



---

# Ueber die Localisation der Angina phlegmonosa.

Von Docent Dr. **O. Chiari.**

(Sep.-Abdr. aus der Wiener klin. Wochenschr., 1889, Nr. 43.)

---

Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchbändler in Wien.

---

4399015750

WVB C532 na 1889/s

Z-139753

Akc. z l. 2024. nr 100.

# Ueber die Localisation der Angina phlegmonosa.

Von Docent Dr. O. Chiari.

Es gibt kaum eine andere Erkrankung, welche wegen der Schmerzen, wegen der Behinderung des Schlingens sowohl der Nahrung als auch des Speichels, wegen der häufig auftretenden Mundsperrre, wegen der Störungen beim Athmen und Sprechen den Leidenden so arg belästigt, als die Angina phlegmonosa. Ganz absehen will ich dabei von den glücklicherweise seltenen Gefahren eines Glottisödems oder einer Gefässarrosion. Erfreulicherweise ist es gerade hier dem Arzte gegönnt, alle diese Beschwerden und Gefahren mit einem Schlage zu beheben, indem er dem Eiter durch das Messer Ausgang verschafft. Aber die Bestimmung des Einstichsortes und oft schon der Nachweis der eiterigen Schmelzung macht gelegentlich bedeutende Schwierigkeiten, wozu sich noch die Scheu gesellt, in der schlecht beleuchteten und meist nur halb geöffneten Mundhöhle mit spitzen Messern zu hantiren.

In folgenden Zeilen soll nun versucht werden, den Lieblingssitz der Angina phlegmonosa festzustellen und dadurch eine schnelle Orientirung zu ermöglichen.

Die Angina phlegmonosa wird auch als phlegmonöse, ödematöse, suppurirende Entzündung des Rachens oder als tiefe, parenchymatöse Pharyngitis acuta beschrieben. Sie ist gewöhnlich einseitig, beschränkt sich auf das Gebiet des weichen Gaumens und der Mandel und erstreckt sich nie auf die hintere Rachenwand. Sie befällt gewöhnlich Menschen des mittleren Alters, während der Abscessus retropharyngealis idiopathicus mit Vorliebe bei Kindern in den ersten Lebensjahren auftritt.

In den meisten Fällen führt die Angina phlegmonosa zur Eiterung. Sie kann sowohl primär als auch secundär (namentlich bei Scharlach) auftreten.

Bei der Untersuchung des Rachens findet man die Mandel stark nach innen, oft bis über die Mittellinie hinüberreichend, und zwar geschieht das entweder durch Schwellung der eigenen Substanz oder, was häufiger vorkommt, durch ein nach aussen von der Mandel liegendes, entzündliches Infiltrat. In letzterem Falle ist der vordere Gaumenbogen stark vorgewölbt und eben so wie die Mandel ausgiebig geröthet; häufig aber bilden Mandel

und Gaumenbogen eine grosse, rothe Masse ohne sichtbare Abgrenzung von einander. Nicht selten zeigt das Zäpfchen, sowie der Rand des vorderen und hinteren Gaumenbogens eine ödematöse Infiltration. Die Drüsen am Unterkieferwinkel sind meistens deutlich vergrössert und schmerzhaft; manchmal besteht auch aussen am Halse eine Schwellung längs des vorderen Randes des Kopfnickers.

