

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Beiträge zur Kinderheilkunde

Henoch, Eduard

Berlin, 1868

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Shelf Mark: Ui VI 1813

II. Catarrh und Entzündung des Kehlkopfes.

[urn:nbn:de:hbz:38m:1-124110](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:38m:1-124110)

II. Catarrh und Entzündung des Kehlkopfes.

Die zahlreichen Fälle von Catarrhen des Larynx, die mir sowohl in der Poliklinik, wie in der Privatpraxis vorkamen, bekunden die grosse Frequenz dieser Affection im kindlichen Lebensalter. Ich bemerkte dabei eine dreifache Entwicklungsweise der Krankheit:

1) Dieselbe beginnt mit einem oder mehreren der oben (p. 126) beschriebenen Pseudocroupanfälle. Statt eines Schnupfens oder leichten catarrhalischen Hustens entwickelt sich aber aus diesen Anfällen, offenbar in Folge einer Propagation des acuten Catarrhs in den Larynx hinein, ein ernsterer Symptomencomplex. Das Geschrei und die Sprache werden heiser, der Croupalton der tieferen Inspiration wird permanent und auch das gewöhnliche Einathmen stridulös, der Husten rauh, „laryngeal“, wie man sich ausdrückt; der Druck auf den Schildknorpel und die Trachea wird schmerzhaft, ruft den charakteristischen Husten hervor, und häufig, aber nicht immer, tritt Fieber hinzu.

2) Die eben beschriebenen Symptome entwickeln sich ohne vorausgegangenen Pseudocroupanfall, meistens ziemlich rasch, in 12—24 Stunden, bis zu einer gewissen Höhe.

3) Die Entwicklung derselben geschieht allmählig, nachdem mehrere Tage lang die Symptome eines leichten Tracheal- oder Bronchialcatarrhs vorausgegangen sind, also durch Propagation des Catarrhs nach oben. Die beiden letzten Entwicklungsweisen kamen mir in der Armenpraxis am häufigsten vor, wohl aus dem Grunde, weil plötzliche Erkältung oder Vernachlässigung bestehender Catarrhe in dieser Sphäre prävalirt; die erstere hingegen sah ich ebenso oft unter den günstigsten Lebensverhältnissen, weil bei vorhandener Disposition vieler Kinder auch die sorgsamste Pflege diese Form des Pseudocroup und seine Folgen nicht zu verhindern vermag.

In welcher Weise nun auch der acute Larynxcatarrh

sich entwickelt haben mag, seine Erscheinungen können immer unter begünstigenden Verhältnissen einen Grad erreichen, welcher die Unterscheidung vom exsudativen Croup sehr schwer, wenn nicht unmöglich macht. Nicht einmal die Gegenwart diphtheritischer Ablagerungen im Pharynx sichert absolut die Diagnose des Croup, da es an allerdings seltenen Fällen nicht fehlt, wo die Larynxaffectio, die im Gefolge der Diphtheritis eintrat, sich bei der Section nur als acuter Catarrh auswies. Dennoch bleibt in allen Fällen, wo croupöse Erscheinungen vorliegen, die Existenz diphtheritischer Bildungen im Schlunde immer ein Zeichen, welches mit grösster Wahrscheinlichkeit auf die gleiche Affectio des Larynx schliessen lässt. Aber dies Zeichen kann fehlen! trotz der gegentheiligen Behauptung Vieler muss ich doch an der alten Erfahrung festhalten, dass ein primärer Laryncroup ohne Diphtheritis pharyngea vorkommt, wenn derselbe auch in den letzten Jahren in Folge des mehr epidemischen Vorwaltens der Diphtherie seltener als früher beobachtet wird. Unter anderen mögen die beiden folgenden, mit wenigen Worten mitgetheilten Fälle als Beispiele dienen:

1) Martha H., $1\frac{1}{3}$ Jahr alt, den 11. März 1863 in die Klinik gebracht. Seit mehreren Tagen Heiserkeit und catarrhalischer Husten, wobei das Kind viel im Freien herumgetragen wird. Seit gestern Abend plötzlich starke Dyspnoë, Stridor beim Ein- und Ausathmen, R. 56, starke Action der Scalen und des Zwerchfells. Im Schlunde keine Diphtheritis, auch keine Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen. Schmerzhaftigkeit des Larynx beim Druck, Croupal Husten, Fieber, besonders in der Nacht. Trotz der Anwendung von Blutegeln, Brechmitteln, Vesicantien und Mercurialeinreibungen anhaltende Steigerung unter Hinzutritt suffocativer Paroxysmen. Tracheotomie von den Eltern verweigert. Tod in der Nacht vom 13. zum 14. Section. Pharynx durchaus normal. Auf der hyperämischen Schleimhaut des Larynx und des oberen Drittheils

der Trachea eine locker anhaftende, dünne, fetzige, weissgelbe Membran, welche die mikroskopischen Charaktere des croupösen Exsudats zeigt. Diffuser Bronchialcatarrh; Bronchialdrüsen theils käsig, theils verkalkt. Lungen normal.

