

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Beiträge zur Kinderheilkunde

Henoch, Eduard

Berlin, 1868

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Shelf Mark: Ui VI 1813

II. Krankheiten der Rachenhöhle.

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

II. Krankheiten der Rachenhöhle.

Diphtheritis. Die einfache catarrhalische Angina tonsillaris wurde in den ersten Lebensjahren nur ausnahmsweise beobachtet. Erst vom dritten und vierten Jahr an nahm ihre Frequenz zu, und zwar zeigte sie dann nicht selten die auch bei Erwachsenen sehr gewöhnliche Form der Folliculareiterung. Auf der mehr oder minder gerötheten und geschwollenen Mandel sieht man eine grössere Zahl stecknadelkopfgrosser gelber, bisweilen etwas prominirender Punkte, die Schleimabsonderung ist vermehrt, das Schlucken schmerzhaft und nicht selten Fieberbewegung vorhanden. Im weiteren Verlaufe sieht man öfters die kleinen Follicularabscesse confluiren und einen mehr oder minder umfänglichen graugelben Substanzverlust (Folliculargeschwür) auf der Mandel herbeiführen, dessen Heilung in der Regel ohne Zuthun der ärztlichen Kunst zu Stande kommt. Die gelbe Farbe und die grössere Zahl der Flecken unterscheidet diese Affection hinlänglich von den leichteren Formen der Diphtheritis, so dass nur bei völliger Unbekanntschaft mit diesem Zustande eine Verwechselung möglich ist.

Die eigentliche Angina diphtheritica trat mir sowohl in der poliklinischen, wie in der Privatpraxis häufig in einer Form entgegen, welche trotz ihrer lokalen Geringfügigkeit doch durch die Intensität des begleitenden Fiebers ihre Zusammengehörigkeit mit den schweren Formen der Krankheit bekundete. Gewöhnlich eröffnete Fieber mit starker Temperatursteigerung die Scene; Kopfschmerz, wiederholtes Erbrechen, Anorexie, nächtliche Delirien waren häufige Begleiter. Die Pulsfrequenz schwankte bei Tage zwischen 96 und 160. Unruhe und Schlummersucht wechselten mit einander ab. In der Privatpraxis bekommt man die kranken Kinder meistens schon am Tage nach dem Eintritte des Fiebers zu sehen, während die in der Poliklinik vorgestellten kleinen Patienten oft schon vor 6 bis

8 Tagen erkrankt waren. Die Untersuchung ergibt Schmerz beim Schlucken, der aber mitunter äusserst gering ist, fast immer Anschwellung der unter dem Kieferwinkel liegenden Lymphdrüsen, Nasalton der Sprache, dicken Zungenbelag. Die gesammte Schlundpartie ist geröthet und die geschwollenen Mandeln mit kleinen weissen oder weissgrauen Plaques belegt. Das Fieber pflegt bei der Invasion am stärksten zu sein und in den nächsten Tagen beträchtlich zu sinken, so dass während des Tages die Temperatur nicht selten nahezu normal ist, in den Abendstunden aber eine mässige Steigerung erfährt. Albuminurie konnte ich in den Fällen, wo ich den Urin untersuchte, nicht nachweisen. Meistens stiessen sich die weissen Plaques auf den Mandeln innerhalb 3—7 Tagen los, ohne deutlich erkennbare Veränderungen der unterliegenden Schleimhaut zu hinterlassen. Gleichzeitig verschwand auch die secundäre Drüsenschwellung am Halse und das Fieber, und das Wohlbefinden stellte sich binnen wenigen Tagen wieder her. Manche Kinder haben indess eine Neigung zu wiederholten Recidiven und in einem Fall dieser Art, welcher ein 3jähriges, schon zum vierten Mal an dieser Angina leidendes Mädchen betraf, sah ich eine chronische Anschwellung der Tonsillen zurückbleiben.

Obwohl ich nun in der weit überwiegenden Zahl dieser Fälle keine bedenklichen Erscheinungen beobachtet habe, lässt doch das ganze Krankheitsbild nicht daran zweifeln, dass man es hier mit dem leichtesten Grade der Schlunddiphtheritis zu thun hat. Das heftige, oft von Erbrechen begleitete Invasionsfieber, welches in gar keinem Verhältnisse zu der geringen Localaffection steht, der Charakter des Exsudats, die secundäre Drüsenschwellung, die Uebertragung der Affection, welche ich bei Geschwistern wiederholt beobachtet habe — alle diese Umstände sprechen für diese Anschauung. Dazu kommt aber noch die Thatsache, dass bisweilen die ursprünglich auf die Mandeln beschränkten Plaques sich nach 24—48 Stunden auch auf dem Gau-

mensegel, besonders auf der Uvula entwickeln, dass endlich die anfangs unscheinbare und beschränkte Tonsillaraffectio sich dennoch im weiteren Verlaufe zu einer vollständig entwickelten und schliesslich mit dem Tode endenden Diphtheritis heranbilden kann. Aus diesem Grunde rathe ich, auch jene leichte Form nie auf die leichte Achsel zu nehmen, wenigstens die Möglichkeit einer ungünstigen Entwicklung nicht ausser Acht zu lassen.

