

(Separat-Abdruck aus der Berl. klin. Wochenschr., 1878, No. 11.)

Zur Casuistik der chronischen Blennorrhoe der Nasen-, Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut.

(Aus dem klinischen Ambulatorium des Herrn Prof. Stoerk
in Wien.)

Mitgetheilt von

Dr. **J. Schmithuisen** in Acireale.

Die in folgendem mitgetheilten zwei Fälle, die wir neben-
einander zu beobachten Gelegenheit hatten, gestatten einen ziem-
lich vollständigen Ueberblick über den Verlauf der seltenen in
Rede stehenden Erkrankungsform. Der erstere der Fälle bot
ein verhältnissmässig frühes Entwicklungsstadium, während
der zweite schon die Erkrankung in ihren consecutiven Er-
scheinungen zeigte.

Beide Fälle sind auch noch in sofern von Interesse, als
die Patientinnen beide aus der Nähe von Wien stammen, also
nicht aus Polen, Galizien oder Bessarabien, welche Länder nach
den Stoerk'schen Mittheilungen bisher die meisten der zur
Beobachtung gekommenen Fälle gestellt hatten. Die erste
Patientin, aus einem niederösterreichischen Dorfe stammend, ist
nie über die Grenzen Niederösterreichs hinausgekommen, die
zweite verlebte ihre Jugend an der niederösterreichischen Grenze
in Mähren, von wo sie als erwachsenes Mädchen nach Wien zog.

Für die Erlaubniss diese Fälle zu veröffentlichen bin ich
Herrn Prof. Dr. Stoerk und besonders seinem Assistenten
Herrn Dr. P. Heymann, der während der Ferien in Abwesen-
heit des Professors das Ambulatorium leitete, zu aufrichtigem
Danke verpflichtet. Letzterer hatte ausserdem die Güte, meine
Beobachtungen sorgfältig zu prüfen und mir bei Abfassung
dieser Arbeit in jeder Beziehung behilflich zu sein.

Z-140245

Akc. zl. 2024. nr. 242

141 8935100

Die erste Patientin, Fräulein J. D., 17 Jahre alt, eine kräftig gebaute, gesund aussehende Person, erschien am 10. Juli 1877 auf dem klinischen Ambulatorium des Herrn Prof. Dr. Stoerk mit der Angabe, dass sie seit einiger Zeit an Athembeschwerden bei der Arbeit und an übelem Geruch aus Mund und Nase leide. Die laryngoscopische Untersuchung ergab Borkenbildungen im Larynx unterhalb der Stimmbänder und in der Trachea als die Träger des Foetors.

Die genau aufgenommene Anamnese bot folgendes: die Eltern der Patientin sollen von kräftiger Constitution sein; doch haben angeblich der Vater und seine 4 Brüder in ihrer Jugend an Skropheln gelitten, und der das Mädchen begleitende Onkel zeigt noch jetzt Spuren dieser Erkrankung — Schwellung der Submaxillardrüsen und Cornealflecke, die von in der Jugend häufig dagewesenen Augenentzündungen herrühren sollen. Später aber haben sich die 5 Brüder, besonders der Vater des Mädchens, den wir später auch zu sehen Gelegenheit hatten, zu kräftigen Männern entwickelt. Die Familie der Mutter wird als gesund bezeichnet. Die 4 Geschwister der Patientin erfreuen sich angeblich einer guten Gesundheit und zeigen jedenfalls keinerlei Andeutungen der in Rede stehenden Krankheit. Ueber ihre Jugend giebt Patientin an, dass sie, soweit ihre Erinnerung reiche, immer an Schnupfen und Rachencatarrh gelitten habe, welche Erscheinungen sich zwar zeitweilig besserten, stets aber in alter Weise wiederkehrten. Das anfangs dünnflüssige Secret soll ganz allmählig zäher und dickflüssiger geworden sein und dann eine grünliche Verfärbung und einen in geringem Grade übelen Geruch angenommen haben. Seit etwa 2 Jahren sollen nach Angabe der Patientin von Zeit zu Zeit aus dem Nasenrachenraum durch Räuspern feste grünlich-schwarze übelriechende Borken entleert worden sein. Erst im letzten Winter wurde Patientin von ihren Angehörigen auf übelen Geruch aus Mund und Nase aufmerksam gemacht. Im Frühjahr wurde sie ohne weitere Veranlassung eines Tages etwas heiser, welche Heiserkeit sich im Verlaufe des folgenden Tages bis zu vollständiger Aphonie steigerte. Sie bemerkte, dass jetzt allmählig der Auswurf auch aus dem Kehlkopf fester, grünlich grau und stinkend wurde. An Athemnoth will sie nur bei Anstrengung gelitten haben, an Husteln zeitweilig, an eigentlichem Husten nie. Nach siebenwöchentlichem Bestehen der Aphonie suchte Patientin ärztliche Hilfe und erlangte nach einmaliger Anwen-

dung des faradischen Stromes wieder den Gebrauch ihrer Stimme. Bald aber steigerten sich ihre übrigen Leiden — foetor ex ore, Athemnoth, Auswurf etc. — dermassen, dass sie nach einigen Wochen im Ambulatorium erschien und unsere Hilfe nachsuchte.

