gaumen dicht hinter den Zähnen ein Geschwür gesessen habe. Die Zähne der Kranken waren cariös und sehr defect. Die Behandlung bestand zunächst im Bestreuen des Geschwürs mit Jodoformpulver und dann in Anwendung von Emplastrum hydrargyri cinereum.

Am 29. Juli wurde uns die Pat. zugeführt und am 1. August in unsere Klinik aufgenommen.

Das Geschwür, welches ungefähr die Grösse eines Fünf-Pfennig-Stückes hatte, nahm zu dieser Zeit den freien Lidrand des unteren

Augenlides ein, und erstreckte sich auf einen Theil der Conjunctiva des betreffenden Lides. Der Grund des Geschwürs war speckig belegt, uneben und secernirte etwas Eiter; die Ränder zeigten sich wallartig und zerklüftet. Die Umgebung war nicht stark infiltrirt. Die gesammte Conjunctiva war entzündet und geschwollen; die Cilien fehlten an der Geschwürsstelle. Die Drüsen des Halses und zwar besonders diejenigen längs der rechten Unterkieferhälfte waren sehr stark geschwollen und von fast brettartiger Härte; dagegen hatte die Drüsenanschwellung am rechten Unterkiefergelenk die Grösse eines Taubeneies erreicht und fluctuirte etwas. Das Allgemeinbefinden der Kranken war ein gutes; ihr Aussehen, sowie die Untersuchung, besonders der Lungen, wiesen auf eine im Uebrigen gesunde Frau hin. An den Knochen waren nirgends Auftreibungen nachweisbar.

Nach den in der Anamnese gemachten Angaben, sowie dem objectiv gemachten Befunde, war es nicht leicht die Diagnose zu stellen, denn es konnte sich in diesem Falle einmal um ein tuberculöses, dann aber um ein primäres, respective gummösesluetisches Geschwür handeln.

Gegen die Annahme eines tuberculösen Geschwürs sprach zunächst der Umstand, dass sowohl die Anamnese, als auch eine genaue Untersuchung irgendwelche anderweitige auf Tuberculose hindeutende Momente ausschlossen; ausserdem bot das ganze Aussehen des Geschwürs selbst keinen Grund dar, an den so seltenen Fall eines tuberculösen Processes zu denken.

Weniger einfach war es, darüber zu entscheiden, ob das Geschwür primärer oder gummöser Natur sei.

Gegen ersteres sprach zunächst die Anamnese, nach welcher Patient jedwede Möglichkeit einer Infection in Abrede stellt; indessen hätte man ja annehmen können, dass Patientin, ohne es zu wissen, mit irgend einer an Lues leidenden Person in nähere Berührung gekommen sei und so sich inficirt habe. Ich will, um diese Möglichkeit durch ein Beispiel zu veranschaulichen, nur auf jene von Desmarres gemachte Mittheilung hinweisen, nach welcher ein Arzt dadurch ein primäres Geschwür am Augenlide bekam, dass der an Syphilis leidende Patient beim Touchiren einerluetischen Mundaffection jenem durch einen Hustenanfall etwas Secret ins Gesicht hustete.

Das Vorhandensein eines gummösen Geschwürs war auf Grund der anamnestischen Daten sowohl über die Patientin selbst, als auch

deren Kinder allerdings ebenfalls nicht mit Sicherheit anzunehmen; allein wie oft kann man nicht mit aller Bestimmtheit syphilitische Spätaffectionen an Personen constatiren, deren anamnestiche Angaben auch nicht den geringsten Anhaltspunkt für ihr Leiden geben. Etwas weniger zweifelhaft hingegen wurde die Annahme eines Gumma dadurch, dass man jene früher vorhanden gewesenen Gaumenaffectioren, besonders das Geschwür am harten Gaumen, von denen oben die Rede war, für specifisch halten konnte.