Ebenso wie in den meisten Fällen dieser Art die Diphtheritis auf die Mandeln beschränkt bleibt und sich nicht weiter ausbreitet, kann in anderen Fällen eine Beschränkung auf die Nasenschleimhaut vorkommen, welche ich gerade in praktischer Beziehung für sehr wichtig halte. Ich habe bisher nur einen einzigen Fall dieser Art, in Gemeinschaft mit Traube beobachtet. Das betreffende Kind, ein 8jähriges gesundes Mädchen, erkrankte unter den Erscheinungen einer von leichtem Fieber begleiteten Coryza. Ein ungewöhnliches Schnarchen im Schlaf und häufige Klagen über ein das Athmen erschwerendes Hemmniss in der Gegend der Nasenwurzel deuteten auf eine erheblichere Stenose des Nasencanals, als sie bei einfacher Coryza vorzukommen pflegt. Auch im Pharynx und an der Epiglottis wurde mittelst des Larynxspiegels catarrhalische Röthe wahrgenommen. Nach Verlauf mehrerer Tage schnaubte das Kind mit grosser Anstrengung eine zähe weisse Masse vom Umfang eines kleinen Fingergliedes aus, welche bei der Behandlung mit Essigsäure aufquoll und dadurch ihre fibrinöse Natur bekundete. Nach einigen Tagen erfolgte abermals die Ausstossung einer bedeutend kleineren Masse, worauf alle Beschwerden sofort nachliessen. Die Behandlung hatte lediglich in einer mehrtägigen Bettruhe und in der Darreichung einiger Dosen Calomel bestanden.

Man muss zugeben, dass solche Fälle sehr leicht verkannt und für einfache Coryza gehalten werden können, wenn nämlich entweder keine Ausstossung fibrinöser Producte durch die Nase erfolgt, oder wenn dieselbe bei man-

gelnder Aufmerksamkeit nicht beachtet und das Eliminirte nicht genau untersucht wird. Schon Bretonneau machte auf die Diphtheritis der Choanen und oberen Nasenhöhle aufmerksam, und seitdem sind zahlreiche Fälle derselben, besonders im Gefolge der Scarlatina auftretende, beobachtet worden. Das Bedeutsame des oben mitgetheilten Falles liegt aber für mich darin, dass er uns zeigt, wie die Diphtheritis auf der Nasenschleimhaut ihren Ausgangspunkt nehmen und hier Tage lang latent bestehen kann, ohne sich weiter zu verbreiten. In minder günstigen Fällen sehen wir indess die Krankheit von den Choanen aus auf den Pharynx und weiter abwärts fortschreiten. Nicht selten wird der Arzt erst hinzugerufen, wenn bereits Drüsenschwellung unter dem Kiefer, speckige Infiltration des Pharynx, heisere Stimme u. s. w. eingetreten sind, und die Anamnese ergibt dann, dass das Kind bereits seit mehreren Tagen an einem fieberhaften Schnupfen mit beträchtlicher Verstopfung der Nase gelitten habe. In einem dieser Fälle, einen 6jährigen Knaben betreffend, drückten die Eltern geradezu ihr Erstaunen darüber aus, dass das Kind von der Diphtheritis befallen werden konnte, da es doch wegen eines heftigen mit Fieber verbundenen Schnupfens über eine Woche nicht aus dem Zimmer gekommen sei. Dieser Fall endete später unter den Erscheinungen des Croups tödtlich.

An die leichteste auf die Mandeln beschränkt bleibende Form, von welcher oben die Rede war, schliessen sich nun die Fälle von mittlerer Intensität, in denen sich der diphtheritische Process auch auf das Gaumensegel, die Uvula und selbst auf den Pharynx verbreitet. Während in einem Theile derselben die secundäre Drüsenschwellung, das Fieber, die Dysphagie, nicht stärker ausgeprägt sind, als in der ersten Reihe, und auch der glückliche Ausgang ohne weitere Zwischenfälle in derselben Zeit, d. h. binnen 6—10 Tagen zu Stande kommt, müssen wir hier doch noch mehr auf der Hut sein, weil die Verbreitung in die Luftwege unter diesen Umständen weit häufiger beobachtet wird, als

in den Fällen, wo nur ein paar Flecken auf den Mandeln bemerkbar sind. Der folgende Fall lehrt, dass selbst bei scheinbar vollkommen günstigem Verlaufe der Krankheit ganz unerwartet ein tödtlicher Ausgang erfolgen kann:

