

(Aus der laryngologischen Abtheilung des Prof. Pieniãzek
in Krakau.)

Ueber Arthritis crico-arytaenoidea rheumatica.

Von

Docent Dr. **Alexander Baurowicz.**

Beim Durchsuchen der Literatur über die Betheiligung des Crico-Arytaenoidal-Gelenkes in Fällen von acutem Gelenkrheumatismus fand ich die erste diesbezügliche Mittheilung von Desbrousses¹⁾ vom Jahre 1861. Obwohl ich nicht weiss, ob meine Literaturangaben ganz genau werden, will ich schon jetzt betonen, dass ich nur die Fälle in Betracht ziehe, welche ausdrücklich die Entzündung des Cricoaerytaenoidalgelenkes als Theilerscheinung des acuten Gelenkrheumatismus (Polyarthrits rheumatica acuta) beschreiben. Ich fand nun später die Beobachtung von Schützenberger²⁾ und eine andere von Fritsch³⁾, dann von Windelschmidt⁴⁾, F. Raymond⁵⁾, G. W. Major⁶⁾, Schmiegelow⁷⁾, Lacoaret⁸⁾, welcher im Allgemeinen über die acute Entzündung im Cricocrytaenoidalgelenke schreibt, bringt keinen zu unserem Thema gehörenden Fall vor, beschreibt dafür Erkältungsentzündung (l'arthrite a frigore), wie Ramon de la

1) Desbrousses, Thèse de Strassbourg. 1861.

2) Schützenberger, L'Union médicale 1843, citirt nach Senator, Ziemssen's Handbuch. Bd. XIII. 1. Hälfte.

3) Fritsch, Gaz. méd. de Algerie. 1871. No. 2. (Jahresbericht Virchow-Hirsch).

4) Windelschmidt, Ein Fall von temporärer beiderseitiger Ankylose der Crico-arytaenoid-Gelenke bei Polyarthrits synovialis acuta. Mon. f. Ohrenheilkde. 1881. No. 10. S. 169 u. 170.

5) J. Raymond, Gaz. méd. de Paris. 1886. No. 29.

6) G. W. Major, New-York med. Journ. 1887. No. 39.

7) Schmiegelow, Ref. im Centralbl. für Lar. VI. S. 549.

8) Lacoaret, Arthritis aigues de l'articulation cricoaryténoïdienne. Revue de Laryngologie. Tome XI. 1891. No. 11, 12 u. 13.

