

Ein Fall der sogenannten „Angina ulcerosa benigna“ (Heryng).

von Dr. Johann Sedzcak.

Ehemaliger Assistenz-Arzt in der Abtheilung für Hals- und Lungenkrankheiten
im Heiligen Geist-Hospital zu Warschau.

In diesem Jahre in den Nummern 7 und 8 der „Gazeta Lekarska“ veröffentlichte Heryng eine Arbeit unter dem Titel: „Ueber die benignen Pharynx-Geschwüre“. In dieser Arbeit beschreibt der Verfasser eine, seiner Meinung nach, zu den grössten Seltenheiten gehörende, bisher noch nicht beschriebene Krankheit, der er den zeitweiligen Namen: „Angina ulcerosa benigna“ giebt. Das Bild dieser Krankheit ist folgendes: „Das benigne Pharynx-Geschwür erscheint gewöhnlich an einer Seite und einzeln, seltener an beiden Seiten, immer in Gestalt eines ovalen, oberflächlichen, beständig am vorderen Bogen in der Nähe der Mandeln gelegenes Geschwürs. Seine Ränder sind scharf, meistentheils ohne entzündete Zone, mit etwas vertieftem Boden, anfangs mit einem gräulich weissem Secrete bedeckt, welches sich nur mit Schwierigkeit entfernen lässt. Die Länge des Geschwürs ist ungefähr 1 cm die Breite 6—8 mm. Das Geschwür blutet nicht bei Berührung und ist im Allgemeinen wenig schmerzhaft. Die Schleimhaut, auf welcher es erscheint, ist etwas geröthet und geschwollen. Etwas weiter spricht der Verfasser Folgendes: „Nach zwei oder drei Tagen zeigen sich auf dem Boden des Geschwürs rothe Punkte, die warzige Schicht reinigt sich, von den Rändern zieht sich das Epithelium in der Richtung nach der Mitte. Schliesslich verschwindet das Secret und nach Verlauf von 10—12 Tagen kehrt Alles wieder in seinen normalen Stand zurück, ohne dass sich das narbige Gewebe Neubildet.“

Ich habe diesen Abschnitt absichtlich im Ganzen vorgeführt, um zu zeigen, dass der Fall, welchen ich kurz nach der Veröffentlichung des obigen Artikels beobachtet habe, obgleich er von zehn von Heryng beobachteten Fällen etwas abweicht, ihnen dennoch sehr ähnelt, hinsichtlich des Aussehens der Geschwüre, sowie auch Verlaufes der Krankheit, so dass ich keinen Augenblick zögerte, ihr den Namen: „Angina ulcerosa benigna“ zu geben, umsomehr, da die bacteriologische Untersuchung, welche ich in diesem Falle unternahm, die obige Diagnose völlig bestätigte. D., ein Arbeiter — 24 Jahre alt — kam in meine

