



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

Sonderabdruck

aus dem

Archiv für Laryngologie.

16 1895

WVB B351em 1895

Aus der laryngologischen Abtheilung des Prof. Pieniżek
in Krakau.

Ein mit Laryngofissur behandelter Fall von Kehlkopftuberkulose.

Von

Dr. Alexander Baurowicz, Universitäts-Assistent.

Es giebt jetzt nur sehr wenige Laryngologen, welche die Kehlkopftuberkulose als Noli me tangere betrachten und sich gegen dieselbe ausschliesslich auf allgemeine Therapie beschränken, da die Erfolge der endolaryngealen chirurgischen Eingriffe mehr Anerkennung finden. Es kommen aber Fälle zur Beobachtung, welche sich nicht zur endolaryngealen Behandlung eignen und in denen uns die Chirurgie die Kehlkopfstirpation und die Laryngofissur als Behandlungsmethoden darbietet. Die Kehlkopfstirpation, sowohl die halbseitige wie die totale, fand bald viele Gegner, welche nicht erlauben wollten, den Tuberkulösen einem so schweren Eingriff zu unterwerfen und deshalb die Laryngofissur als äusserste Grenze der chirurgischen Eingriffe bei der Kehlkopftuberkulose hinstellten. Wenn diese nicht ausführbar ist, sollte man sich mit einer der örtlichen Methoden begnügen. Die Resultate der letzteren Methode, waren aber sehr selten von dauerndem Erfolge und es ist kein Wunder, dass sehr Viele dieselbe gänzlich verwarfen und in der eventuellen Tracheotomie die einzige Hoffnung sahen, da diese sehr oft einen günstigen Einfluss auf den Zustand der Lungen und des Kehlkopfes ausübt. Niemand zweifelt daran. Wir haben aber in der Laryngofissur einen Weg, um zu versuchen, den Patienten Hilfe zu leisten. Ich sage „versuchen“, weil man überhaupt bei der chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberkulose nicht immer auf guten Erfolg rechnen kann. Zu diesem Letzteren trägt aber viel die Auswahl der Fälle bei, welche man dieser Behandlung unterwirft, was wir besonders bei der Laryngofissur beachten müssen. Man wird Fälle mit bedeutenden Veränderungen der Aryknorpel und des Kehlkopfs nicht operiren; die letzten Fälle eignen sich schon nicht zu endolaryngealen Eingriffen. Auf dem 11. internationalen Kongresse in Rom erregte die Besprechung der chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberkulose eine lebhaftere Diskussion und obwohl Alle darin übereinstimmten, dass die allgemeine Behandlung die Hauptbedingung ist, wurde andererseits anerkannt, dass in Fällen, wo sie richtig am Platze ist, die Lokalbehandlung nicht unterlassen werden und auch die Laryngofissur angewandt werden soll.

Mein Chef Prof. Pieniązek versuchte schon drei Mal die Laryngofissur bei der Tuberkulose, worüber er in seiner Arbeit „Ueber die Laryngofissur . . .“ Mittheilung gemacht hat. Im vorigen Jahre kam auf unsere Abtheilung ein Fall, wo die Erkrankung des Kehlkopfes in Form der sogenannten Pachydermia tuberculosa auftrat und nur das Innere des Kehlkopfes einnahm. Eben solche Verhältnisse können wir bei der exulcerirten Form der Phthise treffen und wenn die Behandlung auf dem endolaryngealen Wege nicht ausführbar ist, ist der andere Eingriff indicirt, nämlich die Laryngofissur. Es entsteht aber die Frage, ob man dies thun und den Kranken auf eine Probe stellen soll? Bis jetzt, wo günstige Erfolge sehr selten sind, wird vielleicht Niemand sich dazu entschliessen. Es kommt aber ein anderes Moment, welches uns erlaubt und sogar befiehlt darüber nachzudenken, das ist die Tracheotomie. Wenn man bei solchen Kranken die Tracheotomie machen muss und die Veränderungen in den Lungen mässigen Grades sind, entsteht die gebieterische Frage, ob man diesem Kranken nicht weitere Hilfe leisten kann? Wir wissen, dass die Tracheotomie allein oft einen sehr grossen Einfluss auf den Verlauf des Processes hat, so dass man auch in manchen Fällen den Kranken decanüliren und eine zufriedenstellende Besserung erzielen kann. So handelt Jeder, wenn überhaupt nichts weiter zu machen ist; in anderem Falle halten wir es aber für richtig, weiter zu gehen, wie wir es gemacht haben.