Amalie Burchard, 1 Jahr alt, am 30. Januar 1865 vorgestellt. Seit 5 Tagen krank, Anorexie, Fieber, Verdriesslichkeit. Seit gestern Heiserkeit, geringer catarrhalischer Husten, erschwertes Schlucken. Rachenhöhle stark geröthet, auf den Tonsillen, besonders der linken, und auf der Uvula dicke weisse Plaques. Drüsen geschwollen. Inspirationston beim Weinen und Husten rauh. Emeticum. Cauterisation der Mandeln mit Höllensteinlösung (9j auf 3ß Wasser). Den 31. Die Plaques an den Rändern gelockert. Kali bromati 3j auf 3iv Aq. dest. stündlich 1 Theel. Den 1. Febr. Status idem. Den 2. Plaques auf der linken Mandel wieder stärker entwickelt. Der Zustand blieb derselbe bis zum 4., an welchem Tage das Exsudat beinahe verschwunden war. Den 5. Keine Plaques mehr zu sehen, Schleimhaut excoriirt und leicht blutend, grössere Munterkeit, Appetit. Den 6. früh 5 Uhr plötzlicher Tod während des Aufrichtens im Bette. Section nicht gestattet.

Der Mangel der Leichenöffnung lässt uns darüber im Unklaren, ob hier etwa ein latentes Leiden des Herzens bestand, welches den plötzlichen Tod veranlasst haben konnte. Soviel steht indess fest, dass das Kind bis zu dieser Erkrankung sich stets einer ungetrübten Gesundheit erfreut hatte. Plötzliche Todesfälle sind bei Diphtheritis, sogar bei Erwachsenen, öfters beobachtet worden, ohne dass die Section über die eigentliche Ursache derselben genügenden Aufschluss gegeben hätte. —

Diphtheritische Paralyse wurde in der Poliklinik 7mal beobachtet. In 3 Fällen beschränkte sich die Lähmung auf das Gaumensegel:

1) Lina Kuhlmann, 2 Jahr 10 Monate alt, am 2. Decbr. 1862 mit fieberhafter Diphtheritis der Tonsillen und Uvula vorgestellt. Am 5. sind die Exsudate abgestossen,

das Wohlbefinden wieder hergestellt. Am 10. Januar 1863 wird das Kind von neuem vorgestellt. Nasalklang der Stimme, geringe Bewegung des Gaumensegels beim Athmen und Schreien, Abfliessen aller Getränke durch die Nase, Allgemeinbefinden ungestört. Spontane Heilung binnen 14 Tagen.

2) Alexander Paul, 7 Jahr alt, den 3. Febr. 1863 vorgestellt. Vor drei Wochen eine fieberhafte Krankheit mit Dysphagie, Drüsenschwellung am Halse und „weissen Blasen“ auf den Mandeln. Unmittelbar nach dem Verschwinden dieser Erscheinungen soll die Stimme den noch jetzt hörbaren Nasalton bekommen haben. Uvula schlaff und verlängert, Velum beim Sprechen und Athmen kaum bewegt, Ausfliessen der Getränke aus der Nase, Anämie und Abmagerung. Strychnin gr. $\frac{1}{6}$, täglich endermatisch applicirt. Bis zum 12. keine Besserung. Anwendung der Elektrizität durch M. Meyer. Den 27. Das Getränk fliesst nicht mehr durch die Nase aus, Klang der Sprache besser. Den 13. März vollständige Heilung.

3) 5jähriges Mädchen, am 29. Septbr. 1865 vorgestellt. Vor 4 Wochen Scharlach mit diphtheritischer Angina. Spuren der Desquamation noch bemerkbar. Nasalsprache, Ausfliessen aller Getränke aus der Nase, auch beim Essen zuweilen Würgen mit theilweiser Ausstossung des Genossenen aus der Nase. Beschaffenheit des Velum wie oben. Anorexie, Brechdurchfall. Beseitigung des letzteren durch Salzsäure binnen 3 Tagen. Nach 14 Tagen spontane Heilung der Gaumenlähmung.

In den 4 anderen Fällen erstreckte sich die Paralyse über das Gaumensegel hinaus auf eine grössere Summe von Nervenbahnen:

4) Hedwig Fekité, 7 Jahr alt, am 31. Decbr. 1863 vorgestellt. Vor drei Wochen Halsschmerzen, Fieber und Bräunehusten. Spontane Genesung nach 6—7 Tagen, worauf zwei jüngere Geschwister auf dieselbe Weise erkrankten und unter Croupsymptomen starben. Das Kind ist seit 8

Tagen wieder leidend. Unruhiger Schlaf, Anorexie, leicht belegte Zunge, seit 3 Tagen wiederholtes Erbrechen, besonders Morgens beim Aufstehen, ohne Kopfschmerz oder Schwindel. Kein Fieber, P. 72, regulär. Der Kopf ist, wie bei Photophobie, abwärts gerichtet; Mydriasis auf beiden Augen, Doppeltsehen bei normaler Action der Augenmuskeln mit Ausnahme des rechten Abducens, dessen Function merklich beeinträchtigt ist. Accommodation gestört; beim Lesen Verschwimmen der Buchstaben. Gaumensegel schlaff und wenig beweglich. — In den nächsten Tagen wiederholtes Erbrechen, welchem meistens ein dumpfer Druck im rechten Auge vorausgeht. Ohne irgend eine ärztliche Behandlung verlor sich die Lähmung des rechten Abducens bis zum 10. Nach einigen Monaten kam das Kind eines Catarrhs wegen wieder in die Klinik, wobei die spontane und vollständige Heilung der diphtheritischen Lähmung constatirt wurde.