Sota¹⁾ und anderen Autoren als primäre Form, welche sich mit Röthung und Schwellung der Arytaenoidalgegend, manchmal auch durch die Beeinträchtigung der Bewegungen und Fixation des Gelenkes kennzeichnet, giebt aber gleichzeitig zu, dass die Entzündung des Gelenkes hier öfters als consecutive Entzündung aus dem mucösen Gewebe zu betrachten ist. Diese Fälle werden meiner Ansicht jetzt meistens unter die Diagnose der „acuten submucösen Entzündung“ gebracht, bei welchen als prädisponirende Ursache die Erkältung nicht in Abrede gestellt werden kann. L. Grünwald²⁾ beschäftigt sich nur mit primärer Entzündung als idiopathische Form, unterscheidet sich aber von Ramon de la Sota und Lacoaret, indem er für „reine“ Fälle der Synovitis crico-arytaenoidea acuta einen negativen Kehlkopfbefund verlangt und seine Diagnose auf folgende Symptome stützt. Die Kranken verspüren im Halse ein eigenthümliches, unbehagliches Gefühl, besonders beim Schlucken, fühlen Schmerz beim Druck auf die Gegend des Cricoarytaenoidalgelenkes, wobei immer eine leichte, meistens nur fühl- mitunter auch hörbare Crepitation entsteht, endlich lässt sich auch eine besondere Empfindlichkeit der Gelenkgegend bei Berührung mit der Sonde vom Oesophagus her constatiren. Der Verfasser meint selbst, dass nicht alle Fälle der acuten Synovitis sich in ihrer reinen Form zeigen, unterscheidet darum weitere vier Gruppen, nämlich complicirte acute Synovitis (complicirt mit einer allgemeinen perichondralen Reizung und wie oben negativem Kehlkopfbefunde), dann Fälle mit rudimentärer Symptombildung; ferner die Gruppe der Fälle, welche als acute Periarthritis aufzufassen sind und endlich als chronische Folgezustände. Die Fälle, welche zur Periarthritis gerechnet wurden, unterschieden sich schon dadurch, dass die Kranken statt unangenehmer Sensationen jedesmal über lebhaften Schmerz, sogar beim Sprechen klagten, es fehlt in diesen Fällen die Crepitation und laryngoskopisch zeigen sich Röthung und Schwellung der Gelenkgegend. Aus der Schwellung und Röthung über der Gelenkgegend ist man noch nicht berechtigt, über die Beschaffenheit des Gelenkes selbst zu urtheilen und wir sollen, glaubt der Verfasser, „eher einen sich in der Umgebung des Gelenkes abspielenden Process annehmen, als einen im Gelenke befindlichen.“ Die Meinung des Verfassers steht nicht ausser allem Zweifel; sie findet auch keine Analogie bei Polyarthritis rheumatica, wo eben eine Schwellung über dem erkrankten Gelenke, welche meistens als eine Fortpflanzung der Entzündung auf das periarthrale und subcutane Gewebe aufzufassen ist, uns zeigt, dass das betreffende Gelenk am stärksten erkrankt ist. Die Unbeweglichkeit der Gliedergelenke beruht bekanntlich auf Anspannung der willkürlichen Muskeln, wodurch der Kranke sich den Schmerz zu lindern trachtet, im Kehlkopfe dagegen, wo die Bewegung der Muskeln, wenigstens auf einer Seite, durch keine Willkür

1) Ramon de la Sota, De la artritis crico-arytaenoidea. Revista de Laryngologia. 1886. Bd. II. No. 1. Ref. Centralbl. f. Lar. Bd. III. S. 346.

2) L. Grünwald, Ueber primäre Entzündung im und am Cricoarytaenoidalgelenk. Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 20.

gehemmt werden kann, scheint die periarthrale entzündliche Infiltration die hauptsächlichste Ursache der beschränkten Beweglichkeit zu sein, ja sogar die Fixation des Gelenkes herbeizuführen. Es wurde auch in allen Fällen der Entzündung des Cricoarytaenoidalgelenks bei Polyarthrits rheumatica immer eine Schwellung und Röthung der Gelenkgegend gefunden, welche die Beeinträchtigung der Bewegungen oder die Unbeweglichkeit der erkrankten Seite erklären konnte. Es ist aber sicher, dass auch angesammeltes Exsudat in der Gelenkkapsel oder fibrinöse Ausscheidung der Entzündung schon die Beweglichkeit des Gelenkes beschränken kann und auch die gänzliche Unbeweglichkeit wäre auf diese Weise zu erklären möglich. Eine primäre idiopathische Entzündung im Cricoarytaenoidalgelenke im Sinne Grünwald's, nämlich als Entzündung geringeren Grades, wäre nicht ganz ausgeschlossen, trotz des negativen Spiegelbefundes und des Fehlens einer sicheren Grundlage, da auch die Affection der Gliedergelenke sich nicht immer durch äusserliche Schwellung kennzeichnet. In Fällen, welche eine Schwellung und Röthung, Beeinträchtigung der Bewegungen, ja sogar Unbeweglichkeit zeigen, bin ich auch mehr geneigt, nicht eine primäre idiopathische Gelenkentzündung, eher eine solche im submucösen sagen wir periartihralen Gewebe anzunehmen.

