

Über die

Pharyngitis sicca.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der hohen medizinischen
Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Ludwig Meess

approb. Arzt

aus

Karlsruhe.

Dekan:

Geh. Hofrat Prof. Dr. Erb.

Referent:

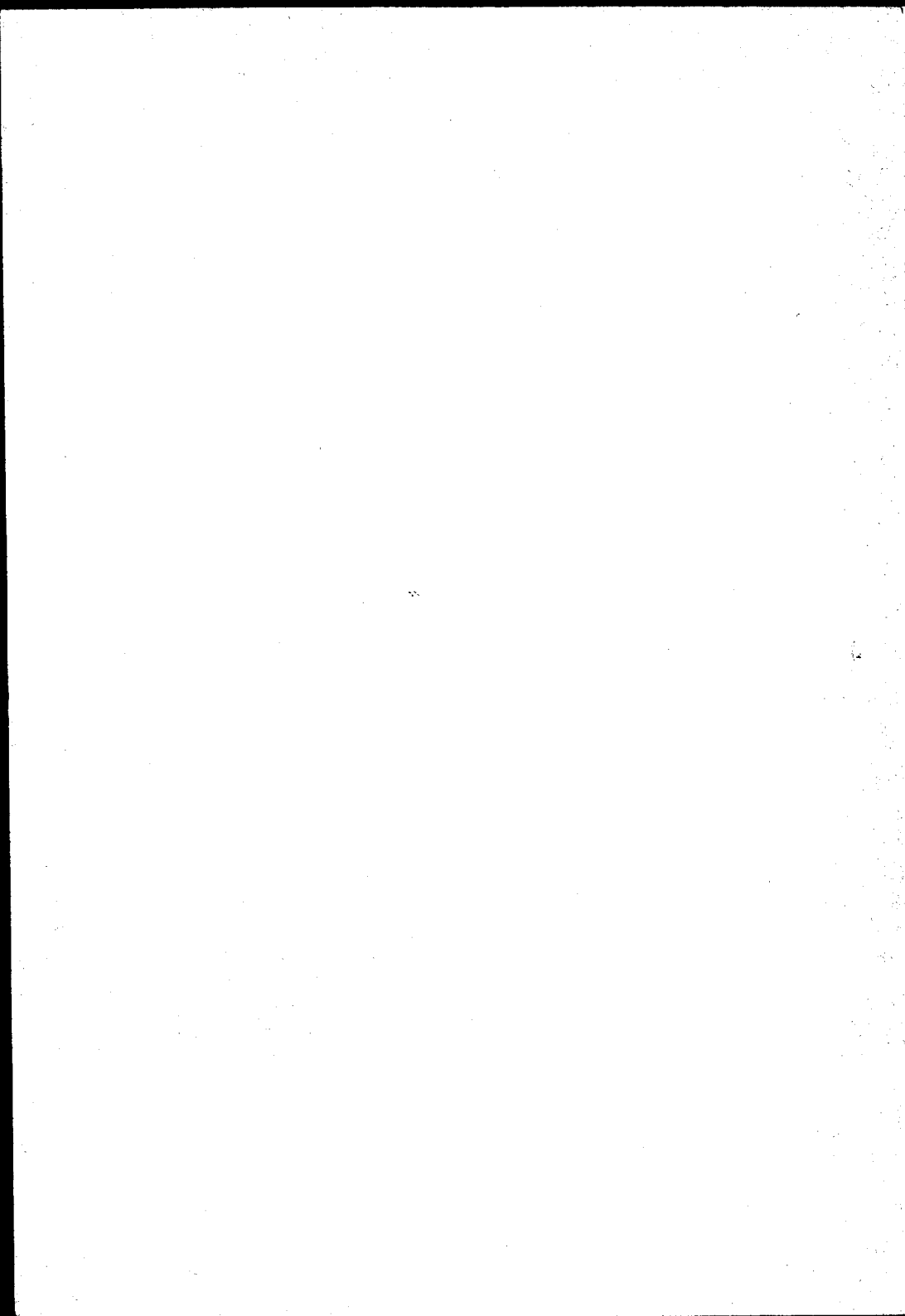
Prof. Dr. Vierordt.



Heidelberg.

Universitäts-Buchdruckerei von J. Hörning.

1891.



Über die

Pharyngitis sicca.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der hohen medizinischen
Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Ludwig Meess

approb. Arzt

aus

Karlsruhe.

Dekan:

Geh. Hofrat Prof. Dr. Erb.

Referent:

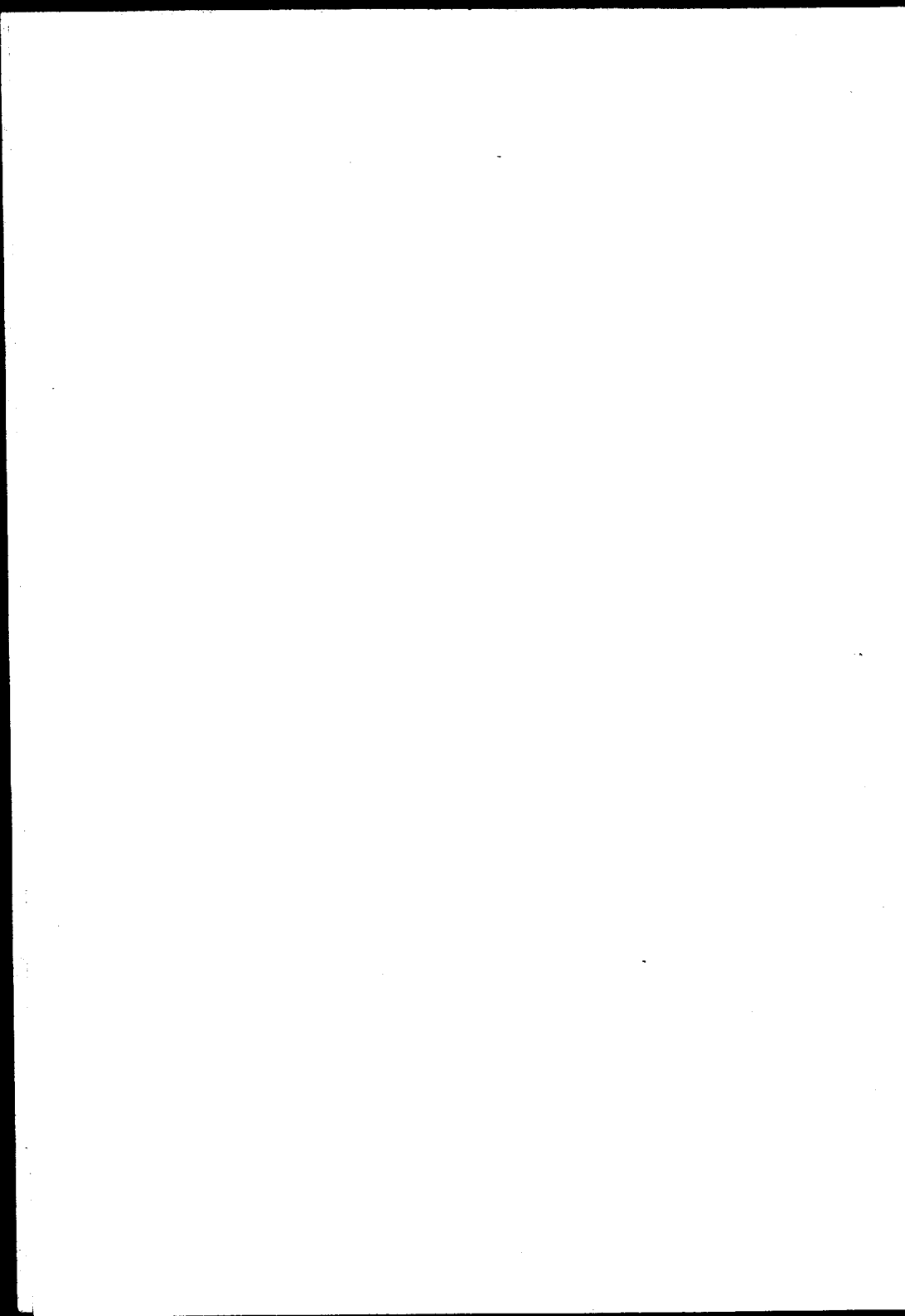
Prof. Dr. Vierordt.



Heidelberg.

Universitäts-Buchdruckerei von J. Hörning.

1891.

