

V. Zwei Fälle von Kehlkopfschwindel (Ictus laryngis).

Von Dr. L. Linkenheld in Ems.

Im Laufe dieses Sommers hatte ich Gelegenheit zwei Patienten zu behandeln, die, ihrer Krankengeschichte nach zu urtheilen, an Ictus laryngis gelitten haben mussten, einer Krankheitserscheinung, die bekanntlich darin besteht, dass die Patienten plötzlich ein heftiges Kitzelgefühl im Halse mit nachfolgendem Husten und Ohnmacht bekommen, welches letztere nur Secunden lang dauert, ohne irgend welche Nacherscheinungen zu hinterlassen. Da die Zahl der deutscherseits veröffentlichten Fälle noch keine sehr grosse ist, so sei es mir gestattet, die beiden Krankengeschichten kurz mitzutheilen.

Fall 1. Rentner M. aus Bremen, 63 Jahre, consultirte mich Ende Mai d. J. wegen linksseitiger Nasenverstopfung, vermehrter Schleimsecretion und Schwindelgefühl, letzteres seit einem Jahre.

Aus der Anamnese ergibt sich, dass Patient in früheren Jahren sehr heftig und häufig an Schnupfen gelitten hat, dass er ferner vor 25 Jahren an linksseitigem Lungenspitzenkatarrh erkrankt gewesen ist, der aber jetzt vollständig ausgeheilt sei. Infolge dieses Lungenkatarrhs leide er aber noch an einem trockenen Husten, der manchmal sehr quälend sein könne. Dreimal sei er nach solchem Hustenanfalle, der besonders nach lautem, herzhaftem Lachen auftrete, für kurze Zeit ohnmächtig gewesen. Das erste Mal zu Anfang dieses Jahres, das zweite Mal drei Wochen später, und das letzte Mal anfangs März. Den Hergang dieser Ohnmachtsanfälle schildert Patient folgendermaassen: dem ersten Anfalle sei eine heftige Gemüthsbewegung vorausgegangen, indem er sich über eine Wunde, die er an seiner Wirthschafterin sah, so entsetzt habe, dass er schleunigst sich nach seiner eine Treppe höher gelegenen Wohnung begeben habe. Er habe sich dort eben eine Cigarre angezündet, als er plötzlich ein heftiges Kitzeln im Halse gespürt habe, dem ein heftiger Husten nachgefolgt sei. Er sei dann sehr erstaunt gewesen, sich am Boden liegend gefunden zu haben, und konnte sich diesen Hergang gar nicht erklären. Er habe dann seine Cigarre ruhig weiter geraucht und sich auch für den ganzen Tag und später nicht unwohl gefühlt. Der zweite Anfall soll sich in Gegenwart seiner Schwester während des Kaffeetrinkens zugetragen haben. Er habe gerade sehr heftig gelacht, als er plötzlich ein Kitzelgefühl im Halse verspürt habe, worauf sich starker Husten eingestellt habe. Er sei dann nach links übergesunken und wäre sicher zu Boden gefallen, wenn ihn nicht seine Schwester gehalten hätte. Er sei augenblicklich wieder zur Besinnung gekommen, aber ohne Erinnerung an den Vorfall. Auch damals habe er seine Cigarre ruhig weiter geraucht und habe sich vortrefflich weiter unterhalten. Der dritte Anfall habe sich auch bei seiner Schwester eingestellt, wieder unter den ganz gleichen Umständen. Seine Schwester habe ihm gesagt, er sei während des Anfalles roth im Gesicht gewesen. Schwindelig will er während des Anfalles nicht gewesen sein, und er bezeichnet die Anfälle als Ohnmachten, nicht als Schwindel. Das eigentliche Schwindelgefühl, an dem Patient seit einem Jahre im Verein mit Kopfdruck leidet, sei durch diese Ohnmachtsanfälle unbeeinflusst gewesen. Es stelle sich überhaupt sehr unregelmässig ein.

An sonstigen Erkrankungen will Patient nicht gelitten haben, insbesondere habe er auch nie über Herzklopfen zu klagen gehabt, nur sei er sehr nervös.