Nachdem ich mich bei den Arbeiten von Lacoaret und Grünwald etwas aufgehalten habe, zähle ich nun weiter die Arbeiten auf, welche über die echte rheumatische Entzündung im Cricoarytaenoidalgelenke als Theilerscheinung eines acuten Gelenkrheumatismus berichten. Nach der Mittheilung von Schmiegelow fand ich die Beschreibung zweier Fälle von *Compaired*¹⁾, welche sich durch Schmerzen beim Sprechen und Schlingen kundgaben; die Kranken hatten belegte Stimme und laryngoskopisch fand man Schwellung und Röthung beider Aryknorpeln und beeinträchtigte Adduction. *Simanowski*²⁾ hat drei Fälle beobachtet, wo an der Erkrankung anderer Gelenke auch das Cricoarytaenoidalgelenk sich betheiligte. In einem Falle begann die Krankheit zuerst im Kehlkopfe und später erst stellten sich Schmerzen und Schwellung in den anderen Gelenken ein, in beiden anderen Fällen wurde der Kehlkopf erst am 4. und 12. Tage in Mitleidenschaft gezogen. Es bestanden immer gleiche Symptome wie Heiserkeit, Schmerzen beim Sprechen, Schlucken und beim Betasten von aussen, Schwellung der Aryknorpelgegend mehr an der Basis derselben, schwache Beweglichkeit der Stimmbänder, wobei einmal beide Gelenke erkrankt waren. Der Verfasser glaubt, dass das Cricoarytaenoidalgelenk auch ganz allein rheumatisch erkranken kann, was aber nicht der Natur des echten acuten Gelenkrheumatismus entspricht, bei welchem fast nie ein einziges Gelenk befallen wird und die Krankheit öfters von

1) *Compaired*, Sull' artrite crico-arytaenoidea acuta e subacuta di natura reumatica. Archivii italiani de laringologia. 1893. Ref. im Centralbl. f. Laryng. X. S. 206 u. 520.

2) *Simanowski*, Rheumatische Entzündung des Crico-arytaenoid-Gelenks (russisch). Wratsch. 1893. No. 18, 19 u. 20.

einem zum anderen Gelenke überspringt, was beides für den acuten Gelenkrheumatismus so charakteristisch ist. Der Verfasser will öfters die Kehlkopfkrankheiten, welche acut beginnen und mit Schwellung der Aryknorpeln einhergehen, auf die Erkrankung des Cricoarytaenoidalgelenkes zurückführen. George Meyer¹⁾ berichtet über gleichzeitige Erkrankung zweier Familienmitglieder und bei einem derselben erkrankte am 6. Tage der Kehlkopf; der Kranke hatte heftige Schmerzen beim Schlucken, konnte nur leise sprechen und zeigte Athembeschwerden, es gelang nur dem Verfasser nicht, genaue Einsicht in den Kehlkopf zu bekommen, wodurch der Fall an seinem Werth verliert. Ein ähnlicher Doppelfall von acutem Gelenkrheumatismus in einem Hausstande gehört fast zum Unicum und wird vielleicht zur Aetiologie des Leidens, welches zu den Infectionskrankheiten gerechnet wird, verwerthet werden können. Besonders hebt der Verfasser hervor, dass die betreffende Wohnung der Kranken völlig trocken, geräumig und gesund gelegen war. Endlich berichtet Sendziak²⁾ über einen Fall, wo die Kranke zuerst über Heiserkeit und Schmerzen in der Gegend des Kehlkopfes klagte, und erst später traten die Schmerzen in den Gelenken auf, die Gegend der Aryknorpel wurde stark geröthet und geschwollen gefunden, die Glottisspalte war verengt, wodurch die Kranke schwer athmete; die Bewegungen in den Cricoarytaenoidalgelenken waren beeinträchtigt. Die Diagnose war im Anfang nicht klar; die Röthe und Anschwellung der Gegend der Cricoarytaenoidalgelenke nahm allmählig ab, obwohl aber diese schon ganz verschwunden, blieben noch ziemlich lange die Cricoarytaenoidalgelenke in ihrer Bewegung beeinträchtigt, bis sie vollständig normal wurden. Nicht so günstig war der Zustand der anderen afficirten Gelenke.

