

Kann bei Larynxphthise durch endolaryngeale chirurgische Behandlung eine radicale Ausheilung des Kehlkopfes erlangt werden?

Ausgearbeitet nach einem in der laryngologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses am 7. August 1890 gehaltenen Vortrage.

Von

Dr. **Theodor Heryng** aus Warschau.

Meine Herren! Das Thema, über welches ich heute vor Ihnen zu referiren gedenke, habe ich absichtlich in Frageform aufgestellt. Um Missverständnissen vorzubeugen, muss ich mich von vornherein dahin aussprechen, dass ich trotz der fast immer auftretenden Complication der Larynxphthise mit der gleichzeitigen Lungenaffectionen, diesmal von der Lunge ganz absehe und nur die Frage näher berühren will, ob das tuberculöse Ulcus resp. das tuberculöse Infiltrat im Larynx, durch chirurgische Eingriffe radical beseitigt werden kann und ob ausser klinischen, seit längerer Zeit aufgebrachten Beweisen, auch anatomische Präparate und mikroskopische Befunde als Stützen für die Möglichkeit einer totalen Ausheilung des Larynx erbracht werden können.

Diese stricte Fragestellung ist nothwendig, um dem Vorwurf zu begegnen, als seien wir geneigt anzunehmen, dass eine chirurgische Behandlung des Kehlkopfes nicht nur diesen zur Norm, sondern auch eine Heilung der Lungenphthise zu Stande bringen könnte.

Wie ich schon in früheren Vorträgen betont, ist bei der Behandlung der combinirten Larynx und Lungenphthise, die Berücksichtigung des Allgemeinzustandes, der Ernährung und der Kräfte, Ausschlag gebend und wird die Prognose fast immer

Akc. zI. 2024 nr. 51

2-139514

1391644630

durch die Lungenerkrankung bestimmt. Ausnahme bilden nur die mit drohenden Stenosenerscheinungen auftretenden Fälle, die manchmal scheinbar primär im Larynx auftreten, also mit unbedeutenden oder larvirten, spät auftretenden Lungenleiden einhergehen.

Dies zur Klärung der These, die ich heute vor Ihnen, meine Herren, vertheidigen möchte. Trotzdem ich dies Thema so oft besprochen, dass es fast zum Steckenpferd geworden, harren noch sehr viele Punkte einer stricteren Beleuchtung und einer endgültigen Verständigung. Dass dieselbe nicht sobald herbeigeführt werden kann, beruht theilweise darauf, weil das Aufbringen von beweisenden klinischen und anatomischen Material oft nur einem glücklichem Zufall zuzuschreiben ist.

Bei einer, noch vor 10 Jahren, als absolut unheilbar definirten Erkrankung, deren energisches Bekämpfen von Seiten bedeutender Autoritäten geradezu als Kunstfehler gerügt worden ist, war es gewagte Aufgabe eine chirurgische Behandlung vorzuschlagen und consequent durchführen zu wollen. Nachdem aber durch die Arbeiten von Moritz Schmidt in Frankfurt, dieser schädlichen Doctrin immer mehr und mehr der Boden entzogen wurde, nachdem gewissenhafte Beobachter schlagende Beweise ihrer Nichtigkeit erbracht, schien die weitere Entwicklung einer energischen Therapie für rationell und möglich.

Meine Herren! Mit aufrichtiger Freude dürfen wir heute sagen, dass die schädliche Doctrin der Unheilbarkeit der Larynxphthise gebrochen, dass sie heutzutage ein überwundener Standpunkt ist. Es hat, um mit Krause's Worten zu sprechen, energischer Bemühungen, heisser Kämpfe und der Mitwirkung Vieler bedurft, um den Boden für das Curettement vorzubereiten.

Leider erlauben auch die Resultate der chirurgischen Therapie nicht, uns überschwinglichen Hoffnungen hinzugeben, denn trotz Milchsäure und Curettement bleibt der grösste Theil der Larynxphthisiker ungeheilt, Recidive bedrohen immer wieder das Leben der relativ Geheilten, und auch durch unsere besten Resultate sieht man den Trauerflor durchschimmern. — Da wir es aber mit einer für absolut als unheilbar definirten und auch in den meisten Fällen letal verlaufenden, combinirten Erkrankung von Larynx und Lunge zu thun haben, da die Symptome der Affection zu den qualvollsten Leiden Veranlassung geben, da die Kranken öfters dem Hungertode ausgesetzt sind und auch manchmal am Hungertode sterben, so ist es unsere

Pflicht, nach Möglichkeit gegen die Krankheit anzukämpfen, und trotzdem wir genau wissen, wie wenige Patienten auf längere Zeit geheilt bleiben, unser Möglichstes zu thun, um:

1. die Qualen zu lindern,
2. das Leben zu verlängern,
3. in den höchst seltenen glücklichen Fällen Ausheilung im Larynx und Wiederherstellung seiner Functionen anzuregen.

Von dieser Pflicht beseelt, müssen wir Alles versuchen, Alles aufbieten, mit grösster Energie vorgehen, um im wahren Sinne des Wortes unseren Beruf zu erfüllen; Nichts unversucht lassen, um den gequälten Kranken zu helfen, sich durch Nichts deprimiren und von diesem richtigen Wege ableiten lassen. Trotz der conträren Ansicht Einzelner ist dies Ziel wirklich zu erreichen, und will ich mich bemühen, die entsprechenden Beweise, die mich bestimmt, eine chirurgische Behandlung vorzuschlagen, Ihnen nochmal an dieser Stelle vorzulegen.

Seit der Publication meiner ersten Arbeit über die chirurgische Behandlung der Larynxtuberculose sind 4 Jahre verflossen. Wenn dieser Zeitraum auch vielleicht zu kurz ist, um sich definitiv über ihren Werth auszusprechen, namentlich wenn es sich um die Frage handelt, wie lange die Heilungen sich bewährt haben, so genügt er doch, um uns Aufklärung zu geben, ob die von mir angegebene Methode rationell und technisch ausführbar ist, ferner, ob sie, in Vergleich mit der früher angewandten Therapie, durch klinische Beobachtungen und genaue Sectionsbefunde wirkliche Erfolge aufzuweisen hat. Ueber ihren Werth müssen jetzt vor Allem diejenigen Collegen entscheiden, welche, durch meine Angaben angeregt, persönliche Erfahrungen gesammelt haben. Dank dem freundlichen Entgegenkommen einer Anzahl von Collegen, die mir ihre Beobachtungen schriftlich zugesandt und ihre Casuistik zur Publication überlassen haben, werde ich in der Lage sein, Ihnen, meine Herren, binnen Kurzem nicht nur meine persönlichen Ansichten, sondern auch das Urtheil einer Anzahl von Fachmännern zu unterbreiten.

Eine Sammelforschung wäre, abgesehen von dem Umstande, ob sie überhaupt gelänge, bei dem relativ spärlichen, etwa drei Hundert Fälle betragenden Material verfrüht gewesen. Auch habe ich es für opportun gehalten, mich an die bedeutendsten Vertreter unserer Specialität zu wenden und sie brieflich um ihre Erfahrungen ersucht.

Nur eine minimale Anzahl hat diese Bitte unberücksichtigt

gelassen, doch werden wahrscheinlich einige von den Herren heute ihre Meinung darüber aussprechen.

Um die Frage, die ich heute gestellt habe, richtig beantworten zu können, muss ich Ihnen, meine Herren, vor Allem, da dies auch eine Frage der Zeit ist, über das weitere Schicksal derjenigen Kranken berichten, deren Leidensgeschichte in der Form von Tabellen in der Naturforscherversammlung im Jahre 1886 in dieser Section vorgelegt und die ein Jahr später in einer grösseren Arbeit von mir publicirt worden sind.

Ich beginne mit einem ganz kurzen Bericht über die von mir früher publicirten Beobachtungen:

Von 28 Kranken, die ich in meiner Arbeit im Jahre 1887 beschrieben habe, sind 12 Personen gestorben. Das Loos von 10 Kranken ist mir unbekannt, die übrigen 6 sind in Beobachtung; doch habe ich von 3 Personen seit einem Jahre keine Nachricht erhalten. Ferner sind hier von den Verstorbenen zu erwähnen 2 Patienten ohne Recidiv im Larynx, von denen einer an Lungenschwindsucht, der andere durch Selbstmord zu Grunde gegangen ist, und ein dritter, bei dem bis zum Jahre 1889 kein Recidiv im Larynx zu constatiren war.

