



Handwritten text: *lowod. odhies...*
No. III 339

Sonderabdruck

aus dem

Archiv für Laryngologie.

16 1895

Z-140273

Akc. z l. 2024. nr. 245

WVB B3514 1895

Aus der laryngologischen Abtheilung des Prof. Pieni \acute{z} ek
in Krakau.

Ein Fall von Kehlkopfsarkom, complicirt mit Perichondritis.

Von

Dr. Alexander Baurowicz, Universit \acute{a} ts-Assistent.

Die Sarkome des Kehlkopfes stellen meistens breit aufsitzende Tumoren mit glatter Oberfl \ddot{a} che und hochrother Farbe dar. Hierdurch bekommt ihre Erscheinung mit der der Perichondritis grosse Aehnlichkeit. Die Anamnese, welche bei den Sarkomen gew \ddot{u} hnlich ein langsames Wachstum ausweist, giebt uns hierdurch ein Merkmal. Auf dasselbe kann man aber nicht zu viel Gewicht legen, weil ja auch die Erscheinungen der Perichondritis sich sehr langsam entwickeln k \ddot{u} nnen und manchmal Monate dauern, so dass erst die Beobachtung des Verlaufes event. die Entstehung eines Abscesses uns auf die richtige Diagnose f \ddot{u} hrt. Die Diagnose eines Kehlkopfsarkoms geh \ddot{o} rt entschieden zu der schwierigsten und ist oft kaum mit Sicherheit zu stellen, besonders wenn dasselbe unter dem Stimmbande sitzt, woselbst Schwellungen schwer von perichondritischen zu unterscheiden sind. Sehr viel hilft uns bei der Diagnose die histologische Untersuchung eines exstirpirten St \ddot{u} ckes; doch ist hier wieder zu ber \ddot{u} cksichtigen, dass beim Rundzellensarkom eine neue Schwierigkeit durch die Aehnlichkeit mit einer Gummigeschwulst entsteht, wenn auch die Kehlkopfsarkome gew \ddot{u} hnlich Spindelzellensarkome sind. In unserem Falle sprachen der Verlauf und die Erscheinungen f \ddot{u} r eine Perichondritis cricoaryt \acute{a} noidea und erst nach langer Beobachtung zeigte uns ein Zufall, dass es sich auch um ein Sarkom handelte. In der mir zug \ddot{a} nglichen Literatur habe ich nirgends einen Fall finden k \ddot{u} nnen, wo eine b \ddot{o} sartige Neubildung des Kehlkopfes, n \ddot{a} mlich Sarkom, von vorneherein mit einem perichondritischen Prozesse complicirt war, obwohl dies in sp \ddot{a} teren Stadien der Neubildung vorkommen kann, was aber mehr ein anatomisch-pathologisches Interesse erregt. Das Umgekehrte l \ddot{a} sst sich aber nicht denken, n \ddot{a} mlich, dass sich zu einer Perichondritis sp \ddot{a} ter die Entwicklung einer b \ddot{o} sartigen Geschwulst gesellen kann, eher ist es m \ddot{o} glich, dass die b \ddot{o} sartige Neubildung von Anfang schon mit einer Perichondritis complicirt sein kann. So war es auch in unserem Fall, dessen h \ddot{o} chst merkw \ddot{u} rdigen Verlauf ich mir mitzuthellen erlaube.

Am 2. August 1894 wurde auf unsere Abtheilung ein Arbeiter, 53 Jahre alt, aufgenommen, mit Erscheinungen einer Kehlkopfstenose. Derselbe gab an, seit 2 Monaten erschwertes Athmen und Beschwerden beim Schlucken zu haben, ohne aber Schmerzen zu versp \ddot{u} ren. Bei der Untersuchung des Kehlkopfes fand man eine bedeutende Schwellung des linken Aryknorpels und der ganzen linken inneren Seite des Kehlkopfes, so dass die einzelnen Gebilde dieser Seite nur schwer zu \ddot{u} bersehen waren und die Schwellung sich auch in den subchordalen Raum hinein