In den Lehrbüchern finde ich die Gelenkkrankheiten in einem besonderen Capitel beschrieben bei Schech³⁾, welchem auch eigene Beobachtungen nicht mangelten.

Unsere Kranke verspürte seit 5 Tagen an der linken Seite des Halses beim Schlingen Schmerzen, die Stimme war etwas belegt, die Kranke fieberlos. Man fand den linken Aryknorpel besonders in der Gegend des Gelenkes geschwollen, blass-röthlich gefärbt, das linke Stimmband stand in der Mittelstellung vollständig unbeweglich; das Betasten der Gegend des linken Aryknorpels ist schmerzhaft. Man dachte, trotzdem dass dieser geringen Schwellung die Kennzeichen einer stärkeren Entzündung fehlten, welche die Unbeweglichkeit erklären konnte, an eine submucöse Entzündung und verordnete warme Inhalationen von 1 pCt. Zincum sulfuricum neben warmen Umschlägen aus Placenta seminum lini. Schon am nächsten Tage spürte die Kranke eine Besserung, die Schwellung des Aryknorpels war viel geringer, die Unbeweglichkeit aber blieb unverändert. Am selben Tage

1) George Meyer, Mittheilung zweier Fälle von acutem Gelenkrheumatismus u. s. w. Berl. klin. Wochenschr. 1894. No. 16.

2) Sendziak, Entzündung der Crico-arytaenoidal-Gelenke rheumatischen Ursprungs. Arch. für Lar. Bd. IV. 1896. S. 264.

3) Schech, Die Gelenkkrankheiten. S. 170 in seinem Lehrbuche J. 1897.

Abends wurde die Kranke bisher fieberlos, von einem heftigen Fieber befallen, verspürte Schmerzen in verschiedenen Gelenken, besonders im linken Knie. In der Früh bemerkte die Kranke auf der Haut zahlreiche rothe Flecken und gegen 9 Uhr Vormittags, trotz des Fortdauerns des Fiebers, begann die Kranke aussergewöhnlich stark zu schwitzen. Ich fand im Kehlkopfe keine Schwellung mehr, aber die Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes blieb wie früher bestehen; da mir die Ursache der Erkrankung im Crico-arytaenoidal-Gelenke jetzt klar war, gab ich der Kranken in grossen Gaben Natrium salicylicum und auf das linke geschwollene Kniegelenk bekam sie Umschläge von essigsaurer Thonerde.

Auch am nächsten Tage, also am 8. Tage der Krankheit, wobei schon seit 2 Tagen die Schwellung des Aryknorpels vollständig verschwunden war, blieb die linke Seite wie früher unbeweglich und erst am 9. Tage der Krankheit begann die Beweglichkeit zurückzukehren, obwohl noch immer die Adduction des Stimmbandes sehr träge war und erst in einigen Tagen kehrten normale Verhältnisse sowohl im Gelenk des Kehlkopfes wie des linken Knie, welches an meisten von anderen Gliedergelenken befallen wurde.

Sowohl in unserem Falle, wie in einem Falle von Simanowski und Sendziak eilte die Erkrankung im Cricoarytaenoidalgelenke der Erkrankung anderer Gelenke als Erscheinung einer Polyarthritis rheumatica voraus, es verstrichen bei uns sogar 6 Tage, bevor die Ursache der Erkrankung im Kehlkopfe klar wurde. Sehr lehrreich ist unser Fall dadurch, dass trotzdem, dass die Schwellung über dem Gelenke schon ganz zurückwich, noch immer eine vollständige Unbeweglichkeit der befallenen Seite zurückblieb und auch im Falle Sendziak's war die Beweglichkeit am längsten beeinträchtigt. Wir sehen nun, dass nicht nur periarthrale Schwellung allein, sondern wie in unserem Falle die Erkrankung im Gelenke selbst die Fixation erklärte. Es ist klar genug, dass nicht diese geringe Schwellung ohne Vorhandensein eines plastischen Exsudates die Bewegungen hemmte, sondern die Erkrankung des Gelenkes selbst war deren Ursache.

