Aus der Medizinischen Klinik der Universität in
Straßburg i. Els. (Direktor: Prof. Dr. v. Krehl.)

Zwei Fälle von primärem Larynxerysipel.

Von Dr. L. Blum, Assistenten der Klinik.

Daß der Larynx im Verlaufe einer Infektion mit Erysipel-coccen von Erysipel befallen wird, ist eine schon längst bekannte Tatsache. Das Uebergreifen des Krankheitsprozesses beim sogenannten Wandererysipel vom Gesicht auf den Pharynx und von hier auf den Larynx bietet der diagnostischen Beurteilung keinerlei Schwierigkeiten; im wesentlichen erheischt nur die Schwere der Komplikation unsere volle Aufmerksamkeit. Im Gegensatz zu diesem sekundären Befallensein des Kehlkopfes kann das Erysipel auch primär den Larynx betreffen und an diesem zu Erscheinungen führen, deren Deutung sowohl bezüglich der Diagnose als auch der Erkennung der Aetiologie zu Schwierigkeiten Veranlassung geben kann.

Massei vor allem gebührt das Verdienst, die Aufmerksamkeit auf das primäre Larynxerysipel gelenkt und das Krankheitsbild aus der großen, heterogenen Gruppe des primären Larynxödems herausgegriffen zu haben. Das Bild ist kurz folgendes. Meist akut einsetzende, fieberhafte Erkrankung des Kehlkopfes mit Rötung und Schwellung der Schleimhaut, namentlich des Kehlkopfseingangs, und dadurch bedingter Larynxstenose, hohes Fieber mit Remissionen, starke Schmerzhaftigkeit der Schildknorpelgegend, erhebliche Schwellung und Druckschmerzhaftigkeit der in der Umgebung des Kehlkopfes gelegenen Lymphdrüsen, keine oder nur geringe Beteiligung des Pharynx. Die Erkrankung kann auf den Larynx beschränkt bleiben, sei es, daß frühzeitig der Tod durch Erstickung eintritt, oder daß die Erscheinungen — oft geschieht dies ziemlich rasch — schwinden. Es kann auch der Prozeß auf den Pharynx und die äußere Haut sich ausbreiten, um auf letzterer dann seine Natur als echtes Erysipel deutlich zu erweisen.

Zur ersten Gruppe, bei der der Larynx allein befallen wird, gehören wohl die meisten, namentlich von Laryngologen mitgeteilten Fälle, so auch die von Massei selbst beschriebenen. Ueber die Berechtigung, diese Fälle von Laryngitis als Erysipel aufzufassen, ist von laryngologischer Seite viel gestritten worden, ohne daß bisher völlige Einigkeit erzielt wäre; die meisten Autoren freilich haben sich der Auffassung Masseis angeschlossen. Bei der Deutung des Krankheitsbildes als primäres Larynxerysipel stützte sich Massei auf den akuten,

1) Eventuell kann ja auch der Patient durch den Arzt darin unterrichtet werden, mittels der aräometrischen Gärungsprobe die Bestimmungen selbst vorzunehmen, was, da ja diese Methode gröbere Fehler ausschließt, der Untersuchung durch ein Institut, falls dessen Methoden und Zuverlässigkeit nicht bekannt sind, bei weitem vorzuziehen ist. Sogar in der Pavy'schen Zuckertitration kann der Arzt intelligente Patienten unterrichten. Natürlich muß er aber in beiden Fällen die Sache selbst überwachen.