Privat-Poliklinik am 20. Februar 1892. Er klagte über allgemeine Schwäche, welche einige Tage gedauert hatte, und Schmerz beim Schlingen — nicht sehr bedeutend, und welcher sich erst seit zwei Tagen vorher eingestellt hatte. Zur selben Zeit bemerkte der Kranke, wie er behauptet, „kleine Wunden“ im Halse, zuerst an der rechten, dann linken Seite, welche ihn beunruhigten und veranlassten, ärztliche Hülfe zu suchen. Vorher gänzlich gesund. Kein Missbrauch in Baccho et in Venere (seit einem Monate verheirathet, seine Frau, die ich auch genau untersuchte, ist vollständig gesund). Syphilis nicht vorhanden; er behauptet indess, dass er seit längerer Zeit ein leidenschaftlicher Raucher ist und in letzterer Zeit ungewöhnlich viel geraucht hatte (ungefähr 50 Cigarretten täglich). Er meint, dass dies die Ursache seines gegenwärtigen Leidens sei. Nach näheren Nachfragen behauptet der Kranke ganz entschieden, im vorigen Jahre, mehr oder weniger in demselben Zeitraume, an gleichen Wunden an denselben Stellen gelitten zu haben. Damals waren die Schmerzen im Halse weniger bedeutend, und die ganze Krankheit verschwand ohne ärztliche Behandlung in kurzer Zeit. Es muss hinzugefügt werden, dass der allgemeine Zustand damals wohl besser gewesen sein mag, als gegenwärtig. Bei der sorgfältigen Untersuchung fand ich Folgendes: ein sehr gut gebauter und ernährter Mann, stöhnend, über allgemeine Erschöpfung, Appetitlosigkeit klagend. Temperatur indess nur etwas erhöht (ungefähr 38,5). Puls 82 parvus et mollis. In den inneren Organen (Lungen, Herz als auch Bauchhöhle) konnte ich keine Veränderungen entdecken. Keine Spur von Syphilis. Weder die Hals-, noch die Inguinaldrüsen waren vergrössert. — Kein foetor ex ore. — In der Nase — vorne: *deviatio septicoartilloginosa arcuata dextra laevis*; *hypertrophia concharum inferiorum et conchae mediae sui modica*. — Hinten fand ich (mit Hilfe der Rhinoscopia post.) mit Ausnahme unbedeutender Hypertrophie der hinteren Enden der unteren Muschel keine grösseren Veränderungen. Im Kehlkopfe leichte Trübung der wahren Stimmbänder. In der Mundhöhle jedoch an den Stellen, auf welche der Kranke zeigte — nämlich auf beiden hinteren Bögen konnte man zwei, sich an beiden Seiten des Zäpfchens in der Entfernung 1 cm von seiner Basis symmetrisch befindenden Geschwüre bemerken — an der rechten Seite das Geschwür, etwas kleiner und weniger deutlich. Die Ulcerationen sind oval. Der grösste Diameter — parallel mit den Bögen — ungefähr 1 cm. — Der kleinere — perpendicular mit dem obigen ungefähr 6 mm. Die Ränder dieser Geschwüre sind scharf abgethelt von den angrenzenden, wenig veränderten (leichte Röthung und Schwellung) Geweben. — Die Ulcerationen selbst sind oberflächlich mit einem grünlich-weissen Secrete bedeckt. Bei Berührung mit der Sonde wenig schmerzhaft — nicht blutend. Das Secret schwer zu entfernen. Die übrigen Theile der Schleimhaut, Mund und Rachenhöhle zeigen durchaus keine Veränderungen. Dem Kranken wurde Chinin (0,3) und Gurgeln mit Borsäure verordnet. Schon nach ein paar Tagen bei dieser indifferenten Behandlung fing der Schmerz im Halse an nachzulassen — das Aussehen der Geschwüre verbesserte sich — sie fingen an sich zu reinigen. Der allgemeine Zustand jedoch verbesserte sich relativ nur wenig (das Fieber nahm fast ganz ab, aber die Schwäche hielt an). Eine Woche später, d. h. 28. 2. 92, verschwanden die Geschwüre, ohne irgend welche Spuren (Narben) zu hinterlassen. Der allgemeine Zustand verbesserte sich auch,

obgleich die Schwäche bis zu einem gewissen Grade noch fort dauerte. Auf diese Weise dauerte die ganze Krankheit ungefähr 10 bis 12 Tage. Ungefähr am vierten Tage der Krankheit nach sorgfältiger Reinigung der Geschwüre (Gurgeln mit 4 0^o Borsäure) entfernte ich einen Theil des Secrets (von beiden Ulcerationen besonders) vermittelst einer sterilisirten Curette — zum Zwecke microscopischer Untersuchungen. Von den tieferen Schichten entnahm ich mit Hilfe einer glühend-heissen Platina-Nadel etwas von dem Sekret und übertrug es auf Agar-Agar (Strich-Cultur). Weitere Untersuchungen machte ich im bacterologischen Laboratorium des Kindlein Jesus-Hospital unter der Leitung des Dr. Jakewski — Chefs des Laboratoriums — und mit dem Beistande des Collegen Dobrowski.