Die objective Untersuchung ergibt bei dem für sein Alter ganz kräftigen, aber anämischen Patienten ausser dem Nachweis eines abgelaufenen Entzündungsprocesses über der linken Lungenspitze nichts Abnormes. Leichte Arteriosklerose. In der linken, angeblich verstopften Nase findet sich nur mässige Hypertrophie der unteren Muschel, rechts dagegen, an der Innenseite der mittleren Muschel und durch das geschwollene Vorderende derselben von vorn her verdeckt, zwei Polypen, die besonders gut durch die Rhinoscopia posterior zu sehen sind. Die Nebenhöhlen normal. Im Cavum und der Pars oralis mässiger Katarrh, leichte Verdickung der Kehlkopfhinterwand.

Ausser neurasthenischen Erscheinungen finden sich keine Störungen von seiten des Nervensystems.

Fall 2. Baron W. d. T. aus Antwerpen, 62 Jahre, behandelte ich im Juni d. J. wegen chronischen Bronchialkatarrhs, Bronchiektasien und Emphysem. Patient, der viel älter aussieht, als er wirklich ist, klagt über heftigen Husten und massenhaften Schleimauswurf, der sich besonders Morgens einzustellen pflegt und gewöhnlich ein bis zwei Stunden anhält. Ausserdem sei er kurzathmig geworden und habe über Schmerzen in der linksseitigen Thorax- und Bauchgegend zu klagen.

Die objective Untersuchung stellte Emphysem, Bronchialkatarrh, mässige Hypertrophie des Herzens und Arteriosklerose fest.

In der Nase fand sich lappige Hypertrophie des hinteren Endes der unteren Muschel rechts, Spina septi nasi links und mässige Hypertrophie der linken unteren Muschel. Ausserdem besteht Ansagen der Nasenflügel bei der Inspiration. Chronischer Katarrh des Cavum, Pharynx, Larynx und der Trachea. Der linke Aryknorpel ist auffallend schlaff, schlotterig und mässig vergrössert, hängt etwas nach vorn über. Keine Ankylose, doch mässige Bewegungsträgheit des linken Stimmbandes. Kehlkopfhinterwand verdickt.

Auf Befragen giebt Patient an, dass er früher viel an äusserst heftigem Schnupfen gelitten habe, so dass ein während der Nacht untergelegtes Handtuch am anderen Morgen vollständig mit Schleimer durchnässt gewesen sei. Des ferneren erinnere er sich in früheren Jahren einmal eine äusserst heftige Kehlkopfezündung durchgemacht zu haben, die sich auf die linke Seite lokalisiert und heftige Schluckschmerzen verursacht habe.

Ausserdem besteht chronischer Mittelohrkatarrh — Alterssklerose. Von seiten des Nervensystems keine Anomalien.

Als ich gelegentlich einer Consultation einen sehr heftigen Husten-anfall seitens des Patienten erlebte, fragte ich ihn, ob sich solcher Husten manches Mal nicht so steigere, dass er schwindelig oder gar ohnmächtig werde, was er bejahte und darüber folgendes berichtete. Früher sei der Husten viel heftiger gewesen als jetzt, manches Mal so heftig, dass er schwindelig geworden sei und alles weiss gesehen habe. Ausserdem habe sich auch im ganzen dreimal kurze Ohnmacht nach dem Husten eingestellt, das letzte Mal im April d. J.

Der erste Ohnmachtsanfall habe sich in einem Pariser Theater zugegetragen, das er nach einem opulenten Diner mit schweren Weinen aufgesucht habe. Er habe sich eben eine schwere Havanna angezündet, als er plötzlich einen starken Kitzel im Halse gespürt habe, der zum Husten gereizt habe, worauf er besinnungslos vom Stuhle gefallen sei. Ehe ihm seine Freunde wieder aufhelfen konnten, sei er wieder bei sich gewesen und sei sehr erstaunt gewesen, sich am Boden liegend gefunden zu haben. Er sei dann an die frische Luft gegangen und habe sich vollständig wohl befunden.

Der zweite Ohnmachtsanfall sei gelegentlich einer Hochzeitsfeier aufgetreten. Auch damals habe er sich unmittelbar nach dem Diner eine Havannacigarre angezündet, als sich plötzlich Kitzel im Hals, Husten und kurze Bewusstlosigkeit eingestellt habe. Der dritte ganz gleiche Anfall habe sich ebenfalls nach einem opulenten Diner eingestellt, als er eben einige Züge aus seiner Havanna gethan hatte.

Seit dieser Zeit nehme er Abends (in Belgien und Frankreich sind ja die Dinerzeiten bekanntlich zwischen 6—8 Uhr Abends) keine opulenten Mahlzeiten mehr zu sich, auch das Rauchen schwerer Havannacigarren habe er seitdem aufgegeben und rauche jetzt täglich nur noch zwei leichte Sumatra. Im übrigen ist Patient noch ganz rüstig und geht viel auf die Jagd.

