



Circumscriptes entzündliches
Oedem der Epiglottis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Mittwoch, den 22. Mai 1889

Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Hermann Schmidt

Assistent am physiolog. Institut.



Opponenten:

Herr cand. med. Carl Scholz.

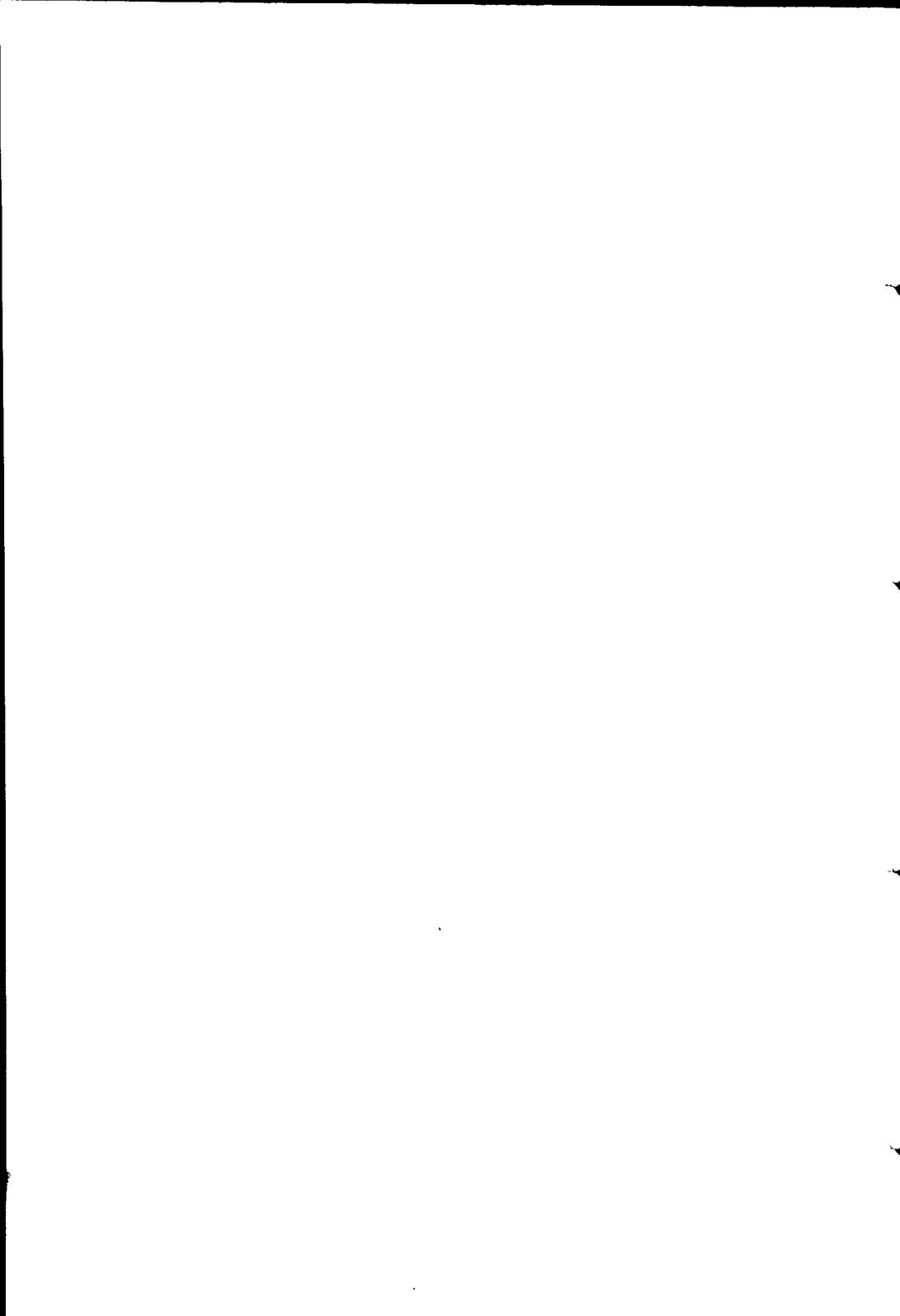
Herr cand. med. Emil Sprenger.