Aus dieser Zusammenstellung ersehen Sie, meine Herren, dass bei den verstorbenen Patienten die Dauer der Heilung betrug: bei einem 11, bei dem zweiten 25, bei einem dritten 40 Monate, während drei Patienten bis heute sich eines guten Zustandes, was den Kehlkopf anbetrifft, erfreuen.

Seit dem Jahre 1887 bis zum 1. Juli dieses Jahres hatte ich Gelegenheit, 482 mit Larynxphthise behaftete Kranke zu beobachten, und zwar werde ich nur über solche Fälle berichten, in welchen die Patienten mindestens 4—6 Wochen in Behandlung blieben. Von diesen 482 Kranken wurden 97 curetirt, 52 vorwiegend mit Milchsäure behandelt.

Ich muss, was die Details anbetrifft, auf eine im Druck befindliche Arbeit verweisen und will nur Folgendes anführen:

Die Milchsäure wurde bei oberflächlichen oder wenig vertieften tuberculösen Geschwüren der wahren und falschen Stimmbänder angewandt, ferner bei spärlichen lenticulären Geschwüren, der wenig oder gar nicht infiltrirten Epiglottis, endlich bei schwammigen, mit weichen Granulationen bedeckten, circumscribten Geschwüren der hinteren Larynxwand. In 15 Fällen wurde bei ihrer Anwendung vollständige Vernarbung erzielt, und nur über Fälle, wo die Vernarbung mindestens 3 Monate controlirt werden konnte, will ich hier berichten.

Wie schon angegeben, verfüge ich vom Jahre 1886 bis Juli 1890 über ~~37~~ curetirt Fälle, und zwar gehören in diese Kategorie die schwersten Krankheitsformen: die diffusen Infiltrate der Epiglottis, der Seitenstränge (Lig. ary-epigl.) der hinteren Larynxwand, Affectionen der Knorpel, ferner mit Stenose drohende Formen. Die Mehrzahl dieser Patienten war mit hochgradigen destructiven Processen einer oder beider Lungen behaftet, fieberte, war stark abgemagert, litt an hochgradiger Dysphagie und war ganz aphonisch. Nur bei den Wenigsten fanden sich circumscribte chronische Infiltrationen mit Neigung zur Hyperplasie, und war ihr Allgemeinzustand mehr befriedigend. Die Diagnose wurde in allen Fällen durch Nachweis der Bacillen im Sputum, oder in den mit der Curette entfernten Gewebstheilen, durch mikroskopische Untersuchungen gesichert.

Die Resultate des Curettements in diesen Fällen sind nun folgende: Längere oder kürzere Zeit dauernde Vernarbung der Geschwüre wurde in 32 Fällen erzielt, partielle Heilung in 5 Fällen.

Da verschiedene dieser Kranken aus der Beobachtung gekommen sind, so können diese Zahlen nicht als absolute aufgefasst werden; wahrscheinlich ist ein Theil der mit schweren Lungenleiden behafteten Patienten gestorben; bei anderen blieb der Larynx geheilt, während die Lungenaffection ihre Fortschritte machte; ein anderer, geringer Theil der Patienten zeigte sich nicht mehr, weil es ihnen gut ergangen und sie sich für geheilt hielten. Dies, meine Herren, sind die von mir erzielten Resultate, für deren Dauer ich natürlich gar keine Garantie geben kann, die aber als sehr ermutigend bezeichnet werden dürfen.

Bevor ich nun das eigentliche Thema dieses Vortrages berühre, will ich Ihnen die Namen derjenigen Collegen anführen, die meine Methode selber versucht und auf Grund ihrer Erfahrungen mir schriftliche Mittheilungen über dieselbe zuzusenden die Güte hatten.

Publicationen über die chirurgische Behandlung der Larynxphthuse sind, so viel mir bekannt, bisher erschienen: von Krause, Schmidt, Keimer, Oltuszewski, Wróblewski, Lublinski, Przedborski, Gleitsmann, Beschorner, Onodi, Pieniazek, Rosenberg, Luc, Strübing, Gouguenheim, Jonquière, Neumann und Michelson. *Sokolowski, Sokolow.*

Nach Privatmittheilungen ist ferner die Methode angewandt worden von Thornwald, Schäfer, Hayeck, Schech, Chiari, Schrötter, Ruault, Masucci, Lubliner, Schlesinger, Labus, Friedländer, Schnitzler. *Kuffner, Hirschberg.*

Es ist also die chirurgische Behandlung von mehr als 30 Collegen versucht worden, und zwar nicht nur bei Larynxphthuse, sondern auch bei Pharynx tuberculose und Tuberculose der Nasenschleimhaut. Das meiste Material stammt aus der Krause'schen Klinik, fällt ferner Moritz Schmidt zu, sodann meiner Privat- und Spitalpraxis. Aus England und Amerika sind mir keinerlei genauere Berichte bekannt. Französische und italienische Collegen hegen, wie ich dies persönlich erfahren habe, mit wenigen Ausnahmen eine gewisse Scheu vor chirurgischen Eingriffen. Das Urtheil, welches mir von verschiedenen der genannten Collegen über die chirurgische Behandlung der Larynxphthuse zugekommen ist, hat mich sehr erfreut. Die Originalberichte sollen später veröffentlicht werden, hier aber die Stimmen der Opposition zur Besprechung gelangen.

Von zwei Seiten sind briefliche Einwände gegen die Methode erhoben worden, und zwar vom Professor Schech in München und Professor Schrötter in Wien. Der erste giebt ihre volle

Berechtigung zu und sagt, nachdem er sich über das Auftreten der Recidive nach dem Curettement beklagt hat, wörtlich Folgendes: „Nichtsdestoweniger halte ich die chirurgische Behandlung für die einzig richtige, glaube aber, dass es technisch ebenso schwer ist, dass Tuberculöse vom Gesunden abzugrenzen, wie das Carcinomatöse von der scheinbar gesunden Umgebung. Völlig trostlos hat sich die Behandlung der tuberculösen Infiltrate an Epiglottis und Aryknorpeln erwiesen.“ Bei Besprechung der Technik des Verfahrens, wie ich sie jetzt ausübe, werde ich in der Lage sein, Ihnen, meine Herren, durch entsprechende Beobachtungen und mikroskopische Präparate den Beweis zu liefern, dass wir auch gegen tuberculöse Infiltrate der Epiglottis und der Aryknorpel nicht mehr ganz machtlos da stehen.

Der Brief des Herrn Professor Schrötter lautet: Bei hochgradiger Anschwellung der hinteren Larynxwand habe ich oft Cauterisationen mit Galvanocauter, theils in Betupfung, theils in Einstichen bestehend vorgenommen und davon hier und da gute Erfolge gehabt. Auch habe ich solche Einstiche zuerst vorgenommen, und dann die Pinselungen mit Acidum lacticum nachfolgen lassen. Vor operativen Eingriffen, die nicht radical sein können, habe ich bei Tuberculose Scheu. — Ich habe deshalb die Auskratzung nur in ein paar Fällen versucht, zu wenig, um darüber etwas Entscheidendes sagen zu können. Der Brief trägt das Datum 18. April 1890. — Seine kritische Besprechung soll an einer späteren Stelle erfolgen, ich muss aber gestehen, dass dieser Brief es war, der mich bewogen, die Frage noch einmal zu berühren, ob bei tuberculöser Larynxaffection eine radicale Ausheilung der Geschwüre möglich sei, ferner, ob das tuberculöse Infiltrat, und darin gipfelt die Frage überhaupt, zur Resorption, d. h. zu vollständiger radicaler Ausheilung gelangen kann. Es handelt sich hier gar nicht darum, wie oft dies vorkommt, auch nicht darum, wie lange die Heilung anhält, auch nicht, ob und wie oft Recidive vorkommen, sei es in der Umgebung, sei es an derselben Stelle, sondern ob dies überhaupt anatomisch und histologisch bewiesen werden kann, weil bei Aufbringung dieser Beweise die Berechtigung dieser Behandlung nicht bestritten werden kann.