Da nun das Geschwür immer mehr zerfiel und da man einerseits mit der einfachen Jodoformbehandlung nicht recht vorwärts kam, andererseits aber sich Klarheit über die Diagnose verschaffen musste, wurde Jodkali zu 2,5 Gr. pro die verordnet. Die erwähnte fluctuirende Geschwulst wurde mit Kataplasmen erweicht und am 6. incidirt, wobei sich eitrige Massen entleerten.

Nach auffallend kurzer Zeit, binnen zwei Tagen, begann nun das Geschwür sich zu reinigen und einen anderen Charakter anzunehmen; es zeigte auf seinem Grunde frische Granulationen und differenzirte in Bezug auf die Tiefe bald nicht mehr wesentlich mit der Umgebung; auch die Infiltration der Umgebung nahm immer mehr ab und an Stelle der früheren Derbheit trat eine nicht unbedeutende Weichheit ein.

Daraus konnte nun der Schluss gezogen werden, dass man es hier mit einem Primäraffect nicht zu thun hatte, wohl aber mit einem Gumma in Folge einer früher vorhanden gewesenen syphilitischen Erkrankung.

Der nun anscheinend normale Krankheitsverlauf wurde indessen dadurch unterbrochen, dass Patientin am Abend des 16., also am 18. Tage der Beobachtung einen heftigen Schüttelfrost mit darauf folgendem hohen Fieber und intensivem Kopfschmerz bekam, worauf 2 Stunden später sich auf der Brust ein deutliches, aber eigenthümliches, geradezu roseola-artiges Exanthem zeigte. Am nächsten Tage, an welchem die Fiebererscheinungen geschwunden waren und die Kranke sich wieder wohl befand, hatte sich das Exanthem über den ganzen Thorax verbreitet und ein etwas dunkleres, verwaschenes Colorit angenommen.

Wodurch war nun das Auftreten dieses Exanthems hervorgerufen? Dass man zunächst an den Gebrauch von Jodkali als die Ursache desselben dachte, war wohl nicht ganz unberechtigt, obgleich

die bisher beschriebenen Jodkali-Exantheme mehr den petechialen Charakter, nicht aber den einer einfachen roseola-artigen Hyperämie zeigten und obgleich ferner die geschilderte Eruption unter heftigen Fiebererscheinungen stattfand, was bei einem durch Jodkali erzeugten Exanthem fast nie der Fall ist. Bald sollte nun auch der weitere Krankheitsverlauf uns von dem zuerst gefassten irrigen Gedanken abbringen, denn trotz des Fortgebrauchs von Jodkali verschwand das Exanthem in nicht allzu langer Zeit und kam auch bei den späteren Verabreichungen des genannten Medicamentes nicht wieder zum Vorschein.

Es durfte daher die Annahme eines in einem späteren Stadium der Krankheit auftretenden, recidivirenden Exanthems gerechtfertigter erscheinen. Ich komme auf die Berechtigung dieser Annahme später noch einmal zurück.

Es wurde jetzt eine Inunctionskur vorgenommen.

Am 18. zeigte sich von der Gingiva der vorderen Partie des harten Gaumens ausgehend eine sich ziemlich weich anfühlende, ungefähr haselnussgrosse Geschwulst, welche allmählich die Grösse eines Taubeneies erreichte, nach einigen Tagen sich von selbst öffnete und eitrig mit Blut untermischte Massen entleerte.

Nachdem Patientin im Ganzen 17 Einreibungen gemacht und 25 Gr. Jodkali getrunken hatte, war das Exanthem geschwunden, das Geschwür am Auge verheilt und am Gaumen nur noch eine kleine Narbe bemerkbar, so dass die Kranke als vorläufig geheilt entlassen werden konnte.