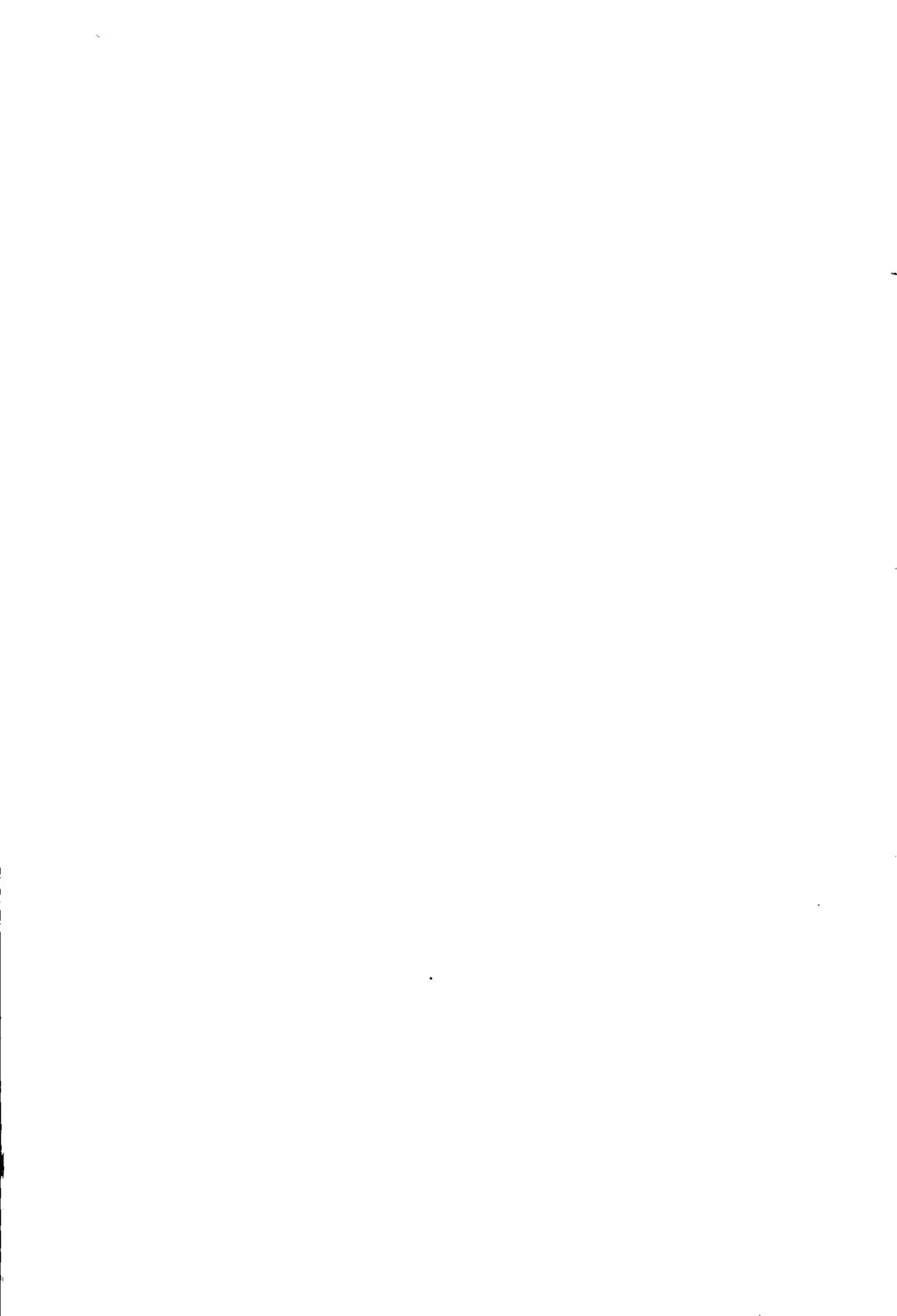
Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1889.



Seinem teuren Vater!



Unter circumscripitem entzündlichen Oedem der Epiglottis verstehen wir, der Bezeichnung gemäss, das acute Auftreten einer unter dem Bilde starker ödematöser Schwellung einhergehenden Entzündung des Kehldeckels. Eine solche zu diagnosticieren war bis zu der Zeit, wo man keine laryngoskopischen Untersuchungsmethoden zur Hand hatte, nicht möglich. Wenn auch bei geeigneter Mundstellung die Epiglottis, wenigstens ihr oberer Rand, gesehen werden und man pathologische Veränderungen derselben erkennen konnte, so war man doch bei der immerhin allgemeinen Unklarheit über die krankhaften Vorgänge am Kehlkopf selbst nicht in der Lage, eine Mitbeteiligung benachbarter Organe, der Aryknorpel, der Stimmbänder etc. mit Bestimmtheit auszuschliessen. Erst seitdem die Laryngoskopie ihre berühmte Epoche beginnt, lernte man die einzelnen Erkrankungen der genannten Organe diagnosticieren und von einander scharf abgrenzen. Während man also früher nur bis zu gewissem Grade der Wahrscheinlichkeit schliessen konnte, dass ein isoliertes entzündliches Ödem der Epiglottis vorkomme, dürfen wir heute auf Grund der Spiegeluntersuchung mit Sicherheit die Existenz desselben behaupten.

Es ist nunmehr nicht uninteressant zu sehen, dass schon von älteren Forschern, welche der vorlaryngoskopischen Periode angehörten, — wir müssen sagen — der Versuch gemacht wurde, ein solches Krankheitsbild zu präzisieren; so wird von modernen Autoren wiederholt in den Schriften auf „Albers,¹⁾ Erläuterungen zu dem Atlas der pathologischen Anatomie“, ferner „Home's²⁾ cases of inflammation of the Epiglottis“ und „Hennemann,³⁾ Epiglottitis chronica ac sudativa“, Berichte, welche zum Teil aus dem Anfang dieses Jahrhunderts stammen. Man darf also nicht vergessen, dass dieselben hinsichtlich ihres kritischen Wertes unter die oben aufgestellten Gesichtspunkte fallen.

Die Litteratur überhaupt nimmt gegenüber der Frage von dem isolierten Auftreten eines acut entzündlichen Ödems auf der Epiglottis eine reservierte Stellung ein. Erst in neuester Zeit lassen sich vereinzelte Stimmen über diesen Gegenstand klar vernehmen. So ist es zuvörderst Türck⁴⁾, der in seiner „Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes u. d. L.“ einige zuverlässige Mitteilungen veröffentlicht. Der-

1) Albers, die Pathol. u. Ther. d. Kehlkopfkrankheiten. Leipzig 1829, p. 48.

2) Home, cases of infl. of the epiglottis. Transact. of the society of medic. and chirurg. Knowledge Read 8. Juni 1808.

