

Rhino-Laryngologische Ratschläge für den Praktiker.

Von Prof. Dr. G. Finder in Berlin.

11.

Der chronische Kehlkopfkatarrh.

Für den chronischen Kehlkopfkatarrh kommen atologisch im wesentlichen dieselben Momente in Betracht, wie beim chronischen Rachenkatarrh. Auch hier ist in erster Linie darauf zu achten, ob nicht ein Zusammenhang besteht mit Erkrankungen in den weiter oben gelegenen Abschnitten des Respirationstraktus (Rachen, Nasenrachen, Nase); auch hier spielen Potus und Tabak, gewerbliche und berufliche Schädigungen, unter denen Ueberanstrengung und falscher Gebrauch des Stimmorgans zu nennen ist, eine große Rolle. Ferner muß auf den ursächlichen Zusammenhang mit Kreislaufstörungen und Stauungszuständen, unkompensierten Herzfehlern, Geschwülsten außen am Halse (Strumen) oder im Brustraum (Tumoren, Aneurysmen), Magen- und Darmstörungen (Obstipation) hingewiesen werden. Bei Phthisikern finden sich, auch ohne daß eigentliche spezifische tuberkulöse Veränderungen im Larynx vorhanden sind, unverhältnismäßig häufig einfache chronische Katarrhe desselben, was wohl am meisten als Folge des durch den häufigen Husten bedingten Reizes aufzufassen ist.

Das konstanteste Symptom der Laryngitis ist die Stimmstörung, die in allen Abstufungen von einem kaum wahrnehmbaren Belegtsein der Stimme bis zur fast völligen Aphonie vorhanden sein kann. Bei anhaltendem und angestrengtem Sprechen, Redenhalten, Kommandieren, Singen usw. nimmt die Heiserkeit zu. Begleitsymptome sind Paraesthesien, die zu fortwährendem Räuspern führen, Husten und Expektoration eines meist spärlichen und zähen Sekrets.

Daß die Diagnose auf Kehlkopfkatarrh nur auf Grund einer Kehlkopfuntersuchung, d. h. nur mit Hilfe des Kehlkopfspiegels gestellt werden kann, klingt so selbstverständlich, daß es eigentlich überflüssig erscheinen könnte, dies noch ausdrücklich zu betonen, wenn man nicht immer wieder Fälle zu Gesicht bekäme, die wochen- und monatelang an einem angeblichen „Kehlkopfkatarrh“ behandelt worden sind, ohne daß sie auch nur ein einziges Mal laryngoskopiert worden wären. Daher kommt es auch, daß auf dem Gebiete der Kehlkopfkrankheiten wohl mit keinem Begriff ein so häufiger Mißbrauch getrieben wird, wie mit dem des Kehlkopfkatarrhs.

Das laryngoskopische Bild zeigt beim chronischen Katarrh eine Rotung der Kehlkopfschleimhaut, die in allen Nuancen bis zum tiefsten Dunkelrot vorhanden sein kann. Häufig ist auch eine lebhafte Gefäßinjektion vorhanden, die besonders an den Stimmritzen hervortritt. Die Taschenlippen sind bisweilen geschwollen,

sodaß sie die Stimmlippen fast oder völlig verdecken, dagegen halten sich Schwellungen der Stimmlippen, wenn überhaupt vorhanden, in den allermäßigsten Grenzen und führen nie zu einer Formveränderung derselben. Das Sekret kann sowohl der Menge nach vermehrt, als auch seiner Qualität nach verändert sein. Das letztere ist der Fall bei der chronischen Laryngitis sicca, bei welcher das Sekret die Neigung hat anzutrocknen und zuweilen Borken bildet, welche die ganze Larynxschleimhaut bedecken und sich auch noch subglottisch bis in die Trachea fortsetzen können. Sind die Stimmlippen von solchen Borken bedeckt, so sind die Patienten oft ganz aphonisch; erst nachdem es ihnen unter angestrengtem Husten gelungen ist, das angetrocknete Sekret zu entfernen, kehrt die Stimme wieder. Es kann sogar vorkommen, daß die Borkenbildung derartig ist, daß es zu Erstickungsanfällen kommt.

Eine besondere Erwähnung verdient die chronische Laryngitis hypoglottica, bei der eine Hyperplasie der unterhalb der Stimmbänder gelegenen Schleimhautabschnitte vorhanden ist und die sich laryngoskopisch zu erkennen gibt in Form von zwei unmittelbar unter den Stimmbändern gelegenen Wülsten. Die klinische Bedeutung dieser Affektion beruht darauf, daß sie bisweilen ein ernstliches Atemhindernis bildet und sogar die Tracheotomie nötig machen kann.