Diese Erscheinungen bilden sich in wenigen Tagen aus und können dann langsam zurückgehen. Häufiger aber kommt es zur Eiterung; das Vorhandensein derselben wird durch heftigere, klopfende, gegen das Ohr ausstrahlende Schmerzen, durch ödematöse Schwellung des Zäpfchens und der Gaumenbogen und manchmal auch durch eine mehr umschriebene Vorwölbung an der Mandel oder häufiger am vorderen Gaumenbogen angezeigt. Doch kann auch nur der Schmerz allein fortbestehen, oder anderseits kann die ödematöse Schwellung ohne Eiterung vorhanden sein. Es können daher diese Symptome trügen. Man muss dann seine Zuflucht zur Prüfung auf Fluctuation nehmen. Man sucht entweder mit einem Finger an der Mandel und den Gaumenbogen nach einer weicheren Stelle in der infiltrirten Gegend, einer Gewebslücke, wie sie König<sup>1)</sup> so treffend bezeichnet, oder sucht durch Druck mit der Sonde den schmerzhaftesten Punkt der Schwellung zu finden, oder endlich man untersucht nach Störk's<sup>2)</sup> Vorschlag bimanuell, indem die eine Hand die Gewebe unter dem Kieferwinkel nach innen drückt, während der Zeigefinger der anderen Hand die entzündete Stelle betastet. Auf diese Art wird man oft die fluctuirende Stelle feststellen können; aber leider gelingt der Nachweis der Fluctuation selbst bei bestehender Eiterung trotz aller Sorgfalt nicht immer, wie das schon Schrötter<sup>3)</sup> ausdrücklich hervorhob und durch Beispiele erläuterte. Andererseits möchte ich aber auch aufmerksam machen, dass man die weiche Beschaffenheit des Velums irrthümlicherweise als Fluctuation auffassen kann. Es werden daher Zweifel über das Bestehen eines Eiterherdes häufig vorkommen, wenn nicht eine deutliche, umschriebene, manchmal schon gelbliche Vorwölbung uns den Weg zu ihm zeigt. Doch braucht es zur Bildung derselben oft vieler Tage, während welcher Zeit die Patienten kaum essen und schlafen können und von grossen Schmerzen geplagt sind, abgesehen davon, dass auch Larynxödeme und Gefässarrosionen ihr Leben bedrohen können. Man mache daher frühzeitig einen Einstich in die Gegend, wo die Eiterung ge-

<sup>1)</sup> Deutsche Chirurgie, Lieferung 36, 1882, pag. 35.

<sup>2)</sup> Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes etc., 1880, pag. 109.

<sup>3)</sup> Laryngologische Mittheilungen, 1875, pag. 137.

wöhnlich auftritt. Diese Gegend ist nicht schwer zu bestimmen. Zunächst weisen schon die Angaben mehrerer Autoren darauf hin. So sagt Schrötter<sup>1)</sup> bei der Besprechung von sieben Fällen von Abscessbildung in den Tonsillen: »Die Durchbruchsstelle war beinahe immer sehr weit nach aussen hin gelegen«; und etwas später hebt er hervor, dass die Sonde nach Eröffnung des Abscesses hoch in den weichen Gaumen hinaufdrang.

Störk<sup>2)</sup> betont, dass die Entzündung hauptsächlich das zwischen den Gaumenbogen gelagerte Zellgewebe ergreift, und dass die Fluctuation häufiger oberhalb der Tonsillen im weichen Gaumen als in und neben denselben entdeckt werde.

Nach Bresgen<sup>3)</sup> befindet sich die fluctuirende Stelle gewöhnlich im Bereiche des vorderen Gaumenbogens, seltener an der Tonsille oder am hinteren Gaumenbogen.

Wagner<sup>4)</sup> spricht auch von peri- und retrotonsillären Abscessen nebst den eigentlichen Abscessen der Mandel,

M. Mackenzie<sup>5)</sup> dagegen nur von Tonsillarabscess, welcher sich gewöhnlich nach vorne in den Mund eröffnet.

Schaeffer<sup>6)</sup> operirte 60 Fälle, bei denen meist das Velum und das Gewebe zwischen Mandel und weichem Gaumen befallen war, seltener die Mandel selbst.

Schech<sup>7)</sup> weist besonders auf die Beziehungen zwischen der Angina phlegmonosa und dem Erysipel hin und auch darauf, dass oft die Mandeln ganz frei und nur das peritonsilläre Bindegewebe zwischen Mandel und weichem Gaumen Sitz der Entzündung ist. Auch er ist, wie beinahe alle anderen Autoren, für frühzeitige Incision, wenn sie auch nicht immer Erleichterung bringt.

Endlich weisen auch meine eigenen Erfahrungen auf die Häufigkeit der Localisation der Eiterung nach aussen von den Tonsillen hin.

Es sind 34 Patienten, bei denen ich 38mal Angina phlegmonosa zu behandeln hatte. Vier derselben hatten nach ihren Angaben schon öfters solche Entzündungen mit Ausgang in Eiterung überstanden, gewöhnlich nur auf einer Seite. Eine Patientin aber bekam regelmässig einige Tage

<sup>1)</sup> l. c.