3) Hennemann, epiglottitis chronica ac sudat. Rostock und Schwerin 1835, p. 25.

4) Türck, Klinik d. Krankh. d. Kehlk. u. d. Luftröhre. Wien 1866, p. 146.

selbe sagt, dass es ihm mit dem Spiegel möglich gewesen sei, eine auf die hintere Fläche des Kehledeckels beschränkte entzündliche Schwellung zu constatieren. Durch Betasten mit dem seitlich in die Rachenhöhle eingeführten Zeigefinger überzeugte er sich von der Schmerzhaftigkeit des Kehledeckels. Türck weist zuerst auf den Unterschied in der Erkrankung der vorderen und der hinteren Epiglottisfläche hin, ein Umstand, dessen genauere Ausführung wir weiter unten uns vorbehalten müssen.

Dann ist es weiter Tobold¹⁾, welcher auf isolierte Entzündung der Epiglottis eingeht, das Krankheitsbild erörtert und selbst einen Fall mitteilt, in welchem die Entzündung in Folge von Erkältung eintrat: Der 26jährige Patient W., Maschinenarbeiter, welcher bisher gesund war, hatte sich in erhitztem Zustande der Zugluft ausgesetzt und trug alsbald eine Erkrankung davon, welche sich lediglich als stechender Schmerz im Halse kund gab. Die Schmerzen steigerten sich bald zu bedeutender Höhe. Die laryngoskopische Untersuchung, welche am folgenden Tage vorgenommen wurde, ergab einen „rötlichen, muldenförmig geformten Wulst, die vorn und namentlich an den Seitenrändern unförmlich geschwellte Epiglottis, während die übrigen Larynxteile unbeteiligt geblieben waren. Auch bei Depression der Zungenwurzel liess sich schon mit dem linken Zeigefinger der obere Epi-

¹⁾ Tobold, Laryngoskopie u. Kehlkopfkrankheiten, Berlin 1874 p. 212 ff.

glottisrand als runder, weicher Gegenstand fühlen. Ebenso konnte man einen noch grösseren Teil des oberen Randes direct zu Gesicht bekommen, wenn man mittelst des Zungenspatels die Zungenwurzel herunterdrückte und so beim eintretenden Würgakte das Emporsteigen des Larynx herbeiführte.“ — Unter dem Einfluss der eingeleiteten Therapie ging die Erkrankung in 13 Tagen schon zurück.

Im Jahre 1878 veröffentlichte unter der Bezeichnung Angina epiglottica anterior Dr. Michel¹⁾ aus Köln mehrere Beobachtungen, bei denen durch den Spiegel folgendes Bild erkannt wurde: „Eine wie eine dicke Haselnuss grosse, mehr oder weniger rote oder hellgraue, pralle, glänzende Geschwulst an der vorderen Fläche des Kehldeckels. Die fossae glossoepiglotticae waren fast vollständig verstrichen; die Knorpelsubstanz des Kehldeckels erschien etwas aufgeschwollen.“ Die subjektiven Symptome bezogen sich im Wesentlichen auf Schmerzen beim Schlingen und die Empfindung, „als sässe ein Knoten in der Kehle, wovon eine Beengung, sowie Ekel, Neigung zum Erbrechen ausgehe. Schleim und Speichelsekretion war stark vermehrt.“ Bei der eingeleiteten antiphlogistischen Behandlung erfolgt hier ebenfalls binnen wenigen Tagen völlige Genesung. Die mit knappen Worten den wahren Sachverhalt schildernde

¹⁾ Centralbl. für die medic. Wissenschaften, Berlin 1878, No. 1.

Darstellung gleicht sehr derjenigen von Gottstein, welche wir weiter unten zu erwähnen haben.

Am Ausführlichsten und Klarsten jedoch hat sich Stoerk¹⁾ über diese Verhältnisse ausgelassen. In seiner Mitteilung verdient vor Allem anerkannt zu werden, dass er in das Symptomenbild System zu bringen suchte, indem er je nach dem Sitz der Erkrankung eine günstige und ungünstige Prognose stellt und die consecutiven Möglichkeiten charakterisiert und von einander abstuft mit einer Klarheit, der wir bei diesem Autor immer zu begegnen gewöhnt sind. Auf Grund einer wiederholten Beobachtung schildert er den Krankheitsprocess in prägnanter Weise wie folgt: „Der Kehldeckel hat seine Weichheit und Biegsamkeit verloren und sich in einen mächtig verdickten, unförmlichen Zapfen verwandelt, den man meistens auch mit dem eingeführten Finger fühlen kann. Die Heftigkeit der Entzündung scheint ihren Grund in der grossen Straffheit des submucösen Gewebes und in dem in Folge der Infiltration bedeutend verstärkten Drucke zu haben. — In sehr vielen Fällen sehen wir es zur ödematösen Schwellung kommen, und zwar in den günstigsten Fällen dieser Art zu einer Schwellung der vorderen Fläche der Epiglottis. Es wird der ganze Raum zwischen Epiglottis und Zunge bis zu den Valleculis hinab von einem grossen prall gespannten ödematösen Sacke

¹⁾ Stoerk, Klinik der Krankheiten d. Kehlkopfs etc. Stuttgart, 1880, p. 200 ff.

ingenommen; doch tritt selbst bei der hochgradigsten ödematösen Schwellung der oberen Fläche keine Behinderung der Respiration ein.“

Bei Erkrankung der hinteren Kehldeckelfläche — so fährt Stoerk fort — droht die Gefahr der Suffokation. Hervorragend traten in die Erscheinung der Schmerz und die Schlingbeschwerden. — Des Weiteren zieht Stoerk die Consequenzen, welche die Erkrankung mit sich bringen kann, wenn sie auf benachbarte Organe sich wirft.