Brust- und Bauchorgane gesund. Syphilis mit grosser Sicherheit auszuschliessen. Die Untersuchung des Pharynx ergab geringe Röthung. Die Schleimhaut des Nasenrachenraums ist blassroth und mit einem grünlich-gelblichen dünnen Eiterbelag überzogen, der sich in dünnen Lagen bis zu den Choanen hin erstreckte. Der obere und mittlere Kehlkopfraum sowie die beiden Stimmbänder erschienen abgesehen von geringer Röthung völlig normal; die Stimmbänder frei beweglich. Der untere Kehlkopfraum dagegen, ebenso wie die Trachea bis zum 11 oder 12 Ringe, soweit man hinab sehen konnte, mit dünnen graugrünlichen Borkenhäufchen bedeckt, die getrennt von einander der Wand anhafteten und in das Lumen der Trachea hineinragten. Im Verlaufe der Beobachtung sah man die einzelnen Krustenhaufen allmählig wachsen, sowohl in das Lumen der Trachea hinein als auch in der Peripherie, bis sie sich schliesslich zu einem zusammenhängenden Rohre vereinigten. Die einzelnen Borken ragten mit ihren theils spitzen, theils breiten Fortsätzen zackenartig in das Lumen der Trachea hinein, so dass man das charakteristische Aussehen von Stalactiten in einer Tropfsteinhöhle erhielt; das Lumen der Trachea war bedeutend verengt. Der gleichmässige Ueberzug war von schwärzlich grau-grünlicher Farbe; die Kuppen erschienen meist graulich weiss, wie mit Mehlstaub bedeckt. Es wurden nun reichliche Inhalationen von Kochsalzlösungen angeordnet, um die Borken zur Lösung und Expectoratio zu bringen. Dies hatte auch scheinbar den gewünschten Erfolg; nach etwa 4 Tagen, in welchen täglich zweimal reichliche Flüssigkeitsmassen inhalirt wurden, verlor der Belag der Trachealschleimhaut sein charakteristisches Aussehen und verwandelte sich in eine breiige Masse, welche einen mephitischen Geruch annahm, und zum grössten Theil expectorirt wurde. Die Schleimhaut der Trachea, von welcher jetzt grössere Theile zu Tage lagen, zeigte sich geröthet, rau und oberflächlich erodirt; eine Verdickung ist nirgends wahrzunehmen, die hindurch scheinenden Trachealknorpel waren deutlich zu erkennen. Patientin ist jetzt frei von jeder Athemnoth. Trotz der fortgesetzten Inhalationen sieht man am folgenden Tage die Schleimhaut wieder mit ein-

zelen Belägen wie besäet, welche sich in den nächsten Tagen zu dem charakteristischen Bilde, wie oben geschildert, entwickeln. Patientin expectorirt während dieser Tage fast gar nichts. Theils zur Reinigung der Trachea, theils um ein Object zur microscopischen Untersuchung zu gewinnen, wurde mit einem mit Salzwasser getränkten langen Kehlkopfpinsel in die Trachea hineingegangen, und der obere Theil derselben, besonders die vordere Seite erschien gereinigt. Obwohl diese Auspinselungen längere Zeit täglich wiederholt wurden, obwohl die gereinigte Schleimhaut mit Adstringentien (argent. nitric. u. a.) wiederholt berieselt wurde, obwohl die Inhalationsflüssigkeit wiederholt gewechselt und nach einander fast alle zu diesem Zwecke angegebene Mittel versucht wurden, konnte doch nichts das Wiederentstehen der Borken verhindern, welche in häufiger Wiederholung den oben beschriebenen Verlauf in fast typischer Weise durchmachten, so dass das Krankheitsbild im Laufe der Beobachtung keine wesentliche Aenderung erfuhr. In der letzten Zeit zeigten sich allerdings die wahren Stimmbänder etwas mehr geschwollen und geröthet als im Anfange. Nur durch Inhalationen von Carbonsäure und Thymollösungen wurde zeitweilig der stark fötide Geruch in etwas ermässigt.

Die microscopische Untersuchung der mit dem Pinsel herausgeholtten Borken ergab, dass dieselben aus reichlichen Detritusmassen, Eiterkörperchen, Micrococcen und Bacterien bestand. In einzelnen Präparaten fanden sich Anhäufungen von Leptothrixfäden. Vereinzelte grosse Epithelien schienen der Mundschleimhaut zu entstammen.