Nun, meine Herren, ich will es versuchen, Sie von der Richtigkeit meiner Deductionen zu überzeugen, indem ich Ihnen vorerst eine seit 4 Jahren von schwerer destructiver Larynxphthise durch chirurgische Behandlung geheilte Patientin vor-

stelle, deren Krankheitsgeschichte in meiner citirten Arbeit als Beobachtung No. 36 publicirt worden ist. In der linken Larynxhälfte sehen Sie, meine Herren, einen grossen Defect an der Epiglottis und mächtige Narben in der Gegend des Lig. glosso-epigl. sinistr. und des linken Taschenbandes. Dieser Fall beweist nur die Möglichkeit einer längeren Ausheilung von tiefen Ulcerationen und Infiltrationen der Epiglottis, der Taschenbänder, der Lig. ary-epigl. und der hinteren Larynxwand, er macht keine Ansprüche auf radicale Ausheilung, trotzdem der Lungenprocess sich bedeutend gebessert, keine Bacillen im Sputum nachzuweisen sind, und der Allgemeinzustand als ganz befriedigend bezeichnet werden kann. Die Stimme ist rein und kräftig, Husten minimal, Aussehen gut. Nun, meine Herren, die Frau lebt in ganz schlechten materiellen Verhältnissen, sie ist trotzdem genesen. Ein kleines Recidiv im Winter dieses Jahres an der hinteren Larynxwand ist nach Curettement beseitigt und vollkommen vernarbt. Wird nun die Frage aufgestellt, ob diese Frau einen Fall von spontaner Heilung, die so oft von mir betont worden ist, vorstellt, oder die Verlängerung ihres Lebens der energischen Beseitigung der zugänglichen Infiltrate, also der Beseitigung der sie unterhaltenden Dysphagie, die zur Denutrition und auch zur Verschlimmerung des Lungenleidens, zur Hæxix etc. führen würde, verdankt; nun, darüber wollen Sie jetzt selber entscheiden, nachdem Sie die Defecte und Narben im Larynx gesehen, die Stimme der Patientin gehört, sie über ihren Zustand vor vier Jahren befragt und sich ein Urtheil gebildet haben werden, ob es mir gestattet ist, diesen Fall den schweren, gewöhnlich letal verlaufenden Fällen zuzuzählen. Diese Patientin ist während ihrer Erkrankung von einer grossen Anzahl meiner Collegen in Warschau untersucht worden, deren Namen Sie in der Krankengeschichte notirt finden werden. Nach der 3 Jahre lang anhaltenden Vernarbung ist sie in der Warschauer medicinischen Gesellschaft im Jahre 1890 vorgestellt worden.

Frau Goldschall aus Warschau, 48 Jahre alt, wurde im Februar 1886 wegen Larynxphthise behandelt. Patientin hat zweimal an Hämoptoe gelitten, das erste Mal im Jahre 1884, das zweite Mal 1886. Der Ernährungszustand der Kranken war ziemlich gut, auch war sie fieberlos. Bei der ersten Untersuchung fand man eine tuberculöse Infiltration der Epiglottis und eine sehr ausgeprochene Schwellung beider Aryknorpel. In den Lungen war unter der rechten Clavicula und der linken Scapula bronchiales Athem zu hören, daselbst Dämpfung bei der Percussion. Die Kranke wurde mit Milchsäure behandelt, und es wurde eine bedeutende Besserung erzielt. Ungeachtet dessen traten im November 1886 Ulcerationen der

seitlichen Fläche des linken Aryknorpels, wie auch des Lig. ary-epiglotticum sinistrum auf.

Es bildete sich eine Verdickung des linken falschen Stimmbandes, mit tuberculöser Infiltration desselben und gleichzeitig eine kraterförmige atonische Ulceration in der Gegend des linken Ligamentum glosso-epiglotticum, welche bis zur Morgagni'schen Tasche reichte. Am 9. November wurden die oben beschriebenen Ulcerationen mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und kurz darauf (im December) zweimal mit Chromsäure cauterisirt, doch damit keine genügende Besserung erzielt. Anfang Februar 1887 wurde zur Cauterisation Chlorzink benutzt, das an eine silberne Sonde angeschmolzen war. Es bildete sich ein weisser dicker Schorf, der nach einer Woche abfiel, und die Ulceration fing rasch zu heilen an. Von Zeit zu Zeit wurden noch Pinselungen mit Milchsäure vorgenommen. Am 7. Mai 1887 war der Zustand des Kehlkopfes folgender: In der Gegend der linken Epiglottishälfte, nahe dem Lig. ary-epiglott. laterale sinistr., befindet sich eine unregelmässige, erbsengrosse Erhabenheit, bedeckt mit rundlichen Vegetationen. Ich fand ferner eine diffuse Hypertrophie des linken falschen Stimmbandes, welche das wahre Stimmband theilweise verdeckte, und eine unbedeutende Infiltration des Cart. Santorini. Der Zustand der Lungen und der Kräfte hatte sich gebessert. Patientin fieberte nicht, schluckt ohne Schmerzen, die Stimme war ziemlich rein. Am 20. Juni habe ich drei Injectionen von Jodoform von zu je drei Tropfen in das Lig. ary-epigl. und das linke falsche Stimmband gemacht, ohne bedeutende Reaction. Dieselben wurden am 1. Juli dieses Jahres wiederholt. Nach Verlauf von 5 Wochen verkleinerte sich die Ulceration des linken falschen Stimmbandes, bei der Phonation ist der Rand des linken wahren Stimmbandes sichtbar, die Granulationen atrophiren, ein Theil derselben hat sich in rothes Narbengewebe, das mit der Sonde sich hart anfühlt, umgewandelt, mit einem Worte, der Vernarbungsprocess wird immer deutlicher. Patientin kann ohne Schmerzen schlucken, hustet nicht, ihr Aussehen bessert sich rapide. Sie bleibt in Beobachtung. Ihre Ernährung, Kräfte, Stimme waren normal, sie hat zugenommen und erfreut sich einer guten Gesichtsfarbe. Heute zeigt der Kehlkopfspiegel: Epiglottis rechts normal, links in der Gegend des Lig. glosso-epigl. sinistr. Defect und eine deutliche Narbe. Dieselbe verläuft längs der linken Kehlkopfhälfte von der Epiglottis zum falschen Stimmband als blassgelbe, einige Millimeter dicke Falte.

Das unter ihr gelegene falsche Stimmband, das mehrfach curettirt worden ist, sieht aus wie ein grobkörniger, blassrother Wulst und zeigt dieses Aussehen unverändert seit 3 Jahren. Die rechte Kehlkopfhälfte ist normal, keine Infiltrate auf der hinteren Larynxwand, ebenso sind die Santorinischen Knorpel unverändert. In den Lungen finden wir rechts vorn oben Respir. indetermin., links vorn oben Respir. bronchialis, ebenso in der Fossa supraspinata sinistra. Das vor 8 Tagen von Dr. Mayzel und Dr. Lubliner untersuchte Sputum enthielt keine Bacillen.

Ich werde Ihnen jetzt, meine Herren, einen anatomischen Beweis von totaler Ausheilung der Larynxphthise zu liefern suchen. Er ist mir durch einen glücklichen Zufall in die Hand gekommen und betrifft eine Frau, deren Krankheitsgeschichte ich 1887 in meinem Buche als Beobachtung No. 23 publicirt habe:

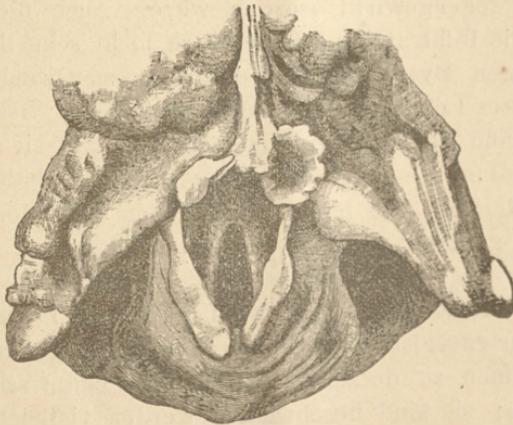
Frau Z. aus Warschau, 38 Jahre alt, verheirathet, sah ich im April 1886 zum ersten Male in meinem Ambulatorium und untersuchte sie wegen hartnäckiger Heiserkeit und Schlingbeschwerden. Die Patientin

war stark abgemagert, anämisch, von schwächlichem Bau, hatte zuweilen Blut gespuckt und hustete seit vier Jahren.