Dieser Darstellung reiht sich diejenige von Gottstein¹⁾ an. Wir müssten im Wesentlichen dasselbe sagen, wollten wir genauer auf den Gottstein'schen Bericht eingehen. Jedoch wollen wir nicht unerwähnt lassen, dass Gottstein constatiert, in den von ihm beobachteten Fällen die Ursache oder den Ausgangspunkt der Erkrankung nicht wahrgenommen haben.

Um das bisher Gesagte auch unsererseits zu bestätigen, sei es nunmehr gestattet, über einen gleichen Krankheitsfall zu berichten, welcher in der Greifswalder Poliklinik für Kehlkopfkrankheiten zur Beobachtung kam, und dessen Kenntnis Verfasser der Güte des Herrn Prof. Dr. Strübing verdankt.

Der Conditor Bruhn aus Demmin, bisher stets gesund, klagte zuerst am Mittag des 19. Februar a. c. über Schmerzen im Halse, die sich namentlich beim Schlucken bemerkbar machten und bald derartig

¹⁾ Gottstein, die Krankheiten des Kehlkopfs, Leipzig und Wien 1888, p. 81.

steigerten, dass Patient bereits am Abend nur mit Mühe Flüssigkeiten in geringen Quantitäten zu sich nehmen konnte. Während der nächsten Tage dauerten die Schmerzen mit gleicher Heftigkeit an und erreichten am Freitag den 22. Februar den höchsten Grad. An diesem Tage war der Patient kaum im Stande, flüssige Speisen zu schlucken, unter den heftigsten Schmerzen regurgitierten dieselben wieder, — sie „spritzen zurück“, wie der Patient charakteristisch sich ausdrückte. Gleichzeitig bestand starke Speichel- und Schleimabsonderung. Mit dem Eintritt der starken Schmerzen hatte sich auch eine gewisse Veränderung der Stimme gezeigt, welche, im Übrigen klar, doch einen eigentümlich dumpfen, klossigen Klang annahm. Vorübergehend — am 22. Februar — bestand Heiserkeit und Athemnoth. Im Wesentlichen blieb der Zustand am 23. und 24. Februar unverändert. Am 25. Februar wurde der Patient zur weiteren Behandlung Herrn Prof. Dr. Strübing überwiesen.

Die Klagen des Kranken beziehen sich hauptsächlich auf die intensiven Schmerzen, die das Schlucken fast unmöglich machen, und auf die starke Speichelsekretion und die Absonderung eines Sekrets im „Halse“. Letzteres verursachte Patienten dadurch Beschwerden, dass es zu schmerzhaften Schluckbewegungen, ev. auch zu Fehlschlucken mit nachfolgendem quälenden Husten Veranlassung gab. Die Stimme ist, wie oben bereits angedeutet, von einem eigentümlich gedämpften Timbre; Athemnot besteht nicht.

Die laryngoskopische Untersuchung ergibt: die Epiglottis ist von gesättigt roter Farbe und an ihrer vorderen und hinteren Fläche sehr stark bis zur Unförmlichkeit geschwollen; ihr Umfang lässt sich ungefähr mit der Dicke eines Fingergliedes vergleichen. Der stärkere Grad der Schwellung prägt sich an der vorderen Fläche aus. Die Epiglottis verdeckt den Kehlkopfeingang so vollständig, dass ein Einblick in denselben unmöglich ist. Nur die hinteren Partien der Ary-Knorpel sind sichtbar; die Schleimhaut zeigt hier eine mässige Injektion und geringe Schwellung. Bei starker Depression des Zungenrückens wird der obere Rand des geschwollenen Kehldeckels dem Auge auch ohne Spiegel sichtbar. Auf Druck ist die seitliche Halsgegend etwa in der Höhe des Zungenbeins, namentlich auf der rechten Seite empfindlich. Patient wird in das Krankenhaus aufgenommen.

Die Therapie bestand, da bei fehlender Athemnot zur Vornahme von Scarificationen keine Veranlassung gegeben war, in Application eines Eisbeutel auf den Larynx, in der Darreichung von Eispillen und Inhalationen von einer $\frac{1}{2}$ — 1 0/0 Lösung von Natr. brom.

Im Verlauf der beiden ersten Tage nahmen die Schmerzen stetig ab. Namentlich liess die Schwellung und Rötung der Epiglottis nach. An Stelle der bisherigen Inhalationen wurden solche mit $\frac{1}{2}$ 0/0 Tanninlösung in Pausen von 1—2 Stunden vorgenommen. Unter dem Einfluss derselben besserte sich der Zustand des Patienten schnell. Schon am 29. war die

Schwellung der Epiglottis soweit zurückgegangen, dass die hinteren Partien der Taschen- und Stimmbänder sichtbar waren. Auch hier bestand Rötung und geringe Schwellung. Der fernere Verlauf zeigte keine weiteren Störungen. Das Volumen der Epiglottis reduzierte sich immer mehr und mehr, der Kehlkopf wurde der Inspektion immer zugänglicher und die Untersuchung am 2. März liess wohl eine Rötung der vorderen und, soweit sichtbar, der hinteren Epiglottisfläche erkennen, im Übrigen hatte aber die Schleimhaut ihr normales Volumen angenommen.