Dass es sich um Ictus laryngis-Anfälle bei meinen beiden Patienten gehandelt hat, geht daraus hervor, dass die charakteristischen Symptome dieser Krankheitserscheinung vorhanden waren, Kitzelgefühl im Halse, Husten, kurzer Ohnmachtsanfall mit nachfolgendem Wohlbefinden. Ein eigentliches Schwindelgefühl war bei beiden Patienten nicht vorhanden, der Anfall wurde von denselben auch nicht als Schwindelanfall, sondern als Ohnmachtsanfall bezeichnet. Der Name Kehlkopfschwindel für diese Krankheitserscheinung stammt von Charcot her, der dieselbe mit „vertige laryngé“ bezeichnete. Später wurde dafür in Frankreich der Name „ictus laryngé“ gewählt, ein Ausdruck, der wohl heute allgemein angewendet wird.

Den Entstehungsmechanismus fasst man so auf, dass infolge Reizung des Nervus laryngeus superior plötzlicher Stillstand der Respiration und der Allgemeinbewegungen stattfindet (Charcot), oder aber mit Hervorkehrung der vasomotorischen Störungen plötzlicher Herzstillstand mit

consecutiver Gehirnämie (Garel-Collet-Schadewald). Welcher Art aber der Reiz sein muss, der solche peripheren Vagusreizungen hervorgerufen kann, wird nicht angegeben, doch nimmt man an, dass eine gewisse krankhafte Disposition des Organismus (Gefässerkrankungen, Nervenkrankungen, Potatorium) zur Entstehung des Ictusanfalles nothwendig ist.

Bevor ich eine Erklärung meiner beiden Fälle gebe, möchte ich aus der Krankengeschichte derselben einige mir wichtig erscheinende gemeinsame Eigenschaften hervorheben. Zunächst fällt auf, dass beide Patienten im vorgerückteren Alter sich befinden und beide der wohlhabenden Gesellschaftsklasse angehören und sich deshalb, da sie beide starke Raucher waren, den täglichen Genuss der theuersten und schwersten Havannacigarren gestatten konnten. Der eine brachte es auf zwölf Stück pro Tag, der andere rauchte ungezählte. Eigentliche Potatoren waren beide nicht, der eine pflegte täglich eine Flasche Bordeaux, der andere zwei Gläser Bordeaux (im ganzen $\frac{4}{10}$ l) und ausserdem zwei Gläser Bier zu trinken. Ich hebe das hervor, weil Schadewald den chronischen Alkoholismus als einen zum Ictus disponirenden Einfluss hervorhebt, während starkes Rauchen nur bei vorhandenem gleichzeitigen Alkoholismus disponirend wirke.

Beiden Patienten gemeinsam ist ferner, dass den Anfällen besondere Gelegenheitsurachen vorausgingen, bei dem einen opulente Diners, bei dem anderen psychische Alterationen, und dass sie während der Anfälle zufällig rauchten. Dass sie ferner häufig zu husten pflegen, der eine infolge chronischen Bronchialkatarrhs und Bronchiektasie, der andere infolge abgelaufenen Lungenspitzenkatarrhs. Ob man die Schwindelanfälle, die bei heftigem Husten bei dem einen Patienten zuweilen auftreten, als unvollständigen Ictus bezeichnen soll, lasse ich dahingestellt sein. Gemeinsam ist ferner beiden Patienten, dass Arteriosklerose bestand, ferner dass bei beiden Schwellungszustände im hintersten Abschnitt der Nase vorhanden waren, verbunden mit vermehrter Schleimsecretion, der wie gewöhnlich in solchen Fällen nicht nach vorn ausgeschraubt werden kann, sondern nach hinten per Choanem abläuft, in Cavum, Pars oralis und den tieferen Luftwegen chronischen Katarrh verursachend. Die Verdickung der hinteren Larynxwand ist bei beiden Patienten auf den chronischen Husten zurückzuführen.

Störungen von Seiten des Nervensystems fanden sich nur bei dem einen Patienten in Gestalt von ausgesprochener Neurasthenie.