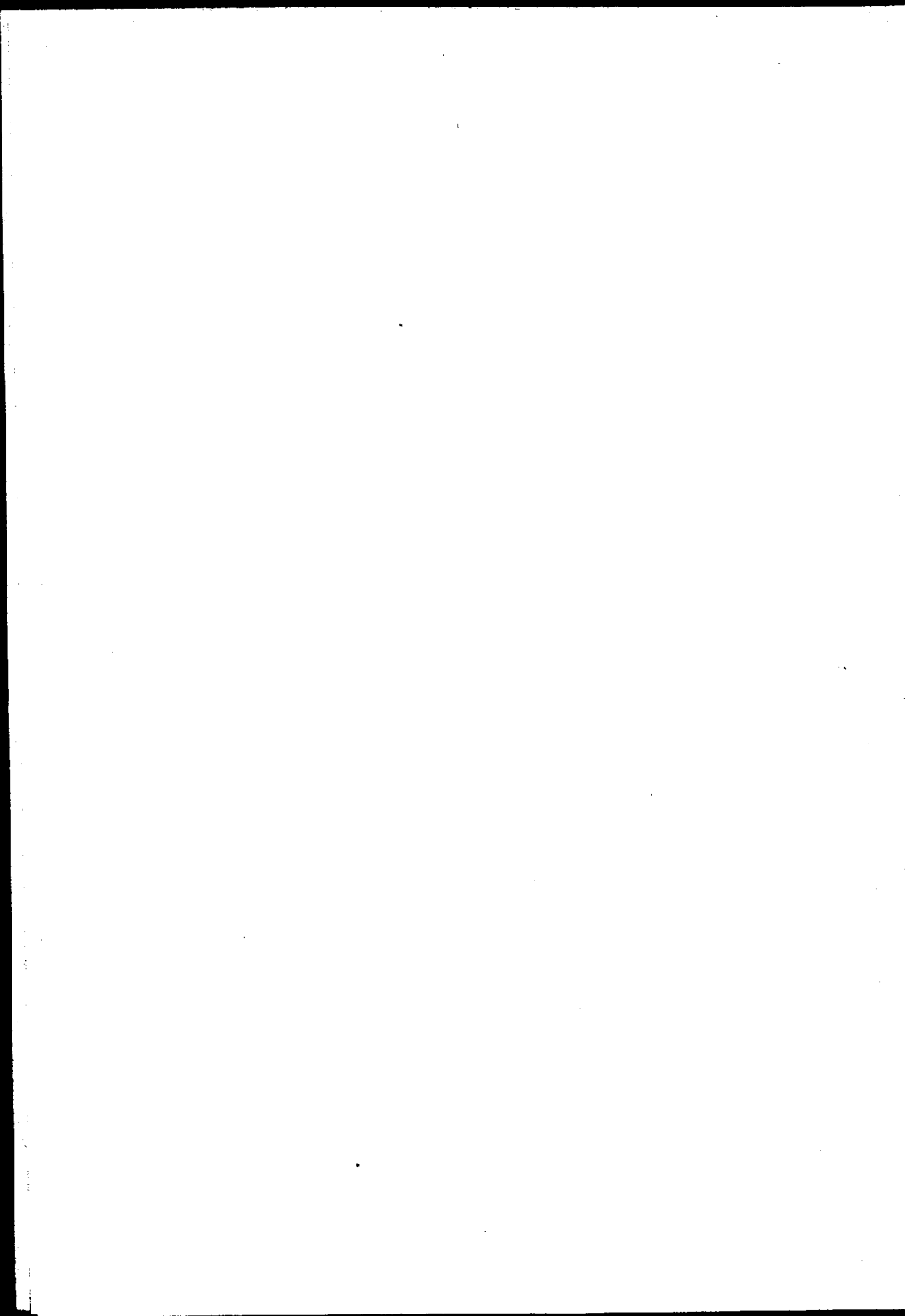


Seinen lieben Eltern

gewidmet

vom

Verfasser.



Wenn ich es versuche, im folgenden die Frage einer der hartnäckigsten Formen des chronischen Rachenkatarrhs, nämlich der Pharyngitis sicca, zu erörtern, so sind es insbesondere zwei Momente, welche mich dazu veranlasst haben. Einmal habe ich längere Zeit an der ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Rachen- und Nasenranke zu Heidelberg, unter Leitung des Herrn Professor Dr. Jurasz, mich beschäftigt und dabei Gelegenheit gehabt, eine Anzahl Fälle von Pharyngitis sicca, dieser ebenso auffallenden und merkwürdigen als für den Patienten lästigen Krankheitsform durch eigene Anschauung und Beobachtung kennen zu lernen. Ausserdem aber bin ich leider selbst seit mehreren Jahren unfreiwilliger Besitzer einer Pharyngitis sicca und bin deshalb in die Lage versetzt, über die Erscheinungen, sowie über den Verlauf derselben aus eigener Erfahrung Aufschluss geben zu können.

Es sei mir gestattet, zunächst etwas auf die Litteratur einzugehen und dabei zu zeigen, welche Ansichten die verschiedenen Autoren sich gebildet haben.

Erst in den letzten Jahrzehnten ist die Pharyngitis sicca zu einer genaueren Kenntnis gekommen, wie auch ihr Name erst dem Jahre 1863 entstammt. Vor dieser Zeit finden wir nur Andeutungen, und auch diese greifen nicht allzuweit zurück. Es ist auch kein Wunder, wenn bei dem allgemeinen Wirrwarr, der in früherer Zeit betreffs Kehlkopf und Rachen (ὁ und ἡ φάρυγξ) herrschte, diese Krankheit völlig unbeachtet blieb. Die ersten Spuren finden sich bei van Swieten¹⁾ und später bei C. A. Wunderlich²⁾, indem dieselben als ein Symptom der Pharyngitis Trockenheit des Rachens anführen; wenn man überhaupt berechtigt ist, diese Andeutung in solcher Weise zu verwerten. Etwas genauer schon beschreibt Cannstatt³⁾ diesen Krankheitszustand; unter den anatomischen Charakteren der Angina sagt er: „Die entzündete Mucosa scheint entweder trocken, oder mit einem kleistigen, grauen, weissen, gelben Schleim gleichmässig oder fleckweise, der sich meist auch auf die Basis der Zunge verbreitet, überzogen. Dieses Sekret hat bisweilen eine festere Beschaffenheit und wird pseudomembranartig, lässt sich jedoch leicht von der Schleimhaut hinwegnehmen; diese erscheint darunter gerötet. Man muss sich hüten, diese speckig aussehenden Stellen nicht für Geschwüre

1) Van Swieten. 1741.

2) C. A. Wunderlich, Handbuch der Pathologie u. Therapie. 1854.

3) Cannstatt, spezielle Pathologie und Therapie. 1855.

zu halten.“ Gueneau de Mussy¹⁾ erwähnt das manchmal glänzende, gleichsam gefirnisste Aussehen der Schleimhaut mit gleichzeitiger lästiger Empfindung von Trockenheit im Halse.

Nach Green²⁾ soll nach langer Dauer der Angine glanduleuse das Zellgewebe und die Muskelschicht des Pharynx der Atrophie verfallen. Der Rachen erscheine dadurch breiter und wie aus Höhlen bestehend. Horace Green glaubt, dass die Schleimhaut wieder hergestellt werden könne, die Wiederherstellung gehe von der rechten Seite aus.

Im Jahre 1863 beschreibt Lewin³⁾ die in Frage stehende Krankheitsform, mit der er sich eingehend beschäftigt, genauer und schlägt dafür, gestützt auf das hervortretendste Symptom derselben, den nichts präjudicierenden Namen „Pharyngitis sicca“ vor. Dr. Georg Lewin schreibt in dem Kapitel „Blutungen aus dem Cavum pharyngooreale bei katarrhalischer Entzündung“ folgendes: „Nicht selten finden auch Blutungen bei einer Pharyngitis statt, welche ich sicca nennen möchte. Bei dieser sieht man die Schleimhaut der hinteren Rachenwand wie eine straff gespannte, trocken glänzende, hochgerötete, dünne Membran, aus der einzelne geschwellte Drüsenöffnungen hervorragen. Ich glaube, dass diese Trockenheit durch die Aufhebung oder Beschränkung der Schleimsekretion in den verstopften, acinösen Schleimdrüsen bewirkt wird. Indem dann diese nicht hinreichend durchfeuchtete Schleimhaut in dauernden Contact mit der inspirierten atmosphärischen Luft kommt, kann sich hier eine Art trockenes Epithel bilden, wie beim Prolapsus der Vagina und des Rectums, wo sich wirkliche Epidermis durch Umwandlung der weichen Epithelzellen in hornige Epidermis bildet. Dass in solcher Schleimhaut durch die funktionellen

1) Gueneau de Mussy, *Traité de l'Angine glanduleuse*. 1857.

2) Horace Green, angeführt bei Gueneau de Mussy.

3) Dr. Georg Lewin, *Beiträge zur Inhalationstherapie in Krankheiten der Respirationsorgane*. 1863.

Bewegungen Risse entstehen, durch welche Blutungen bewirkt werden, ist sehr leicht erklärlich.“

Lewin behandelt die *Pharyngitis sicca* durch Zerstörung der oberflächlichsten Schicht der vertrockneten Schleimhaut mittelst *Tinctura Jodi*, indem er durch darauffolgende Inhalationen mit umstimmenden Mitteln die Ernährungsthätigkeit in der Schleimhaut wiederherzustellen sucht. Später wendet er abwechselnd Inhalationen von Tannin und Gurgelungen mit *Natrium bicarbonicum* mit gutem Erfolg an. Er erzählt einen Fall ausführlich, den er auf diese Weise vollständig geheilt hat.

Nachdem einmal Lewin die *Pharyngitis sicca* als besondere Krankheitsform aufgestellt und ihr den Namen gegeben hatte, war es eine natürliche Folge, dass derselben von da ab grössere Aufmerksamkeit von Seiten der Forscher geschenkt wurde, wie die zunehmende Zahl von Beobachtungen und Abhandlungen beweist. Der Name „*Pharyngitis sicca*“ wurde beifällig aufgenommen.