Heredität war nicht vorhanden; sie klagte über Fieber, Frösteln und profusen Schweiß, war sehr kraft- und appetitlos. — Ich fand in beiden Lungenspitzen tuberculöse Infiltrate und zwar links stärker ausgesprochen. Die Sputa enthielten spärliche, von Dr. Mayzel aufgefundene Bacillen, im Larynx diffuses Infiltrat und bedeutende Verdickung der ganzen Epiglottis, die fingerdick und so stark nach unten geneigt war, dass sie die tieferen Theile etwas verdeckte. Ausserdem fand ich eine ausgebreitete Ulceration des rechten falschen Stimmbandes, der hinteren Larynxwand und Schwellung des rechten Lig. ary-epiglotticum. Die Kranke hatte bei der Untersuchung starke Würgeanfalle, war sehr reizbar und hustete viel. Um die Schlingbeschwerden zu mildern, musste ich den Larynx mit Cocain bepinseln, wobei mir ein ganz ungewöhnliches Ereigniss passirte, nämlich dass, während der Pinsel noch im Kehlkopf steckte, die ängstliche Kranke sich rasch nach hinten warf, wobei der Ansatz des Pinsels die infiltrierte Epiglottis durchriss. Der Schmerz war unbedeutend, die Blutung null, doch fand ich am nächsten Tage die Wunde der Epiglottis nicht verklebt und es blieb ein dreieckiger Spalt zwischen beiden Hälften von ca. 5 mm zurück. Nach einigen Wochen schwanden die Schmerzen, die Ulceration der hinteren Wand ging in Vernarbung über, doch die Geschwüre am rechten Taschenbände bedeckten sich mit wuchernden Granulationen und wollten nicht heilen. Sie wurden mit dem scharfen Löffel entfernt. Es bildete sich eine feste Narbe, das rechte Stimmband wurde sichtbar und erwies sich normal. Die Epiglottis wurde immer dünner und heilte zu mit schöner Narbenbildung. Der Zustand der Lungen und der Kräfte, ebenso der Appetit besserten sich ganz bedeutend.

Die Kranke wurde schwanger, sie überstand ihr Wochenbett gut, ohne Recidiv im Larynx, doch machte die Lungenerkrankung Fortschritte. Im Jahre 1888 hatte sie abortirt, trotzdem blieb sie fieberlos, ihr Aussehen und ihre Kräfte waren gut.

Sie sprach und sang mit ganz reiner Stimme. Sie wurde im vorigen Jahre in der Warschauer medicinischen Gesellschaft von vielen Collegen gesehen und folgender Zustand constatirt: Von der Epiglottis, die durch einen dicken Narbenstrang in zwei Hälften getheilt ist, sind nur 2 dünne,



Nach einer Photographie gezeichnet von Herrn Eyrich in Berlin.

gekerbte, bindegewebige Plättchen zurückgeblieben, von denen das rechte kleiner, das linke doppelt so gross ist, wie Sie dies am Präparat^e ersehen können. Alle anderen Theile waren normal, nirgends fanden sich Infiltrate oder Geschwüre.

Das rechte Taschenband war etwas gelblich und narbig, die hintere Wand glatt, keine Infiltration an dem früher infiltrirten rechten Cart. Santorini. Die wahren Stimmbänder, blass, mit scharfen Rändern, berührten sich vollkommen. In den Lungen fand man damals rechts vorn oben und rechts hinten oben Bronchialathmen. Links vorn oben Respir. aspera, ohne Rasselgeräusche. Die Sputa enthielten keine elastischen Fasern, dagegen spärliche Bacillen.

In diesem Jahre begann schon im Winter das Lungenleiden Fortschritte zu machen. Fieber und Hexis stellten sich ein, sodann chronische Diarrhoe, und am 12. Juni d. J. ging die Patientin zu Grunde. Es gelang mir, den Kehlkopf zu erhalten, und stelle ich Ihnen, meine Herren, das Präparat vor. Dasselbe ist von Prof. Virchow untersucht und vollständige Vernarbung constatirt worden.

Nun, meine Herren, das Präparat, welches Sie soeben untersucht haben, ist für mich ein Beweis, dass sogar die schwersten Fälle von Larynxphthise, die mit totaler hochgradiger Infiltration der Epiglottis auftreten und, wie in diesem Falle, von tuberculöser Infiltration des Taschenbandes, der Cort. Santorini und tiefen Geschwüren der hinteren Larynxwand begleitet waren, dennoch ausheilen können und, wie dies aus den Narben ersichtlich, vollkommen ausheilen können auf einige Jahre ohne Recidiv, trotz fortschreitender Lungenphthise. Nicht nur die Sprache, sondern auch die Singstimme ist wieder erlangt worden, und nur die Narben an Stelle der Epiglottis zeigen, wie destructiv der Process hier geherrscht und welche Verheerungen er angerichtet hätte, wenn durch die Therapie seinem Fortschreiten nicht energisch entgegengewirkt worden wäre. Auch diese Patientin wäre, falls die Infiltrate und Geschwüre nicht schnell zur Heilung gelangt, wegen Dysphagie und Inanition zu Grunde gegangen. Vier Jahre ihres Lebens, Linderung ihrer Qualen, Wiedererlangung der Stimme und des Schlingvermögens verdankt sie der chirurgischen Behandlung.

Meine Herren! Ich habe es zugegeben und betone es wieder, diese Fälle gehören zu den grössten Ausnahmen, das ist ganz richtig, aber da dies möglich ist, so müssen sie uns als Richtschnur dienen und, die Möglichkeit einer Ausheilung bestätigend, zur energischen Therapie in gewissen Fällen anspornen. Die Indicationen zu derselben lassen sich heute schon ziemlich genau stellen; sie sind beschränkt, werden vielleicht später erweitert werden, dürfen uns aber nie verleiten, ohne specielle

Indication eine chirurgische Behandlung der Larynxphthise vorzunehmen, oder etwa zu glauben, dass alle Fälle hierzu passen und diese Behandlung von Jedermann ausgeführt werden kann. Doch davon später. Nachdem ich Ihnen, meine Herren, den anatomischen Beweis erbracht, muss ich nun trachten, durch mikroskopische resp. bakteriologische Präparate die Behauptung zu widerlegen, dass trotz energischen Curettements in den tieferen Theilen resp. unter den Narben immer noch Tuberkel resp. Bacillendepots zu finden seien.

In der vor 3 Jahren meiner ersten Arbeit beigelegten Zeichnung von Narbenbildung am Stimmband und hinterer Larynxwand ersahen Sie, meine Herren, dass dies wirklich der Fall war. Das Stimmband wurde damals mit Milchsäure behandelt, die hintere Larynxwand curettirt. Es war dies mein erster Fall, wo ich noch nicht energisch genug vorging, und zeigt die Figur 3 (Tafel 2), dass der einzige Tuberkel an der hinteren Larynxwand so tief sass, dass ich mit der Curette nicht dahin gelangen konnte. Trotzdem aber heilte das Geschwür in kurzer Zeit, und die mikroskopische Untersuchung ergab in diesem einen Tuberkel regressive Veränderungen, die deutlich dafür sprachen, dass derselbe sich einzukapseln begann, dass die Riesenzellen in Verfettung übergegangen und keine Bacillen mehr durch Färbung nachzuweisen waren. Dies alles lehrte das Präparat einen Jeden, der sich die Mühe gab, die Beschreibung genau zu lesen und den Befund post mortem mit dem Spiegelbilde während der Krankheit zu vergleichen.

Dass in dem Präparate unter den Narbensträngen noch Tuberkel gefunden wurden, konnte entweder im Sinne Virchow's, der die Präparate untersucht hat, als Nachschub erklärt werden, oder beweist, dass die Milchsäure nur oberflächliche Ulceration zu heilen vermag, dass also mit vollem Recht nach einer energischeren Behandlungsmethode gesucht werden musste.

Das Präparat, welches ich als Beweis einer Möglichkeit der radicalen Ausheilung von circumscribten tuberculösen Infiltrationen der Hinterwand auffasse, entstammt einem Polizisten, der am 14. Juni 1889 in der laryngologischen Gesellschaft von Dr. Oltuszewski vorgestellt, später in meine Abtheilung aufgenommen wurde und daselbst an Influenzapneumonie verstarb.

Der 28jährige Kranke klagte bei der ersten Vorstellung über Reiz im Halse und Husten, war hereditär belastet, nie syphilitisch, von kräfti-

gem Bau und Statur. In der linken Lungenspitze wurde von mir und Dr. Sokolowski eine ganz unbedeutende Verdichtung constatirt. Im Larynx fand ich bei der Untersuchung der hinteren Wand eine tumorartige, glatte, blasse Prominenz, die ich als tuberculöse Infiltration auffasste. Die übrigen Kehlkopftheile waren normal, nur die Stimmbänder leicht geröthet, besonders in der Nähe der Processus vocales.

