

XI. Allgemeiner ärztlicher Verein in Köln a. Rh.

Sitzung vom 9. April 1883.

Herr Leichtenstern demonstriert zwei Scharlach-Nieren von excessiver Grösse. Die eine derselben hat eine Länge von 15, Breite von $7\frac{1}{2}$, Dicke von 6 cm und wiegt 298 gr, die andere ist 15 lang, 7 breit, 6 cm dick und wiegt 275 gr, beide Nieren zusammen somit 573 gr! Die beträchtlich vergrösserte Milz hat ein Gewicht von 480 gr. Der Fall betraf ein 21jähriges Mädchen (Gertrud Kreier), welche am 13. Tage nach Beginn des Scharlachs verstorben war. Unter den Erscheinungen sind hervorzuheben 1) die enorme Entwicklung des Scharlachs über den ganzen Körper; 2) die erst am 4. Tage der Krankheit auftretende Rachen-Diphtherie; 3) die hyperpyretischen Temperaturen ($42,1^{\circ}$ C.); 4) die starken Delirien, welche erst eintraten, als die Temperatur am 8. Tage spontan remittirte; 5) das Stehenbleiben der intensiven Hautröthe bei fortschreitender Abschuppung. Von grossem Interesse ist der Umstand, dass trotz der schweren Nierendegeneration und trotzdem täglich auf Eiweiss untersucht worden war, Albuminurie erst am Tage vor dem Tode constatirt wurde. Die mikroskopische Untersuchung der Niere ergab beträchtliche Glomerulonephritis, trübe Schwellung und molecularen Zerfall des Harnkanälchenepithels, Verbreiterung der Interstitien ohne Kernvermehrung. Die enorme Vergrösserung und Gewichtszunahme der Nieren hat ebenso wie deren anämische Farbe ihren Grund in dem hochgradigen Nieren-Oedem.

Sodann spricht R. über verschiedene irreguläre, atypische Formen des Scharlachs. Zu den deletärsten dieser Formen gehört jene, zum Glück seltene, in den Monographien über Scharlach meist vernachlässigte, wobei die Erscheinungen einer schweren Kehlkopf-Entzündung mit sofortigen intensiven Stenose-Erscheinungen das Symptombild eröffnen, während das Exanthem erst 24 oder 48 Stunden später kenntlich wird. R. schildert als Beispiel folgenden Fall: Ein 11jähriges Mädchen erkrankt, nachdem es sich noch völlig gesund zu Bette gelegt hat, in der Nacht mit heiserem Husten, rauher Stimme, zunehmender laryngealer Dyspnoë, welche bereits am folgenden Morgen die Tracheotomie zur Vital-Indication macht. Das Fieber ist geringfügig, die Prostration hochgradig, die Inspection des Rachens ergiebt eine kaum vermehrte Röthe ohne Schwellung der Schleimhaut. Die Temperatur steigt im Verlaufe des Tages höher und höher, erreicht gegen Abend 40° und darüber. Jetzt wird ein grossfleckiges, an der Brust alsbald confluirendes Scharlachexanthem sichtbar. Die Tracheotomie hat wenig Erfolg gehabt, die Erscheinungen der trachealen Stenosis, die Dyspnoë, dauern fort. Tod in der folgenden Nacht, nachweislich 30 Stunden nach Beginn der Krankheit. Wenige Tage später erkranken zwei Geschwister an regulärem Scharlach. Die Section ergab: Intensive Laryngo-Tracheitis mit grauen, streifenförmigen, nicht abwischbaren Belägen sowohl im Larynx als der Trachea. R. wirft die folgende Frage auf: Wenn das Kind bereits 18 oder 20 Stunden nach Beginn der Krankheit in Folge der Laryngo-Tracheitis diphtheritica gestorben wäre, also vor Ausbruch des Scharlachexanthems, so würde man den Fall wohl für eine foudroyante, schwere Diphtherie gehalten haben. Solche Fälle zeigen zur Genüge, dass die Scharlach-„Diphtherie“ (häufig ist sie keine „Diphtherie“, sondern eine intensive infectiöse Entzündung ohne membranöse Exsudation oder Nekrose) nichts anderes ist, als eine Localisation des Scharlachgiftes auf der dafür disponirten Schleimhaut des Rachens resp. des Larynx und der Trachea. Solche Fälle wie der geschilderte, lassen die Annahme eines „doppelten“ Giftes bei Scharlachdiphtheriekranken äusserst hinfällig erscheinen.

Im Anschluss hieran berichtet R. über einen schweren Scharlach bei einem 6jährigen Kinde (K. Schmitz), das bereits am 2. Tage des Scharlachs trotz äusserst geringfügiger, durchaus nicht „diphtheritischer“ Rachenaffection, enorme Lymphdrüsenanschwellungen beiderseits am Halse und in der Unterkiefergegend zeigte, wodurch eine beträchtliche Stenose des Cavum pharyngolaryngeum mit lauten stridorösem Athemgeräusche herbeigeführt wurde. Hierzu traten bereits 4 Tage später Anschwellungen des rechten Hand-, linken Schulter- und rechten Hüftgelenkes, welche sämmtlich den Ausgang in eitrige Gelenkentzündung nahmen. Successive wurden die vereiternden Drüsentumoren am Halse und die genannten Gelenke incidirt, drainirt,

mit Jodoform behandelt. Bis zum Lebensende wurde der Urin fast täglich auf Albumen untersucht und stets frei davon befunden. Dennoch deckte die Section eine grosse, weisse, stark fettig degenerirte Niere auf, bei geringfügigen Veränderungen in den Glomerulis. Dieser Fall lehrt:

1) Dass die Lymphdrüsenanschwellung am Halse nicht immer in Proportion steht zur Intensität der Rachenaffection. Schwerste Rachen-diphtherie hat oft nur unbedeutende Drüsenanschwellung zur Folge, geringfügige, das erythematöse Stadium nicht überschreitende Rachenaffectionen sind mit der Entwicklung enormer Lymphdrüsen- und Zellgewebs-Infiltrationen verbunden.

2) Dass in seltenen Fällen auch das Hüftgelenk an der serösen resp. eitrigen Synovitis scarlatina Theil nimmt.

3) Dass ein hoher Grad von Anämie und Fettdegeneration der Nieren ohne Spur von Albuminurie vorhanden sein kann.

R. erinnert hinsichtlich des letzteren Punktes an zwei von ihm beobachtete Fälle von Amyloiddegeneration, wobei trotz wiederholter sorgfältiger Untersuchung kein Albumen im Harn aufgefunden wurde.