So beschreibt von Niemeyer¹⁾ unter dem Kapitel „chronischer Rachenkatarrh“ das Bild der *Pharyngitis sicca* und fügt hinzu: „Eine Form, für welche Lewin den ganz passenden Namen der *Pharyngitis sicca* vorgeschlagen hat.“ Leider wurde aber bald nach dem Bekanntwerden des Namens „*Pharyngitis sicca*“ dieser Bezeichnung eine andere als gleichwertig an die Seite gestellt, nämlich „*Pharyngitis atrophica*“ und sogar *atrophicans*. Ja sogar der Name *Ozaena* wurde für die *Pharyngitis sicca* missbraucht, indem man von einer *Ozaena pharyngea* sprach. Über den Wert dieser Namen werde ich später noch zu sprechen haben.

Es ist natürlich, dass von da an die Ansichten der Autoren auseinander gehen, indem die meisten sich zu dem Namen Pha-

1) Dr. Felix von Niemeyer, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie. 1868.

ryngitis atrophica bekennen, andere an dem von Lewin vorgeschlagenen Namen festhalten, da sie es verwerfen, einen Namen zu gebrauchen, für den keine Veranlassung vorliegt. Diese Partei sucht das Wesen der Krankheit lediglich in einer Sekretionsanomalie ohne Berücksichtigung des Zustandes der Schleimhaut selbst. Wieder andere ziehen es vor, die Frage nach dem Wesen dieser Krankheit unerörtert zu lassen.

Ein eifriger Verfechter der Atrophietheorie tritt uns in Brügelmann¹⁾ entgegen. Derselbe spricht von rareficierendem Katarrh des Rachens, sieht die Schleimhaut verdünnt, oft so sehr, dass die Muskelbündel durch dieselbe hindurchscheinen. Ferner beobachtet er längsverlaufende Furchen an der Schleimhaut, welche er als Überbleibsel der früheren Schleimhautfalten deutet. Es ist deshalb nicht recht verständlich, dass er eine Heilung, und dazu noch durch den Galvanocauter, für möglich hält.

Michel²⁾ leugnet die Selbständigkeit der Pharyngitis sicca. Nach seiner Ansicht kommt sie nur im Anschluss an eine Ozaena vor. Die Verstopfung der Nase an und für sich lässt er nicht als verursachendes Moment gelten. Er sucht das Wesen der Krankheit in einer mangelhaften Thätigkeit der Schleimdrüsen, einer zu spärlichen Sekretion von normalem, wasserhellem Schleim, der eintrocknet, sobald er aus den Drüsen an die Oberfläche tritt. Nach ihm bleibt die Wand unterhalb der Zungenwurzel infolge der Berührung der Zunge frei, ebenso die oberste Partie des Rachendaches infolge des reichlicheren Drüsenlagers der Rachentonsille.

Nach Morell Mackenzie³⁾ bildet die Pharyngitis sicca nur ein Symptom, das sowohl zu der hypertrophischen,

1) Dr. Wilhelm Brügelmann, die Inhalationstherapie bei den Krankheiten der Brust, des Halses, der Nase u. s. w. 1880.

2) Dr. C. Michel, zur Behandlung der Krankheiten der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes. 1880.

3) Morell Mackenzie, die Krankheiten des Halses und der Nase, übersetzt von Dr. Semon. 1880.

wie auch zu der exsudativen Form hinzutreten kann. Allerdings häufiger ist sie bei der exsudativen Form, deren Beschreibung zum Teil mit unsern Anschauungen über Pharyngitis sicca übereinstimmt. Er erwähnt eine Tendenz der Schleimhaut zur Atrophie; ob die exsudative Form nur das Resultat degenerativer Vorgänge in vorher hypertrophierten Follikeln, oder ob die Exsudation nur das Produkt einer pathologischen Sekretionsstörung ist, lässt Mackenzie unentschieden.

Ein selbstständiges Kapitel widmet Bosworth¹⁾ der Pharyngitis sicca, die er für eine besondere Form hält. Er beschreibt sie als eine chronische Entzündung der Rachenschleimhaut, die durch geringe Sekretion gekennzeichnet ist. Die rasche Eintrocknung des Sekrets an der Oberfläche wirke ihrerseits wieder hemmend auf die Thätigkeit der Drüsen. Er hält die Pharyngitis sicca durchweg für heilbar, nur müsse die Behandlung der Dauer des Leidens entsprechend lange und energisch durchgeführt werden. Er empfiehlt dazu warm die Nasenrachenspritze.

Für Identität von Pharyngitis sicca und Atrophie spricht sich Wendt²⁾ aus, der auch den Namen „rarefizierender Katarrh“ gebraucht.

Joal³⁾ will die Pharyngitis sicca als diagnostisches Zeichen für Diabetes Mellitus und Albuminurie verwenden. Auch er hält die Trockenheit im Halse für den Ausdruck eines atrophierenden Prozesses, der sich in den anatomischen Bestandteilen vollziehe infolge von Kräfterverlust, mangelnder Ernährung des Körpers, geringer Lebensfähigkeit der Gewebe.

1) Frank Huntington Bosworth, A Manuel of Diseases of the Throat and Nose. 1881.

2) Wendt (Lehrbuch der Pathologie und Therapie von Ziemssen. 1882), rarefizierender, trockener Katarrh der Nasenrachenhöhle und des Rachens. Pharyngitis sicca.

3) Joal, Revue mensuelle de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie par Moure. 1882. De l'Angine sèche et de sa valeur sémiologique dans la glycosurie et l'albuminurie.

Von Hering¹⁾ geschieht der Pharyngitis sicca nur kurze Erwähnung „à titre complémentaire“. Derselbe hält es, da die pathologische Anatomie ungenügend bekannt sei, für unmöglich zu entscheiden, ob es sich um Sekretionsstörung, oder Veränderung der lymphatischen Follikel, oder Veränderung der Schleimhaut selbst handle.

Fayseler²⁾ kommt in seiner Dissertation zu der Ansicht, dass die Pharyngitis sicca eine selbständige Krankheit sei, dass dieselbe mit Atrophie der Schleimhaut einhergehe und dass sie zwar leicht zu bessern, wegen der Häufigkeit der Recidive aber schwer zu heilen, oder gar unheilbar sei.

Grössere Bedeutung scheint mir zu haben die Ansicht von Roth³⁾. Derselbe versteht unter Pharyngitis sicca bloss eine Sekretionsanomalie, Sekretionsverminderung der Schleimhaut und unterscheidet verschiedene Formen, je nachdem die Schleimhaut entweder hypertrophisch, oder anscheinend normal, oder aber atrophisch ist. An anderer Stelle spricht er von Atrophie der Schleimhaut und sagt, diese atrophische Form von Pharyngitis sei identisch mit Pharyngitis sicca. Je nach der Form stellt er die Prognose verschieden und will auch die Therapie darnach eingerichtet haben.

Ein eifriger Kämpfer für die Berechtigung des Namens *atrophica* ist Bresgen⁴⁾ der dieselbe nicht als besondere Krankheit, sondern nur als eine Ausgangsform der chronischen Pharyngitis gelten lässt.

1) Dr. Th. Hering, Revue mensuelle de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. Nr. 5. 1882. De la pharyngite chronique en général et de la pharyngite latérale en particulier.

2) Fayseler, Thèse de Paris. 1883.

3) Dr. Wilhelm Roth in Wien: Die chronische Rachenentzündung, eine anatomisch-klinische Studie. 1883.

4) Dr. Max Bresgen, Grundzüge einer Pathologie und Therapie der Nasen-, Mundrachen- und Kehlkopfkrankheiten. 1884.

Löri¹⁾ weist hin auf den häufigen Zusammenhang von Pharyngitis sicca, resp. Atrophie der Rachenschleimhaut mit Morbus Brightii, Amyloidniere, Nierentuberculose, Herzverfettung, Diabetes Mellitus, sowie Cholera und anderen marantischen Erkrankungen.

Nach Lublinsky²⁾ ist die Pharyngitis sicca niemals als primäre Erkrankung anzusehen, sondern als der Folgezustand eines Katarrhs, „den Mackenzie einen exsudativen nennt“. Die Trockenheit soll eine Folge der bereits zu Grunde gegangenen oder atrophierenden, acinösen Schleimdrüsen sein.

Moure³⁾ fasst als Pharyngitis sicca, „oder besser atrophica“, eine chronische Entzündung des Rachens auf, charakterisiert durch dicke, rasch eintrocknende Sekretion. Er bestreitet die Übereinstimmung der von Joal bei Diabetes mellitus beschriebenen Erscheinungen mit der Pharyngitis sicca, leugnet ein selbständiges Vorkommen derselben, und behauptet, die Pharyngitis sicca sei nur die Fortsetzung der atrophischen Rhinitis. Nach seiner Anschauung erstreckt sich die Atrophie in hochgradigen Fällen über die Schleimhaut und Schleimdrüsen hinaus bis auf die darunter befindliche Muskulatur.

Wie Michel behauptet auch Bloch⁴⁾ die atrophierende Pharyngitis komme nur vor im Anschluss an Ozaena. Die Trockenheit des Rachens sei jedoch durchaus keine Manifestation der Atrophie, sondern er behauptet, dass im Gegenteil bei wirklicher Atrophie die Trockenheit nicht so hochgradig

1) D. E. Löri, die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfs und der Luftröhre. 1885.

2) Dr. W. Lublinsky, Pharyngitis sicca seu atrophica (Sonderabdruck aus der deutschen Medicinalzeitung Nr. 99. 1886).

3) Dr. E. J. Moure, Revue mensuelle de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie, fondée et publiée par le docteur E. J. Moure. 1887.