<sup>2)</sup> l. c.

<sup>3)</sup> Grundzüge der Pathologie und Therapie der Nase etc., Wien, 1884, pag. 122.

<sup>4)</sup> Ziemssen's Cyklopädie, VI. Band, pag. 911 et seq.

<sup>5)</sup> A Manual of Diseases of the Throat and Nose, London, 1880, Vol. I, pag. 48 et seq.

<sup>6)</sup> Chirurgische Erfahrungen etc., Wiesbaden, 1885, pag. 41.

<sup>7)</sup> Die Krankheiten der Mundhöhle etc., 1888, pag. 106 et seq.

nach Ablauf der Eiterung der einen Seite dasselbe Leiden auf der anderen Seite.

Sechsmal kam es zur langsamen Lösung der Entzündung ohne Eiterung, und zwar dauerte dann die Erkrankung von 5—17 Tagen. Es bestand Oedem der Uvula und manchmal auch der Gaumenbogen.

Incisionen in die geschwellenen Gaumenbogen und Mandeln entleerten nur Blut, brachten aber gewöhnlich etwas Erleichterung.

18 mal konnte durch Incision beiläufig in der Mitte zwischen Basis der Uvula und der Krone des oberen Weisheitszahnes der Eiter entleert werden, offenbar aus einem Raume zwischen den beiden Gaumenbogen, der nach aussen und oben von der Mandel gelegen ist. Durch die Eiteransammlung in diesem Raume war die Mandel nach innen und unten gedrängt worden. Der Einschnitt wurde gerade nach hinten 1—2 $\frac{1}{2}$  cm tief geführt. Das Vorhandensein von Eiter war entweder durch die Bildung einer umschriebenen Hervorwölbung angezeigt, oder durch den Nachweis der Fluctuation, oder in zweifelhaften Fällen durch Probepunction erwiesen worden. Oefters musste nachträglich nach ein bis zwei Tagen die verklebte Incisionsöffnung stumpf erweitert werden. Bei grossen Eiterungen wurde noch mit  $\frac{1}{2}$  percentiger Carbolsäure die Höhle ausgespritzt. Nach Entleerung des Eiters hörten die Beschwerden schnell auf.

Einmal entleerte sich der Abscess spontan am sechsten Tage durch den vorderen Gaumenbogen, nachdem die Incision nicht gestattet worden war.

Achtmal war der Abscess in der Mandel selbst entstanden. Die Schwellung des Velums und der Gaumenbogen war eine verhältnissmässig unbedeutende. Die Incision in die meist schon gelbliche Hervorragung entleerte viel weniger Eiter als bei den früher erwähnten Fällen, nämlich höchstens einen Kaffeelöffel voll gegen Mengen von mehreren Esslöffeln.

Einige weitere Fälle muss ich wegen des ungewöhnlichen Durchbruchsortes des Eiters noch besonders hervorheben: Einmal zeigte sich bei einem älteren Herrn am vierten Tage der Erkrankung eine kleine gelbliche Hervorwölbung an der vorderen Fläche des hinteren rechten Gaumenbogens. Ein Einstich in dieselbe entleerte etwas Eiter, einige Stunden später floss aus dieser Oeffnung etwa ein Kaffeelöffel davon aus, worauf sofort Aufhören der bis dahin heftigen Schmerzen erfolgte.

Bei einer 30jährigen Patientin brach der Eiter ganz nahe dem Unterkieferaste nach vorne durch, nachdem ich zweimal vergeblich in die Mitte der stark vorgewölbten rechten Seite des Velum tiefe Einschnitte gemacht hatte.

Schliesslich möchte ich noch etwas ausführlicher einen Fall beschreiben, der sowohl durch die Häufigkeit der Erkrankungen als auch durch die Schwierigkeit, den Eiterherd zu finden, bemerkenswerth ist.

Es handelte sich um eine gesunde, kräftige Dame in den dreissiger Jahren. Dieselbe hatte schon öfters heftige Anginen überstanden und sich von verschiedenen tüchtigen Specialisten Incisionen in den Gaumen und die Mandeln ohne Erfolg machen lassen. Immer war dann einige Tage später der Eiter von selbst durchgebrochen, ohne dass man die Durchbruchspforte hätte finden können.