Drei Monate später kam Patient in meine Abtheilung wegen Heiserkeit und leichter Dysphagie. Der Tumor hatte sich vergrößert, der Reiz im Halse war unerträglich und zwang zum fortwährenden Husten. In der linken Lunge hatte der Process Fortschritte gemacht, trotzdem keine Bacillen im Sputum zu finden waren. Allgemeinbefinden relativ gut, fieberlos. Um in diesem Falle von circumscripiter Infiltration den von mir bezweifelten Werth einer galvanokaustischen Aetzung nochmals zu erproben, versuchte ich das Infiltrat mit dem Cauter zu zerstören. Die Folge war eine bedeutende Verschlimmerung der Dysphagie und des Hustenreizes, ohne jeden positiven Erfolg. Die geätzten Partien waren geröthet und geschwollen, ebenso die anliegende Schleimhaut der Aryknorpel; ein dicker filziger Schorf sass an der Brandstelle 15 Tage und trotz Cocain und Mentol wollte es sich nicht ablösen. Da griff ich nun zur Curette, entfernte grosse Stücke infiltrirten Gewebes und regte schnelle Heilung an. Schon nach 2 Wochen waren die Wundflächen glatt und abgeschwollen, 8 Tage später übernarbt. Dysphagie und Hustenreiz waren vollkommen geschwunden, die Stimme kräftiger, der allgemeine Zustand bedeutend gebessert. In den entfernten Gewebstheilen wurden Tuberkel mit Riesenzellen und Bacillen nachgewiesen.

Der Patient wurde am 1. November 1889 in der Warschauer medicinischen Gesellschaft demonstrirt. Zwei Tage später erkrankte er an Influenza, mit hohem Fieber, kollossaler Prostration und Appetitlosigkeit. Am vierten Tage entwickelte sich eine doppelseitige, croupöse Pneumonie, der er nach 9 Tagen im St. Rochus-Hospital erlag.

Die Section zeigte in der rechten Lunge, ausser einer diffusen frischen fibrinösen Pneumonie des unteren Lappens, zerstreute tuberculöse und peribronchitische Herde in der Lungenspitze. Im linken Apex disseminirte spärliche, haselnussgrosse, tuberculöse Herde, daneben stellenweise Hepatisatio rubra, ausserdem in den unteren Partien Hepatisatio grisea.

Ich muss hier von allen sehr interessanten Details absehen und will nur bemerken, dass im Larynx an der früher infiltrirten Hinterwand eine glatte Narbe zu sehen war, und dass die mikroskopische Untersuchung dieser Theile weder Tuberkel noch Infiltration und nirgends Bacillendepots aufweisen konnte.

Ebenso negativ war das Resultat der mikroskopischen Untersuchung der übrigen Kehlkopftheile, die trotz ihrer normalen Beschaffenheit in dieser Hinsicht auf Bacillen erforscht worden sind. Kehldeckel, beide Taschenbänder, beide Stimmbänder zeigten nirgends Veränderungen, die den Verdacht einer tuberculösen Affection erwecken konnten.

Die bezüglichen Präparate liegen zur Besichtigung vor. Sie sind in Warschau von Prof. Brodowski und in Berlin von Prof. Virchow besichtigt und als beweiskräftig erklärt worden.

Ich muss nun noch einmal auf die spontanen Heilungen zurückkommen, da dieser Punkt sehr leicht gegen den Werth der chirurgischen Therapie ausgenutzt werden kann und er nähere Besprechung fordert. Wir müssen uns fragen: Haben wir es in diesen 3 Fällen nicht mit einer spontanen Heilung zu thun? so dann: inwiefern ist unserer Behandlung ein günstiger Einfluss auf den Verlauf zuzuschreiben? Da ich vor 4 Jahren eine ganze Reihe von Fällen einer Sanatio spontanea beschrieben und einige dieser Kranken bis zum heutigen Tage in Beobachtung sind, so bin ich gegen diesen Einwurf gewappnet und kann nur antworten, dass auf 1980 Fälle von Larynxphthise, deren Krankengeschichten ich bis zum 1. Juli d. J. gesammelt habe, ich in 14 Fällen spontane Heilung beobachtet habe, und zwar mit minimalen Ausnahmen, in leichten Fällen von Stimmbandgeschwüren, bei Personen, deren allgemeiner Zustand wenig gelitten, die Lungenaffection einen fibrösen Charakter hatte, und die ausserdem noch in günstigen materiellen Verhältnissen lebend, alles für die Erlangung ihrer Gesundheit thun konnten (klimatische Curen u. s. w.). Einer dieser Patienten lebt bis heute, er war im October 1883 erkrankt, ist also seit 7 Jahren geheilt. Dieser Kranke, den ich als Beobachtung No. 10 in meinem Vortrage in Berlin im Jahre 1886 über Heilbarkeit tuberculöser Geschwüre beschrieben habe, hatte Geschwüre am linken Stimmbande und der hinteren Larynxwand. Er ist nach klimatischen Curen in Meran, später in Egypten vollkommen genesen und ist es bis zum heutigen Tage. Wenn Sie nun, m. H., diesen einen Fall von spontaner Heilung, der zu den leichteren gezählt werden muss, mit den Resultaten der chirurgischen Methode zusammensetzen, so werden Sie sehen, dass das Verhältniss von einer Heilung auf circa 2000 Fälle wohl nicht gut mit den Erfolgen der chirurgischen Behandlung (70 Vernarbungen während vier Jahren) verglichen werden kann, in denen Beseitigung der Dysphagie, Wiederherstellung der Stimme, Verlängerung des Lebens erlangt werden konnte. Diese Zahlen sprechen für sich und brauchen keine Commentare. Sie beweisen nicht die Möglichkeit einer radicalen Ausheilung der combinirten Larynxphthise, da ich keine Garantie für ihre Dauer übernehme, und die Kranken von Recidiven öfters befallen werden, sie beweisen aber die Vortheile dieser Methode, wenn sie nicht gedankenlos, sondern nur in gewissen Fällen mit Consequenz und Energie ausgeführt wird.

Vinc. Milchsäurebehandlung

Dieser Satz ist von einer Anzahl von Collegen lebhaft auf Grund eigener Erfahrung unterstützt und bewahrheitet worden.

Mit vollem Recht schreibt Jonquière: Die locale Therapie hat laut den Berichten zuverlässiger Autoren und nach meinen eigenen Erfahrungen mit verschiedenen Substanzen und Methoden, mit dem Jodoform, dem Jodol, der Borsäure, dem Menthol, ganz besonders mit der Milchsäure, ferner mit den verschiedenartigen scharfen Eingriffen, sowie mit den Glühcautern und, wie es scheint, auch mit der Elektrolyse sichere und zahlreiche Erfolge erzielt. Die Therapie der Kehlkopftuberculose hat nach diesen in kurzer Zeit gemachten raschen Fortschritten die besten Aussichten auf weitere Verbesserungen und Vervollkommnung und ist daher nicht mehr als problematisches Ding zu betrachten, sondern der Allgemeinheit der Aerzte zu eingehender Beachtung, Anwendung und Weiterentwicklung zu empfehlen. Von der Curette sagt er: Sie leistet auch bei vorgerückten Fällen gute Dienste, die Besserungen sind hier oft recht andauernd und von grossem Werth für die Patienten, welchen sie die letzten Lebensmonate auf diese Weise weit weniger qualvoll gestalten. Es werden von diesem Autor Fälle von 2 Jahre andauernden Heilungen der hinteren Larynxwand nach Curettement citirt, ebenso Heilungen kolossaler Infiltrate und Exulcerationen des Kehldeckels, nach Abtragung desselben mittelst Doppelcurette, die noch nach einem Jahre sich bewährt haben, citirt; der Kehldeckel war zur Norm zurückgekehrt, die Schluckbeschwerden wurden ganz beseitigt, trotzdem die interaryepiglottischen Geschwüre nicht zuheilten.

Meine Herren! Es wäre sehr bedauerlich für den Fortschritt der Larynxtherapie im Sinne der chirurgischen Methode, wenn unsere Deductionen dennoch missverstanden würden, oder den Glauben erwecken sollten, als betrachteten wir diese Behandlungsart für die einzig richtige, in allen Fällen indicirte, wie Professor Schnitzler meint, allein seligmachende Methode.

Ich habe ihre Grundsätze vor 3 Jahren dahin definirt (l. c. Seite 125), dass wir uns bemühen müssen, das tuberculöse Infiltrat in der Initialperiode zu beschränken, seine Verbreitung wie auch den Zerfall zu verhindern, bei frisch entstandener Destruction, dieselbe zu localisiren und die Ulcerationen zu reinigen. Entzündliche Schwellungen und Hyperämien, sowohl der Schleimhaut, wie auch des Perichondriums müssen vermindert werden, mit einem Worte, man muss trachten, ein tuberculöses Geschwür in ein gutartiges umzuwandeln.