Gehen wir auf den Complex der Symptome, welche unser Kranker bot, näher ein, so beherrschte eins zumal die Situation: es sind dies die Schluckbeschwerden. Dieselben steigerten sich bei ihm zu einer derartigen Höhe, dass er nicht im Stande war, auch nur das geringste Quantum Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Mit Recht schlägt daher Michel den Namen „Angina epiglottica“ vor. Auf dem Höhepunkte der Erkrankung hatte unser Patient das Gefühl, als „spritze“ die Flüssigkeit beim Schlucken wieder zurück. Bei Tobold finden wir die Angabe, dass die Flüssigkeit beim Schlucken vom Patienten unter kräftigen Hustenstößen aus „Mund und Nase“ wieder herausgeworfen wurden. Wie können wir uns das energische Regurgitieren der herabgeglittenen Flüssigkeit erklären? — Die Thätigkeit der gesamten Schlundmuskulatur ist bekanntlich eine synergistische. Allmählich gleitet der Bissen über



den Zungenrücken und die Epiglottis hinab nach dem Eingang des Ösophagus und wird, durch die Contraction der Schnürer am Isthmus faucium und Pharynxeingang in seiner Bewegung beschleunigt, in den Ösophagus „hineingespritzt.“ Um die erwähnten Störungen des Schlingaktes, bedingt durch die krankhaften Veränderungen der Epiglottis, zu verstehen, ist es erforderlich, in Kürze auf den normalen Schlingmechanismus einzugehen.

Dzondi¹⁾, dessen einfache und klare Auseinandersetzungen über diesen Gegenstand noch bis auf den heutigen Tag bei den Physiologen Anerkennung gefunden haben, unterscheidet beim Schlingen drei Stationen: „Die erste“, so sagt er „umfasst denjenigen Teil der schnellen Reise der Speisen und Getränke, welchen sie zwischen der Oberfläche der Zunge und dem harten Gaumengewölbe bis an das vordere Gaumensegel zurücklegen.“

„Die 2. Station oder der Akt des eigentlichen Niederschluckens, sensu strictiori, umfasst denjenigen Teil der Reise, welchen die Speisen vom vorderen Gaumensegel an bis zu den Constrictoren des Pharynx incl. zurücklegen d. h. bis dahin, wo sie von diesen Constrictoren in Empfang genommen werden.“

„Die dritte Station endlich umfasst den Weg, welchen die Speisen durch den Ösophagus in den Magen zurücklegen“ etc. etc.

¹⁾ Karl Heinrich Dzondi, die Funktionen des weichen Gaumens beim Atmen, Sprechen, Singen, Schlingen, Erbrechen u. s. w. Halle 1831.

Von dieser Einteilung interessiert uns bei der Betrachtung der Frage, wie die heftigen Regurgitationserscheinungen im vorliegenden Falle zu verstehen sind, vor Allem die „zweite Station“, bei welcher das Verhalten des Gaumens und der Epiglottis in Betracht kommt. Die Aktion der Gaumenmuskulatur, der Muskeln des *arc. glossopalatinus* und *glossopharyngeus*, sowie der Masse des weichen Zäpfchens ist teils eine passive, teils eine active, insofern durch das Volumen der zu schluckenden Nahrungssubstanz die genannten Teile nach hinten und der weiche Gaumen mitsamt dem Zäpfchen nach oben gedrängt werden. Dabei tritt gleichzeitig eine compensierende Aktivität der Muskeln ein, um einerseits die *vis a tergo*, welche den Bissen in den Nahrungstractus einführen soll, zu unterstützen; andererseits, indem sie mit Hilfe der sich peristaltisch contrahierenden Zunge einen Verschluss hinter dem Bissen bedingt und in gleicher Weise durch die straffe Ausspannung des *velum palatinum* den Nasenrachenraum abschliesst, ein Zurückweichen des Genossenen zu verhüten. Soll der zum physiologischen Schlingakt erforderliche Verschluss prompt in Wirksamkeit treten, so müssen vor allen Dingen die bezeichneten Muskelgruppen ihre gehörige Contraktionsfähigkeit besitzen. Die Lehre von den Lähmungen der besprochenen Rachenbezirke giebt uns Aufschluss über den Mechanismus des Schluckaktes bei Ausfall einer oder der anderen Muskelgruppen. Gleichwol kommt es unter nicht pathologischen Verhältnissen bisweilen

zu einer regelwidrigen Vollziehung der Schlucktätigkeit, einer Erscheinung, welche Jedermann an sich beim sog. Verschlucken wahrnehmen kann. Hierbei geschieht es sehr oft, dass Speiseteilchen, den vorgeschriebenen Weg des Schlundtractus während ihres Passierens verlassend, in die Choanen oder den Kehlkopfeingang gelangen und hier je nachdem Nies- oder Hustenbewegungen durch reflektorische Reizung erzeugen. Wie ist in einem solchen Falle nun das Verhalten der Schlundmuskulatur aufzufassen? Es ist klar, dass ein Zurückdringen von Speiseresten nur dann stattfinden kann in die Choanen oder den Kehlkopfeingang, wenn diese Öffnungen von den sie bedeckenden Organen nicht vollkommen verschlossen worden sind. Da nun in der Mehrzahl der Fälle das Verschlucken durch eine Beschleunigung der Schlingbewegungen zu Stande kommt, so müssen wir annehmen, dass bei richtig intendiertem Muskelmechanismus das Gaumensegel sozusagen in seiner Tätigkeit von den Synergisten überrascht, überholt, und so die Coordination des im Ganzen complicierten Bewegungsaktes gestört wird, so dass also Teile des Bissens, bevor sie tiefer in den Schlund dringen konnten, Zeit fanden, in die verkehrte Passage zu gelangen. Wir müssen also, den gegenteiligen Fall gesetzt, annehmen, dass bei richtig eingesetzter und mit Musse ausgeführter Schlucktätigkeit dieselbe in ihren einzelnen Phasen a tempo sich vollzieht, gewissermassen wie das Ineinandergreifen der Räder eines Uhrwerkes.