4) Dr. Emil Bloch, die Pathologie und Therapie der Mundathmung. 1889.

sei wie bei manchen anderen Formen von Pharyngitis, besonders von Katarrhen des Rachendaches. Er hält für möglich, dass die atrophischen Prozesse aus hypertrophischen hervorgehen, wie dies Schech¹⁾ für sehr wahrscheinlich erklärt und auch Cohn²⁾ befürwortet.

Nur kurz erwähnt wird die Pharyngitis sicca von Isambert³⁾, Schäffer⁴⁾, Scheff⁵⁾, Helmkampff⁶⁾ Strümpell⁷⁾ Schech und andern, indem dieselben teils einfach die Symptome beschreiben, teils auch für Atrophie der Schleimhaut plaidieren. Scheff hält die Pharyngitis sicca für unheilbar.

Wie schon oben erwähnt, wurde dem Namen Pharyngitis sicca leider der andere, Pharyngitis atrophica, oder sogar atrophicans, als gleichberechtigt an die Seite gestellt, und von den Meisten sogar bevorzugt; leider, denn während die Bezeichnung Pharyngitis sicca sich lediglich von der auffallendsten Erscheinung dieser Krankheitsform herleiten lässt, wird die Objektivität durch den Namen Pharyngitis atrophica gestört. Der ebenfalls bei manchen Autoren für Pharyngitis sicca gebräuchliche Name Ozaena pharyngea ist von vornherein zu verwerfen. Es ist eigent-

1) Dr. Philipp Schech, die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. 1888.

2) Dr. Hermann Cohn, die Pharyngitis chronica (Inaug.-Dissertation, Würzburg). 1889.

3) Isambert, Conférences cliniques sur les maladies du larynx et des premières voies. 1877. De l'angine scrophuleuse.

4) Dr. Max Schäffer, chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie, aus den Jahren 1875—1885. 1885.

5) Dr. Gottfried Scheff, Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Rachens u. s. w. 1886.

6) Dr. Hermann Helmkampff, Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Mundes und Rachens, sowie der Krankheiten der Zähne. 1886.

7) Dr. Adolf Strümpell, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie. Chronischer Rachenkatarrh. 1887.



lich unbegreiflich, wie man einen so klassischen Namen wie Ozaena, der ganz speziell nur für die eine Form, die foetide chronische Rhinitis, erdacht ist, einen Namen, den schon die Alten in seiner Bedeutung richtig zu würdigen wussten; wie man diesen durch Hinzufügung eines Adjektivum wie pharyngea und laryngea verwertbar machen will für Krankheitsformen, denen das Hauptcharakteristikum der Ozaena, der Gestank, vollständig fehlt. Man müsste denn gerade die Berechtigung dieses Namens von dem von Michel und später auch von Bloch betonten Zusammenvorkommen von Ozaena und Pharyngitis sicca herleiten. Es fragt sich nun, ob dem Namen Pharyngitis atrophica oder atrophicans, auch rarefizierender Rachenkatarrh genannt, ob diesem Gleichberechtigung und Gleichwertigkeit mit Pharyngitis sicca zuzusprechen sind, und in wiefern dies der Fall ist. Wenn die Autoren statt des Namens Pharyngitis sicca den Pharyngitis atrophica einführten und gebrauchten, so mag dies nicht etwa bloss durch die Sucht, neue Namen zu schaffen, bedingt worden sein, sondern die Ursache liegt wohl hauptsächlich darin, dass dieselben glaubten, in einer Atrophie der Schleimhaut das Wesen der Pharyngitis sicca entdeckt zu haben, und somit den nur auf Symptome gestützten ursprünglichen Namen durch einen besseren zu ersetzen, der am einfachsten die Krankheit zu charakterisieren im Stande sein soll. Es ist deshalb die Frage aufzuwerfen, ob wirklich die Atrophie der Schleimhaut notwendig und immer bei Pharyngitis sicca vorhanden ist, und ob hierfür Beweise vorliegen.

Massgebend für die Art und das Wesen einer Krankheit ist vor allem die pathologisch-anatomische Beschaffenheit der in Frage stehenden Gewebe. Erst in zweiter Reihe dürfen die klinischen Symptome zur Entscheidung herangezogen und mit Vorsicht verwertet werden. Wir sind aber gerade hier in der unangenehmen Lage, auf die pathologische Anatomie

verzichten zu müssen. Dass bisher diese Seite sich jeder näheren Kenntnis entzogen hat, ist keineswegs wunderbar, wenn man berücksichtigt, dass einerseits die Pharyngitis sicca an und für sich keine Todesursache abgibt, andererseits man es für einen besonderen Glückszufall erachten muss, wenn wir einen Patienten, bei dem zu Lebzeiten mit Sicherheit eine Pharyngitis sicca diagnostiziert ist, auf dem Sektionstische aus anderer Todesursache wiederfinden. Es sind mir keine pathologisch-anatomische Beschreibungen der Pharyngitis sicca zu Gesicht gekommen, denn auch die Beschreibung von Roth in seinem Werkchen „Die chronische Rachenentzündung“ bezieht sich meiner Ansicht nach nicht auf Pharyngitis sicca, sondern auf eine atrophische Schleimhaut. Und Roth selbst macht ja einen Unterschied zwischen Pharyngitis sicca und Atrophie, und zwar derart, dass er allerdings die Atrophie der Rachenschleimhaut für identisch erklärt mit Pharyngitis sicca, nicht aber umgekehrt die Pharyngitis sicca identisch mit Atrophie. Denn er versteht unter Pharyngitis sicca eine Sekretionsverminderung, die sowohl bei hypertrophischer als auch normaler, wie allerdings auch bei atrophischer Schleimhaut sich vorfinden kann. Zudem erscheint es nicht gerechtfertigt, von einem einzigen oder von einigen wenigen Fällen auf die Gesamtheit schliessen und die gemachten Befunde für alle anderen Fälle in Anspruch nehmen zu wollen. Da uns also hier die pathologische Anatomie im Stiche lässt, so sind wir darauf angewiesen, von den klinischen Erscheinungen ausgiebigeren Gebrauch zu machen und nach Art der Entstehung, nach dem Krankheitsbilde selbst, nach dem Verlaufe und endlich nach den etwaigen Erfolgen der Therapie unser Urteil zu gestalten. Es ist deshalb unsere Aufgabe, diese Punkte etwas näher ins Auge zu fassen.

Mein hochverehrter Lehrer, Herr Professor Dr. Jurasz, hatte die Freundlichkeit, mir zu diesem Zwecke das gesammte

Material der hiesigen ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Rachen- und Nasenkranke vom 1. Mai 1882 an bis Ende Januar 1891 zur Verfügung zu stellen.

Ueber die eigentlichen Ursachen der Pharyngitis sicca ist nichts bestimmtes bekannt. Die meisten Forscher nehmen nach dem Vorbilde von Horace Green praedisponierende und direkt anregende Ursachen an. — Zur Reihe der praedisponierenden Ursachen gehören die von französischer Seite verantwortlich gemachten, sogenannten „Diathèses (Dyscrasieen)“, so von Lasègue Gicht, Skrophulose, Diathèse herpétique und anderes; Andere finden, dass Pharyngitis sicca hauptsächlich bei alten, marantischen Personen und bei solchen, die durch schwere überstandene Krankheiten, oder durch schlechte Ernährung heruntergekommen sind, leicht vorkomme. Dass Pharyngitis sicca häufig bei anaemischen Individuen auftritt, davon uns zu überzeugen, haben wir selbst Gelegenheit gehabt. Dagegen vermisste ich die angeführte Häufigkeit im höheren Alter. Nach meiner Zusammenstellung kommt Pharyngitis sicca in jedem Alter vor, jedoch am wenigsten im Kindes- und Greisenalter. So finde ich bei 317 Fällen nur 2 bei Kindern unter 10 Jahren, ebenso nur 2 bei alten Leuten zwischen 70 und 80 Jahren. Dagegen nimmt die Zahl zu bis zu den 30er Jahren, so zwischen 10 und 20 68, zwischen 20 und 30 112 Fälle, von da an allmählich wieder ab, so zwischen 30 und 40 69, zwischen 40 und 50 40, zwischen 50 und 60 16, und zwischen 60 und 70 Jahren nur 8 Fälle. Demnach sind also die Altersklassen vom Beginn der Geschlechtsreife bis zum Erlöschen derselben die am stärksten beteiligten. Auch im Geschlecht ist ein kleiner Unterschied zu bemerken, insofern als das weibliche Geschlecht etwas häufiger befallen wird wie das männliche (168 gegen 149 Fälle). Besonders tritt dies hervor zur Zeit der beginnenden Pubertät.

Es ist nicht auszuschliessen, dass die Fälle, wo Pharyngitis sicca mit Atrophie der Schleimhaut einhergeht, gerade die durch Krankheit geschwächten oder altersschwachen Individuen betreffen.