5) 4½jähriges Mädchen, am 11. Juli 1865 vorgestellt. Im Februar Keuchhusten; vor 4 Wochen ein „nervöses Fieber“ mit Schlingbeschwerden und Drüsenschwellung unter dem Kiefer. Seit 14 Tagen Nasalklang der Stimme, Ausfließen aller Getränke aus der Nase, Gaumensegel schlaff, kaum beweglich. Augen normal. Gehen und Stehen unmöglich, auch die oberen Extremitäten schwach und ohne Ausdauer. Sphincteren normal. P. 144, intermittirend. Chinin. sulphur. gr. j 4mal täglich. Den 13. Das Trinken geht besser. Chinin mit Eisen. Den 16. Tod an plötzlicher „Erschöpfung“ nach einer 24stündigen profusen Diarrhoe. Section nicht gestattet.

6) 3½jähriges Mädchen, am 8. November 1865 vorgestellt. Vor 5 Wochen Scarlatina mit Diphtheritis und consecutiven Drüsenabscessen am Halse. Seit 14 Tagen Ausfließen aller Getränke aus der Nase, Schlafheit und Stillstand des Gaumensegels, Unmöglichkeit zu stehen und zu gehen. Geschrei schwach, unterdrückt, bei stärkerer Inspiration rauher, fast croupöser Klang; im Schlaf häufige

asthmatische Anfälle mit pfeifenden Inspirationen. Leichter Bronchialcatarrh mit kraftlosem Husten. Füße oedematös. Die weitere Beobachtung durch das Wegbleiben des Kindes verhindert.

7) 4jähriger Knabe. Vor 4 Wochen Diphtheritis. Bei der Untersuchung Paralyse des Gaumensegels mit den bekannten Erscheinungen. Eintönige schwache Sprache, klangloser Husten, paretische Schwäche der Arme und Beine. Augen normal. Seitdem nicht wieder vorgestellt.

Zu der Lähmung des Gaumensegels gesellte sich in Fall 4 eine Lähmung des rechten Abducens, Doppeltsehen, Mydriasis und Störung der Accommodation, wie sie unter diesen Verhältnissen oft beobachtet wird. Die Erscheinungen waren so charakteristisch, dass ich der Mutter, die absolut keine Ursache der Erkrankung angeben konnte, sofort erklärte, das Kind müsse vor einigen Wochen am Halse gelitten haben, worauf dann in der That die oben erwähnten Angaben über das schwere Unglück, welches ihre Familie betroffen hatte, erfolgten. Das wiederholte Erbrechen und die Langsamkeit des Pulses (72 bei einem 7jährigen Kinde) wurden bei diphtheritischen Lähmungen öfters beobachtet, aber noch nicht erklärt, da die versuchte Herleitung der Erscheinungen von einer Mitleidenschaft des Halssympathicus noch jeder thatsächlichen Begründung entbehrt. Eine Abnormität des Pulses (Intermissionen) wurde auch in Fall 5 beobachtet, welcher sich, wie Fall 6 und 7, durch eine Parese der unteren Extremitäten, weniger der oberen, auszeichnete. Die beiden letzten Fälle sind noch besonders durch die Theilnahme respiratorischer Muskeln an der Lähmung bemerkenswerth. In den 4 vollständig beobachteten Fällen erfolgte 3mal Naturheilung, während 1mal (Fall 2) die Heilung der Gaumenparalyse durch die Elektrizität entschieden beschleunigt wurde. —

Meine Erfahrungen über die Therapie der Diphtheritis sind eben so wenig erfreulich, wie die aller anderen Aerzte. Von der Anwendung des Kali chloricum (innerlich