Um nunmehr über das Verhalten des Kehlkopfeingangs, speciell des Kehldeckels, zum Schluckakt klar zu werden, müssen wir den Vorgang des Schluckens, wie er sich vom Isthmus faucium ab vollzieht, weiter verfolgen. Von der bezeichneten Stelle ab haben wir es mit zwei Canalsystemen zu thun, deren physiologische Funktionen in einem gewissen Ausschliessungsverhältnis zu einander stehen, oder, um es mit einem trivialen Worte zu umschreiben: die Speiseröhre ist nicht zur Aufnahme von Luft bestimmt und die Luftröhre — was das Wichtigere ist, nicht geschickt zur Aufnahme substantieller Stoffe. Aus diesem letzteren Umstande erklärt sich die Notwendigkeit des ganzen verwickelten Bewegungsvorganges, der sich während jedes einzelnen Schluckaktes normaler Weise und — wie man sagen darf — ebenso reflektorisch vollzieht, wie die einzelnen Muskelaktionen beispielsweise beim Gehen. Wie wir uns hierbei nicht über jede einzelne Phase der Bewegung Rechenschaft geben, wie weit dieselbe auszudehnen ist, welche Kraft wir aufzuwenden haben etc. etc., so vollziehen wir auch spontan, ohne weitere Überlegung, die in ihren einzelnen Componenten so verwickelte Mechanik des Schluckens. Aus der physiologischen Bestimmung der beiden Röhrensysteme ergibt sich, dass, wenn der Schluckakt vor sich geht, um regelwidrige Collisionen fern zu halten, die Athemthätigkeit so lange sistiert und vor allem die Eingangsöffnung des Athmungstractus aus der für sie jetzt ge-

fährlichen Nachbarschaft der Pharynxöffnung entrückt und gleichzeitig gegen den vordringenden Bissen, einen Fremdkörper im Sinne der Pathologie, abgeschlossen werden muss. Kurz gesagt, haben wir es mit 2 Phasen in der ganzen Aktion zu thun, von denen die erste das nach vorn Bewegen des Larynx, die zweite den wirksamen Verschluss derselben in sich begreift. Soll ein Eindringen von Speiseteilchen in den Larynx, das Verschlucken *κατ' ἐξοχήν*, verhindert werden, so muss der Kehlkopf von der Pharynxöffnung möglichst entfernt, in seiner ganzen Gestalt nach vorn gezogen werden. Dies geschieht wesentlich durch die Muskulatur, welche zwischen Kiefer und Zungenbein verläuft. Ein ferneres Moment, welches die Trennung der beiden qu. Passagen bewirkt, ist die Wölbung des hinteren Zungenrückens, bedingt im Wesentlichen durch die eigene Kontraktion der Zungenmuskulatur und die Erhebung des Zungenrückens durch den *M. styloglossus* etc. So kommt es, dass der Kehlkopfeingang gewissermassen unter den Zungenrücken geschoben wird während des Schluckaktes. Ein drittes Moment endlich, welches das Fehlschlucken verhüten soll, geht aus vom Larynx selbst. Indem einerseits durch die Auflagerung des Kehldeckels auf den Eingang des Larynx dieser nach aussen abgeschlossen, andererseits durch die Constrictoren des Kehlkopfs (Czermak¹) die Stimm-

¹) cf. Landois, Lehrbuch der Physiologie § 315. II. 2.

ritze geschlossen wird, ist der Larynx gegen das Eindringen des Bissens gesichert.

Auf die einzelnen Controverse in der Theorie über das Verhalten des Kehldeckels beim Schluckakt einzugehen, ist ein wenig fruchtendes Unternehmen, da einschlägige Versuche an Thieren, welche die beste Beobachtung zulassen, für eine befriedigende Erklärung doch nicht ausreichen. Welche Rolle aber die Epiglottis für den Verschluss des Kehlkopfes beim Schlucken spielt, erhellt aus den Störungen, die nach doppelseitiger Lähmung des *N. laryng. sup.* z. B. nach Diphtherie auftreten. Ist die Epiglottis und der obere Teil des Kehlkopfes im Bereiche dieses Innervationsgebietes anästhetisch, so ist das Verschlucken die nächste Folge. Im klinischen Bilde bekommt dasselbe eine besondere Bedeutung, da es, wie Beobachtungen von v. Ziemssen¹⁾ zeigen, zur Aspiration der beim Schlucken in den Kehlkopf gelangten Nahrungsmittel, zur Schluckpneumonie und damit zum Tode des Individuums führen kann.