Es kommen ferner in Betracht schon bestehende Erkrankungen des oberen Respirationstraktus; so wird von Mackenzie, Schech, Cohn und anderen angenommen, dass bei schon bestehendem Rachenkatarrh leicht Pharyngitis sicca hinzukommen könne; dann die Fortsetzung von Nasenkatarrhen auf den Rachen. Es ist diese Thatsache nicht zu bestreiten, jedoch scheint es mir unrichtig, für alle Fälle von Pharyngitis sicca eine gleichzeitig bestehende oder vorausgegangene Erkrankung annehmen zu sollen, da wir verschiedene Patienten hatten, bei denen Nase und Kehlkopf völlig normal waren. Ganz unhaltbar ist die Ansicht von Michel und Bloch, dass Pharyngitis sicca nur im Anschluss an Ozaena vorkomme, eine Ansicht, die auch schon früher durch Schech und andere widerlegt worden ist. Die von verschiedenen Autoren betonte Erblichkeit glaube ich etwas vorsichtig aufnehmen zu müssen. Bresgen will die Mundathmung für die Austrocknung der Schleimhaut verantwortlich machen. Darunter versteht er die Notwendigkeit durch den Mund zu athmen, wenn die Nasengänge durch chronischen Katarrh, Hypertrophie der Muscheln, sowie Hypertrophie der Rachentonsille und auch der Gaumentonsillen, endlich durch angeborene Polypenbildung verlegt sind. Bloch bestreitet, dass die Mundathmung eine Ursache für Pharyngitis sicca abgebe. Auch Stauungen im peripheren Venengebiet werden von einigen Forschern als Ursache angeführt.

In die Reihe der direkten Ursachen werden meist gezählt Rauch, staubige Gewerbe, wie chemische Fabriken, Tabakfabriken, Spinnereien, Mühlen, Zimmerarbeiten u. s. w., doch können wir diese nicht als direkte Ursachen gelten lassen. Allerdings sind diese Einflüsse wohl im Stande, eine schon be-

stehende Pharyngitis sicca zu verschlimmern, ebenso wie trockene Luft. Feuchte Luft, besonders nebeliches Wetter, ist für Besitzer einer Pharyngitis sicca entschieden angenehmer als trockene. Wir finden deshalb auch meist eine Zunahme der Pharyngitis sicca in den Sommermonaten.

Auch ist es unwahrscheinlich, dass übermässiges Tabakrauchen, wie auch Alkoholgenuß, scharfgewürzte Speisen und dergl. eine direkte Ursache für Pharyngitis sicca abgeben, denn gerade von Potatoren und Gewohnheitsrauchern wissen wir, dass bei ihnen viel häufiger ein diffuser, chronischer Katarth anzutreffen ist. Jedoch sind Alkohol und Tabak im Stande, eine bestehende Pharyngitis sicca in stärkerem Grade auftreten zu lassen.

Die von einigen Autoren, wie Mackenzie und Buron, beschuldigte Überanstrengung der Stimme bestreitet schon Bresgen als Ursache der Pharyngitis sicca; auch wir können dieselbe nicht dafür halten. Dass von denen, die durch ihren Beruf gezwungen sind, viel zu sprechen, wie Lehrer, Prediger, Agitatoren u. s. w., relativ viele zur Beobachtung kommen, dürfte seinen Grund darin haben, dass diese von der Pharyngitis sicca früher belästigt werden als andere.

Nicht unerwähnt mag bleiben, dass Mackenzie und Semon Geräumigkeit des Rachens als prädisponierendes Moment für Pharyngitis sicca annehmen.

Bei der heute bestehenden Neigung, die Ursache der Krankheiten in Mikroorganismen zu suchen, lag der Gedanke nahe, dass auch die Pharyngitis sicca auf Mikroorganismen beruhen könne. Ich habe es deshalb unternommen mit freundlicher Unterstützung des Herrn Dr. Ernst einen diesbezüglichen Kulturversuch zu machen. Ich ging dabei folgendermassen zu Werke:

Ich wählte eine Patientin, Frau Magdalene G., 33 Jahre alt, welche schon im Jahre 1888 wegen Ozaena und Pharyngitis sicca, ebenso im Jahre 1889 längere Zeit in der

Ambulanz hier behandelt worden war, und die auch 1890 von Januar an mit kurzen Unterbrechungen kontinuierlich in Behandlung stand. Die Pharyngitis sicca war eine sehr ausgesprochene, die Schleimhaut auffallend trocken und glänzend, mit grauen Schleimborken bedeckt. Von diesen Borken nun zog ich eine mit der über der Flamme geglühten Pincette ab, brachte dieselbe sofort in ein gut sterilisiertes, mit Wattepfropf verschlossenes Reagenzglas. Im pathologischen Institut wurde die Borke in ein mit Agar-Agar beschicktes Reagenzglas ausgestrichen und dieses wohlverschlossen in Zimmertemperatur gestellt. Im Verlauf von 24 Stunden gingen darin zwei Kulturen auf. Die eine wurde gebildet aus milchig weissen, ziemlich grossen, rundlichen, zerfliessenden Häufchen, die andere Form bestand aus einer grösseren Zahl kleiner, opak aussehender, fast miliärer Knötchen, die das Bestreben zeigten zu konfluieren. Die beiden Kulturen wurden sorgfältig getrennt, indem eine jede mit ausgeglühtem Platindraht in ein besonderes mit Agar-Agar beschicktes Reagenzglas übergeimpft wurde. Es entstanden auf diese Weise wieder die oben beschriebenen Kulturen. Zur mikroskopischen Untersuchung entnahm ich den Kulturen eine kleine Menge mit geglühter Platinnadel; strich dieselbe auf ein nasses Deckglas und zerrieb sie daselbst mit Hilfe eines zweiten Deckglases. Nachdem ich das Präparat lufttrocken gemacht und in der Flamme fixiert hatte, färbte ich mit Gentianaviolett resp. Methylenblau. Ich fand die erst beschriebene Kultur ausschliesslich aus grossen, ziemlich dicken Bacillen bestehend; dagegen war die zweitbeschriebene Kultur nicht rein, sondern setzte sich zusammen aus ziemlich kleinen, dicken Bacillen mit abgerundeten Enden und aus Mikrokokken. Beide Kulturen boten nach Ausspruch des Herrn Dr. Ernst nichts Verwertbares.

Nachdem wir uns so einen Überblick über die Ätiologie verschafft haben und dabei zu der Erkenntnis gelangt sind, dass die eigentlichen Ursachen der Pharyngitis sicca noch in

Dunkel gehüllt sind, liegt es mir ob, des Näheren auf das Symptomenbild der Pharyngitis sicca einzugehen.

Die Symptome haben wir zu trennen in subjektive und objektive. Das hervorragendste subjektive Symptom dürfte sein die Trockenheit im Halse; sie ist, abgesehen von überhaupt symptomlosen Fällen, stets vorhanden, wenn auch in wechselnder Stärke. Bei weitem am stärksten ist die Trockenheit des Morgens, wenn das Sekret die Nacht über während des Schlafes Zeit gehabt hat einzutrocknen. In vielen Fällen wird überhaupt nur morgens Trockenheit verspürt; in schwereren Fällen hält die Trockenheit den ganzen Tag über an, ja sie kann so beträchtlich werden, dass sie den Schlaf stört und das Allgemeinbefinden verschlechtert; es sind sogar Fälle von Nervosität und Hypochondrie infolge einer Pharyngitis sicca beobachtet worden. Die Trockenheit wird vorübergehend beseitigt durch Trinken und Essen, wahrscheinlich infolge der durch den erhöhten Blutzufluss vermehrten Sekretion. Das Gefühl von Trockenheit ist ferner sehr abhängig von der Witterung, bei trockener Luft nehmen die Beschwerden zu, während feuchte Luft, namentlich Nebel im Stande ist, sie vorübergehend zu beheben. Um die Trockenheit zu beseitigen, fühlt man das Bedürfnis, öfter zu trinken und noch häufiger leer zu schlucken; da jedoch hierdurch die Trockenheit nicht beseitigt, wohl aber die gespannte Schleimhaut gezerzt wird, auch einmal rissig werden kann, so kommt dazu noch das Gefühl von Brennen, Kitzeln und Wundsein; auch kurzes Husteln wird dabei öfters beobachtet. Bei stärkerer Schleimansammlung, besonders bei gleichzeitigem Katarrh des Nasenrachenraums, klagen die Patienten über lästiges Fremdkörpergefühl im Halse, das oft nach dem Essen sehr hochgradig wird. Auch ein Gefühl von Druck wird angegeben, das sich bis auf den Hinterkopf fortpflanzen kann. Die Bemühungen, den vermeintlichen Fremdkörper zu beseitigen, rufen ein fortwährendes Räuspern und Husteln hervor; dasselbe kann namentlich morgens so stark werden, dass

Würgen und auch Erbrechen erfolgen kann. Dass dies wieder von ungünstigem Einfluss auf den Magen werden kann, lässt sich begreifen. Manchmal gelingt es durch das Räuspern und Husten grosse Schleimfetzen, eingetrocknete, graugrüne, zähe Schleimborken herauszubefördern, oder es finden sich kleine Kügelchen eines zähen, glasigen, graugefärbten Schleimes vor. In einzelnen Fällen wird eine blutige Streifung des Schleimes beobachtet, wohl infolge von kleinen Einrissen und leichten Blutungen der trockenen Schleimhaut, sodass die Patienten befürchten, an Schwindsucht erkrankt zu sein.

Nicht selten treten spontane Schmerzen im Halse auf, die häufig streng lokalisiert sind; noch häufiger sind Klagen über Schmerzen beim Schlucken, insbesondere beim Leerschlucken. Das Schlucken kann durch heftiges Stechen fast unmöglich gemacht werden, während es in anderen Fällen unbehindert vor sich geht, im Gegenteil eine Erleichterung infolge der stärkeren Schleimsekretion mit sich bringt. Auch Schmerzen beim Sprechen werden manchmal angegeben. Kann das ein- und angetrocknete Sekret nicht entfernt werden, und kommt es zu Zersetzungen in demselben, so kann daraus foetor ex ore, schlechter, fader, pappiger Geschmack im Munde, Appetitlosigkeit, Übelkeit und Magenkatarrh resultieren.