und als Mundwasser), so wie von den Aetzungen der erkrankten Schleimhaut mit Lapis infernalis bin ich jetzt vollständig zurückgekommen, da ich mich nun oft genug überzeugt habe, dass milde Fälle auch ohne diese Mittel heilen, schwere aber durch dieselben in ihrem verderblichen Verlaufe nicht aufgehalten werden können. Dasselbe gilt vom Bromkali, welches ich wiederholt versucht habe. Am meisten empfehle ich noch die örtliche Anwendung der Aqua calcis (nach Küchenmeister), mit welcher ich stündlich Einspritzungen in die Nasen- und Rachenhöhle vornehmen lasse. Zum inneren Gebrauche verordne ich dabei eine Auflösung von Chinin. muriaticum mit Salzsäure, und verfare übrigs rein symptomatisch. In Fällen des diphtheritischen Croup bin ich, wie die meisten Neueren ein fast unbedingter Anhänger der Tracheotomie. Wir wissen jetzt bestimmt, dass Bronchitis und Pneumonie keine Contraindication gegen dies Verfahren abgeben, und ich selbst beobachtete in meiner Privatpraxis den glücklich abgelaufenen Fall eines 9jährigen Mädchens, bei welchem Geheimrath Wilms zusammenhängende Membranen aus den grossen Bronchien herauszog und dennoch schon am 6. Tage die Canüle aus der Luftröhrenwunde entfernt werden konnte. Nur bei sehr hochgradiger Intoxication (schweren, typhösen Erscheinungen, Sopor u. s. w.) wird die Operation von vorn herein als ein hoffnungsloser Versuch bezeichnet werden müssen.

Retropharyngeal- und Retrooesophagealabscess.

Diese von mir bereits früher wiederholt beobachtete und beschriebene*) Krankheit kam in der Klinik unter 4500 Fällen nur 4mal vor. Zwei dieser Beobachtungen blieben unvollständig, so dass nur die beiden folgenden hier in Betracht kommen können.

*) Casper's Wochenschrift. 1850. und Romberg und Hensch, Klinische Wahrnehmungen und Beobachtungen. Berlin 1851.

Emil Joppich, 1 Jahr und 3 Wochen alt, wurde am 15. Januar 1866 in die Klinik gebracht. Vor 14 Tagen begann das Leiden mit Fieber und Beschwerden beim Schlucken, wozu sich bald Husten und Luftmangel gesellte. Seit 8 Tagen war das Saugen ganz unmöglich geworden, indem jeder Versuch dazu einen Stickenfall erzeugte. Wiederholte Emetica fruchteten nichts und das Kind wurde täglich schwächer. Die Untersuchung ergab eine sehr mühsame, durch angesammelte Schleimmassen stertoröse Respiration, die obere und seitliche Halspartie etwas geschwollen, die daselbst liegenden Lymphdrüsen nach aussen gedrängt. Die Stimme war klar. Im Pharynx, welcher wegen des daselbst massenhaft angehäuften schaumigen Schleims schwer zu sehen war, liess sich nur eine allgemein verbreitete Röthe erkennen, dagegen liess sich mit der Spitze des über die Epiglottis möglichst tief eindringenden Zeigefingers ein etwa wallnussgrosser fluctuirender Tumor fühlen, welcher etwa an dem Uebergange des Pharynx in den Oesophagus, und zwar an der hinteren Wand des ersteren seinen Sitz hatte. Diese Untersuchung, welche von dem bisher behandelnden Arzte nach Angabe der Mutter nicht ein einziges Mal vorgenommen worden, war äusserst schwer und erregte jedesmal einen Suffocationsanfall, wobei die Augen convulsivisch nach oben gerollt wurden. Ich beschloss sofort, die als Retrooesophagealabscess erkannte Geschwulst zu öffnen, obwohl ich nur ein gerades Bistouri zur Hand hatte. Der Versuch misslang, weil das Messer nicht tief genug hinabreichte, und ich rieth der Mutter, vorläufig laue Ausspritzungen des Rachens und Kataplasmen um den Hals zu machen. Am folgenden Tage, den 16., gelang es mir, mittelst eines bis auf die Spitze umwickelten Tenotoms den Abscess zu öffnen, worauf der Eiter sich stromweise aus Mund und Nase entleerte. Das Kind verbrachte zum ersten Mal wieder eine rubige Nacht und nahm gut die Brust. Die Auftreibung des Halses war verschwunden und im Pharynx nur eine beträchtliche Wulstung fühlbar. Am

18. war indess wieder eine Steigerung der Beschwerden eingetreten, und der Tumor, der sich, wahrscheinlich in Folge von Verklebung der Incisionswunde, wieder gefüllt hatte, musste zum zweiten Mal mit dem Tenotom geöffnet werden, wobei abermals gegen 2 Esslöffel Eiter entleert wurden. In der darauf folgenden Nacht erfolgte mit Husten und Erbrechen wiederum ein beträchtlicher Eiterauswurf, und am 19. bot das Kind, welches noch vor wenigen Tagen dem Tode nahe zu sein schien, das Bild der vollkommensten Euphorie dar. Um den etwa verschluckten Eiter rascher zu entleeren, verordnete ich noch ein Laxans und konnte am 22. das geheilte Kind aus der Cur entlassen.