fieberhaften Verlauf, das Verhalten der Fieberkurve, das zuweilen zu beobachtende rasche Verschwinden und Wiederauftreten der Schwellung und Rötung. Andere Autoren (Biondi, Fasano, Samter, Herzfeld) suchten durch den bakteriologischen Nachweis von Streptococcen der Auffassung Masseis eine sichere Grundlage zu verschaffen, doch konnte diesen Versuchen infolge der morphologischen Gleichheit der Streptococcen des Erysipels mit den übrigen Arten keine Beweiskraft zugemessen werden. Auch die pathologisch-anatomischen Untersuchungen führten infolge der Schwierigkeit, das Erysipel gegen die akute Phlegmone abzugrenzen, nicht zu einstimmigen Resultaten, indem sich hier dieselben Schwierigkeiten wie bei der äußeren Haut geltend machten. Manche Laryngologen betrachten übrigens das primäre Erysipel des Larynx, die Larynxphlegmone und die Angina Ludovici als identische Prozesse. Auch Kuttner, der am ausführlichsten diese Prozesse anatomisch untersucht hat, faßt sie anatomisch als verschiedene Abarten der Laryngitis submucosa auf, deren ödematöse Form das Larynxerysipel, deren „plastische und suppurative“ Form die Phlegmone darstelle. Immerhin halten die meisten Laryngologen klinisch an der Existenz eines primären Larynxerysipels fest, nur Stoerk erkennt es nicht an und faßt das Krankheitsbild als primäre Epiglottitis auf.

Ohne auf diese Frage eingehen zu wollen, möchte ich im folgenden zwei Fälle mitteilen, die ich in kurzer Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte, bei denen unmittelbar auf eine primäre Larynxerkrankung Erysipel des Gesichts folgte und so die Natur der Kehlkopffektion klargelegt wurde.

Fall 1. 35jährige Frau, die nach ihrem achten Partus vor zwei Jahren wegen skorbutoider Erkrankung in der Klinik behandelt worden war, sonst nie krank gewesen sein will. Am 11. April verspürte sie geringe Schluckbeschwerden, die in den nächsten Tagen gleich stark blieben; die Stimme war nicht verändert; über Fieber weiß sie nichts anzugeben. Am 14. April abends bekam Patientin viel heftigere Schluckbeschwerden, sodaß sie wegen starker Schmerzen im Halse überhaupt nicht mehr schlucken konnte; die Flüssigkeit, die sie nahm, floß außerdem zur Nase heraus. Am 15. April morgens ging sie zum Arzt. Bei der Rückkehr nach ihrer Wohnung bekam sie einen Schüttelfrost und Fieber; die Beschwerden im Halse nahmen zu, vor allem konnte sie schlechter atmen. Gegen Abend Nasenbluten, Schmerzen, die vom Halse nach beiden Ohren ziehen. In der Nacht vom 15. zum 16. hatte sie Atembeschwerden, konnte nicht schlafen, worauf sie am 16. in die Klinik transportiert wurde. Seit dem 14. ist die Stimme heiser, seit dem 15. beinahe klanglos.

Der am 16. aufgenommene Status ergab: kleine, grazile Frau mit ausgedehnter Neurofibromatose, am Ende der Gravidität stehend. Gesicht ängstlich, cyanotisch, Atmung beschleunigt, 32 in der Minute, deutlich inspiratorisch erschwert und etwas stridorös. Rachen etwas gerötet, ohne Belag; an der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens acht bis zehn miliare, wasserhelle Bläschen; Gaumen nicht ödematös, wird gut bewegt. Der Mund kann nur schlecht geöffnet werden, da die Frau über starke Schmerzen im rechten Kiefergelenk klagt; die Drüsen hinter den beiden Kieferwinkeln sind bis über Nußgröße geschwollen, auf Druck sehr empfindlich, rechts ist die Schwellung stärker als links. Die Weichteile rechts am Halse etwas geschwollen und ebenso wie der Thyreoidknorpel sehr stark druckschmerzhaft. Stimme aphonisch. Laryngoskopie nicht ausführbar; der eingeführte Finger fühlt die stark verdickte Epiglottis, nichts von Fluktuation. Am Herzen systolisches Geräusch, sonst nichts Besonderes. Fieber 37,9°. Im Harn Spuren von Eiweiß.

