

W dawid wol
Dr. III 34

WVB B351e 1895



Aus der laryngologischen Abtheilung des Prof. Pieni^ązek
in Krakau.

Einige Worte über die sogenannte Chorditis vocalis hypertrophica inferior.

Von Dr. ALEXANDER BAUROWICZ, Universitäts-Assistent.

Man bemüht sich seit Jahren mit der Untersuchung des Nasensekretes, um die Frage der Ozaena, der Rhinitis chronica atrophica foetida zu lösen. Trotz Auffindens der verschiedensten Arten von Kokken und Bacillen, auch der Kapselbakterien, welche bei der Ozaena und überhaupt bei den atrophischen Katarrhen (Loewenberg, Abel, Paulsen) immer zu finden sind, ist diese Frage noch nicht gelöst. Nur in einer Richtung gab uns die Untersuchung des Nasensekretes positive Resultate, nämlich bei der Erkrankung der Schleimhaut beim Sclerom. Ob man aber die Untersuchung des Nasensekretes zur Differentialdiagnose für zweifelhafte Fälle des Sclerom benützen kann, bleibt bis jetzt noch unentschieden, und nur die Impfung aus einem herausgenommenen Stücke, eventuell die histologische Untersuchung, gestattet eine Sicherheit in der Diagnose. Keinesfalls soll man aber die Untersuchung des Nasensekretes versäumen, wenn man Chorditis vocalis hypertrophica inferior vermuthet und in der Nase und dem Nasenrachenraume ausser dem vermehrten Sekrete nichts findet. Es kann ja auch vorkommen, dass die Sekretion in der Nase und im Nasenrachenraume bei Anwesenheit der Chorditis hypertrophica normal bleibt; selbst dann, wenn man schon auf Grund der Untersuchung eines aus dem Kehlkopfe exzidirten Stückes die Natur der Erkrankung des Kehlkopfes diagnostizirt, soll man gleich-

Z-140187

Akc. zI. 2024 nr. 214

1401726850

wohl das Nasensekret untersuchen. Wir kennen zwar nicht genau den Weg der Infektion, gewöhnlich ist es die Nase, es ist aber nicht ausgeschlossen, dass die erste Infektion im Kehlkopfe stattfinden kann.

Einige Laryngologen behaupten, dass die sogenannte Chorditis vocalis hypertrophica inferior oder Laryngitis hypoglottica hypertrophica, wie man sie nach Gerhardt bezeichnet, uns eine Form des Kehlkopfsclerom darstellt. Man kann aber nicht immer bei der Chorditis hypertrophica die für Sclerom charakteristische Struktur beobachten, sogar in Fällen, wo sonst andere Zeichen für Sclerom sprachen, wovon ich mich selbst überzeugen konnte. Vielleicht hängt es mit der langen Dauer des Prozesses zusammen, dass man oft nur eine bindegewebige Struktur findet. In anderen Fällen konnte man zwar die Mikuliczschen Zellen und die Bacillen nicht finden, dabei fanden sich aber Herde von Granulationszellen, die herdweise Bildung vom Bindegewebe und hyalin degenerirte Zellen, welcher Befund in hohem Grade für die infektiöse Natur dieser Veränderungen sprach.

Andere Laryngologen nehmen 4 verschiedene Ursachen für die Chorditis hypertrophica an: rezidivirenden Katarrh, Perichondritis, Sclerom und die Blennorrhoea Stoerk.

Dass es bei einer akuten Laryngitis zur subchordalen Schwellung kommen kann, weiss man, diese Erkrankung aber wird Niemand mit der Chorditis hypertrophica verwechseln; es ist aber nicht ausgeschlossen, dass auch ein chronischer trockener Katarrh zu einer so bedeutenden Verdickung führen kann, wie wir sie bei Chorditis hypertrophica finden, dann aber müsste diese Form öfter beobachtet werden, als thatsächlich der Fall ist. Man trifft doch so oft schwere Formen von chronischen Laryngitiden, ohne die charakteristischen Wülste zu beobachten. Ich habe nur ein Mal bei einem Kinde, welches an öfters rezidivirenden Anfällen von Pseudocroup gelitten hatte, trotzdem dass schon Monate lang kein neuer Anfall beobachtet wurde, im subchordalen Raume beiderseits Schwellungen gesehen, welche an das Bild der Chorditis vocalis hypertrophica lebhaft erinnerten. Das Kind genas nach längerer Zeit gänzlich ohne jegliche Behandlung.