Die Behandlung hat also ihre Analogie mit der Behandlung von Lupus oder tuberculöser Erkrankung der Gelenke und hat mit ihnen das Gemeinsame, dass hier wie dort die Besserung der Ernährung und der Kräfte die Hauptbedingung zur Genesung und Ausheilung bildet. Wird dies nicht berücksichtigt, so ist gewöhnlich jede Behandlung fruchtlos und das Resultat ein vorübergehendes. Ich habe auch (Seite 120) bemerkt, dass man sich durch die entzündliche Reaction, die manchmal einige Tage nach chirurgischen Eingriffen andauert (besonders, wenn danach die Kranken sich nicht schonen), sich nicht abschrecken lassen darf, und die Patienten auf die Möglichkeit einer kurzdauernden Verschlimmerung vorbereiten muss. „Eine energische Anwendung des Cocains erlaubt es fast immer, diese für den Kranken sehr peinliche Periode abzukürzen und zu lindern. Im Interesse des Arztes liegt es aber, die chirurgische Methode nur in entsprechenden Fällen anzuwenden und gut zu überlegen, ob dieselbe nicht nur indicirt, sondern auch im gegebenen Falle technisch ausführbar ist.“ Anfang Seite 121 sage ich wörtlich: „Jedenfalls muss man mit der Prognose überaus vorsichtig sein und immer daran denken, dass die Verheilung der Kehlkopfgeschwüre noch nicht als Aequivalent mit einer vollkommenen Ausheilung der Kehlkopf- und Lungenschwindsucht betrachtet werden darf.“

Diesen Grundsätzen folgend, habe ich ausser der Milchsäure auch eine galvanokaustische Behandlung versucht, die mich aber ganz und gar nicht befriedigt hat, da die Schorfe lange sitzen, die Entzündung anregen, die Dysphagie vergrössern, die Qualen der Patienten für eine gewisse Zeit vergrössern.

Trotzdem ist es mir bekannt, dass auch auf diesem Wege Vernarbungen erzielt worden sind, sogar von ziemlich langer Dauer, ein Beweis, dass mit verschiedenen Mitteln ein Erfolg zu erreichen ist, natürlich nur in gewissen Fällen.

Ich habe auch die Elektrolyse zur Vernichtung der tuberculösen Infiltrate im Larynx angewandt, bei diffusen Infiltraten der Epiglottis, bei Chorditis tuberculosa und zwar mit günstigem Resultate. Die Details der Methode und die Beschreibung der Instrumente wird baldigst erfolgen, doch ist mir bekannt, dass sie schon von einigen Collegen nachgeprüft und gelobt wird ~~X~~. Wenn ich nun die Elektrolyse seltener als die chirurgische Methode

1) Dr. Cube in Mentone, Schmidt in Odessa, Prof. Krause in Berlin.

anwende, so geschieht dies nur aus dem Grunde, weil ich gefunden, dass chirurgische Eingriffe schneller zum Ziele führten, und ich wenig Lust habe, mit relativ guten Mitteln vorzugehen, da, wo nach meiner persönlichen Erfahrung mir bessere zu Gebote stehen.

Dass ich in leichten Fällen von beginnender Larynxphthise immer mit milderer Mitteln anfangen, also auch Menthol, Perubalsam, schwache Lösungen von Milchsäure, Inhalationen von Perubalsam benutze, das Allgemeinbefinden und die Lungenkrankung fortwährend im Auge habe, Kreosot und Arsenik, roborirende Diät, klimatische Curen u. s. w. immer da anwende, wo sie angezeigt sind, ist selbstverständlich, ich betone es aber deshalb, weil trotz meiner darüber so oft publicirten Ansichten ich Stimmen gehört habe, die dies bezweifeln und zu vermuthen scheinen, dass ich jeden mir in die Hände fallenden Phthisiker, gleichviel ob er es will oder nicht, sofort mit Messer, Curette oder Kneipzange anfallte, um neues Beweismaterial für meine Statistik zu erhalten. Dagegen muss ich und werde ich energisch Protest einlegen. Es ist manchen Collegen ^{wohl} bekannt, dass ich Patienten, die mir zur chirurgischen Behandlung übersandt worden, abgewiesen und trotz ihrem Drängen nach der Operation nach südlichen Curorten zur Besserung ihres allgemeinen Zustandes gesandt und als locale Cur nur Cocainpinselungen verordnet habe. Trotzdem konnte wesentliche Besserung des Larynx nach ihrer Rückkehr constatirt werden. Schon die Thatsache, dass von circa 500 Patienten kaum 53 von mir chirurgisch behandelt worden sind, wird diesen Vorwurf entkräften.

Mein Optimismus in Betreff der Heilbarkeit der Larynxphthise und der Nutzen einer für manche Fälle nothwendigen chirurgischen Behandlung ist begründet, nicht nur durch klinische Beobachtung, sondern bekräftigt durch mikroskopische und bakteriologische, seit Jahren betriebene Untersuchungen. Er gipfelt in der durch Theorie und Praxis immer mehr bestätigten Erfahrung, dass eine primäre Larynxphthise existirt, dass dieselbe öfters vorkommt, als dies gewöhnlich angenommen wird, dass vom Larynx eine allgemeine Infection resp. secundäre Lungenaffection nicht ausgeschlossen werden kann, ferner dass im Larynx primäre schleimende, tuberculöse Depots sich entwickeln, die durch chirurgische Behandlung beseitigt, einer weiteren Infection und einer sicheren Destruction vorzubeugen im Stande sind.

Ich möchte hier noch dem von Schrötter in seinen Vor-

trägen erhobenen Einwand begegnen, dass wir mit der Curette nicht immer im Stande sind, alle tuberculösen Depots zu entfernen, um Recidiven vorzubeugen. Es hängt hier sehr viel ab von der Auswahl der Fälle und von der Localisation der Erkrankung, da es natürlich Theile giebt, zu denen wir keinen Zugang endolaryngeal finden können. Solche Fälle sollten entweder gar nicht chirurgisch behandelt werden, oder es wird der Erfolg ein partieller resp. temporärer sein, also nur eine Besserung gewisser Symptome und auch diese nicht immer zu erwarten sein. Es ist aber gar nicht gleichgültig, ob wir den Process der Zerstörung vorwärts gehen lassen, oder es wenigstens versuchen, ihn zu localisiren oder aufzuhalten.

Was nun die Indicationen für das Curettement anbetrifft, so ist es nach meinen bisherigen Erfahrungen angezeigt, in erster Linie, bei allen begrenzten, tuberculösen, sich langsam entwickelnden Infiltraten, auch wenn sie noch keine Tendenz zum Zerfall aufweisen. Hier hat die Operation zur Aufgabe, durch Zerstörung des Infectionsherdes der Allgemeininfection, sodann der weiteren unvermeidlichen Destruction eines lebenswichtigen Organes vorzubeugen.

Sogar eine etwas weiter vorgeschrittene Lungenerkrankung und ein gewisser Grad von Fieber, falls es keinen hektischen Charakter trägt, kann in gewissen Fällen noch nicht als Contra-indication angesehen werden, ich betone es, nur in gewissen Fällen.

Wenn das tuberculöse Infiltrat, wie dies am häufigsten der Fall ist, sich auf die hintere Larynxwand beschränkt, so kann eine frühzeitige, möglichst radicale Entfernung desselben auf Monate und Jahre lang den Process zum Stillstand bringen und die Functionen des Larynx wiederherstellen.

Aber auch bei manchen diffusen Processen des Larynx, die mit besonderer Vehemenz verlaufen, werden wir Indicationen für chirurgische Eingriffe finden und zwar sogar bei relativ ungünstigem Allgemeinzustande, so z. B. bei excessiver Dysphagie, die durch entzündliche Schwellung und Ulceration der Epiglottis oder der hinteren Larynxwand bedingt wird. Wir wissen hier genau, dass eine Ausheilung nicht gelingen kann, finden aber die Indicationen darin begründet, dass durch energische, gut ausgeführte chirurgische Eingriffe, noch auf die schnellste Weise die Beschwerden und Qualen auf längere Zeit gelindert werden können und wahrlich, meine Herren, für die armen Dulder ist dies ja keine Kleinigkeit. Wo das Cocain sich schon

wirkungslos zeigt, tritt manchmal an seine Stelle die chirurgische Behandlung ein, deren Ausführung natürlich nicht bei allen Kranken statthaft, sondern nur bei energischen, den momentanen Schmerz den langen Qualen vorziehenden Patienten möglich sein wird.