Therapie: 4000 Diphtherieantitoxineinheiten; Eiskravatte, Eispillen. Es wird für eine eventuelle Tracheotomie alles vorbereitet.

17. April. Dyspnoe unverändert, Stimme etwas klarer. Bläschen im Pharynx geschwunden. Rötung der hinteren Rachenwand. Schmerzen in beiden Ohren. Otoskopisch geringe Rötung des äußeren Gehörganges; alte Perforation im hinteren oberen Quadranten des rechten Trommelfells, linkes verdickt und getrübt. Befund sonst unverändert.

18. April. In der Nacht um 1 Uhr Geburt eines gesunden Kindes. Um 9 Uhr Erysipel an beiden Ohrmuscheln und äußeren Gehörgängen. Stimme klarer, Atmung freier. Schluckbeschwerden geringer. Laryngoskopie noch unmöglich.

19. April. Das Erysipel breitet sich von den beiden Ohrmuscheln auf das Gesicht aus. Besserung der Atem- und Schluckbeschwerden. Stimme wird klarer. Milztumor.

20. April. Laryngoskopisch sieht man geringe Rötung und Schwellung der Epiglottis mit einzelnen eingetrockneten Borken auf derselben; leichte Rötung der Stimmbänder.

Das bullöse Erysipel des Gesichts heilt in zwölf Tagen ab, nachdem sich noch rechts eine Otitis media purulenta, links eine Otitis externa entwickelt hatte.

Fall 2. 18jähriges Dienstmädchen, das vor zwei Jahren Diphtherie gehabt und seitdem über etwas Kurzatmigkeit und Herzklopfen beim Treppensteigen klagt. Seit drei Wochen besteht stärkerer Husten, am Tage vor der Aufnahme angeblich blutiger Auswurf, etwa ein halbes Trinkglas. Seit 14 Tagen Durchfall, Heiserkeit.

Status am 6. Mai: Kräftig gebautes und entwickeltes Mädchen, das stark dyspnoisch ist; 40–50 Atemzüge in der Minute; Stimme stark heiser. Ueber den linken Unterlappen etwas Rasseln zu hören, systolisches Geräusch an der Herzspitze. Rachen nicht gerötet. Im ausgesprochen pneumonischen Auswurf zahlreiche Pneumococcen, keine Tuberkelbacillen. Gruber-Widalsche Probe negativ. 9000 Leukocyten. Fieber bis 39,8°.

7. Mai. Dyspnoe, Allgemeinzustand unverändert. Radioskopisch keine Verdichtung des Lungengewebes nachweisbar. Laryngoskopisch Rötung der Epiglottis und der Schleimhaut.

8. Mai. Kritischer Temperaturabfall auf 36,8°; Herpes labialis. Leukocytenzahl 7000. Dyspnoe ganz verschwunden. Stimme noch stark belegt.

9. Mai. Stimme noch heiser, laryngoskopisch ziemlich starke Rötung der Epiglottis; Einblick in den Larynx gelingt leicht; Stimmbänder nur wenig gerötet. Leichter Schüttelfrost gegen Mittag. Organbefund negativ. Fieber bis 38°.

10. Mai. Heute früh starker Schüttelfrost. Epiglottis viel stärker gerötet und geschwollen, doch ist der Einblick in den Larynx noch gut möglich. Dyspnoe, geringe Cyanose, kein Stridor; Stimme aphonisch, starke Schluckbeschwerden.

Nachmittags starke Rötung des Pharynx, Zunge himbeerrot; Druck auf Schilddrüse mäßig empfindlich, dagegen Druck auf die stark geschwollenen Halsdrüsen sehr schmerzhaft. Fieber bis 39,6°. Dyspnoe unverändert. Eiskravatte, Eismilch.