Das Secret in gewöhnlicher Weise auf Object-Gläser vorbereitet und mit Gentiana violett gefärbt (eine sehr praktische Methode beschrieb Dr. Swiatecki in No. 10 der „Gazeta Lekarska“, d. h. Färbung durch Fliesspapier an Objectgläsern) zeigten sich in beiden Ulcerationen identisch — nämlich es wurden verschiedene Bacterien gefunden — besonders Coccen in verschiedenen Formen: einzeln, zu zweien (diplococci), in Häufchen (zoogloea), schliesslich in kürzeren und längeren Ketten (Streptococcen). Der Theil des Secrets — auf Agar übertragen — wurde in Thermostat bei einer Temperatur von 37 ° C. hineingesteckt. Nach ein paar Tagen erst konnte man auf der Oberfläche des Agars ausser Verunreinigungen durch die Cultur — besonders *Staphylococcus pyogenes aureus* — zwei Sorten von Culturen bemerken, — die eine in Gestalt von klaren weisslichen Pünktchen, die andere bedeutend grösser als die obige. Diese Culturen sah zu dieser Zeit Dr. Bujwid und erkannte in ihnen dieselben, die er in Heryngs Fällen cultivirt hatte und denen er den Namen: „*streptococcus monomorphus et variegatus*“ gab. — Einen Theil der Cultur dieser zwei Sorten von Bacterien impfte ich auf frischen Boden (Agar-Agar) und erhielt eine fast reine Cultur der obigen Bacterien, welche ich unter dem Microscope (bei Anwendung von Abbés Beleuchtungsapparat und des öligen Immersions-Systems — sowohl nicht gefärbte — in hängenden Tropfen (d. h. im lebenden Zustande) — als auch mit Gentiana-violett gefärbte — untersuchte. Ich fand ausser Coccen — einzelnen zu zweien und in Häufchen — hauptsächlich zwei Sorten von Streptococci. Die einen — kürzeren — waren von kleineren coccen, zu zweien (diplococci) zusammengesetzt, gebildet; die andern hingegen zeigten hauptsächlich lange, unregelmässig geschlängelte Fäden (in einem derselben zählte ich ungefähr 40 diplococci), aus grösseren Coccen bestehend, ebenfalls zu zweien zusammengesetzt. — Die letzteren färbten sich ungleichmässig — nämlich es waren in solchen Fäden Stellen (diplococci), welche sich entweder viel schwächer oder fast garnicht mit Gentiana-violett färbten. Zu weiteren Untersuchungen übertrug ich einen Theil der Strich-Cultur (auf Agar-Agar) auf Bouillon — und nachdem sie einige Tage hindurch im Thermostaten aufbewahrt war, bemerkte ich Trübung der Bouillon — hauptsächlich in den unteren Theilen, wo man kleine Fleckchen bemerken konnte. Ich versuchte auch Culturen auf Schaaln (Petri'sche), aber das Resultat war negativ. Und in der That gedeihen diese Culturen (wie ich von Dr. Bujwid mündlich erfuhr) auf den Schaaln nicht. Weiter habe ich Impfungen an Meerschweinchen gemacht, nämlich — eine dreitägige Cultur impfte ich 1. auf die Schleimhaut der Vagina an der rechten Seite; 2. an der Conjunctiva der unteren rechten Augenlider; 3. auf die Schleim-

haut der inneren Oberfläche der Oberlippe, auch an der rechten Seite. Ausgenommen jedoch eine leichte Röthung an den geimpften Stellen, welche sich indess schnell verlor, konnte man weiter keine wichtigen Veränderungen beobachten. — Auf diese Weise war das Resultat in meinem Falle, als auch in denen von Bujwid negativ.

Dies ist die genaue Beschreibung dieses Falles, welchen ich wegen seiner Seltenheit, sowie auch der ausgeführten bacteriologischen Untersuchung — (in Heryng's Fällen in zwei auf zehn, in denen von Massucci¹⁾) in einem auf drei der Veröffentlichung werth hielt.

Bei dem Vergleiche meines Falles mit den von Heryng beobachteten Fällen kann man sich leicht überzeugen, dass sie sich vollständig ähnlich sind. Dies wäre ein typischer Fall von: „angina ulcerosa benigna“, wenn nicht gewisse Verschiedenheiten, insbesondere bezüglich der Lokalisation des krankhaften Prozesses beständen. So z. B. behauptet Heryng, auf Grund seiner 10 Fälle, (was betreffs dieser ausserordentlich seltenen Krankheit eine gewissermassen bedeutende Zahl ausmacht), dass diese Ulcerationen sich nur auf den vorderen Bogen befinden und es bis zu einem gewissen Grade „signum pathognomonicum“ für diese Krankheit ist.

Dass dies aber nicht immer so ist, beweist mein Fall; Professor Masucci scheint auch — wenigstens nach den folgenden Worten zu urtheilen: „l'ulceration est oblongue et affecte, comme siège de predilection la voûte de palais et les fliers“ — nicht den vorderen Bögen diese Bedeutung, welche Heryng ihnen giebt, zuzuschreiben. Dass in den vorderen Bögen öfters diese Affection als in hinteren erscheinen kann, scheint mir nicht dem geringsten Zweifel zu unterliegen wegen der grösseren Reizung der ersteren von der Seite der mechanischen oder thermischen Insulten. Es kann auch sein, dass die vorderen Bögen irgend einen anatomischen Unterschied (so z. B. grössere Anzahl von Drüsen, Charakter des Epitheliums selbst, grössere Anzahl von Gefässen etc.) im Vergleiche mit den hinteren (und auch den übrigen Stellen der Mund-Schleimhaut) vorstellen. Diese Frage lässt sich nur auf dem Wege der entsprechenden anatomo-pathologischen Untersuchungen (welche sehr wünschenswerth wären) entscheiden. Ich bedaure sehr, dass ich — da ich jetzt mit einer anderen Arbeit, auch im Gebiete der pathologischen Anatomie beschäftigt bin — diese Frage nicht unternehmen kann. Auch kann die einzelne Erscheinung dieser Ulcerationen nicht als beständiges Symptom betrachtet werden, da Heryng selbst schon in einem auf 10 seiner Fälle doppelseitige symmetrische Geschwüre beobachtete. Dasselbe war in meinem Falle. Heryng sah auch diese Ulcerationen immer in der Nähe der Gaumenmandeln. In meinem Falle, umgekehrt, waren dieselben im oberen Abschnitte der hinteren Bögen ungefähr 1 cm vom Zapfchen entfernt. Mein Fall ist auch in dieser Richtung bemerkenswerth, weil es in „anamnesi“ gewisse Einzelheiten giebt, welche bis zu einem gewissen Grade, so viel man sich natürlich auf die Aussage des sonst ziemlich intelligenten Kranken verlassen kann, für die Aetiologie dieser Krankheit eine Bedeutung haben können. Ich meine hier den Missbrauch im Rauchen, was der Kranke selbst ausdrücklich behauptet und sogar mit dem jetzigen Zustande in Verbindung bringt. Auch die Thatsache, dass der Kranke, wie er angibt, im vorigen Jahre ein ähnliches Leiden bestanden hatte, könnte beweisen, dass bei unserem Patienten gewisse