Sehr richtig sagt Krause: „Ein Phthisiker ist ein Mensch, der sich ausserordentlich adaptirt der Tüchtigkeit und der Energie seines Arztes, der nur völlig wünscht, dass man auf seine Einbildungskraft und seinen Willen wirkt, so dass wir in der That jeden Augenblick im Stande sind, erziehlich auf ihn einzuwirken. Thun wir dies, zeigen wir ihm unsere Hingabe und unsere Liebe, so gewinnen wir ihn, dass er ohne Weiteres eingreifende Operationen sich gefallen lässt.“

Ebenso richtig ist der Satz, dass ein tuberculöser Larynx ausserordentlich starke Eingriffe verträgt, was von allen, die persönliche Erfahrung haben, bestätigt werden muss.

Ich halte also die Curette für indicirt:

1. Bei begrenzten Infiltrationen, resp. wuchernden Geschwüren der hinteren Larynxwand und frischen, einseitigen, entzündlichen Infiltraten an der Epiglottis, die manchmal den Anfang der Larynxphthise bilden. Hier findet die Doppelcurette von Krause ihre Anwendung.

2. Bei Infiltrationen und tiefen Ulcerationen der Taschenbänder, wo entweder der scharfe Löffel oder die Krause'sche Doppelcurette resp. das seitlich wirkende Landgraf'sche Instrument benutzt werden muss.

3. Bei wuchernden Geschwüren mit Granulationsbildungen, die von der Oberfläche, oder von den Rändern der Stimmbänder resp. den Process. vocales ausgehen und manchmal zur Granulationsstenose führen, also ebenfalls bei tumorartigen, polypösen Neubildungen und Exrescenzen.

Als Grundsatz muss hier gelten, so tief, so energisch wie möglich vorzugehen, falls einmal die Indicationen dazu gegeben sind. Ein zaghaftes, furchtsames Zupfen an den Infiltrationen giebt keinen Nutzen und schadet deshalb, weil der partielle Erfolg dem Arzt das Zutrauen zur Methode für lange Zeit raubt, deren mangelhafte Ausführung er nicht gerne zugesteht, und auch seinen Kranken demoralisirt.

Dass die chirurgische Behandlung nicht für den Anfänger bestimmt ist, will ich betonen, dass sie schlecht angewandt auch schaden kann, diese Schattenseiten muss sie mit allen energischen

Eingriffen theilen, dies kann ihren Werth nicht discreditiren, ebensowenig, wie das absprechende Urtheil von Collegen, die keine Erfahrung auf diesem Gebiete gesammelt, theoretisch dieselbe zu beurtheilen resp. zu verurtheilen trachten.

Sie ist contraindicirt: bei stark deprimirten, heruntergekommenen, willenlosen Personen, bei hochgradig fiebernden kraftlosen Patienten, welche schon durch Blutstreifen im Sputum zu Tode erschreckt, jedes Instrument in der Hand des Arztes mit vor Schreck erstarrtem Auge betrachten, ferner bei Personen, die an Spiegel und Kehlkopfinstrumente nicht genügend gewohnt sind. Man vermeide sie bei nervösen, ungeduldigen, misstrauischen, ihren Arzt oft wechselnden, sofortige Besserung erwartenden Kranken, die ambulatorisch behandelt werden wollen und wo vorauszusehen ist, dass ihre Beschäftigung und ihr Charakter es ihnen nicht erlaubt, die Behandlung, die immer langwierig, in vorgerückten Fällen oft erfolglos ist, stricte durchzuführen, ihre Gesundheit zu schonen und den Verordnungen des Arztes Folge zu leisten.

Sie fordert eine gewisse Technik, sie kann, sie wird vielleicht nicht zum Allgemeingut aller Spezialisten werden und ich kann nicht oft genug vor einem Missbrauch dieser Methode warnen. Ich habe nie die Technik überschätzt, stimme Jonquière völlig bei, wenn er sagt: Es ist überhaupt wohl nie der Mangel an Technik gewesen, welcher das Menschengeschlecht am Fortschritt gehindert! Dieser wird bald überwunden und es gelangt in Allem leicht zur erstaunlichsten Virtuosität. Die geistigen Thaten der grundlegenden Anschauungen sind es, welche der stets kunstfertigen Hand den Boden vorbereiten müssen.

So war es auch in der Therapie der Kehlkopftuberculose!¹⁴

Die Möglichkeit einer Resorption von tuberculösen Infiltraten ist nun durch anatomische Befunde erwiesen. Sie muss also bei dem Kranken angeregt und beschleunigt werden. Natürlich ist nicht jedes tuberculöse Infiltrat zur Resorption geeignet, und muss ich auf Grund mikroskopischer Untersuchungen zwei Formen unterscheiden. Die erste ist durch das Auftreten von spärlichen Knötchen in den submucösen resp. tieferen Schichten charakterisirt, die histologisch als reticulirte Tuberkel (im Sinne Wagner's) bezeichnet werden könnten. Dieselben enthalten fast constant Riesenzellen, viel epithelioide Zellen und relativ nicht sehr zahlreiche lymphoide Elemente. Sie treten auf in der Form von rundlichen, ziemlich scharf begrenzten Herden, enthalten gewöhn-

lich nur spärliche Bacillen, die besonders in den Riesenzellen zu finden sind. Das zwischen diesen Herden gelagerte Gewebe ist nicht sehr hochgradig verändert, gewöhnlich aber doch von lymphoiden Zellen schon durchsetzt. Das erkrankte Gewebe ist aber makroskopisch verdickt, die Schleimhaut noch leicht geröthet, gespannt, wenig succulent. Dieser Zustand kann ziemlich lange andauern, ohne dass Zerfall eintritt. Mikroskopisch erweist sich auch die Epithelschicht fast unverändert oder nur hypertrophisch, manchmal bildet sie fingerartige, in die Tiefe dringende Gebilde. Früher oder später bilden auch diese Herde den Ausgangspunkt von Ulceration und Zerfall und einen Infectionsherd für das umgebende Gewebe. Diesen Process zu beschränken, womöglich zu zerstören, ist eine dringende, durch die klinische Erfahrung schon bestätigte Indication.

Die zweite Form des diffusen tuberculösen Infiltrats sieht unter dem Mikroskop ganz anders aus. Hier beginnen die Veränderungen meist oberflächlich, gleich unter dem Epithel. Wir sehen daselbst ein diffuses, kleinzelliges, tuberculöses Infiltrat, das überall sich den Weg gebahnt, überall eingedrungen ist, sowohl zwischen die Schleimdrüsen und ihre Ausführungsgänge, wie auch zwischen die Blutgefäße. Es zerstört alles, comprimirt das Gewebe, degenerirt später auch die Blutgefäße in Folge von Peri- oder Endoarteritis tuberculosa. Das seines Blutzufusses und seiner Ernährungssäfte beraubte Gewebe stirbt ab und geht rasch in Zerfall, in Ulceration über. Der Process wird noch durch die colossalen Mengen von Bacillen, welche oft schichtenweise unter dem Epithel liegen, angeregt, die Secrete wirken infectiös, es kommt zu Mischinfectionen von Staphylokokken und anderen eiterungserregenden Formen, und rasch dringt die Zerstörung, den Schleimdrüsen folgend, in die Tiefe und kann Perichondritis, manchmal Knorpelnekrose hervorrufen.

Diese Form zeichnet sich klinisch aus durch bedeutende diffuse Infiltrationen, durch entzündliche Oedeme, durch kraterförmige Substanzverluste und profuse eitrige Secretion. Finden wir nun, nachdem die entzündlichen Erscheinungen von selbst oder durch Kunsthülfe sich gemildert und die Geschwüre, dank der localen oder allgemeinen Behandlung, sich etwas gereinigt haben, keine reactive Entzündung, keine Wucherung des umgebenden Bindegewebes in der Form von Zapfen und Granulationsbildung, welche als spontaner, die Heilung einleitender Process betrachtet werden muss, nun so sind auch momentan keine

Indicationen für chirurgisches Einschreiten geliefert, und zwar so lange, bis es unserer Therapie gelingt, diesen Vernarbungsprocess einzuleiten. Bei solchen Zuständen sind, falls sie mit hochgradiger Hexis und Denutrition einhergehen, wenig oder gar keine Chancen zur Besserung vorhanden. Wenn aber in den weniger vorgeschrittenen, begrenzten, localisirten Infiltraten, bei relativ gutem Allgemeinzustande, noch die Prognose sich günstiger gestaltet, so wird durch eine, wenn auch nicht radicale, aber energische Entfernung der Entzündungsproducte und der tuberculösen Depots eine Tendenz zur Heilung angeregt. Die durch unser Eingreifen erzeugten Defecte fangen an zu eitern, ein Theil der Tuberkel wird auf diesem Wege beseitigt, der andere fällt regressiven Metamorphosen anheim, die Bacillen scheinen, wie ich dies durch mikroskopische Untersuchung von curettirten Partien entnommen Eiters fand, in grossen Massen herausgeschwemmt zu werden, die Spannung der Gewebe wird beseitigt, Granulationsbildung und Narbenbildung angeregt.