11. Mai. Gelblicher Belag auf beiden Tonsillen, die stark geschwollen sind. Starke Rötung der Zunge und der übrigen Mundschleimhaut. Laryngoskopisches Bild unverändert. Mäßige Druckempfindlichkeit des Schilddrüsenknorpels, dagegen ist diejenige der Drüsen sehr erheblich. Stimme aphonisch; Dyspnoe unverändert.

Die Ausstrichpräparate des Tonsillenbelags zeigen zahlreiche Streptococcen, Diphtheriebacillen kulturell nicht nachweisbar. Milztumor. Fieber bis 39,8°. Therapie: 2000 Diphtherieantitoxineinheiten.

12. Mai. Patientin ist etwas benommen und leicht soporös; objektiver Befund am Rachen unverändert; am rechten Nasenloch grünliche Borken. Abends Fieber bis 41°.

13. Mai. Morgens Erysipel von dem rechten Nasenloch auf den Nasenrücken übergreifend; sonst unveränderter Befund. Dyspnoe geringer. Fieber bis 40,4°.

14. Mai. Abnahme der Rötung im Munde und des Belags der Tonsillen. Dyspnoe geringer. Stimme etwas heller. Schluckbeschwerden geringer. Myocarditis. Ausdehnung des Erysipels auf das Gesicht.

Während die Erscheinungen im Halse abnehmen, schreitet das Erysipel auf Gesicht und behaarte Kopfhaut unter häufigen Nachschüben weiter, um erst am 24. Mai vollständig zu verschwinden.

Im ersten Falle war das Krankheitsbild das typische eines Larynxerysipels, wie es Massei und die anderen Autoren beschrieben haben: Dyspnoe infolge Larynxstenose, sehr starke Druckschmerzhaftigkeit der Thyreoidgegend und der Lymphdrüsen, Unfähigkeit zu schlucken bei geringen Veränderungen am Pharynx. Abweichend ist nur die geringe Höhe des Fiebers. Obwohl ich wegen besonderer Umstände — Kiefersperre, Entbindung der Frau — von einer laryngologischen Untersuchung an den ersten Tagen absehen mußte und die starke Schwellung der Epiglottis nur durch die Palpation feststellen konnte, so glaube ich dennoch, die Erkrankung als primäres Larynxerysipel auffassen zu können: Der rasche Rückgang der Larynxerscheinungen läßt tiefergreifende Prozesse, wie Eiterung, Ulcerationen oder diphtheritische Entzündung, woran ich zuerst dachte, ausschließen, und die am fünften Tage vorgenommene laryngoskopische Untersuchung zeigte nichts von stärkeren Veränderungen der Kehlkopfschleimhaut, insbesondere der Stimmbänder. Ein weiterer Beweis scheint mir noch in der Ausbreitung des Erysipels gegeben zu sein; sie war es auch, die den Gedanken an ein primäres Larynxerysipel aufkommen ließ. Der gleichzeitige Beginn des Erysipels an beiden äußeren Gehörgängen und den Ohrmuscheln läßt sich wohl am ungezwungensten durch seinen Uebergang vom Rachen auf das Mittelohr erklären. Außer einem von Volkmann