Eine andere Form der chronischen Kehlkopfentzündung ist ferner die zuerst von Virchow beschriebene Pachydermia laryngis. Es handelt sich dabei um eine Verdickung und epidermoidale Umwandlung des Epithels, die laryngoskopisch in Form von Wülsten in die Erscheinung tritt. Die Prädispositionsstelle dieser Verdickungen ist die Innenseite der Processus vocales der Stimmlippen, wo sie sich in der charakteristischen Form der sogenannten „schalenförmigen Wülste“ präsentieren, aber auch an der Hinterwand des Kehlkopfes, in der Regio interarytaenoidea, treten sie mit Vorliebe auf, und zwar als hahnenkammartige Gebilde oder auch als tumorförmige oder knollige Hervorragungen.

In bezug auf die Therapie gilt hier zunächst dasselbe, was bei der chronischen Pharyngitis¹⁾ über die absolute Notwendigkeit einer vorhergehenden Behandlung etwaiger Nasenaffektionen und über die anzustrebende Fernhaltung aller schädigenden Momente gesagt worden ist. Auch das über die Zweckmäßigkeit eines Klimawechsels und die dabei zu beobachtende Auswahl der in Betracht kommenden Kurorte dort Gesagte hat hier Geltung. Jede lokale Behandlung des Kehlkopfes hat unter Leitung des Kehlkopfspiegels zu geschehen. Wenn ohne diese überhaupt etwas von dem Medikament in den Kehlkopf gelangt, so ist dies nur bloßer Zufall. Für die Applikation flüssiger Substanzen ziehen wir die Kehlkopfspritze dem Watteträger vor; wir sind so imstande, das Medikament unter Leitung des Auges Tropfen für Tropfen auf die Stellen fallen zu lassen, auf die es einwirken soll; für die pulverförmigen Medikamente bedienen wir uns eines der vielen gebräuchlichen Pulverbläser.

Unter den für die lokale Behandlung der chronischen Laryngitis benützten Mitteln stehen die Adstringentia obenan, und zwar benutzen wir sie für den Kehlkopf in etwas geringeren Konzentrationen als für den Rachen, z. B. Tanninglyzerinlösung 1 bis 2 %, Protragolglyzerinlösung 2 %, Chlorzinklösung 1/2 %. Von Höllenstein machen wir selten Gebrauch; nur da, wo es sich darum handelt, kleine, zirkumskripte Schwellungen zu beseitigen, touchieren wir diese mit Lapis in Substanz, der an eine Sonde angeschmolzen ist. Für die Behandlung der Katarrhe mit zur Eintrocknung neigendem Sekret bedienen wir uns derselben Lösung von Jod-Jodkali-Glyzerin, wie bei der chronischen Pharyngitis, verdünnen sie aber bis zur Kognakfarbe.

Die pulverförmigen Mittel, die mit Hilfe des Pulverbläfers in den Larynx eingeblasen werden, sind: Acid. tannic. 1 bis 3; Talc. venet. 10; Alum. crud. mit Sacch. lact. aa.; Sozjodolzin 1:10.

Was die Inhalationstherapie anbelangt, so stellt sie ein recht wertvolles Unterstützungsmittel bei der Behandlung der chronischen Laryngitis dar. Die einen großen Apparat darstellenden, technisch sehr vervollkommenen modernen Inhalationsvorrichtungen für Einzel- und Rauminhalation können nur in besonderen Inhalatorien, wie sie sich z. B. in allen für Erkrankungen der oberen Luftwege in Betracht kommenden Kurorten befinden, zur Anwendung kommen. Aber auch die einfacheren Apparate erfüllen ihren Zweck für die Praxis. Inhaliert werden Dämpfe, Gase und zerstäubte Flüssigkeiten. Am meisten in Gebrauch und sehr zweckmäßig ist der bekannte Sieglesche Apparat, dessen Anwendung heute nur durch den Spiritusmangel erschwert ist. In einem kleinen Wasserkessel wird Wasserdampf erzeugt, der beim Ausströmen aus der Röhre gleichzeitig aus einem darunter stehenden Gefäß die einzuatmende Flüssigkeit mit sich fortreibt. Eine vervollkommnere Form desselben Prinzips sehen wir in dem ausgezeichneten Bullingschen „Thermo-Variator“. Bereits der warme Wasserdampf an sich übt eingeatmet eine günstige Wirkung durch Verflüssigung des Sekretes. Zur Dampfzerstäubung eignen sich am besten 1–2%ige Lösungen von Kochsalz, Emser Salz, Natr. carbon. depurat., Salmiak. Die Inhalationen erfüllen nur dann ihren Zweck, wenn der Patient mit herausgestreckter Zunge – wie beim Laryngoskopieren – tief

einatmet. Zur Einatmung feinst zerstäubter (vernebelter) Lösungen, z. B. von Glyzerin mit Eukalyptus, Terpentin, Menthol, dient der Spießsche Vernebler. Gasförmige Stoffe, Fichtennadelöl, Terpentinöl, Thymol, kann man auch einatmen lassen, indem man sie auf eine Inhalationsmaske, wie die von Curschmann oder Hartmann aufträgt.

¹⁾ In Kapitel 9.