Ich sah sie am 5. Mai 1887 mit starker Schwellung der linken Mandel, leichtem Fieber und Schwellung der linksseitigen Halsdrüsen. Diese Erscheinungen gingen nach drei Tagen unter Anwendung von kalten Umschlägen und Eispillen zurück, dagegen aber entwickelte sich rechterseits eine gleichmässige Schwellung des Velums und der Mandel mit bedeutenden Schmerzen. Fluctation konnte nicht gefunden werden. Trotzdem wurden mehrere tiefe Incisionen durch den vorderen Gaumenbogen gemacht, führten aber nicht zur Entleerung von Eiter. Am 13. Mai entleerte sich eine grosse Menge übelriechenden Eiters in den Mund, ohne dass man die Durchbruchöffnung eruiren konnte. Am 14. Mai entstand eine Schwellung der Mandel, die zur Bildung eines Eiterherdes in ihrer Substanz führte. Derselbe wurde am 16. Mai eröffnet. Als ich dann die Patientin anfangs Juni wieder sah, bemerkte ich, dass die Mandeln stark zerklüftet waren, brannte die Nischen mit dem Galvanokauter aus und glättete die Oberfläche der Mandeln, um das Eindringen von Keimen zu erschweren. Doch hatte diese Procedur keinen dauernden Erfolg, denn am 14. Jänner 1889 begann wieder eine neue Entzündung. Es schwoll der linke Gaumenbogen und die linke Mandel an, und zwei Tage später bildete sich eine Eiterblase am Gaumenbogen, welche eröffnet wurde und wenige Tropfen Eiters entleerte, worauf die linke Seite abschwoh. Am 15. aber hatte sich rechts eine Schwellung der Umgebung der Mandel gebildet, welche dieselbe weit nach innen drängte. Es wurde mit dem Probe-Troikart durch den vorderen Gaumenbogen 2 cm tief eingestochen ohne auf Eiter zu stossen und dieser Vorgang bis 18. mehrmals erfolglos wiederholt. Dabei nahmen die Schlingbeschwerden bedeutend zu, Schlaflosigkeit trat ein und aussen am Halse vor dem Kopfnicker bildete sich eine schmerzhaftige Schwellung. Endlich, am 18. Juni, gab die Kranke an, dass der Schmerz besonders heftig in der Gegend oberhalb des Zungenbeines sich bemerkbar mache. Eine genaue Be-

sichtigung des Rachens und Mundes ergab eine gelblich gefärbte Schwellung am Innenrande des Alveolarfortsatzes des Unterkiefers, dessen Zähne gut erhalten und schmerzlos waren. Nur der Weisheitszahn fehlte daselbst, während im rechten Oberkiefer ein überzähliger Mahlzahn vorhanden war. Beim Einstiche in diese Schwellung entleerte sich sofort eine grosse Menge (vielleicht drei Esslöffel) gelblichen, etwas unangenehm riechenden, aber nicht stinkenden Eiters, worauf die Schwellung der rechten Hälfte des Velums plötzlich zurückging; man musste also annehmen, dass der Eiter einen Raum nach aussen und oben von der Mandel gefüllt hatte.

Drei Tage später bildete sich links eine starke Schwellung des Velums und der Mandel, sowie aussen am Halse hinter dem Kieferwinkel; auch hier blieben die Einstiche durch den vorderen Gaumenbogen erfolglos. Am 22. Abends entleerte sich plötzlich eine grosse Menge Eiters in den unteren Theil des Rachens und wurde verschluckt, so dass die Patientin nur wenig davon ausspucken konnte. Die Beschwerden hörten sofort auf. Alle Versuche, mit dem Spiegel den Durchbruchsort aufzufinden, blieben vergebens, und man konnte nur nach den Angaben der Kranken annehmen, dass der Eiter durch den hinteren Gaumenbogen in die untere Gegend des Rachens durchgebrochen sei. Die Mandel selbst war immer nur unbedeutend vergrössert, aber stark nach innen und unten verdrängt.