Wie die meisten Fälle von idiopathischem Retropharyngealabscess, betrifft auch dieser wieder ein ganz junges Kind kurz nach der Vollendung des ersten Lebensjahrs. Die vorwiegende Neigung dieses Alters ist noch nicht erklärt, wenn auch eine gewisse Beziehung zur Dentition wahrscheinlich ist. Ohne Zweifel kann eine durch letztere angeregte Stomatitis durch Vermittelung der Lymphgefäße eine entzündliche Schwellung der hinter dem Pharynx liegenden Drüsen und eine Eiterung des umgebenden Bindegewebes ebenso gut herbeiführen, wie die so häufig unter diesen Umständen vorkommende Abscessbildung in der Submaxillargegend. Auch eine catarrhalische oder diphtheritische Pharyngitis kann auf demselben Wege oder durch Propagation auf das submucöse Gewebe den Anlass zur Abscedirung geben, wofür ein von Bokai*) mitgetheilter Fall (Retropharyngealabscess nach scarlatinöser Diphtheritis) als Beispiel anzuführen ist. In symptomatischer Beziehung mache ich auf eine Differenz, die sich zwischen diesem und den von mir früher beobachteten Fällen herausstellte, aufmerksam. Das die In- und Expiration begleitende Geräusch hatte nämlich bei dem betreffenden Kinde keineswegs den stridulösen, croupalen Charakter, den ich früher

*) Jahrb. für Kinderheilkunde. Wien. I. p. 186.

unter gleichen Verhältnissen beobachtete; man hatte es vielmehr mit einem durch die im Schlunde angehäuften Schleimmassen bedingten Rasseln (Stertor) zu thun, so dass eine Verwechselung mit Croup für mich wenigstens vom ersten Augenblick an ausgeschlossen war. Der Grund dieser Differenz lag offenbar in dem tiefen Sitze des Abscesses, an dem Uebergange des Pharynx in die Speiseröhre, während in den früheren Fällen der aus der hinteren Pharynxwand prominirende Tumor dicht oberhalb des Kehlkopfseinganges lag und der eindringenden Luft nur einen geringen Durchgang gestattete. Daher waren in diesen Fällen auch die Athembeschwerden weit anhaltender und bedeutender. Ohne Zweifel wären aber auch bei dem Kinde Joppich dieselben Erscheinungen eingetreten, wenn nicht durch die rasche Operation die weitere Volumszunahme des Abscesses und die davon abhängige stärkere Compression des Larynx von hinten her verhütet worden wäre. Bemerkenswerth bleibt auch die Klarheit der Stimme, die ich schon früher in ähnlichen Fällen beobachtete und als ein wichtiges Unterscheidungsmoment vom Croup bezeichnete. Man darf indess nicht übersehen, dass auch beim Retropharyngealabscess durch eine begleitende catarrhalische Schwellung der oberen Larynxpartie Heiserkeit und Veränderung der Stimme entstehen kann, welche dann um so leichter einen diagnostischen Irrthum herbeiführt. Die sorgfältige Untersuchung des Pharynx ist daher in allen zweifelhaften Fällen unerlässlich. Die Inspection bleibt durch den angesammelten Schleim meistens erfolglos; nur die Palpation giebt deutlichen Aufschluss, wenn sie auch, wie im obigen Falle, durch die tiefe Lage des Abscesses wesentlich erschwert und sehr quälend für das leidende Kind werden kann. Die Operation lässt sich bei diesen tiefen Abscessen nur mit einem gekrümmten Messer (Tenotom) oder mit einem Troikar verrichten, muss aber ohne Zögern unternommen werden, sobald man die fluctuirende Ge-

schwulst eben erreichen kann. Fälle, wie der von Noll*) mitgetheilte, wo der Abscess sieben Tage, nachdem man ihn entdeckt, noch nicht geöffnet war, und schliesslich ein spontaner Durchbruch in den Oesophagus, Eitersenkung und tödtliche Erschöpfung eintrat, können als warnende Beispiele aufgestellt werden.

Ein zweiter Fall von Retropharyngealabscess liess sich aus Gründen, die ich angeben werde, während des Lebens nicht diagnosticiren und wurde zufällig bei der Section gefunden. Derselbe betraf ein blasses und mageres, $1\frac{1}{3}$ Jahr altes Kind, welches am 10. Januar 1865 in die Klinik gebracht wurde. Seit etwa 8 Tagen bestand völlige Aphonie, nachdem längere Zeit Husten und Heiserkeit vorausgegangen waren. Der Athem war schnarchend, besonders im Schläfe, doch liess sich durch die sorgfältigste Untersuchung sowohl des Schlundes wie der äusseren Fläche des Halses nichts Anderes nachweisen, als eine starke Röthung und Schleimanhäufung im Pharynx. An der hinteren Fläche beider Lungen hörte man catarrhalische Geräusche und die Action des Zwerchfells war verstärkt. Dabei geringes Fieber und häufiges Absetzen beim Saugen, aber keine Beschwerde beim Schlucken. Die gegen den Catarrh verordneten Mittel blieben erfolglos und am 14. meldete die Mutter den am Morgen unter zunehmenden Athembeschwerden erfolgten Tod des kleinen Patienten. Die Section ergab folgendes Resultat. Unsere Aufmerksamkeit war zunächst auf die Beschaffenheit des Kehlkopfes gerichtet. Als wir nun die Verbindung zwischen diesem und dem Zungenbein trennten, stürzte eine grosse Menge dicken Eiters hervor, als dessen Quelle bei näherer Untersuchung ein mindestens erbsengrosses Loch erschien, welches sich etwa im Niveau des Zungenbeins in der hinteren Pharynxwand befand. Dasselbe hatte ganz das Aussehen eines Ulcus rotundum des Magens, als ob es mit einem runden Eisen