Am 1. Juli 1894 wurde auf unsere Abtheilung eine Frau, 50 Jahre alt, Händlersgattin, aufgenommen und gab an, seit $\frac{3}{4}$ Jahren heiser zu sein. Sie klagte auch seit 2 Monaten über Athembeschwerden. Sonst war sie immer gesund, hatte gesunde Kinder und nie gehustet. Wir fanden den Eingang in den Kehlkopf ganz normal, ebenso die falschen Stimmbänder. Das rechte wahre Stimmband war infiltrirt, verdickt, unter demselben auch ein Infiltrat von unebener höckeriger Oberfläche, vom Stimmbande durch eine Furche getrennt. Das Infiltrat nahm die vordere Commissur ein und erstreckte sich weiter mit demselben Aussehen in den linken subchordalen Raum hinein, und stand mit dem wahren Stimmbande dieser Seite, welches sonst normales Aussehen hatte, im Zusammenhang. Das Infiltrat, welches auch die hintere Wand einnahm, zeigte eine livid rothe Farbe und bildete noch linksseitig unter dem Processus vocalis einen mehr begrenzten Tumor von Erbsengrösse, über welchem das Epithel verdickt war und der Oberfläche dieses Tumors ein zackiges Aussehen gab. Die Beweglichkeit der Stimmbänder war normal. Das Infiltrat an der vorderen Commissur ragte bis zur Hälfte der Glottis vor, was mit den subchordalen Infiltraten die Glottisspalte sehr beengte. An den Lungen fand man keine Veränderungen und da auch kein Auswurf da war, konnte man auf Bacillen nicht untersuchen. Wegen der bedeutenden Verengerung des Kehlkopfes musste man die Tracheotomie machen. Bei der weiteren Beobachtung fanden wir keine wesentliche Besserung und da endolaryngeal sich nichts machen liess und wir die Kranke nicht mit der Canüle entlassen wollten, nahmen wir die Laryngofissur vor. Am 22. Juli wurde das rechte wahre Stimmband mit dem unter ihm befindenden Infiltrate ganz ausgeschnitten, dann das Infiltrat unter dem linken wahren Stimmbande und endlich das Infiltrat an der hinteren Wand mit der Curette ausgeräumt. Am 29. Juli nahmen wir den Tampon und die Nähte heraus und da die Glottis eine weite Spalte bildete, konnte man die Canüle verschliessen. Die Kranke hatte einen freien Athem und schon einige Tage später konnte die Canüle entfernt werden. Die Tracheotomie-Oeffnung schloss sich schnell und da die Kranke das Spital verlassen wollte und im Kehlkopfe sich nichts änderte, wagten wir dem Wunsche der Kranken nachzukommen; sie verliess das Spital am 9. August. Am 11. October aber kam sie wieder mit

Erscheinungen einer Stenose zu uns und gab an, schon vom Anfange des September an etwas schweren Athem zu haben, was besonders in den letzten Wochen sehr stark wurde. Der Eingang in den Kehlkopf, wie die falschen Stimmbänder blieben normal. An der Stelle des rechten wahren Stimmbandes fanden wir eine dicke Leiste von glatter, rother Oberfläche; das linke wahre Stimmband war verdickt, geröthet und vorne mit der Leiste der rechten Seite verwachsen, so dass die Glottis nur in ihrer hinteren Partie eine kleine runde Oeffnung bildete. Durch diese Oeffnung sah man unter dem linken Stimmbande eine sichelförmige weisse, vorspringende Narbe. Die Beweglichkeit beider Hälften des Kehlkopfes, zeigte sich durch diese Verwachsung nicht gehindert, war vielmehr normal. Wir nahmen die Patientin auf und am nächsten Tage wurde versucht, endolaryngeal die Verwachsung zu trennen. Doch der Eingriff misslang und es entstand plötzlich eine solche Athemnoth, dass die Tracheotomie gemacht werden musste. Am 23. October wiederholten wir die Laryngofissur, um die Verwachsung zu trennen und die erwähnte Narbe zu entfernen. Am 29. October entfernten wir den Tampon, stopften die Canüle zu und um eine eventuelle Verwachsung zu vermeiden wurde am 7. November das Dilatiren mit Schrötter'schen Bolzen begonnen, von der Nummer 13 anfangend bis zur No. 17. Am 1. December hörten wir mit dem weiteren Dilatiren auf und liessen die Patientin einige Tage mit zugestopfter Canüle. Am 7. December entfernten wir mit der Curette durch die Tracheal-Oeffnung hindurch die Erhabenheiten von den Seitenwänden des Kehlkopfes, welche dem Fenster der Canüle entsprachen und nahmen auch Granulationen unter dem vorderen Winkel fort. Nachher legten wir der Patientin einen Bolzen No. 11 nach Thost ein, welchen sie ununterbrochen bis zum 26. December getragen hat und am 31. December entfernten wir die Canüle. Die Tracheotomie-Oeffnung zog sich ohne Verwachsung zusammen und wir riethen der Patientin noch längere Zeit in unserer Beobachtung zu bleiben. Da bis zum 25. Januar 1895 keine Verengerung der Glottisspalte auftrat, schlossen wir die Tracheal-Oeffnung und am 3. Februar verliess die Patientin das Spital.

Die vorgenommene mikroskopische Untersuchung der exstirpirten Stücke zeigte uns ein spärliches tuberkulöses Infiltrat zerstreut zwischen dem fibrös-degenerirtem Gewebe der Schleimhaut. Bei der wiederholten Laryngofissur konnte man sich überzeugen, dass es kein Recidiv des Processes war, blos die narbigen Veränderungen. Der ungünstige Zufall der Verwachsung an der vorderen Commissur wäre sicher zu vermeiden gewesen, wenn die Kranke das Spital nicht verlassen hätte.