Mit Verwerthung dieser den beiden Patienten gemeinsamen Eigenschaften glaube ich den Mechanismus des Vorganges der Ictusanfälle folgendermaassen deuten zu dürfen. Durch den täglichen Genuss schwerer Havannacigarren befinden sich die sensiblen Fasern der Rami pharyngei vagi und des Laryngeus superior, die in der katarrhalisch veränderten Rachen- und Kehlkopfschleimhaut ausgebreitet sind, in einem gewissen, durch das Nicotin hervorgerufenen Reizzustande, der indessen sich noch nicht nach aussen hin durch Herz- und Pulsbeschleunigung bemerkbar zu machen braucht. Wird nun diese chronisch-katarrhalisch irritirte Schleimhaut gelegentlich noch mehr gereizt, sei es durch opulente Diner oder lebhaftere, angeregte Unterhaltung, dann genügt der geringste weitere Reiz z. B. ein geathmeter Cigarrenrauch oder Cigarrenbeize oder über die Schleimhaut abfliessendes Secret, um daselbst ein lebhaftes Kitzelgefühl mit reflectorischem Husten zu erzeugen. Gleichzeitig tritt auch an den peripheren Vagusendigungen, den Rami pharyngei oder dem Laryngeus superior, der Grad der Irritation ein, der genügt, um Herzverlangsamung, respective Herzstillstand mit consecutiver Gehirnämie hervorzurufen. Wir hätten es in solchen Fällen demnach mit leichter Nicotinvergiftung zu thun. Wie aus der Physiologie bekannt ist, hebt Nicotin die Wirksamkeit der Vagi auf das Herz auf; bevor dieses jedoch geschieht, treten Erscheinungen der Vagusreizung auf, die sich durch Herzverlangsamung oder Herzstillstand kundgeben. Die Ictusanfälle könnten dann als drohende Erscheinung bevorstehender schwerer Nicotinvergiftung aufgefasst werden.

Irgend welche Erscheinungen, die auf Nicotineinwirkung zu beziehen gewesen wären, konnte ich indessen bei meinen zwei Patienten nicht nachweisen, auch gaben beide an, nie an Herzklopfen gelitten zu haben. Indessen will das nichts sagen, da beide den Tabakgenuss aus freien Stücken schon sehr bedeutend eingeschränkt hatten, als ich sie zum ersten Mal sah.

Aber auch dann, wenn man irgend welche Nicotineinwirkung nicht gelten lassen will, lässt sich eine ungezwungene Erklärung des Vorganges geben. Infolge der Schwellungszustände im hinteren Nasenabschnitte pflegt der Nasenschleim nach hinten abzufließen. Trifft nun im weiteren Laufe dieser Schleim auf die hintere Kehlkopfwand, so erzeugt er dort ausser heftigem Kitzelgefühl auch noch mehr oder minder starken Husten; denn bekanntlich ist diese Gegend ja die Husten auslösende Stelle comme il faut. Durch diesen Husten, der dann eine reflectorisch abwehrende Thätigkeit darstellt, um vermeintliches oder wirkliches Secret oder irgend einen Fremdkörper vom Eindringen in das Kehlkopfinnere abzuhalten, wird nun zufällig, vielleicht weil die Aufmerksamkeit des Patienten gerade anderweitig abgelenkt ist, dieses Secret nicht nach oben, sondern erst recht in den Larynx geschleudert. Durch dieses unvermuthete plötzliche Einprallen tritt eine starke Reizung der sensiblen Fasern des Nervus laryngeus superior ein, die ihrerseits wieder Herzstillstand mit consecutiver Gehirnämie (Ohnmacht) hervorruft. Dass in einem solchen

Fälle, wenn der Reiz stärker wirkt oder längere Zeit anhält, auch dauernder Herzstillstand (Tod) eintreten kann, ist begreiflich.

Eine Analogie dieses Vorganges findet sich auch bei sonst ganz gesunden Menschen, denen plötzlich ein Fremdkörper in den Larynx geräth und kurze Ohnmacht erzeugt. Ich glaube, dass das plötzliche, unvermuthete Eindringen des Fremdkörpers diese Reizerscheinungen der sensiblen Nervenfasern des Kehlkopfs erzeugt, ein mehr vorbereitetes Eindringen von Fremdkörpern dagegen eine Reizung der motorischen Fasern hervorruft, die sich durch Glottiskrampf nach aussen hin bemerkbar macht nach Analogie der Fälle, wo wir durch Einstäuben von Pulver in den Larynx oder durch Pinseln desselben mit irgend einem Medicament ebenfalls Glottiskrampf erzeugen können.