Die zweite Patientin, Frau B. H., 41 Jahre alt, giebt an, sich mit Bestimmtheit seit ihrem 17. Jahre ihrer Krankheit zu erinnern. Sie scheint jedoch schon früher — als Kind — an Catarrhen der Nase gelitten zu haben, da sie noch heut zu erzählen weiss, sie habe immer mehr Taschentücher gebraucht als ihre Geschwister. Seit dem 17. Jahre leidet sie an Heiserkeit und Husten, welcher sie namentlich des Morgens häufig quält. Mit der Dauer der Erkrankung wuchsen die Beschwerden. Häufig wurde sie Nachts durch dyspnoetische Anfälle gestört, zeitweilig war sie Morgens beim Erwachen aphonisch. Nachdem sie durch eine Tasse Thee die Expectoration angeregt hatte, konnte sie wieder phoniren, wenn auch mit heiserer und rauher Stimme. Das Sputum bestand theils aus zähen eitrigten Massen, theils aus festen, grünlich schwarzen Borken. Die Borken, er-

zählt Patientin, habe sie theils durch Husten aus dem Kehlkopf, theils durch Räuspfern aus dem Nasenrachenraum entleert. Uebelen Geruch will Patientin weder an ihrem Auswurf bemerkt haben, noch haben ihre Angehörigen sie auf einen solchen aus dem Munde oder der Nase aufmerksam gemacht. Ihre Eltern erfreuen sich in hohem Alter einer guten Gesundheit. Ihre sonstigen Angehörigen (ihr Mann, 6 Geschwister und 4 lebende Kinder) sind gesund und kräftig. Einer ähnlichen Erkrankung in der Familie weiss sich Patientin überhaupt nicht zu erinnern.

Seit dem 17. Jahre soll die Krankheit annähernd stationär geblieben sein, zur Zeit der Gravidität jedoch jedesmal erhebliche Exacerbationen erfahren haben, welche sich nach der Geburt unter reichlicher Ausbildung der Expectoration wieder zurückgebildet haben sollen. Bezüglich ihrer Stimme giebt Patientin an, dass sie zwar zeitweis erheblich reiner gewesen sei, aber im allgemeinen im Laufe der Jahre an Rauigkeit zugenommen habe. Zu gleicher Zeit sei ihr das längere Sprechen immer schwerer geworden.

So bildet denn auch die Stimmstörung die Hauptklage, weshalb Patientin in's Ambulatorium gekommen war.

Patientin ist eine kleine, untersetzte, kräftige Person. Die Untersuchung ergiebt gesunde Organe, namentlich keinerlei Anhaltspunkte für Lues. Die Stimme der Pat. ist leise, rauh und heiser. Die Schleimhaut des Nasenrachenraumes und der Nase ist blass, atrophisch, etwas succulent, jedoch von vollständig intacter Oberfläche. Die rechte Tonsille ist etwas geschwollen. Bei der Untersuchung des Larynx sehen wir die den oberen Kehlkopfraum umgrenzenden Theile hypertrophisch verdickt. Der Nodus Epiglottidis, die falschen Stimmbänder und die hintere Wand springen als Wülste in das Lumen des Kehlkopfes hervor; namentlich sind die vorderen Theile der falschen Stimmbänder derart verdickt und prominent, dass sie sich in der Regel vollständig berühren und nur bei länger dauernden tiefen Inspirationen ein wenig auseinandertreten, so dass man die vorderen Theile der wahren Stimmbänder noch erblicken kann. Die wahren Stimmbänder erscheinen als schmale, ein wenig verdickte, die Taschenbänder nur um wenig übertragende leicht geröthete Säume. Beim Phoniren schliessen sie in ihrem hinteren Theile nur unvollkommen an einander, weil sich die gewulstete hintere Wand keilförmig zwischen sie hineinschiebt. Die Schleimhaut erscheint über diesen hypertrophischen und verdickten

Partien glatt, blass, mager und atrophisch und nur an wenigen Stellen, namentlich über den falschen Stimmbändern, etwas stärker geröthet. Nirgends sieht man Erosionen oder Granulationen. Auf der gewulsteten hinteren Wand findet man verdicktes graulich getrübbtes Epithel.

Die Partien unmittelbar unterhalb der Stimmbänder, besonders im vorderen Winkel, wo die Schleimhaut wulstartig in den unteren Kehlkopfraum vorspringt, sind in ähnlicher Weise verdickt und geröthet, wie die Taschenbänder. Diese Schwellung setzt sich nach unten in das Trachealrohr fort, soweit der durch die Wulstung sehr beschränkte Einblick in die Trachea hinabreicht.