Bis zum 14. October blieb Frau S. gesund. An diesem Tage bemerkte sie jedoch an und unterhalb der Stelle des früheren Lidgeschwüres, sowie an der äusseren Grenze des unteren rechten Augenlides je eine rothe Efflorescenz. Aus diesen Efflorescenzen entwickelten sich bald Geschwüre mit wallartigen, etwas unterminirten Rändern und eitrig belegtem Grunde. Die entsprechende Conjunctiva war stark geröthet und sammtartig gelockert. Wenige Tage darauf bildeten sich je ein ungefähr Fünfzig-Pfennig-Stück-grosses Geschwür am äusseren Rande des linken Schulterblattes dicht unter der Achselhöhle und im oberen Drittel der Aussenseite des linken Oberschenkels. Beide Geschwüre eiterten stark, hatten unterminirte, über das Niveau hervorragende, derbe, stark geröthete Ränder und machten ganz den Eindruck von ulcerirten Gummata; ihre Umgebung war nicht sehr stark infiltrirt. Die

Inguinaldrüsen und Cubitaldrüsen waren sehr, die Achseldrüsen weniger deutlich fühlbar. Die Haut bot keine Besonderheiten dar. Die Kranke, welche etwas blass aussah, befand sich im Allgemeinen wohl und klagte nur über geringen Kopfschmerz.

Es wurde auch diesmal wieder eine Einreibungskur angeordnet und die Geschwüre mit Jodoformpulver behandelt.

Nach 3 Wochen waren die letzteren verheilt und Pat., welche inzwischen 20 Einreibungen gemacht hatte, wurde mit dem Rathe, einige Zeit lang Jodkali, 3 Gr. pro die zu brauchen, aus der Behandlung entlassen.

Vom Tage der Entlassung bis zum 8. November, während welcher Zeit Jodkali gebraucht wurde, hatte Frau S. über Nichts zu klagen. Da traten plötzlich beim Sprechen und Schlingen Schmerzen im Mund und Hals auf; zugleich fand sich heftiger Kopfschmerz besonders des Nachts und ein grosses Hitzegefühl ein, welches letzteres erst nach fast 14 Tagen aufhörte. In der Nacht vom 17. zum 18. wurden die Schmerzen immer intensiver, strahlten nach den tiefer gelegenen Pharynxpartien aus und konnten nur durch Schlucken von Eisstückchen etwas gelindert werden. Mein College Dr. Arning, dessen Hilfe von der Kranken in Anspruch genommen wurde, hatte bei dem Mangel jeglichen fibrinösen Belags den Verdacht auf ganz frische gummöse Infiltrationen nicht ganz ausgeschlossen und verordnete der Patientin sofort grössere Dosen von Jodkali. Die Kranke liess sich im Spital aufnehmen, wo die Untersuchung Folgendes ergab:

Auf dem linken vorderen Gaumenbogen, sowie auf der hinteren Pharynxwand je ein erbsengrosses, nicht sehr tiefes Geschwür mit scharfen Rändern und belegtem Grunde; starke Pharyngitis und Tonsillitis. Die Conjunctiva des rechten unteren Augenlides war sammtartig geschwollen und stark entzündet; an der Stelle des früheren Geschwürs sah man einen gelblich-weisslichen Defect der Schleimhaut; die Cilien fehlten an der betreffenden Stelle völlig. Auf dem Lidrande selbst, in der Nähe des inneren Augenwinkels befand sich eine erbsengrosse, schon in Verschwinden begriffene papulöse Efflorescenz. Die Kranke sah sehr blass und abgemagert aus, klagte jedoch nur über Appetitlosigkeit.

Es wurden täglich 4 Gr. Jodkali gegeben und nochmals eine Inunctionskur angeordnet.

Nach 8 Tagen waren die Geschwüre verheilt und die Kranke verliess, nachdem sie 12 Einreibungen gemacht hatte, geheilt die Anstalt. Ich sah sie vor kurzer Zeit wieder und fand sie völlig gesund und sehr wohl aussehend.

Fassen wir nun die Hauptmomente des eben geschilderten Krankheitsbildes noch einmal kurz zusammen, so wird sich Folgendes ergeben :

Erstens wird die Diagnose eines gummösen Geschwürs sicher als gerechtfertigt erscheinen. Die Anamnese konnte zwar die Annahme eines Gumma wohl einigermaßen rechtfertigen; jedoch erst der weitere Krankheitsverlauf hat die Richtigkeit der Diagnose, wie mir scheint in unanfechtbarer Weise festgestellt.