Kehren wir nun nach dieser kurzen Abschweifung zum vorliegenden Falle zurück, so haben wir es zu thun mit einer in hohem Grade ödematös entzündlichen Epiglottis. Hierdurch ist ein neuer Faktor gegeben, welcher das Schlingen wesentlich modificiert. Durch ihre starke Vergrößerung bildet sie an sich

¹⁾ v. Ziemssen, spezielle Pathologie und Therapie IV. 1 pag. 417.

schon ein mechanisches Hindernis für das gleichmässige Hinabgleiten des Bissens. Derselbe muss in seiner bis dahin durch die Mundhöhle geformten Gestalt verändert werden und sein Durchtreten ist erschwert, oder die Geschwulst ist, wie in unserem Falle für den Pharynx eine so grosse Raumbeschränkung, dass Speisen, wenigstens geformter Art, überhaupt nicht mehr geschluckt werden können. Dabei ist zweitens zu beachten, dass der Entzündungsvorgang die Epiglottis hyperästhetisch macht. Während schon das leise Berühren des gesunden Rachens oder Kehldeckels zu Würgen und Erbrechen Veranlassung giebt, so können im Zustande der Entzündung geradezu stürmische Reaktionen ausgelöst werden. Dies war bei unserem Patienten durchaus der Fall. Derselbe empfand bei jedem Schluckversuche heftige Schmerzen, so dass er, ehe noch die Aktionen der Muskulatur des Pharynxeinganges perfekt geworden, den Schluckakt plötzlich sistieren musste und dabei durch energische Reaktionen der genannten Teile die Speisen durch den Mund und die Choanen, deren Eingang in jenem Augenblicke vom *velum palatinum* noch nicht verschlossen war, auswarf. So ist es zu verstehen, dass durch das plötzliche Sistieren des Schluckaktes in Folge der heftigen Schmerzempfindung und die dadurch gleichzeitig reflektorisch erregte, man könnte wohl sagen, antiperistaltische Aktion der Muskulatur eine Utordnung in dem coordinierten Zusammengreifen derselben herbeigeführt wurde, in

Folge deren die nun zurückgeworfenen Speisen den Nasenrachenraum teilweise geöffnet finden.

Ein anderes, gleich wichtiges Moment, nämlich die Unbeweglichkeit der Epiglottis, ist noch kurz zu erörtern. Die letztere ist durch ihre Volumvergrößerung sehr in ihrer Beweglichkeit gehemmt, da gleichzeitig durch das entzündliche Ödem und die hierbei gesetzte seröse Infiltration der Muskeln die Bewegungen des Kehldeckels paretisch geworden sind. So kann es, wenn trotz der so bedingten unvollkommenen Verschlussfähigkeit des Kehlkopfeingangs der Schluckakt vor sich geht, wohl erfolgen, dass Nahrungsmittel in den Kehlkopf gelangen, dass der Patient sich mit hin verschluckt und zu heftigen Hustenstößen veranlasst wird. Die aus solchen Anomalieen sich ergebenden Consequenzen eröffnen eine weite Perspektive für das Auftreten neuer Erkrankungen von Seiten des Respirationsapparats.

Resümieren wir, so lassen sich die Krankheitserscheinungen mit wenigen Worten folgendermassen präzisieren: Die local auftretende mit Ödem einhergehende Entzündung der Epiglottis manifestiert sich zunächst durch die Schwellung, den Schmerz und die verringerte Beweglichkeit des Organs. Hieraus resultieren Erscheinungen, die wir nach dem Vorgange von Stoerk zweckmässig so classificieren können, indem wir sagen, dass ein Ergriffensein der vorderen Kehldeckelfläche wesentlich bei den Actionen in Frage kommt, welche den Schlingmechanismus zu-

sammensetzen. Im Allgemeinen lässt diese Art der Erkrankung eine günstige Prognose zu. Ist die hintere Fläche des Kehlkopfs befallen, so treten die Störungen von Seiten des Athmungstractus in den Vordergrund der Erscheinungen und können je nach dem Umfang des Krankheitsprocesses die Prognose trüben. — Verfasser unterlässt es, auf die einzelnen Erkrankungen einzugehen, welche durch ein Fortschreiten der anfangs auf die Epiglottis beschränkten Entzündung auf benachbarte Organe entstehen können, eine Darstellung, welche streng genommen dem vorgetzten Thema nicht entspricht.

So klar nun die einzelnen Symptome zu Tage treten und so genau wir auch mit dem Spiegel in der Hand die einzelnen Phasen der Erkrankung zu verfolgen und zu überwachen im Stande sind, so wenig ist es bisher möglich gewesen, der Frage nach der Ätiologie zu genügen. Die wenigen Mittheilungen, welche wir aus der Litteratur über die Krankheit besitzen, behandeln das Krankheitsbild zwar mit mehr oder weniger Ausführlichkeit, schliessen jedoch alle mit der interessanten Bemerkung: Ätiologie unbekannt. Auch in unserem Falle lässt die Angabe des Patienten „durch Erkältung erkrankt“ keine befriedigende Deutung zu. Ohne auf den wissenschaftlichen Werth des Begriffes „Erkältung“ eingehen zu wollen, sei darauf hingewiesen, dass die Erkältung, welche Patient als Ursache anschuldigt, vielleicht insofern von Bedeutung ist, als sie das disponierende Moment

für das Auftreten der localen Affektion hergab. Als eigentliche Ursache ist es wohl das Wahrscheinlichste, das Eindringen eines Infektionsstoffes aus der ja wenig aseptischen Nachbarschaft anzunehmen, bedingt durch mechanischen oder thermischen Insult beim Schlucken, dessen Geschehen nicht zur Wahrnehmung des Patienten gelangte.