Ueberblicken wir noch einmal diese eigenen Beobachtungen und die Angaben der Autoren, so ergibt sich, dass meistens die Eiteransammlung nach aussen und oben von den Mandeln stattfindet, und der Eiter nach vorne und aussen von den Mandeln durchbricht. Dieser Raum war schon Linhart<sup>1)</sup> bekannt und wurde von ihm *Spatium pharyngo-maxillare* benannt. Er beschreibt ihn folgendermassen: »Zwischen der Seitenwand des Schlundkopfes, dem *Pterygoideus internus* und den obersten Halswirbeln ist nach hinten zu ein mit Fett und Zellgewebe erfüllter Raum, in dessen hinterstem Theile die grossen Gefässe liegen. Dieser Theil entspricht dem Theile der Seitenwand des Pharynx, der nach rückwärts vom hinteren Gaumenbogen liegt.«

Auch sagt er später, l. c. p. 180: »Alle grossen Abscesse, die ich bei Rachenentzündung entstehen sah, hatten im submucösen Zellstoffe des vorderen Gaumenbogens ihren Herd«,

<sup>1)</sup> Chirurgisch-anatomische Untersuchungen über die active Lage der Mandeln zu den Carotiden. Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien, 1849, pag. 177.

und etwas früher: »Grosse Abscesse der Mandeln sind äusserst selten.«

Otto Zuckerkandl<sup>1)</sup> unterzog diese Gegend einer sorgfältigen Präparation und gab auch gute Abbildungen nach Luschka. Nach ihm zerfällt das Cavum pharyngo-maxillare in zwei Räume, einen vorderen und einen hinteren, welche durch die Mm. stylo-glossus und stylo-pharyngeus von einander abgegrenzt sind. Der vordere ist am Querschnitte dreieckig und »wird nach aussen von dem M. pterygoideus internus, nach innen von der der Tonsille auflagernden Pharynxwand und nach hinten schliesslich von beiden Griffelmuskeln« begrenzt. Der hintere Raum von unregelmässig viereckigem Querschnitte liegt »zwischen hinterer Rachenwand und Wirbelsäule und enthält in seinem hintersten Antheile die grossen Gefässe und Nerven. Beide Räume, mit Fett und lockerem Zellgewebe erfüllt, communiciren miteinander durch einen Spalt zwischen M. stylo-glossus und stylo-pharyngeus.« Aus den ferneren Darstellungen Z.'s geht hervor, dass die Carotis interna weit nach hinten und aussen von der Mandel, die Carotis externa noch weiter nach aussen, aber mehr nach vorne (in der Ebene der Griffelmuskeln) liegt. Deswegen »ist die Furcht vor Carotisverletzung beim Scarificiren der Tonsillen oder bei Eröffnung eines Tonsillarabscesses unbegründet«.

Aber es wäre nach der Zeichnung in Z.'s Arbeit möglich, mit einem Stiche durch den vorderen Gaumenbogen nahe dem Unterkiefer die Carotis interna oder externa zu treffen und zwar die erstere, wenn der Stich nach hinten und etwas nach innen, die letztere wenn er gerade nach hinten gerichtet wäre. In beiden Fällen müsste man aber sehr tief einstechen, da schon bei gesundem Velum der Abstand zwischen vorderem Gaumenbogen und Wirbelsäule 3 cm und darüber beträgt, während bei Eiteransammlungen im Cavum pharyngo-maxillare der vordere Gaumenbogen weit nach vorne gedrängt ist. Es ist deswegen in solchen Fällen ganz ungefährlich, 1 bis 2 cm tief durch die Mitte des vorderen Gaumenbogens gerade nach hinten einzustechen. Man kommt dann mit dem Messer nicht einmal bis zu den Mm. stylo-glossus und stylo-pharyngeus, zwischen denen die Arteria palatina ascendens liegt, sondern nur in den vorderen dreieckigen Raum des Cavum pharyngo-maxillare. Und gerade in diesem Raume localisirt sich am häufigsten die Entzündung und Eiterung bei der Angina phlegmonosa, wie dies wohl nach den angeführten Beobachtungen

<sup>1)</sup> Zur Frage der Blutung nach Tonsillotomie. Wiener med. Jahrbücher 1887, 6. Heft, pag. 309.