*) Deutsche Klinik 1852. No. 27.

aus der Schleimhaut des Pharynx gerade beim Uebergange derselben in den Oesophagus herausgestemmt wäre. Aus diesem Loch quoll noch fortwährend Eiter heraus, der also zwischen dem Pharynx und der Wirbelsäule seinen Sitz haben musste. In der That fand sich nach der Blosslegung der letzteren ein ausgebreiteter Abscess, der sich etwa vom Niveau des Epistropheus abwärts bis gegen den 6. Cervicalwirbel erstreckte. In dieser ganzen Ausdehnung war das Bindegewebe grösstentheils zerstört, die noch vorhandenen Reste hyperämisch und ecchymosirt. Die Wirbelsäule zeigte keine krankhafte Veränderung. In den Ventriculi Morgagni des Kehlkopfes fanden sich weissliche gefranzte Massen, welche nach der mikroskopischen Untersuchung des Herrn Prof. Klebs tuberculöser Natur waren. Der untere Lappen der rechten Lunge enthielt disseminirte Tuberkel, während der untere Rand der linken Lunge eine tuberculöse Pneumonie darbot, welche in der Mitte bereits käsig zerfallen war. Auch die Bronchialdrüsen waren käsig entartet.

In diesem Falle hatte sich also bei einem tuberculösen Individuum ein Retropharyngealabscess entwickelt, über dessen Dauer sich nichts bestimmtes angeben lässt. Der Eiter senkte sich allmählig tiefer bis hinter den Oesophagus und brach schliesslich in den Pharynx durch, wodurch die Diagnose während des Lebens, wenigstens so lange das Kind in unserer Behandlung war, unmöglich gemacht wurde. Da nämlich der Eiter zum grossen Theile durch die ulceröse Oeffnung in den Schlund abfloss und von dem Kinde verschluckt wurde, konnte sich keine äusserlich wahrnehmbare Geschwulst bilden. Ob eine genaue Untersuchung des Stuhlganges (es erfolgten täglich 3—4 dünne Ausleerungen) durch den Befund von Eiter auf die richtige Fährte geleitet haben würde, muss ich dahin gestellt sein lassen. Die Aphonie war natürlich nur von der tuberculösen Wucherung unter und zwischen den Stimmbändern, die in diesem Alter zu den Seltenheiten gehört, abhängig.

Stenose des Oesophagus. Bei 4 Kindern in dem Alter zwischen 2 und 8 Jahren wurde eine Verbrennung, resp. Stenose der Speiseröhre in Folge des Trinkens von Waschlauge, welche für Weissbier gehalten wurde, beobachtet. In zwei Fällen hatte der Unfall erst vor ganz kurzer Zeit (3 und 5 Tagen) stattgefunden, worauf dann sofort Verbrennung und Schorfbildung auf der Mundschleimhaut, Dysphagie und Erbrechen, in dem einen Fall auch Haematemesis eingetreten waren. Der Mangel abnormer Empfindlichkeit und Spannung des Epigastriums, so wie des Fiebers, liess vermuthen, dass der Magen selbst von der ätzenden Flüssigkeit wenig oder gar nicht gelitten hatte. In der Regel wird ja von den Kindern, welche den Missgriff sofort erkennen, höchstens ein Schluck gethan, der dann seine schädliche Wirkung nicht über die Mund-, Rachenhöhle und den Oesophagus hinaus zu erstrecken pflegt. Ich beschränkte mich in diesen beiden Fällen auf die Anordnung absoluter Ruhe, ausschliessliche in Eis gekühlte Milchnahrung und Offenhaltung des verstopften Darmcanals durch Klystiere. Von dem einen Kinde blieben weitere Nachrichten aus; bei dem anderen hatte sich binnen 10 Tagen die Dysphagie vollständig verloren und die Schorfe im Munde waren abgestossen, das Erbrechen aber fast unmittelbar nach dem Genusse, selbst von Milch, bestand fort, und durch die Schlundsonde konnte ich im unteren Drittheile der Speiseröhre deutlich eine Stenose nachweisen. Ich überwies somit das Kind, so wie ein anderes, welches vor 4 Wochen Kalilauge getrunken und in Folge davon eine nachweisbare Verengerung im oberen Drittheile des Oesophagus bekommen hatte, einem Krankenhause, da ich mich früher von der unendlichen Schwierigkeit, mit welcher eine poliklinische Behandlung solcher Fälle zu kämpfen hat, wiederholt überzeugt hatte. Die allmälige Dilatation der verengten Partie durch Bougies ist bekanntlich das einzige Mittel, von welchem man sich unter diesen Verhältnissen eine Wirkung