Die Athmung wird durch die Pharyngitis sicca an sich wohl nicht behindert, bei gleichzeitig bestehender Rhinitis jedoch kann erhebliche Athemnot auftreten, und zugleich wird die Trockenheit vermehrt durch die infolge von Verstopfung der Nase notwendig werdende Mundathmung. Ist mit der Pharyngitis sicca noch eine Laryngitis sicca verbunden, so kann es durch die letztere zu den hochgradigsten Athemstörungen, ja zu förmlichen Erstickungsanfällen kommen. Auch ohne Erkrankung des Kehlkopfes kann die Pharyngitis sicca eine Veränderung der Stimme herbeiführen. Die Stimme ist meist etwas belegt, mitunter rauh und sehr wechselnd. Gewöhnlich ist die Stimme morgens relativ gut, wie ich aus

eigener Erfahrung weiss, nimmt dann im Laufe des Tages eine etwas heisere Klangfarbe an, ermüdet überhaupt rasch und leicht. Nach einer längeren Pause im Sprechen ist die Stimme wieder besser und kräftiger. Auch ist eine Reinigung des Rachens durch Gurgeln oder Auswischen von Einfluss auf die Stimme; es scheint durch die anhaftenden Schleimfetzen die Resonanz gestört zu werden, vielleicht spielt auch die geringere Exkursionsfähigkeit der trockenen Schleimhaut eine Rolle, oder es ist die Heiserkeit als ein Reflex aufzufassen. Ferner habe ich die Bemerkung gemacht, dass trockene und warme Luft, wie wir sie in Theatern u. s. w. haben, für den Augenblick wenigstens die Stimme günstig beeinflussen kann.

Durch Übergreifen des Prozesses auf die Tuba Eustachii kann es zu Schwerhörigkeit, Ohrensausen, Schmerzen im Ohre kommen.

Schliesslich verdient Erwähnung, dass in einer Reihe von Fällen reflektorische Symptome beobachtet wurden. Wenigstens waren Klagen über Brustschmerzen, Kopfschmerzen, besonders im Hinterhaupt, dann Schmerzen im Nacken, Rücken, den Ohren, der Zunge, unter den Schlüsselbeinen, sowie ausstrahlende Schmerzen vom Hals zu den Schultern als Reflexe zu deuten, da jegliche sonstigen Komplikationen, welche zur Erklärung dieser Symptome verwertbar wären, ausgeschlossen werden konnten.

Wenden wir uns zu den objektiven Symptomen, so fällt zunächst ins Auge die mehr oder weniger starke Trockenheit. In leichten Fällen sieht man nichts Abnormes mit Ausnahme eines leichten Glanzes und geringer Neigung zur Trockenheit. In stärkeren Fällen erscheint die Schleimhaut entweder diffus oder fleckweise intensiv trocken und deutlich glänzend, beinahe spiegelnd. Dieser Glanz hat zu den verschiedensten Vergleichen Anlass gegeben: Bald sieht die Schleimhaut aus wie mit dünner Wachsschicht, bald wie mit Collodiumhäutchen, bald wie mit einem grauen, mattglänzenden Firniss überzogen.

In den höchsten Graden erscheint der Rachen wie mit Pergament ausgekleidet, als ob er mit einer glatten, gespannten, sehnigen oder narbigen Membran austapeziert wäre. Diese Trockenheit und der Glanz mögen zum Teil durch Veränderung der Schleimhaut selbst bedingt sein; grösstenteils werden sie hervorgerufen durch eine Schleimschicht, die gleichmässig, tapetenartig die Schleimhaut überkleidet. Man kann sich davon überzeugen, indem man diesen Schleimüberzug entfernt. Derselbe lässt sich mit einer Pincette in Membranen abheben, oder mittelst der Rachenzange mit Wattetampons wegwischen. Es stellt sich dieser Schleimbelag dar als eine gleichmässige dünne Schicht von eingetrocknetem, zähem, glasigem Schleim, mit Epithelien und zahlreichen Eiterkörperchen, sowie Russpartikelchen untermischt. Ist es gelungen, die firnissartige Schleimschicht zu entfernen, so bekommt man nun erst die Schleimhaut selbst zu Gesicht. Dieselbe kann ein verschiedenes Aussehen darbieten. Manchmal ist sie gerötet, scharlachrot bis dunkelrot, sammetartig verdickt und aufgelockert, so dass sie sich wie bei diffuser, chronischer und hypertrophischer Pharyngitis darstellt. Andere Male zeigt dieselbe absolut keine wahrnehmbaren Veränderung, so dass sie nach der Reinigung nicht zu unterscheiden ist von einer normalen Schleimhaut; wieder andere Male, und dies namentlich bei schwächlichen, anaemischen, durch schwere Krankheiten heruntergekommenen Individuen, erscheint die Schleimhaut blass, zart, verdünnt, mitunter selbst sehnig. Für diese letzte Reihe von Fällen könnte man noch am ehesten Atrophie annehmen. Es spricht diese Thatsache dafür, dass mit der Pharyngitis sicca eine Atrophie der Schleimhaut verbunden sein kann, nicht aber dafür, dass sie vorhanden sein muss.

Die Pharyngitis sicca ist meist auf die Pars oralis pharyngis lokalisiert, geht jedoch häufig auf den Nasenrachenraum über, ja sie nimmt sehr oft am Eingang in denselben ihren Anfang. Dagegen scheint eine Ausbreitung nach

unten hin selten stattzufinden, sondern die Erkrankung macht hier in einer scharfen Grenze halt; wie Michel behauptet, infolge des Anliegens der Zungenwurzel am unteren Abschnitt der hinteren Rachenwand. Auch ein Übergreifen der Erkrankung auf die Gaumenbögen und das Gaumensegel, sowie die Uvula dürfte selten sein.

Die ziemlich seltene Laryngitis sicca wird von manchen für eine direkte Fortsetzung des Prozesses vom Pharynx auf den Larynx betrachtet, von andern dagegen für eine selbstständige Erkrankung angesehen.

Obwohl die Pharyngitis sicca öfters als einzige Erkrankung des oberen Respirationstraktus besteht, so ist sie doch häufiger von Komplikationen begleitet. Von diesen dürfte wohl die häufigste die Pharyngitis follicularis bilden, da fast stets, allerdings in verschiedener Grösse und Zahl, Follikelschwellungen zu sehen sind. Es hat sich daraus wohl bei einigen Forschern die Ansicht gebildet, es sei die Pharyngitis sicca ein Folgezustand, der Ausgang der Pharyngitis follicularis. Auch die andern Formen von Rachenkatarrh, Pharyngitis chronica, diffusa und retroarcualis sind nicht selten. Beobachtet wurden ferner Hypertrophieen der Gaumentonsillen, Papillom der Uvula, Rachenadenome und Tonsillitis lacunaris. Dass Tonsillitiden nicht nur eine Komplikation der Pharyngitis sicca bilden, sondern auch eine bestehende Pharyngitis sicca steigern können, habe ich an mir selbst erfahren. Ende Dezember 1890 erkrankte ich an einer Tonsillitis follicularis (lacunaris) mit Fieber und Drüsenschwellungen, nachdem 8 Tage zuvor Herr Professor Dr. Jurasz eine bedeutende Besserung meiner Pharyngitis sicca konstatiert hatte. Infolge der Tonsillitis blühte die Pharyngitis sicca neu auf und wurde stärker als zuvor. Eine weitere, häufige Komplikation bilden die chronischen Katarrhe der Nase und des Kehlkopfes. Am häufigsten ist von Seiten der Nase chronische Rhinitis, selten Rhinitis atrophica;

etwas häufiger Ozaena; auch hypertrophischer, oder diffuser Nasenkatarrh sind relativ oft zu konstatieren. Im Larynx ist am häufigsten zu finden chronische Laryngitis, nur selten Laryngitis sicca. Auch einige Fälle von einer Tracheitis sicca gelangten zur Beobachtung. Ausserdem kamen als Komplikationen vor: acute Laryngitis, phonische Parese, Recurrenslähmung, Kehlkopfpapillome, Phthisis laryngis et pulmonum, Deformitäten der Nase, Nasenpolypen, Perforation des Septum, Synechieen, Eczem der Nase.

Nicht unerwähnt darf bleiben, dass ein gewisser Zusammenhang zwischen Diabetes Mellitus und Pharyngitis sicca besteht, so dass Joal die Pharyngitis sicca zu diagnostischen Zwecken verwerten will. Allerdings sind nach der Anschauung von Moure die Erscheinungen bei Diabetes Mellitus nicht identisch mit Pharyngitis sicca. Auch Löri betont öfteren Zusammenhang zwischen Pharyngitis sicca und Albuminurie, Amyloidniere, Nierentuberculose, Herzverfettung, Cholera. In der Heidelberger Ambulanz ist dies nicht konstatiert worden. Endlich möchte ich noch erwähnen eine öfters zu beobachtende Geräumigkeit des Rachens, welche die Anhänger der Atrophielehre für eine natürliche Folge der Atrophie erklären, während Mackenzie und Semon angeben, dass eine geräumige Rachenhöhle die Entstehung einer Pharyngitis sicca begünstige.