Die Erkrankung, welche bei uns einseitig war, kann auch auf beiden Seiten auftreten, die Bewegungen im Gelenke vermindern oder ganz einstellen, indem das Stimmband in mehr oder weniger vollständiger Adduction stehen bleiben kann und dadurch eventuell, nämlich bei beiderseitigen Erkrankungen, auch zur Ursache von Dyspnoe werden. Ob die Erkrankung allein das Gelenk des Kehlkopfes befallen, ohne in anderen Gelenken wenigstens Schmerzen zu verursachen und trotzdem ein Ausdruck der echten rheumatischen Entzündung sein kann, ist nicht sicher. Man müsste sie wieder als Erkältungsarthritis annehmen, statt die submucöse Entzündung zu diagnosticiren. Die Störung der Beweglichkeit bei einer acuten submucösen Entzündung erklärt sich durch den Grad der periarthralen Entzündung, und ob das Gelenk selbst befallen ist, wird nicht zu entscheiden möglich sein. Man könnte das als höchstwahrscheinlich dort vermuthen, wo die Störung der Beweglichkeit in so auffallendem Widerspruche zu dem Grade der Entzündungserscheinungen steht, wie es eben in unserem Falle zu beobachten war. In Fällen, wo die Störung der Beweglichkeit

trotz des Ablaufes entzündlicher Erscheinung doch noch zurückbleibt, findet man immer in der Gegend der Basis des Aryknorpels eine Verdickung, welche kennzeichnet, dass das entzündliche Infiltrat noch nicht ganz zurückgegangen ist.

Wenn wir nun geneigt wären, die reine Form der Synovitis crico-arytaenoidea nach der Beschreibung Grünwald's zu diagnosticiren, bleiben dann die Fälle mit Röthung, Schwellung und eventuell auch Beeinträchtigung der Beweglichkeit als Ausdruck einer acuten submucösen Entzündung. Es wäre sonst unmöglich zu begründen, warum wir einmal nur einen Process um das Gelenk selbst, also im submucösen Gewebe, ein anderesmal die Erkrankung des Gelenkes selbst annehmen wollen. In Fällen, wo der Kehlkopf als Theilerscheinung eines allgemeinen Gelenkrheumatismus erkrankt ist, können wir mit Bestimmtheit eine echte Arthritis erkennen, sonst bei der Diagnose einer acuten submucösen Entzündung bleiben und vielleicht erst aus der Beobachtung des Falles den Schluss ziehen, ob hier das Gelenk selbst erkrankt war.

Dass das Cricoarytaenoidalgelenk als Theilerscheinung eines allgemeinen acuten Gelenkrheumatismus wirklich zuerst befallen sein kann, scheint sicher zu sein. In unserem Falle aber habe ich nachträglich erfahren, dass die Kranke schon früher an Gelenkrheumatismus gelitten hat; wir hatten es offenbar mit einem Recidiv der Krankheit zu thun gehabt. Im Falle Majors war das Cricoarytaenoidalgelenk am spätesten erkrankt, die Erkrankung des Hand- und Ellenbogengelenkes ging lange voraus, was auch den Verfasser, nachdem er das später erfahren hat, von der richtigen Diagnose der Erkrankung des Kehlkopfes versicherte.

Wenn auch bei Schwellung und Röthung über den Aryknorpeln als Ausdruck einer acuten Erkrankung Wärme-Therapie (Inhalationen und Umschläge) wohl am besten ist, sollen wir doch gleich auch mit der Darreichung von Natrium salicylicum beginnen, wenn wir aus der Anamnese erfahren, dass der Kranke an Rheumatismus gelitten hat.

Folgen der Erkrankung bleiben gewöhnlich nicht zurück, dass sie aber eine der Ursachen der Ankylose im Cricoarytaenoidalgelenke sein kann, scheint möglich zu sein.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Chef Prof. Dr. Pieniazek für die Ueberlassung des Falles zur Publikation meinen besten Dank auszusprechen.