Das Auftreten sowohl neuer Geschwüre am Lide, als auch das der luetischen Geschwüre an der Schulter und dem Oberschenkel und ebenso der mit Bestimmtheit als luetisch erkannten Affectionen am harten Gaumen und am Pharynx, schliesslich der therapeutische Erfolg lassen jeden Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose schwinden.

Was zweitens das erwähnte Auftreten des roseola-artigen Exanthems betrifft, so haben wir schon oben unsere Ansicht dahin ausgesprochen, dass dasselbe nicht von dem Jodkali-Gebrauch herrühre, sondern ein recidivirendes maculöses Exanthem sei, zumal da andere Exanthem-Formen, wie Masern etc. gänzlich auszuschliessen waren. Es wäre wohl dann für unsere Annahme die Erklärung nicht von der Hand zu weisen, dass von irgend einem, jahrelang verschlossen gebliebenen Giftherde aus, vielleicht aus der am Ohre befindlich gewesen und erweichten Drüse von Neuem Virus in die Blutbahn gelangt und so das Exanthem hervorgerufen sei. Denn dass zur Zeit überhaupt eine lebhaftere Action seitens des Giftes vorhanden war, geht schon aus der Menge der schnell hintereinander aufgetretenen ulcerösen Formen hervor.

Ist unsere Annahme auch nicht mit Sicherheit zu erweisen, so steht sie doch keineswegs im Widerspruch mit den Vorstellungen, welche wir über den Verbleib des syphilitischen Virus im Körper haben. Wir nehmen mit Virchow an, dass das Gift in irgend welchen Organen, am wahrscheinlichsten wohl in den Lymphdrüsen jahrelang verharren könnte. Je nach der Menge des Giftes nun, und je nach der Acuität, mit welcher dasselbe später in den Organismus wieder hineingeschleudert wird, werden bald vereinzelte



„gummöse“ Gebilde entstehen, bald aber jene disseminirten auf minimale Giftmengen zurückzuführenden Eruptionen roseola-artigen Charakters. Diese Annahme entspricht meinem Erachten nach der Beobachtung, dass im Verlauf eines klein-papulösen Syphilides im zweiten Jahre der Erkrankung eine Roseola auftreten kann, oder der, dass bei einer anderen Infectiouskrankheit, der Tuberculose, eine acute Miliartuberculose einer bisher localisirten Organerkrankung sich anschliesst.

## V.

## Gummata perforantia ossis frontis.

Von

Oscar Juliusburger, pr. A.

Assistent der Klinik.

Der 35 Jahre alte Gärtner Friedrich M. gibt an, im Jahre 1860 an Lues gelitten zu haben. Die Behandlung bestand in dem Gebrauch von circa 20 Schachteln Sublimat- (?) Pillen à 30—40 Stück.

Bis zum Jahre 1878 war M. gesund. Zu dieser Zeit entstand auf der linken Stirnfläche ein Gumma von der Grösse eines Taubeneies, welches vor 2 Jahren exulcerirte und immer tiefer frass, bis es seine jetzige Tiefe erreicht hat.

Zwei Jahre darauf entstand auf der rechten Stirnhälfte ein über Haselnuss-grosses Gumma, welches vor einem Jahre zu exulceriren begann.

Beide Gummata eiterten stets sehr stark und wurden bis zum heutigen Tage nur mit Carbolwasserverbänden behandelt. Die mit dem Auftreten der Gummata sich einstellenden Kopfschmerzen waren sehr heftig und liessen nur manchmal auf kurze Zeit etwas nach. Schmerzhaft Affectionen an anderen Knochen hat Patient nie wahrgenommen. In diesem Frühjahr fand sich ein exulcerirendes Geschwür am linken oberen Augenlide ein.

Eine genauere Untersuchung des Kranken, welcher sich am 10. December auf unsere Klinik aufnehmen liess, ergab Folgendes:

Mässig kräftig gebauter Mann, dessen sichtbare Schleimhäute blass sind.

Beide Claviculae sind an ihren inneren zwei Dritteln stark aufgetrieben.