



Aus der laryngologischen Abtheilung des Prof. Pieniżek
in Krakau.

Scleroma laryngis sub forma sclerosis inter- arytaenoideae. *)

Von Dr. ALEXANDER BAUROWICZ.

Meine Herren! Obwohl Fälle von Scleromerkrankung aus allen Welttheilen gemeldet wurden, kommen sie doch am häufigsten in Osteuropa, besonders Galizien vor. Während der kurzen Zeit von etwa 6 Monaten habe ich 16 Fälle beobachtet; in allen diesen Fällen waren Nase, Nasenrachenraum und manchmal auch die Luftröhre erkrankt, ein Mal sogar die Schleimhaut der Zunge und des Mundes. In einem Falle gingen die Veränderungen tief in die Trachea, ohne den Kehlkopf zu affiziren.

In allen Fällen begann die Erkrankung in der Nase, und es dauerte durchschnittlich 1 Jahr, bis es zu Erscheinungen von Seite des Kehlkopfes kam. Die häufigste Form der Erkrankung des Kehlkopfes war die Hyperplasie im subchordalen Raume, von welcher in wenigen Fällen die Stimmbänder getrennt waren, in mehreren mit derselben dicke Wülste bildeten, und da diese Infiltrate an der vorderen Kommissur zusammenkamen, wurde immer die Glottis nicht nur verengt, sondern auch nach vorne verkürzt. Dann kamen erst die Fälle von diffusen Infiltraten, welche die untere Partie der Epiglottis, die falschen Stimmbänder, einnahmen und sich dann weiter auf beide Seiten des Kehlkopfes erstreckten; in zwei Fällen dieser Form sass die

*) Vortrag, gehalten in der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien.

WVB B351s 1895/s

Z-140192

Akc. ZI. 2024 nr. 217

1401726690

eigentliche Stenose in der Höhe der falschen Stimmbänder, ein anderes Mal sogar in der Höhe der aryepiglottischen Falten. Das waren Formen, die jeder Fachmann häufig zu sehen Gelegenheit findet. Es kam mir aber ein Fall zur Beobachtung, in welchem die Erkrankung in Regione interarytaenoidea lokalisiert war; infolge der Schrumpfung des Infiltrates kam es zu einer vollständigen Annäherung der Aryknorpel, so dass die Spitzen derselben dicht neben einander standen und total unbeweglich blieben. Das Infiltrat begann eigentlich an der unteren Partie der Epiglottis, setzte sich dann im geringeren Grade längs der falschen Stimmbänder auf die hintere Wand fort, so dass die Glottis spuria einen von hinten abgeplatteten Ring bildete. Sinus Morgagni beiderseits normal, die wahren Stimmbänder etwas verdickt, mit abgerundeten Rändern, standen in Adduktionsstellung, so dass die Glottis vera eine sehr schmale Spalte vorstellte; da die Glottis sich gar nicht erweitern konnte, bestand starke Athemnoth.

Die Betheiligung der hinteren Wand an der Sclerom-erkrankung ist sehr selten beobachtet worden; nach zwei Fällen, bei welchen die Regio interarytaenoidea hauptsächlich erkrankt war und welche Prof. Pieni¹⁾ beobachtet hatte, wäre mein Fall der dritte. Ich hoffte, dass durch ziemlich tiefe Spaltung der Regio interarytaenoidea die Aryknorpel auseinander treten müssten; da aber die Athemnoth der Patienten ziemlich stark war und die Spaltung allein für die Einführung der Kurette zu wenig Raum bot, so wurde bei der Patientin Tracheotomie gemacht. Die einige Tage später mit dem Czermak'schen Spiegel vorgenommene Untersuchung bestätigte unsere Diagnose der Sclerosis interarytaenoidea und zeigte uns gleichzeitig, dass das Infiltrat sich auch nach vorne im subchordalen Raume hinaus erstreckte. Es wurde daher beschlossen, bei der Patientin die Laryngofissur zu machen.