beschriebenen Fall, wo ein Erysipel gleichzeitig zwei Amputationsstümpfe befiel, habe ich nirgends Beispiele oder Angaben über das gleichzeitige Auftreten von Erysipel an verschiedenen Körperstellen finden können. Die am Tage vor Ausbruch des Gesichtserysipels vorhandene starke Rötung der hinteren Rachenwand, die Schmerzen in beiden Ohren sprechen ebenfalls für eine solche Wanderung des Erysipels vom Larynx auf den Pharynx und von hier durch die Tuba Eustachii und das Mittelohr auf den äußeren Gehörgang. Das Fortschreiten des Rachenerysipels durch das Mittelohr auf das Gesicht ist von den verschiedenen Ausbreitungswegen, die das Erysipel einschlagen kann, der seltenste; in den meisten Fällen geschieht dieses unter Entwicklung einer akuten Otitis media mit Perforation des Trommelfells. Lenhartz erwähnt zwei solche Fälle von Lennander und fügt einen eigenen, typischen hinzu. In dem geschilderten Falle bestand rechts eine akute Otitis media mit Perforation des Trommelfells, sodaß hier eine vollständige Analogie mit dem gewöhnlichen Verlauf vorliegt. Auf der linken Seite kam es nicht zu einer Perforation, sodaß man einen Uebergang des Erysipels von der Paukenhöhle auf den äußeren Gehörgang bei intaktem Trommelfell annehmen muß. Ich habe in der Literatur keine Angaben darüber finden können, ob eine solche Ueberwanderung beobachtet worden ist. Da aber zwischen den Lymphgefäßen der Paukenhöhlen- und der Hautseite des Trommelfells zahlreiche Anastomosen bestehen, durch die das Erysipel sich ausbreiten kann, so erscheint die Annahme eines Uebergangs auch ohne Perforation des Trommelfells wohl möglich.

Im zweiten Falle war das klinische Bild des primären Larynxerysipels in geringerem Maße ausgebildet, indem hier vor allem die Zeichen einer stärkeren Larynxstenose fehlten. Laryngoskopisch war auch die Schwellung der Epiglottis nicht so stark, daß sie den Einblick in den Larynx gehindert hätte. Dagegen erreichte in diesem Falle das Fieber eine bedeutende Höhe, tägliche Anstiege bis 40 und 41°. Die Schmerzhaftigkeit der Larynxgegend und der Lymphdrüsen waren in den ersten Tagen nur wenig ausgesprochen, sodaß ich ein Erysipel des Larynx — ich hatte kurz zuvor den geschilderten Fall beobachtet — ausschließen zu können glaubte, wobei mich das Auftreten einer Angina necrotica, deren Belag einem diphtheritischen sehr ähnlich sah, noch mehr zur Annahme einer Diphtherie mit Beteiligung des Larynx verleitete. Das Fehlen von Diphtheriebacillen, die starke Rötung der Rachen- und Mundschleimhaut, das Auftreten von Schmerzhaftigkeit der Thyreoidgegend und der Lymphdrüsen, die Höhe des Fiebers machte jedoch diese Annahme bald unwahrscheinlich; das baldige Uebergreifen des Erysipels auf das Gesicht behob auch hier alle Zweifel.

Was den Beginn betrifft, so war hier wie in anderen beschriebenen Fällen eine subakute Laryngitis, die einige Wochen dauerte, vorausgegangen; die Krankheit selbst schloß sich beinahe unmittelbar an die Krise einer croupösen Pneumonie an.

Wie aus der vorhergehenden Schilderung hervorgeht, kann die Diagnose des primären Larynxerysipels Schwierigkeiten bereiten, zumal die Affektion nicht häufig ist. Bei typischem Verlaufe bietet sie freilich Symptome, die ihre Erkennung ermöglichen; in weniger ausgesprochenen Fällen dagegen wird eine Trennung von anderen primären akuten Erkrankungen des Kehlkopfes, vor allem der Diphtherie, oft in den ersten Tagen nicht möglich sein und nur der weitere Verlauf eine Klärung bringen.

Literatur: Massei, Das primäre Erysipel des Kehlkopfs. Deutsch von Dr. V. Meyer. Berlin 1886. — Heymann, Handbuch der Laryngologie Bd. 1, 2. Hälfte, S. 1260. — Kuttner, Das Larynxödem und die submucöse Laryngitis. Virchows Archiv Bd. 139, S. 117. — Stoerk, Erkrankungen des Kehlkopfes in Nothnagels Handbuch. — Lenhartz, Erysipel in Nothnagels Spezielle Pathologie und Therapie. — Kessel, Nerven und Lymphbahnen des menschlichen Trommelfells, zitiert bei Schwalbe, Anatomie der Sinnesorgane Bd. 2.