Ungleich besser sind wir hinsichtlich der Therapie berathen. Wie man die Entzündungserscheinungen an anderen Orten des Körpers äusserlich behandelt, wird man auch hier mit der antiphlogistischen Therapie vorzugehen haben. Und somit sind wir in erster Linie auf die Anwendung von Eis (Eisbeuteln auf den Larynx, Verabreichung von Eispillen) angewiesen. Stoerk empfiehlt das Fruchteis, weil es sich in dieser Gestalt der Zungenoberfläche besser anschmiegt. Auch hat man, um eine adstringierende Wirkung zu erzielen, Einathmungen empfohlen. Gewiss ist diese Art der Behandlung eine sehr wirksame, wenn sie in der geeigneten Weise ausgeübt wird, d. h. es wird sich empfehlen, die Dosierung so zu wählen, dass die beabsichtigte adstringierende Wirkung nicht hinter die Reizwirkung des Medikaments tritt, die Adstringentien dürfen also nicht zu concentrirt sein; aus gleichem Grunde ist die locale Application nicht ratsam. Um ferner die erkrankte Stelle möglichst intensiv und dauernd der Einwirkung der Therapie zu unterziehen, sind die Inhalationen etc. in möglichst kurzen Intervallen vorzunehmen (1—2 Std.).

Bestimmter und für den Arzt verantwortlicher sind die Indikationen, sobald diejenige Form der Kehldeckelentzündung vorliegt, welche die freie Atmung beeinträchtigt. Ist der Kehldeckel stark geschwellt und seine Heilung mit den gewöhnlichen, weniger eingreifenden Mitteln nicht zu erreichen gewesen, so kommt die Scarification der Schleimhaut in Betracht, und zwar zweckmässig in der Weise, wie sie Bresgen¹⁾ in seinen „Grundzügen einer Pathologie und Therapie der Nasen-, Mundrachen- und Kehlkopfkrankheiten“ angiebt. Ernster gestaltet sich die Situation, wenn die Frage schwebt, ob nicht die einzige Rettung für den Patienten die Tracheotomie sei. Die Indication zur Ausführung ist dann gegeben, wenn die drohende Suffocationsgefahr durch keine anderen Mittel zu beseitigen war und es abzusehen ist, dass Patient an Erschöpfung oder Erstickung zu Grunde gehen wird. Unter solchen Umständen soll der Arzt nicht vergessen, dass es richtiger ist, zu früh als zu spät zu operieren.

Wenn nun gleichwohl die Mehrzahl der Fälle von entzündlichem, isoliert auftretendem Ödem des Kehldeckels weniger gefahrdrohend sind, so müssen wir doch zugeben, dass wir in dieser Affektion ein in sich abgeschlossenes, wohl charakterisiertes Krankheitsbild vor uns haben. Gewiss wird heute der Arzt in vielen Fällen, wo der Patient über Beschwerden im Halse

¹⁾ Bresgen, Grundzüge der Pathol. u. Therapie d. Nasen-, Mundrachen- und Kehlkopfkrankheiten pag. 121 u. 209.

klagt und durch die objective Untersuchung nur eine starke Schwellung der Epiglottis zu Tage tritt, bei gewissenhafter Beobachtung, des Verlaufs im Stande sein, eine ungeahnte Katastrophe abzuwenden, welche in früheren, vorlaryngoskopischen Zeiten vielleicht manches Opfer gefordert hat.

Am Schlusse seiner Arbeit angelangt, erfüllt Verf. die sehr angenehme Pflicht, Herrn Prof. Strübing für die freundliche Überweisung des Falles und des Materials seinen warm empfundenen Dank auszusprechen.

V i t a.

Hermann Heinrich Schmidt, Sohn des Oberwachtmeisters Schmidt in Hagenburg in Schaumburg-Lippe, lutherischer Confession, wurde geboren am 29. April 1864 zu Bückeberg in Schaumburg-Lippe; besuchte, nachdem er in einer Privatschule vorgebildet worden war, von seinem 13. Lebensjahre ab das Gymnasium zu Bückeberg, das er Ostern 1884 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er wandte sich dem Studium der Medizin zu und verbrachte die ersten 4 Semester in Berlin, woselbst er zu Ostern 1886 die ärztliche Vorprüfung absolvierte. Hierauf begab er sich nach Würzburg, woselbst er gleichzeitig seiner einjährigen Militairpflicht genügte, studierte dann wieder 2 Semester in Berlin und seit dem Sommersemester 1888 in Greifswald. Hier bestand Verf. am 28. April das medizinische Staatsexamen und am 8. Mai das Examen rigorosum. Während seiner Studienzzeit hörte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Dozenten:

Bardleben. Beumer. du Bois-Reymond. Christiani.
 Eichler. Gerhardt. Grawitz. Gusserow. Guttman.
 Hartmann. Helferich. Hofmann. Leyden. Matterstock.
 Mendel. Nieberding. Peiper. Pernice.
 Pinner. Schirmer. Schulz. Strübing. Waldeyer.

Allen diesen, seinen theuren Lehrern, spricht Verf. seinen aufrichtigsten Dank aus.

14225



Thesen.

I.

Bei hypertrophischen Processen der Nase und des Rachenraumes ist die Behandlung mit dem Galvanokauter derjenigen mit Chromsäure vorzuziehen.

II.

Zwischen tabes und lues besteht ätiologischer Zusammenhang.

III.

Bei Struma-Exstirpation ist es zweckmässig, einen Theil der Drüse zurückzulassen.

18161