Zuvor wurde noch der Versuch gemacht, die Regio interarytaenoidea zu spalten, und obwohl der Schnitt nicht genug tief geführt wurde, traten doch die Spitzen der Aryknorpel ein wenig auseinander und bewegten sich bei der Phonation. Da nun aber jetzt ganz deutlich erkannt wurde, dass das Infiltrat tief hinunter und in den subchordalen Raum übergeht, ohne mit den Stimmbändern zusammen-

¹⁾ Prof. Pieni¹⁾: „Ueber die Laryngofissur auf Grundlage eigener Erfahrung“, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1893.

gewachsen zu sein, so wurde von weiteren endolaryngealen Eingriffen Abstand genommen und die Laryngofissur ausgeführt. Nach Auseinanderziehen der Schildknorpel zeigte sich das Bild der Erkrankung ganz klar, das ganze Infiltrat der hinteren Wand wurde mit der Kurette entfernt, die Aryknorpel traten sofort ganz auseinander; die subchordalen Infiltrate wurden gänzlich ausgeschnitten, ohne dass die wahren Stimmbänder tangirt worden wären. Die Blutung war sehr gering und sistirte auf mässige Tamponade ohne Pacquelin. Es wurde ein Tampon eingelegt, die Weichtheile wurden mit tiefen Nähten zusammengezogen. 7 Tage später wurde der Tampon entfernt, die Glottis zeigte sich in ihrer physiologischen Breite gehoben, die Aryknorpel waren ganz beweglich, so dass die Patientin Tag und Nacht mit zugestopfter Kanüle bleiben konnte. 3 Wochen später wurde die Kanüle entfernt und nach einiger Zeit die Patientin mit einer Fistel, welche der Tracheotomie-Oeffnung entsprach, entlassen. Absichtlich wurde mit der Plastik, welche in diesem Falle nothwendig war, gewartet, um dann eventuell die sich bildenden Granulationen im Inneren des Kehlkopfes auf diesem Wege beseitigen zu können.

Noch vor 2 Monaten hatte ich Gelegenheit, die Patientin zu sehen; sie klagte nur über starke Heiserkeit; positiv änderte sich das Kehlkopfbild insofern, dass es unter der vorderen Kommissur zur Bildung der Granulationen und einer schmalen Schwimnhaut kam. Durch die erwähnte Trachealfistel wurden die Granulationen mit der Kurette entfernt und dann durch einige Zeit Kautschukröhren eingeführt. Die Regio interarytaenoidea, wie die Beweglichkeit der Aryknorpel waren ganz normal, die Trachealfistel wurde jetzt auch nicht geschlossen, und wurde der Patientin empfohlen, nach einiger Zeit sich wieder sehen zu lassen.

Die Stücke, welche ich bei der Laryngofissur, dann ein Stück, welches ich aus dem Infiltrate am Nasenboden ausgeschnitten habe, bestätigten bei der histo-bakteriologischen Untersuchung die Natur der Krankheit, auch vom Nasen- und Kehlkopfsekrete gemachte Impfungen gaben uns typische Kulturen der Frisch'schen Bacillen.

In den Fällen, welche Herr Prof. Pieniãzek beobachtet hat, wurden auch Laryngofissuren gemacht; im ersten Falle wurde kein Erfolg erzielt, weil aus Furcht vor Narbenbildung zu oberflächlich kurettirt wurde. Die Aryknorpel traten in diesem Falle nicht auseinander und das

Kehlkopfbild glich nach der Operation dem vor dem Eingriffe. Im zweiten Falle war der Erfolg so, wie in dem eben beschriebenen. Bei demselben kam es noch zu Nachschüben an verschiedenen anderen Orten des Kehlkopfes, welche endolaryngeal beseitigt wurden, die hintere Wand blieb unverändert, bis 4 Jahre später hier Rezidive als Sclerosis interarytaenoidea eintrat. Zum zweiten Male wurde die Tracheotomie und Laryngofissur gemacht und nach einiger Zeit konnte wieder die Kanüle entfernt werden.