versprechen darf, und in der That gelingt es auf diese Weise bald, indem man alle paar Tage eine etwas stärkere Bougie einführt, eine entschiedene Besserung herbeizuführen. Da indess das neugebildete narbige Bindegewebe, welches durch seine Schrumpfung die Stenose bedingt, immer die Neigung behält, sich nach der künstlichen Ausdehnung wieder zusammen zu ziehen, so pflegt der Erfolg nur temporär zu sein, wenn die Ausdehnung durch Bougies nicht wochenlang täglich vorgenommen wird, und gerade diese Beharrlichkeit findet man bei den poliklinischen Patienten nur äusserst selten. Mit dem ersten Erfolge zufrieden, entziehen die betreffenden Mütter ihre Kinder um so lieber der ferneren Behandlung, als ihnen die Einführung der Bougies in den Oesophagus, welche immer unter heftigem Geschrei und Würgen erfolgt, ein höchst peinlicher Anblick ist. Zwar kehren sie nach eingetretener Verschlimmerung wieder, bleiben aber von neuem fort, sobald das Schlingen etwas besser geht, und nach wiederholten Verschlimmerungen sieht man sich endlich, durch die fruchtlosen Bemühungen ermüdet, genöthigt, von der weiteren Behandlung abzustehen und das Kind einer Krankenanstalt zu überweisen. Nur in einem einzigen Falle gelang mir die völlige Wiederherstellung. Derselbe betraf ein 2jähriges Mädchen (vorgestellt am 23. März 1863), welches vor 8 Wochen Kalilauge getrunken hatte und seitdem nur Flüssigkeiten schlucken konnte, jede feste Nahrung aber noch während des Schluckens sofort wieder auswürgte. Ein gleichzeitig bestehender Keuchhusten steigerte die Leiden des bereits stark abgemagerten Kindes. Am 12. April konnten selbst Flüssigkeiten nicht mehr in den Magen gebracht werden, und der immer rege, aber fruchtlose Appetit machte den Zustand um so bemitleidenswerther. Ich begann nun die allmälige Dilatation der etwa in der Mitte des Oesophagus befindlichen Stenose mittelst eines elastischen Catheters, dessen Lumen das der Stenose nur um ein Geringes übertraf, so dass seine Einführung ohne Mühe mög-

lich war. Derselbe wurde täglich eingeführt und blieb jedesmal 5 Minuten lang liegen. Schon am 15. vermochte das Kind wieder Flüssigkeiten gut zu schlucken und bei sich zu behalten; am 17., nachdem bereits ein stärkerer Catheter die Stenose passiren konnte, wurde auch der Genuss von Kartoffelbrei, am 20. derjenige fester Speisen gut vertragen. Die Mutter blieb nun mehrere Tage aus der Klinik fort und schon am 24. trat wiederum Erbrechen nach dem Genusse von Milchbrod ein. Die Dilatation der Stenose ward von neuem täglich ausgeführt und bis zum 29. eine so erhebliche Besserung bewirkt, dass die Mutter in dem Glauben, ihr Kind sei völlig geheilt, dasselbe abermals der weiteren Behandlung entzog. In der That hielt das Wohlbefinden bis zum 13. Mai an, worauf abermals die alten Symptome auftraten und die Schlundsonde eine neue beträchtliche Zusammenziehung der bereits dilatirten Partie des Oesophagus nachwies. Das Kind erbrach wieder alle Speisen und Getränke schon während des Genusses. Die dilatirende Behandlung musste von neuem begonnen werden, und führte nach 14 Tagen zu einem dauernden Resultate. Im Juni 1866, also nach 3 Jahren, sah ich das Kind in der Klinik wieder; es war blühend und wohlgenährt, und von der Stenose keine Spur mehr zurückgeblieben.

III. Kardialgie.

Schmerzanfälle in der Magengegend mit neuralgischem Charakter wurden bei 10 Kindern beobachtet, von denen die beiden jüngsten 5 und 8, die übrigen zwischen 9 und 13 Jahr alt waren. Die Beurtheilung dieser Schmerzen ist bei kleineren Kindern wegen der ungenauen Angaben, welche sie über die Localität und Art derselben zu machen pflegen, weit schwerer als im späteren Lebensalter, und auch den Aussagen der Umgebung ist in dieser Beziehung nicht zu trauen. Man erinnere sich namentlich, dass unter dem Namen „Magenschmerzen“ von den Layen oft genug auch