Der Verlauf der Pharyngitis sicca gestaltet sich im Allgemeinen derart, dass ein langsames Fortschreiten und eine allmähliche Ausdehnung des Prozesses stattfindet. Jedoch ist dies durchaus nicht die Regel, sondern häufig ist der Verlauf ein schwankender, indem bald Besserung, bald Verschlimmerung auftritt. Als Beleg hierfür möge folgende Krankengeschichte dienen:

Gottfried J., Maurer, 43 Jahre alt, kam in hiesige Behandlung am 17. Februar 1887, klagte über Trockenheit im Halse, wenig Husten. Heiserkeit bestand erst seit Kurzem. Objektiv wurde nachgewiesen Diffuse

ryngitis. Starker Pharynxkatarrh mit dickem Schleimbelag. Am 27. März trat sehr starker ozaenöser Gestank auf. Am 1. Mai kommt J. wieder und gibt an, er habe sich Wochen lang wohlgefühlt. Am 6. November 1887 klagt J., nachdem er ein halbes Jahr zuvor gesund entlassen worden, über Heiserkeit und Kratzen im Halse. Die objektive Untersuchung ergab: Mässige Pharyngitis sicca ohne viel Schleim, beide Stimmbänder diffus gerötet, verdickt, auch etwas glänzend. Bis Anfang Januar 1888 wurde durch Pinseln des Larynx mit Chlorzink und Auswischen des Rachens erhebliche Besserung erzielt; nach einjähriger Pause kommt J. wieder mit den früheren Beschwerden. Die Trockenheit ist bei ihm besonders stark gegen Mittag, wird gebessert durch Aufnahme von Speise und Trank. Des Morgens ist viel schwer entfernbare Schleim im Halse angetrocknet. J. wischt sich in der Folge den Rachen selbst aus und fühlt sich dabei wohler; bisher ist J. nicht wiedergekommen.

Auch heute noch hatte ich die Freude, wesentliche Besserung konstatiren zu können bei einem Falle, der uns voriges Jahr längere Zeit beschäftigte. Frau Christine B., 35 Jahre alt, litt im Vorjahre an ausgesprochener Pharyngitis sicca. Die Schleimhaut war stark trocken mit glasigem, zähem Schleim bedeckt. Heute ist die Schleimhaut rein, zeigt nur noch eine leichte Neigung zur Trockenheit.

Aber nicht nur Besserung kann erzielt werden, sondern auch eine Reihe von Heilungen wurde beobachtet. Es ist deshalb die Prognose keineswegs so ungünstig, wie sie manche Autoren stellen zu müssen glauben, nur ist die Krankheit eben ganz ausserordentlich hartnäckig. Allerdings wird die Prognose dadurch etwas getrübt, dass sehr leicht Rezidive auftreten, wie wir in folgendem Falle sehr schön zu beobachten Gelegenheit hatten:

Heinrich K., 45 Jahre alt, Landwirt. Patient war früher stets gesund. Im Jahre 1879 hat sich Patient eine starke Erkältung zugezogen, wie es scheint eine Affektion der Bronchien. Nach Ablauf der übrigen Krankheitserscheinungen blieb Trockenheit und Kratzen im Hals zurück. Ausserdem hatte Patient sehr zu leiden durch das Gefühl eines Fremdkörpers im Halse, besonders des Morgens, ferner durch das hierdurch bedingte Würgen. Nach Auswurf zäher Schleimklumpen liess der Reiz nach. Die Trockenheit wurde durch Aufnahme von Speisen, sowie durch

Trinken besser. Der Appetit war gering. Dr. Stein untersuchte den Rachen des Patienten und verordnete Gurgeln mit einem Gemisch von Salbei, Essig und Honig. Diese Behandlung 3—4 mal täglich wurde $\frac{1}{4}$ Jahr lang fortgesetzt; darauf trat etwas Besserung ein. Im Jahr 1880 kam Patient in hiesige ambulatorische Klinik, woselbst hochgradige, deutlich ausgesprochene Pharyngitis sicca und Ozaena konstatiert wurden. K. wurde hier regelmässig ausgewischt, ferner wurden ihm Einathmung heisser Dämpfe und Nasendouche verordnet. Nach einiger Zeit waren die Erscheinungen verschwunden, auch objektiv liess sich nichts nachweisen. Nach längerer Pause traten die Erscheinungen von Neuem auf. Am 14. Mai 1882 finde ich verzeichnet: Patient war im vorigen Jahre wegen Ozaena und Pharyngitis sicca in Behandlung. Der Zustand hat sich bedeutend gebessert. Seit Kurzem wieder etwas Trockenheit. Objektiv: Die Rachenschleimhaut etwas trocken, aber nicht dünn wie früher. Nasenschleimhaut, untere Muschel atrophisch. Therapie: Betupfen mit Carbolsäuretampons. Dann: 22. Mai 1883: Seit 4 Wochen wieder Trockenheit im Halse. Patient hat die ganze Zeit Dämpfe gemacht und sich wohl gefühlt. Er glaubt, dass die Verschlimmerung durch Erkältung zustande gekommen sei. Er hat vor 6 Wochen Schnupfen gehabt. Momentan die Rachenschleimhaut geschwollen und trocken glänzend. Im Nasenrachenraum gleichfalls Trockenheit und Schwellung. Sonst Euphorie.

18. Januar 1885: Besserung. K. gibt genau an, dass stärkere Carbollösung besser und nachhaltiger wirke, und die Trockenheit darauf weniger auftrete.

26. März 1887: Trockenheit im Halse, besonders morgens, und Räuspern. Wenig Husten. Objektiv: Das Bild einer Pharyngitis sicca. Zeitweise Gestank aus der Nase und Gefühl von Trockenheit.

Ordiniert: Auswischen mit Carboltampons.

10. Januar 1888: Seit dem Spätjahr wieder etwas übler Geruch aus der Nase. Pharyngitis sicca besser.

16. Dezember 1889: Vor einem Jahr als geheilt entlassen. Übler Geruch blieb 3 Monate aus. Zur Zeit: Trockenheit im Halse und wieder Gestank aus der Nase. Objektiv: Rachen mit trockenem Schleim belegt. Ordiniert: Auswischen mit einer Lösung von Jod, Jodkali, Acidum trichloraceticum und Glycerin.

2. März 1890: Befinden bedeutend gebessert. Geruch aus der Nase sehr unbedeutend.

Wir haben also hier einen Fall vor uns, in dem vollständige Heilung konstatiert werden konnte, die allerdings leider nur zu schnell einem Recidiv weichen musste.

Was endlich die Therapie anlangt, so müssen wir gestehen, dass dies ein Gebiet ist, das noch sehr viel zu wünschen übrig lässt. Wir haben eben noch kein Specificum und sind deshalb auf das Probieren angewiesen. Prophylaktisch dürfte zu berücksichtigen sein, dass jeder akute Katarrh, jede Rhinitis, jede Pharyngitis acuta und chronica zu Pharyngitis sicca führen kann, und dürfte es sich deshalb empfehlen, bei dazu disponierten Individuen diese Disposition energisch zu bekämpfen.

Es ist nicht zu verwundern, wenn man versucht hat, mit den verschiedensten therapeutischen Massregeln von den verschiedensten Angriffspunkten aus vorzugehen, zumal da ja auch die Ansichten über die Natur des Leidens so weit auseinandergehen.

Im Grossen Ganzen finde ich eine doppelte Behandlung vorgeschlagen; einmal eine Allgemeinbehandlung, welche sich gründet auf die Ansicht, dass Anaemie, schlechte Ernährung u. s. w. den Boden bilden für Pharyngitis sicca.

Empfohlen wird der Aufenthalt an der See, einerseits der allgemein roborierenden Eigenschaften wegen, andererseits der Luftfeuchtigkeit halber, welche die Eintrocknung verhindert, und die eigene Erfahrung hat mich von dem günstigen Einfluss der Seeluft überzeugt. Es sei mir an dieser Stelle gestattet, etwas näher auf meine eigene Krankengeschichte einzugehen:

Ich selbst, L. M., 23 Jahre alt, war mit Ausnahme von Kinderkrankheiten und einer Nephritis scarlatinosa gesund. Erwähnen will ich, dass ich, wie auch meine drei Geschwister in früheren Jahren viel an Anginen zu leiden hatte. Im Winter 1885 auf 1886 war ich während meines Militärdienstes verschiedenen Erkältungsschädlichkeiten ausgesetzt und zog mir zweimal starken Katarrh zu. Seitdem klage ich über Trockenheit im Halse, mitunter, besonders morgens über Fremdkörpergefühl, sowie belegte Stimme. Ich machte anfangs Inhalationen mit Tannin, wurde dann von Dr. Hack (Freiburg) mit Milchsäure im Rachen ausgewischt, ausserdem wegen einer Synechie in der Nase galvanokaustisch behandelt. Im Jahre

1887 konstatierte Herr Professor Dr. Jurasz eine Pharyngitis sicca, sowie chronischen Nasenkatarrh. Ich versuchte nun die Heiserkeit durch lang fortgesetzte Inhalationen von Emser Wasser, doppeltkohlensaurer Natronlösung, Salzwasser, Karbolsäure zu bekämpfen, ohne eigentlichen Erfolg. Ferner versuchte ich den Rachenkatarrh zu beseitigen durch Auswischen mittelst der Rachenzange mit den verschiedensten Mitteln, jedoch ohne viel Erfolg. Jodkalium innerlich musste ich wegen starken Jodismus bald aufgeben. Im Jahre 1887, sowie im Jahre 1889 brachte ich jeweils 4 Wochen an der Nordsee (Seebad Borkum) zu und verspürte davon beide Male bedeutende Besserung. Die Besserung trat fast sofort mit Betreten des Strandes ein und hielt auch längere Zeit nachher an. Erst die Influenza anfangs 1890 brachte wieder Verschlimmerung.