Eine abgelaufene Perichondritis in ihrer idealen Form als Perichondritis cricoidea uni-, vel ambilateralis könnte ein der Chorditis hypertrophica ähnliches Bild geben, ferner

muss man an die tuberkulöse undluetische Infiltration denken; in allen diesen Fällen wieder kann uns die genaue Untersuchung der Nase, des Nasenrachenraumes und eventuell des vorhandenen Sekretes wesentlich unterstützen.

Dass das Sclerom Ursache der Chorditis hypertrophica sein könne, wird von Niemandem bezweifelt.

Als vierte Ursache gilt die sogenannte Blennorrhoea Stoerk, welche aber mit dem Sclerom vollständig übereinstimmt; nur ein Theil derselben ist zu den chronischen trockenen Formen des Kehlkopfkatarrhs zu rechnen.

Ich kann nicht bestimmt sagen, dass jede Chorditis hypertr. inferior ihre Ursache im Sclerom hat und warte auf einen Fall, wo ich eine andere Aetiologie werde nachweisen können, denn alle Fälle, welche ich bis jetzt gesehen habe, waren die Folgen des Scleroms.

Bei meinen Untersuchungen habe ich mich überzeugt, dass die Impfungen auf Agar-Agar am schnellsten zum Ziele führen und die bequemsten sind, was man von der Untersuchung an Gelatineplatten nicht sagen kann. Zu unterscheiden, ob die ausgewachsenen Kolonien den Frisch'schen Bacillen angehören, oder andere Kapselbakterien sind, welche beim chronischen Nasenkatarrh, nämlich in ihrer atrophischen Form, reichlich vorkommen, gehört noch immer zu den Schwierigkeiten. Die Friedländer'schen Kapselbacillen, welche sonst sehr selten in der Nase zu finden sind, kann man nicht in Rechnung nehmen, weil sie auf künstlichen Nährböden, mit Ausnahme der Milch, keine Hüllen geben. Die chemisch-biologische Eigenschaft der Frisch'schen Bacillen, welche keine Gährung der Milch hervorrufen, könnte uns nicht zur Differentialdiagnose dienen, weil auch andere Kapselbakterien des Nasensekretes dieselbe Eigenschaft haben, obwohl eine Gattung derselben, welche auch öfters zu finden ist, die Gährung der Milch herbeiführt. Grosse Bedeutung für die Differentialdiagnose hat die ausserordentliche Pathogenität der Loewenberg'schen Kapselbakterien für weisse Mäuse, welche gegen Frisch'sche Bacillen ziemlich widerstandsfähig sind, denn die Gram'sche Färbung allein kann nicht als ganz sicher betrachtet werden. Darin liegt die Schwäche der Untersuchung des Nasensekretes, wenn man sie zur Differentialdiagnose benützen will, und darum gebührt noch immer der Vorrang der Impfung eines herausgenommenen Stückes. Selbstverständlich spricht die Impfung eines solchen Stückes, wenn sie positiv ausgefallen ist, für Sclerom, ich habe aber beobachtet, dass die Impfung aus dem

herausgenommenen Stücke bei Chorditis hypertr. inferior manchmal positiv ausgefallen ist, trotzdem man in dem gehärteten Präparate sehr schwer oder gar keine Bacillen nachweisen konnte; sonst wiederhole ich, dass meine Fälle von Chorditis inferior auch Veränderungen in der Nase, im Nasenrachenraume oder Rachen gezeigt haben, welche allein die Natur der Kehlkopferkrankung erklärten und für die klinische Diagnose vollständig genügend waren.

Ich beschäftige mich noch immer im bakteriologischen Laboratorium von Prof. Bujwid mit der Differentialdiagnose der im Sekrete der oberen Luftwege vorkommenden Kapselbakterien und werde nicht verfehlen, die Resultate dieser Untersuchung seinerzeit mitzutheilen.