zweifellos ist, in deren Mehrzahl der Durchbruch des Eiters durch die Mitte des vorderen Gaumenbogens nach aussen von der Mandel stattfand. Auch die Durchbruchsstelle nahe dem Unterkieferaste (einmal beobachtet) und am Unterkiefer selbst unterhalb des letzten Mahlzahnes (auch einmal beobachtet) entspricht noch der äusseren Begrenzung des Spatium pharyngo-maxillare. Ebenso kann auch in seltenen Fällen der Eiter sich aus dem Spatium hinter der Mandel in den Rachen entleeren, wie das zweimal beobachtet wurde. Ob in diesen Fällen der hintere Abschnitt des Spatium pharyngo-maxillare der Sitz des Eiters war, lässt sich nicht bestimmen, doch darf die Möglichkeit dieses Vorkommens nicht in Zweifel gezogen werden. Liegen ja doch Beobachtungen vor, dass im Verlaufe der Angina phlegmonosa Blutungen aus der Carotis interna auftraten; so erwähnt Vergely<sup>1)</sup> (Bordeaux) 16 Beobachtungen dieser Art. J. H. Hall<sup>2)</sup> verlor einen Patienten in Folge von Blutung aus einem Mandelabscess, wahrscheinlich von der Carotis interna her.

Postempski<sup>3)</sup> musste die Carotis communis wegen Perforation der Carotis interna aus derselben Ursache unterbinden. Bei Weinlechner's<sup>4)</sup> Fall liess sich das arrodirtes Gefäss nicht feststellen. Aus der älteren Literatur führt O. Zuckerkanndl, (l. c.) mehrere tödtliche Blutungen nach Eröffnung von Tonsillenabscessen an. Wenn nun auch gewiss nicht in allen diesen Fällen die Carotis interna arrodirt war, so muss man dies wohl zweifellos für die Fälle Vergelys und Postempski's annehmen. Eine Arrosion der Carotis interna setzt aber sicher voraus, dass der Eiter in den hintern Abschnitt des Cavum pharyngo-maxillare gelangt ist.

Glücklicherweise scheint das selten stattzufinden. Man müsste ja sonst auch öfters ein Uebergehen der Eiterung bei Angina phlegmonosa auf die hintere Rachenwand beobachten, da der hintere Abschnitt des Cavum pharyngo-maxillare in den retropharyngealen Raum ohne Grenzen übergeht; über eine Combination aber von Angina phlegmonosa und Abscessus retropharyngealis konnte ich nirgends eine Angabe finden. Als Ursache davon ist wohl jene vom M. stylo-glossus und stylo-pharyngeus gebildete Wand anzusehen, welche das Cavum pharyngo-maxillare in einen vorderen und hinteren Antheil scheidet. Zwar hat diese Wand einen Spalt, aber derselbe

1) La perforation de la carotide int. dans l'ang. phleg. Journ. de méd. de Bordeaux 1886, Nr. 49, 50 et 54.

2) Boston med. and surg Journ., 22. Dec. 1887.

3) Gazz. med. di Roma, 15. Febr. 1887.

4) Wiener med. Blätter, 1885 Nr. 53.

ist so eng, dass er nicht leicht von der Eiterung überschritten wird.

Leichter verbreitet sich die Entzündung nach unten. Nach unten nämlich wird der Raum zwischen den beiden Gaumenbogen weiter und hat »hier zu seinem Boden den lateralen Umfang des Endes der Zungenwurzel und die Plica pharyngo-epiglottica«. <sup>1)</sup> Das Zellgewebe im Cavum pharyngo-maxillare setzt sich längs des M. pterygoideus internus nach unten fort und schwillt häufig bei Entzündungen im Velum an. So erklärt es sich, wie bei Angina phlegmonosa sich gelegentlich Oedeme des Kehlkopfeinganges entwickeln (in meinen 38 Fällen sechsmal), und wie, abgesehen von den Drüsenschwellungen am Unterkieferwinkel, die fast bei jeder Angina auftreten, Infiltrationen zwischen Kieferast und Kopfnicker und noch weiter abwärts entstehen können.