2) Paul S., 7 Monat alt, den 26. März 1865 in die Klinik gebracht. Seit einer Woche Schnupfen, seit zwei Tagen Heiserkeit, Vollsein auf der Brust, Husten. Seit 16 Stunden Croupsymptome. Pharynx normal, keine Drüsenschwellung. Tracheotomie wegen des sehr zarten Alters nicht vorgeschlagen. Tod am 27. Section. Schleimhaut der Trachea bis zur Theilung stark hyperämisch, diffuser Bronchialcatarrh. Schleimhaut des Larynx ziemlich blass, an den Stimmbändern kleine, locker aufliegende croupöse Exsudate, die aus einer fibrinösen, in Essigsäure sich lösenden Grundmasse, aus Epithelien und zahlreichen jungen Zellen bestehen. Pharynx völlig normal.

Man kann sich in solchen Fällen nicht, wie man es wirklich gethan hat, hinter der Annahme einer auf den Larynx beschränkten Diphtherie verschanzen; der unbefangene Beobachter, der ausser dem anatomischen Befunde den Entwicklungsgang der Krankheit aufmerksam verfolgt, wird darin immer nur ein entzündliches Localleiden erblicken können, welches von dem infectiösen Bilde der Diphtherie durchaus verschieden ist. Der Beginn mit den Erscheinungen des einfachen örtlichen Catarrhs, das Fehlen der prodromalen Infectionssymptome und der Drüsenschwellungen sind ausreichend, solche Zustände von der Diphtherie scharf zu trennen. Dieser primäre Croup des Larynx aber ist nun eben von den höchsten Graden des einfachen acuten Kehlkopfcattarrhs nur durch ein Kriterium, nämlich durch den Auswurf croupöser Fetzen oder Röhren, sicher zu unterscheiden*). Wo dieser Auswurf fehlt, und dies ist ja häufig genug der Fall, da lässt sich auch die Diagnose

*) Die laryngoskopische Untersuchung, welche allerdings das beste Mittel wäre, um die Diagnose sicher zu stellen, lässt sich bei sehr

des exsudativen Croup nicht mit absoluter Gewissheit während des Lebens stellen. Man muss eben darauf vorbereitet sein, bei der Section statt der erwarteten fibrinösen Auflagerungen lediglich eine starke Röthe und Schwellung der Schleimhaut, Erosionen derselben und ein reichliches schleimigpurulentes Secret im Larynx zu finden.

Glücklicher Weise bleibt diese Ungewissheit ohne Einfluss auf die Therapie, die in den höheren Graden des acuten Catarrhs ebenso eingreifend sein muss, wie beim wirklichen Croup. Aber auch die leichteren Formen des Catarrhs erfordern immer eine aufmerksame Behandlung. Wenn man wiederholt beobachtet hat, wie ein scheinbar unbedeutender Kehlkopfcarrh binnen wenigen Stunden in das erschreckende Bild der acuten Larynxstenose übergehen kann, so wird man es sich zum Gesetz machen, auch in den leichtesten Graden die Kinder im Zimmer, ja selbst im Bett zu halten. Man thue hier lieber zu viel, als zu wenig. Sobald die Heiserkeit sich auch nur mit den leichtesten Symptomen der Larynxstenose, d. h. mit Andeutungen des inspiratorischen Stridors und mit croupösem Husten verbindet, zögere man nicht mit der Verordnung des Tartarus stibiatus. Ich lasse gewöhnlich 2 Gran desselben in Aq. dest. z^{ii} ß und Syrup. simpl. z^{ss} auflösen und davon stündlich einen Kinderlöffel, bis Erbrechen erfolgt ist, dann aber zweistündlich nehmen. Nur in den verhältnissmässig seltenen Fällen, wo auch jede spätere Dosis Erbrechen bewirkt, verlängere man die Intervalle oder setze die Dosis auf einen Theelöffel herab. Dabei bleibe der Hals mit einer Speckschwarte oder mit warmen Breiumschlägen bedeckt. Das der Entzündung nachtheilige Geschrei kleiner Kinder suche man so gut als möglich zu beruhigen, ein Rath, der freilich leichter zu geben, als auszuführen ist.

kleinen Kindern kaum durchführen, und findet selbst bei grösseren im Stadium der Larynxstenose so bedeutende Hindernisse, dass ihren Resultaten nicht immer zu trauen ist.