Aus der vor Kurzem erschienenen Arbeit von Eugen Fränkel ¹⁾ möchte ich noch einige Stellen citiren, weil sie auf Grund eingehender anatomischer und mikroskopischer Untersuchung die vollständigste Berechtigung der chirurgischen Behandlung anerkennen. Er sagt folgendermaassen (S. 543): „Ich resumire mich also dahin, dass die tuberculösen Veränderungen des Kehlkopfs auf eine Invasion der Bacillen von der Oberfläche her zurückzuführen sind, und dass der entgegengesetzte Weg, ein Eindringen der Koch'schen Bacillen von innen her, durch Einschleppung von der Blut- oder Lymphbahn aus, zwar denkbar, aber jedenfalls die Ausnahme bildet. Die Bacillen gelangen dabei durch die völlig intacten oder durch die ihrer Qualität nach bezw. hinsichtlich ihres Zusammenhanges alterirten Epithelzellen in die tieferen Gewebsschichten. Als ein von Heryng beobachteter, wenngleich wohl extrem seltener Weg, der indess gleichfalls einen Infectionsmodus des Kehlkopfs von der Oberfläche her darstellt, ist das Hineingelangen von Tuberkelbacillen in das Epithel der Schleimdrüsenausführungsgänge zu bezeichnen.“

Am Schluss seiner Arbeit bespricht nun Eugen Fränkel die Therapie der Larynxphthise mit folgenden Worten: „Wenn ich mir am Ende dieser Auseinandersetzungen kurz auf die Frage

1) Virchow's Archiv, 1890, Bd. 121, Heft 3.

nach der Therapie der Kehlkopfschwindsucht einzugehen gestatte, so geschieht es, weil gerade diesem Gebiet in der letzten Zeit gewisse Aufmerksamkeit zugewendet wurde und man dabei zu Anschauungen gelangt ist, welche von den bis vor Kurzem als maassgebend und allgemein anerkannten sehr wesentlich abweichen. Denn während man noch, bis vor wenigen Jahren unter dem Bann der seit lange herrschenden Lehre von der Unheilbarkeit der Larynxphthise sich den mit diesem schweren Leide behafteten Patienten gegenüber im Grossen und Ganzen passiv verhielt und sich darauf beschränkte, symptomatisch namentlich die Schmerzen zu bekämpfen, hat sich Dank insbesondere dem energischen und zielbewussten Vorgehen von Heryng jetzt mehr und mehr die Ueberzeugung Bahn gebrochen, dass eine active Therapie, speciell geeignete chirurgische Maassnahmen im Stande sind, diese unheilvollen Processe günstig zu beeinflussen, zum Stillstand, ja zur Ausheilung zu bringen. Ich glaube, dass durch meine hier mitgetheilten Untersuchungen die Berechtigung zu solchen Eingriffen nachgewiesen worden ist, da sie die Richtigkeit der von vielen Autoren schon in der vorbacillären Zeit vertretenen Ansicht von der Entstehung der Kehlkopfschwindsucht durch Eindringen des Virus von der Oberfläche her, nunmehr auch im Lichte der Koch'schen Entdeckung in, wie ich glaube, unzweideutiger Weise bestätigt haben. Die von Heryng und den seine Bestrebungen unterstützenden Aerzten vorgeschlagenen Maassnahmen bezwecken aber nichts, als den von aussen eingedrungenen Krankheitserreger auf Schritt und Tritt zu verfolgen und die krankhaften Producte, die er in den Geweben erzeugt hat, entweder direct zu entfernen oder durch Einbringung medicamentöser Substanzen so zu beeinflussen, dass eine Abtödtung des schädigenden Agens bewirkt wird. Man ist deshalb heutigen Tages verpflichtet, bei einer als tuberculös erkannten Erkrankung des Kehlkopfes, speciell in den ersten Etappen derselben, so energisch als möglich einzuschreiten, um womöglich eine Beschränkung des Leidens auf seinen Herd zu erzielen. Dass dieser Grundsatz für jene allerdings seltenen, aber sicher vorkommenden Fälle von primär-tuberculöser Erkrankung des Larynx in erhöhtem Maasse seine Anwendung finden muss, habe ich schon früher ausgesprochen und möchte bei dieser Gelegenheit meinen damals vertretenen Anschauungen erneut Ausdruck verleihen.“ Diese Citate seien der Aufmerksamkeit der Gegner der chirurgischen Methode hiermit anempfohlen.

Noch eine wichtige Entdeckung möchte ich gern erwähnen, die von Robert Koch in der ersten allgemeinen Sitzung mitgeteilt worden ist, nämlich, dass er ein Mittel gefunden habe, welches Meerschweinchen immun gegen Tuberculose mache und dieselben heile. Wenn sich diese Thatsache auch bei dem Menschen als heilbringend bewähren sollte, dann würde sich die Prognose der combinirten Larynx- und Lungenphthise bedeutend verbessern, da Recidiven vorgebeugt, die Metastasen abgehalten, der allgemeinen Infection energisch entgegengewirkt werden könnte. Mir will es aber scheinen, dass auch nach Auffindung dieses Specificums unsere bisherigen therapeutischen Grundsätze sich nicht bedeutend verändern werden, dass an der Berücksichtigung der Ernährung, der Erhaltung der Kräfte wird festgehalten werden müssen. Wir werden schnellere Erfolge sehen, länger dauernde Heilungen erzielen, trotzdem aber immer darnach trachten, die Diagnose sobald wie möglich stellen zu können, um einer Verbreitung der Infection entgegen zu wirken, um hektischen Zuständen, destructiven Processen vorzubeugen.

Was nun die Larynxphthise anbetrifft, deren grösste Gefahr die Dysphagie und die aus ihr folgende Denutrition bildet, so werden wir sowohl in leichteren wie in schwereren Fällen wahrscheinlich die bisherigen, relativ günstigen therapeutischen Maassregeln weiter befolgen, daher auch bei wuchernden, stark granulirenden Geschwüren eine Säuberung des Bodens, eine Beseitigung der stenosirenden oder die Function beeinträchtigenden Producte im Auge behalten, also auch in manchen Fällen chirurgisch eingreifen müssen.

Um die Phthise auszurotten, um ihre Verbreitung zu verhüten, wird es wohl nicht genügen, nur den Bacillus selbst im Körper zu vernichten, richtiger gesagt, die Resistenz des Organismus ihm gegenüber zu stärken und seiner Vermehrung vorzubeugen. Noch andere Ursachen, wie schlechte sanitäre Verhältnisse, sociales Elend, angeborene Ernährungsstörungen, Ueberanstrengungen jeder Art, Excesse in jeder Richtung sind es, welche die Disposition zur Phthise unterhalten und die beseitigt werden müssten, um dem tückischen, bisher überall auf uns lauenden Feinde das Einsiedeln, das Ueberrumpeln des geschwächten, der Infection keinen genügenden Widerstand leistenden Organismus zu erschweren.

Die Vernichtung der Sputa, die rigorösesten sanitäts-polizeilichen Maassregeln überhaupt, besonders aber in Curorten und

Krankenhäusern, die Errichtung von speciellen Heilanstalten für unbemittelte Phthisiker, dass sind die Ziele, die wir vorläufig im Auge behalten und entwickeln müssen, um die Tuberculose zu beschränken.

Was die Technik der chirurgischen Behandlung und der Elektrolyse, ebenso wie das weitere casuistische Material und die Resultate der mikroskopischen Untersuchungen der hier demonstirten Präparate anbetrifft, so sollen dieselben an einer anderen Stelle eingehend besprochen werden.

Nach den hier niedergelegten Deductionen lautet die Antwort auf die von mir berührte Frage vorläufig dahin, dass bei combinirter Larynx- und Lungenphthise durch chirurgische Behandlung der Kehlkopf in den seltensten Fällen zur völligen Ausheilung gelangen, und seine Functionen wieder erlangen kann, dass in anderen häufigeren Fällen eine bedeutende, Monate und Jahre lang anhaltende Besserung zu erzielen ist, trotzdem aber Recidiven nicht vorgebeugt, der weiteren Entwicklung von Destructionen in der Lunge durch sie allein nicht entgegengewirkt werden kann, ferner, dass die Allgemeinbehandlung immer als das wichtigste Moment der Therapie angesehen werden muss.