erstreckte; diese Schwellung zeigte eine glatte Oberfläche, von hochrother Farbe. Die Glottisspalte war sehr verkleinert, schmal, die linke Seite vollständig unbeweglich, während die rechte Hälfte des Kehlkopfes gar nichts Abnormes zeigte. Den nächstfolgenden Tag, da die Stenose sich vergrösserte, nahm man die Tracheotomie vor. Bei der weiteren Beobachtung merkte man, dass die Schwellung sich stets vergrösserte, auch die Aussenfläche der Thyreoidplatte einnahm und sich weiter in den Sinus pyriformis sinister ausdehnte. Hier kam dann am 2. September eine selbstständige Eröffnung des Abscesses zustande und nachher fand bald ein ähnlicher Durchbruch des Abscesses auf der inneren Fläche der Schwellung statt, dem subchordalen Raume entsprechend, worüber man sich genau durch die Tracheal-Fistel überzeugen konnte. Die Eiterung an diesen zwei Stellen dauerte ununterbrochen fort; da die Schwellung weiter an der Spitze der Aryknorpel zunahm, die Schleimhaut gespannt und intensiv geröthet war, vermuthete man hier einen neuen Abscess und am 17. machte man an dieser Stelle einen Einstich. Es zeigte sich aber kein Eiter und erst 5 Tage später begann an dieser Stelle eine profuse Eiterung. Die Eiterung im subchordalen Raume nahm auch zu, während im Sinus pyriformis der Eiter sich nicht mehr zeigte, die Schwellung aber weiter bestand. Die Eiterung an der Spitze des Aryknorpels dauerte bis zum 7. October, hörte dann auf, so dass es von dieser Zeit an nur noch im subchordalen Raume eiterte. Man bemerkte aber jetzt, dass die Schwellung des Aryknorpels rasch zunahm und in der Grösse eines Taubeneis sich nach dem Inneren des Kehlkopfes zuneigte und den Eingang in den Kehlkopf ganz verdeckte. Schon damals sprach mein Chef Prof. Pieniazek den Verdacht auf ein Sarkom aus, der auch in kurzer Zeit eine Bestätigung fand. Der dem Aryknorpel angehörende Tumor zeigte an seiner Fläche, welche hochgeröthet war, einige erhabene ödematöse Stellen und ausserdem zwei grössere Erhabenheiten von ebenfalls rother, glatter Oberfläche, welche der hinteren Partie des grossen Tumors entsprachen. Diese kleineren mehr umgrenzte Tumoren bemerkte man am 17. October und da sie schnell zunahmen, versuchte man schon am nächsten Tage sie einzuschneiden. Es zeigte sich aber kein Eiter; die Einstich-Stellen blieben offen und in einigen Tagen sprosssten Wucherungen von unebener, granulirender Oberfläche hervor, welche sich rapid vergrösserten. Jetzt konnte man schon nicht mehr zweifeln, dass es sich um ein Sarkom handele. Von diesen weichen, schmutzig grüngelblich gefärbten, leicht blutenden Massen wurde ein Stück herausgenommen und die mikroskopische Untersuchung gab uns die Bestätigung der Erkrankung. Das Mikroskop zeigte, dass ein micro-fusocellulares-Sarkom vorlag.

Die rechte Seite des Kehlkopfes blieb beweglich und in den letzten Zeiten sistirte auch die Eiterung im subchordalen Raume. Den Patienten überwies wir dem Chirurgen Prof. Obalinski zur Kehlkopfxestirpation. Die Prognose der radicalen Operation war, wie überhaupt bei Kehlkopfsarkomen, sehr zweifelhaft, weil ja auch die Aussenseite des Kehlkopfes gegen den Sinus pyriformis zu mitergriffen war. Von der Operation aber ist sehr wichtig zu erwähnen, dass gleich am Anfang derselben, nach der Durchtrennung des Kehlkopfes von unten, ein Stück entblössten Knorpels herausgezogen wurde, welches der linken Hälfte des Ringknorpels entsprach. Der Erfolg mehrerer operativer Eingriffe dauerte nicht lange; es kam zu einem Recidiv von der linken und kinteren Wand der nach der Kehlkopfxestirpation entstandenen Höhle, welches Recidiv als inoperabel betrachtet werden musste.