¹⁾ Die Heryng'schen Rachenulcerationen. Int. Centr. No. 4. p. 504, 1892.

Stellen auf der Schleimhaut der Mundhöhle, nämlich auf den Bögen, welche „locum minoris resistentiae“ vorzustellen scheinen, besonders empfindlich gegen die Reizung von Seite des zu vielen Rauchens sind, dass also dieser Missbrauch, als „causa praedisponens“ betrachtet werden muss, um scheinbar spezifisches Gift einzunehmen. — Dieses Gift zeigte sich im Einklange mit Bujwid's, Heryngs, Masuzzi's und meinen Untersuchungen — von Bujwid sogenannte: „streptococcus monomorphus et variegatus“, d. i. zwei Formen von gewöhnlichem „streptococcus pyogenes“, wie Professor Ribbert aus Bonn vermuthet. Noch in einer anderen Richtung zeichnet sich mein Fall vor den von Heryng beschriebenen Fällen aus nämlich durch die Disposition der allgemeinen Störungen zum localen Process. Diese Störungen (allgemeine Schwäche, Erschöpfung etc.), im Allgemeinen ziemlich bedeutend ausgedrückt, dauerten noch eine gewisse Zeit sogar nach dem Verschwinden des localen im Allgemeinen sehr benignen und schnell verlaufenden Processes sogar nach indifferenten Behandlung). Im Allgemeinen, so wie es gewöhnlich bei jedem neuen pathologischen Prozesse der Fall ist, gibt es hier auch noch viel Dunkles, was nur die zukünftigen Arbeiten von Seite der verschiedenen Verfasser zu erleuchten im Stande sein werden. Wir wissen bis jetzt noch nicht ganz sicher, mit welchem Prozesse wir es zu thun haben. Dass es hier nichts Verwandtes mit irgend welcher constitutionellen Krankheit (z. B. Syphilis, Tuberculosis) oder Diptherie giebt, scheint nicht dem geringsten Zweifel zu unterliegen. Dies bestätigt sowohl mein Fall, als auch alle von Heryng beschriebenen Fälle. Ich werde hier nicht von der Differential-Diagnose zwischen dieser Krankheit und mehr oder weniger ähnlichen (so z. B.: angina ulcerosa Mackenzie's, Herpes, Looz, — schliesslich aphten, mit welchen, hauptsächlich mit der sogenannten angina aphtosa B. Fraenkel's, wirklich diese Krankheit, wie es auch Heryng angiebt — am meisten ähnelt) näher sprechen, weil alles dies in der obigen Arbeit Heryng's un- stehend mitgetheilt ist. Ich füge nur hinzu, dass diese Krankheit, wegen des wenig ausgeprägten Processes in dem Pharynx und auch un- bedeutender subjectiver Symptome gewiss mehr wie einmal unbemerkt geblieben ist. Es mag wohl sein, dass jetzt, wo wir Dank der Arbeit Heryng's von dem Vorhandensein dieses pathologischen Processes wissen, derselben mehr Aufmerksamkeit widmen werden. Dann kann es sich auch zeigen, dass die sogenannte: „angina ulcerosa benigna“ andererseits keine solche grosse Seltenheit ist. Es könnte dies schon das Erscheinen zweier Arbeiten von zwei berufenen Stellen (Professor Matusci von Neapel und mein Fall) gleich nach der Veröffentlichung von Heryng's Arbeit beweisen. Dann auch wird die klinische, als auch aetiologische (hauptsächlich, wenn wir in jedem Fall bacteriologische Untersuchungen vornehmen werden) Seite dieser Krankheit zweifellos viel gewinnen. Und diese Krank- heit wird aufhören so problematisch in Hinsicht ihrer Natur zu sein, wie sie jetzt ist. Es kann sein, dass der Name selbst „angina ulcerosa benigna“ sich als nicht passend zeigen und durch eine andere mehr wissenschaftliche Bezeichnung ersetzt werden wird.