Ich kann somit Aufenthalt an der See aus eigener Erfahrung empfehlen, wenn auch nicht als Heilmittel, so doch als geeignet, für längere Zeit Besserung herbeizuführen.

Die zweite Gruppe umfasst die lokale Behandlung. Fast allgemeine Gültigkeit haben hier die Inhalationen mit den verschiedensten Mitteln, einfachen Wasserdämpfen, Salzlösungen, Tannin u. s. w. erlangt. Ebenso beliebt ist das Gurgeln mit Salzwasser, Lösungen von Natrium bicarbonicum, mit Milch, schleimigen Dekokten und dergleichen mehr.

Mosler¹⁾ empfiehlt Spülungen des Nasenrachenraums, indem man einen Schluck Wasser in den Mund nimmt und durch abwechselnde Schluck- und Expirationsbewegungen das Wasser durch die Nase abfließen lässt. Ich muss gestehen, dass mir diese Art Rachenbad nicht gelingen will, dagegen vermag ich auf andere Weise den Nasenrachenraum von Schleimansammlungen zu befreien: Ich bringe mittelst kleiner Ballonspritze die betreffende Flüssigkeit in die Nase und entferne den Schleim durch eine Art Gurgeln im Nasenrachenraum, indem ich durch Anlegen des weichen Gaumens an die hintere Rachenwand einen Abschluss nach unten erziele.

Zweckmässig sind auch die Ausspritzungen mit der modi-

1) Mosler, angeführt bei Dr. Hermann Cohn.

fizierten Lennox-Brown'schen Nasenrachenspritze, wie sie Bosworth empfiehlt.

Ferner sind empfohlen Pinselungen der Rachenschleimhaut, entweder mittelst einfachen Pinsels oder etwas energischer mittelst der mit Watte umwickelten gebogenen Rachenzange. Auf diese Weise werden ebenfalls die verschiedensten Arzneimittel appliciert, und ich selbst habe eine grössere Anzahl derselben durchprobiert, wie Carbolsäure, Zinkchlorid, Natrium bicarbonicum, Creolin, Mentholin. Am besten fand ich stets eine Lösung von Jod in Jodkali und Glycerin (Jodi puri 0,1, Kalii jodati 1,0, Glycerini puri 20,0), die sogenannte Mandlsche Lösung, welche auch von Bresgen, Schech, Scheff, Moure, Strümpell und Anderen warm empfohlen wird. Bosworth empfiehlt ausserdem eine Reihe Stimulantien, wie Sanguinaria, Galanga, Creosot, Bromkalium, Benzoin, Mirrha, Belladonna.

Noch energischer soll die Jodtinktur wirken, von der Lewin in Abwechselung mit Inhalationen günstige Erfolge zu verzeichnen hatte.

Auch das Verätzen der Schleimhaut durch Argentum nitricum, sowie die oberflächliche Cauterisation mit dem Galvanokauter sind häufig angewandte Methoden. Nach Brügelmann ist allein durch letztere Methode Heilung zu erzielen. Auch Schäffer will 8 Fälle von Pharyngitis sicca mit günstigem Erfolg galvanokaustisch behandelt haben. Wie Cohn angibt hat auch Fraenkel günstige Wirkung davon gesehen. Ehrmann ¹⁾ behauptet, 3 Fälle von Pharyngitis sicca durch Verätzen mit Acidum trichloraceticum zur Heilung gebracht zu haben. E. Weil machte nach Cohn's Angabe Versuche mit Acetum pyrolignosum, allerdings ohne grossen Erfolg. Mir scheinen die Erfolge, welche durch Verätzung und

1) Dr. H. A. Ehrmann: Über die Anwendung und Wirkung des Acidum trichloraceticum bei den Krankheiten der Nase und des Rachens. (Separat-Abdruck aus der Münchener Med. Wochenschrift. 1890. Nr. 9.)

Galvanokauterisation erzielt worden sind, ein weiterer Punkt zu sein, der gegen Atrophie spricht, denn es wäre doch sonderbar, wie nun plötzlich an Stelle der atrophisch zu Grunde gegangenen Schleimhaut neue gesunde Schleimhaut infolge von Zerstörung der alten treten soll.

Zu versuchen wären noch Massage des Rachens, wie sie Cedernskjöld empfiehlt, sowie Elektrizität.

Endlich möge noch erwähnt werden, dass, während die meisten Autoren Vermeidung von Rauch und Enthaltung von Tabak gebieten, von andern in einzelnen Fällen Rauchen und Schnupfen empfohlen wird.

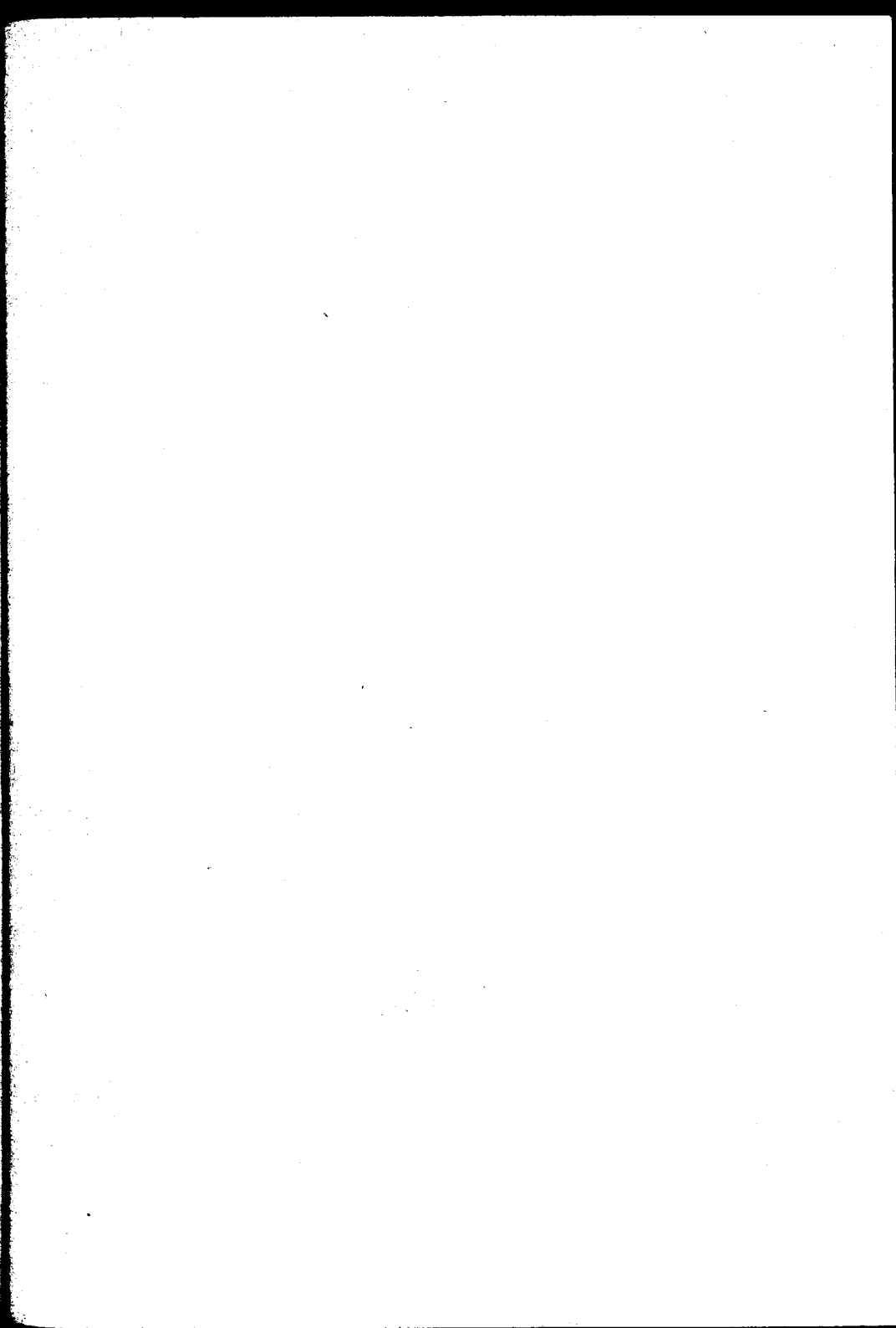
In letzter Zeit haben wir in der hiesigen ambulatorischen Klinik Versuche gemacht mit dem von Apotheker Dr. Schmidt-Achert in Edenkoben dargestellten Extractum castaneae vescae, das sich in vielen Erkrankungen des Respirationstraktus als vorzügliches Mittel erwiesen hat. Ich selbst konnte keine Besserung davon verspüren; von den noch in Behandlung stehenden Patienten will einer, ein stud. phil., alsbald Besserung bemerkt haben, um so bemerkenswerter, da derselbe, auch voriges Jahr mit verschiedenen Mitteln behandelt und gebessert, bestimmt behauptet, dass die Besserung diesmal bedeutend schneller als voriges Jahr eingetreten sei.



Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem hochverehrten
Lehrer, Herrn Professor Dr. Jurasz, für seine lebenswürdige
und thatkräftige Unterstützung meinen verbindlichsten Dank
auszusprechen.



11686



100000