An einzelnen Stellen, besonders im vorderen Winkel, sowohl oberhalb als auch unterhalb der Stimmbänder, findet sich zeitweis ein fetziges, zähes, graugrünliches, festhaftendes Secret. Wenn im Laufe der Beobachtung der Belag an Menge zugenommen hatte, war die Stimmstörung erheblicher geworden, so dass Patientin nur leise und fast aphonisch sprach. Trat dann, wie wir wiederholt unmittelbar zu sehen Gelegenheit hatten, reichlicherer Auswurf dieser Massen auf, so wurde die Stimme deutlicher und vernehmlicher, blieb aber immer rau und leise.

Weder der in unserer Gegenwart entleerte Auswurf, noch der Athem der Patientin hatte den bei der vorigen Kranken notirten fötiden Geruch; nur zeitweis wurde ein leicht fader Geruch des Athems bemerkt, der jedoch nicht intensiv genug war, um auf die Umgebung irgend störend zu wirken. Am seltensten sahen wir Secretanhäufung an der hinteren Wand.

Dieselbe Beobachtung machten wir auch bei der ersten Patientin. Auch sahen wir bei beiden Patientinnen fast immer die Abstossung der gebildeten Secretmassen an der hinteren Wand zuerst vor sich gehen. Der Grund hierfür dürfte wohl in der grösseren Beweglichkeit der hinteren Trachealwand in Folge des Mangels der Knorpelringe zu suchen sein. Auch dürfte bei der normalen Configuration des Respirationsrohres die hintere Wand von dem Expirationsstrome am stärksten getroffen werden.

In beiden Fällen können wir aus der Anamnese mit Sicherheit entnehmen, dass der Process mit geringfügigen Symptomen in der Nase und im Nasenrachenraum beginnend, allmähig in den unteren Larynxraum und in die Trachea hinabgestiegen ist, um daselbst die geschilderten tiefgreifenden Veränderungen zu

veranlassen, während die Krankheit der Nase und des Rachens auf einer relativ geringen Stufe stehen blieb und keine erheblichen Störungen zur Folge hatte. Der geringe eiterhaltige Schleimbelag im Nasenraume wich leicht der gewöhnlichen adstringirenden und desinfectirenden Behandlung.

Ueber die Aetiologie der Erkrankung konnten wir keinen bestimmten Anhaltspunkt gewinnen. Syphilis war in beiden Fällen auszuschliessen. Es wären somit diese Fälle weite Belege für die Angaben Prof. Stoerk's.

Die Prognose der Erkrankung ist nach den Erfahrungen Stoerk's eine sehr trübe. Die Degeneration und Verdickung der Schleimhaut des Respirationsrohres nimmt allmählig grössere Dimensionen an, so dass die Patienten theils durch die Stenirungen der Respirationswege, theils an consecutiven Lungenerscheinungen zu Grunde gehen.

Die bisher veröffentlichten Fälle dieser Erkrankungsform finden sich fast alle in den Publicationen Prof. Stoerk's, der dieselbe auch zuerst als Krankheit sui generis characterisirt hat, auf der Breslauer Naturforscherversammlung¹⁾, in der Wiener medicinischen Wochenschrift²⁾ und in dem ersten Hefte seiner Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes, des Rachens und der Nase³⁾. Stoerk citirt daselbst einen Fall von Türk (Klinik der Kehlkopfkrankheiten p. 294), wo sich auch der in unserem ersten Falle bemerkte üble Geruch vorfand. Bei der Wiedergabe der Stoerk'schen Fälle findet sich darüber keine Notiz. Prof. Stoerk ermächtigt uns zu der Erklärung, dass dies irrthümlich ausgelassen sein müsse, da fast alle seine Fälle an einem höchst widerlichen Foeter gelitten haben. Auch B. Fränkel⁴⁾ scheint einen hierhergehörigen Fall beobachtet zu haben und der im vergangenen Jahre von B. Baginski⁵⁾ unter dem Namen Ozäna laryngo-trachealis publicirte Fall ist mit unserem ersten Falle so übereinstimmend, dass er wohl mit Sicherheit zu derselben Erkrankungsform zu rechnen ist.

1) Tageblatt der Breslauer Naturforscher-Versammlung 1874. Section für innere Medicin. pag. 210.

2) Wiener medicinische Wochenschrift. 1874. p. 1041.

3) p. 161 ff. Cfr. Anzeiger der Gesellschaft der Aerzte zu Wien No. 24. 1876, und Bresgen: Deutsche med. Wochenschr. 1876, No. 27.

4) Ziemssen's Handbuch, Bd. IV. 1. Hälfte, p. 129.

5) Deutsche medicinische Wochenschrift. 1876. Nr. 25. p. 286.