Ja es kann der Eiter, diesem Raume folgend, bis zum Schlüsselbeine <sup>2)</sup> oder sogar in die Brusthöhle <sup>3)</sup> vordringen. Robert Abbe <sup>4)</sup> berichtete über einen sehr lehrreichen Fall von chronischem Abscesse des Halses, der sich nachweisbar aus einer phlegmonösen Tonsillitis entwickelt hatte. Dieser Abscess wurde längere Zeit nach Ablauf der Halsentzündung eröffnet, wollte aber nicht heilen, bis man mit der Sonde eine sinuöse Ausbuchtung fand, die sich hinter dem Unterkieferaste bis nahe an die Tonsille sondiren liess, so dass man dort die Sonde durch die Schleimhaut fühlen konnte. In dieser Ausbuchtung lagen mehrere harte Concremente, nach deren Entfernung sich die Höhle langsam schloss.

Nach vorne zu endlich drängt der Eiter den leicht verschiebbaren Gaumenbogen am schnellsten vor, so dass derselbe oft beinahe halbkugelig in die Mundhöhle hineinragt; gleichzeitig wird, wie das schon Luschka hervorhebt, das Lig. pterygo-mandibulare entzündlich infiltrirt und sammt seiner Umgebung geschwollen, ein Umstand, welcher das Oeffnen des Mundes oft so bedeutend erschwert.

Wir sehen also, dass alle bei Angina phlegmonosa vorkommenden Erscheinungen und Complicationen sich ganz zwanglos aus den anatomischen Verhältnissen ableiten lassen, wenn wir für gewöhnlich den Sitz der Entzündung und Eiterung in das Cavum pharyngo-maxillare der Autoren verlegen.

Schliesslich sei es gestattet, die praktisch wichtigen Punkte noch kurz zusammenzufassen:

<sup>1)</sup> Luschka. Die Anatomie des menschlichen Halses. 1862, pag. 197.

<sup>2)</sup> Montague (citirt bei M. Mackenzie).

<sup>3)</sup> Roche ibidem.

<sup>4)</sup> New-York, Med. Journ. 1884, pag. 72.

1. Die Angina phlegmonosa hat ihren Sitz selten in der Mandel und liefert dann meist kleine Abscesse, die an der Mandeloberfläche selbst durchbrechen oder leicht zu eröffnen sind.

2. Gewöhnlich localisirt sich die Entzündung nach aussen und oben von der Mandel und drängt dieselbe nach innen und unten, den vorderen Gaumenbogen aber stark nach vorne in den Mund herein.

3. Die meistens eintretende eitrige Schmelzung wird an dem begleitenden Oedeme des Zäpfchens und der Gaumenbogen, den heftigen, stechenden, gegen das Ohr ausstrahlenden Schmerzen und der Fluctuation erkannt. Doch sind alle diese Zeichen gelegentlich trügerisch; in zweifelhaften Fällen versuche man eine Probepunction durch die Mitte des vorderen Gaumenbogens gerade nach hinten 2 cm tief.

4. Bei Nachweis des Eiters steche man mit einem spitzen Tenotome oder einem mit Heftpflaster umwickelten Spitzbistouri in der Mitte einer Linie ein, die von der Uvula zur Krone des oberen Weisheitszahnes gezogen wird, ausser man sieht an einer anderen Stelle eine gelbliche Hervorragung oder konnte deutlich eine andere umschriebene, fluctuirende Stelle nachweisen. Der Einstich soll dem Rande des vorderen Gaumenbogens parallel gerade nach hinten gerichtet sein und kann 1 bis 2 cm tief ohne Gefahr geführt werden. Dringt Eiter aus der Einstichsöffnung, so erweitere man den Schnitt beim Herausziehen des Instrumentes nach unten.

5. Kann man Eiter nicht nachweisen, ist aber die Schwellung hochgradig, so steche man trotzdem in derselben Weise ein, um wenigstens das entzündete Gewebe zu entlasten.

6. In seltenen Fällen bricht der Eiter anderswo durch; deswegen ist es unerlässlich, jedesmal eine genaue Inspection des Mundes, Rachens und Nasenrachenraumes vorzunehmen, soweit sie durchführbar ist. Es wird dann manchmal doch gelingen, den Eiterherd zu finden.

---

---

Druck von Friedrich Jasper in Wien.

---