Antiphlogistische Diät und laues Getränk sind nothwendig; erstere wird dadurch erleichtert, dass der Appetit während des Gebrauchs des Brechweinsteins meistens abnimmt oder ganz verloren geht. Nach 24—36 Stunden dieser Behandlung pflegte in den meisten Fällen der Husten den Croupalton zu verlieren, die Heiserkeit abzunehmen, das Fieber zu verschwinden, und eine fortgesetzte sorgfältige Pflege, verbunden mit dem Gebrauch einer Salmiakmixture vollendete die Heilung. Steigern sich aber die Erscheinungen, oder ist gleich von Anfang an Dyspnoë vorhanden oder der Larynx gegen Druck empfindlich, so dass die Kinder dabei das Gesicht verziehen und einen croupös klingenden Husten bekommen, so darf man die Application von 3—6 Blutegeln (je nach dem Alter) oberhalb des Manubrium sterni nicht aufschieben. Mag auch nach einer profusen Nachblutung, die hier oft schwer zu controlliren ist, ein gewisser Grad von Anämie längere Zeit zurückbleiben, so ist dieser Umstand doch bedeutungslos gegenüber den schweren Folgen, welche eine zu weit getriebene Scheu vor Blutentleerungen in solchen Fällen haben kann. Schon während des Saugens der Blutegel sah ich wiederholt das Athmen ruhiger werden und die starke Action der inspiratorischen Hilfsmuskeln nachlassen. Das beliebte Verfahren, die Nachblutung durch warme Cataplasmen zu unterhalten, halte ich nach eigener Erfahrung unter solchen Umständen für unzweckmässig, weil die dadurch hervorgerufene starke Hyperämie der Haut das Stillen der Nachblutung sehr erschweren kann. Das Betupfen der Bisswunden mit einem warmen Schwämmchen ist daher vorzuziehen. Ist die grösste Heftigkeit der Krankheit gebrochen, so setze man nach 24—36 Stunden den Tart. stibiatus aus und gebe Calomel (gr. β) mit Sulphur aurat. (gr. $\frac{1}{4}$) 2stündlich, bis das Fieber und die Erscheinungen der Stenose ganz geschwunden sind. Die Application eines Blasenpflasters auf den Kehlkopf, welches durch Unguent. ciner. in Eiterung gehalten wird, ist in schweren Fällen dabei sehr zu empfehlen. Ueberall,

wo diese Behandlung frühzeitig und entschlossen ins Werk gesetzt wurde, erfolgte eine Rückbildung des Catarrhs, auch da, wo von vorn herein eine Theilnahme der grösseren Bronchien durch die Auscultation nachzuweisen war. Nur der Unerfahrene wird diese Behandlung, welche in den leichteren Graden des Catarrhs allerdings eine theilweise prophylaktische Bedeutung hat, zu „energisch“ finden; traurige Erfahrungen werden ihn bald belehren, dass die beliebte „expectative“ Therapie nirgends übler angebracht ist, als in diesen Zuständen.

III. Catarrh und Entzündung der Luftröhre und der Bronchien.

Der acute Catarrh der Trachea und der Bronchien bildete nächst der Diarrhoe die häufigste Krankheit, welche in der Klinik beobachtet wurde. Derselbe befiel mit Vorliebe die beiden ersten Perioden des Kindesalters, etwa bis zum Ende des dritten Lebensjahres, eine Thatsache, die vorzugsweise in der ausserordentlichen Reizbarkeit der respiratorischen Schleimhaut während dieses zarten Alters ihre Erklärung findet. Kälte und Feuchtigkeit spielen in der Aetiologie die Hauptrolle, daher die überwiegende Frequenz dieses Catarrhs in der Armenpraxis. Weit schwieriger ist der Einfluss der Dentition zu beurtheilen; der Angabe der Mütter, dass ihre Kinder beim Durchbruche jeder Zahngruppe Husten bekämen, ist nicht ganz zu trauen, da das Vorurtheil, welches die meisten Affectionen des ersten Kindesalters mit den „Zähnen“ in Verbindung bringt, im Volke noch immer in voller Blüthe steht. Dazu kommt noch der Umstand, dass in der betreffenden Lebensperiode auch die Rachitis ihre grösste Entwicklung zeigt, eine Krankheit, welche erfahrungsgemäss zu Catarrhen der Respirationsorgane vorzugsweise disponirt.

Catarrhe der Trachea und ihrer grössten Aeste kommen im kindlichen Alter nicht selten vor, ohne sich weiter abwärts zu verbreiten. Häufiger Hustenreiz, auffallend rauher