



ZUR FRAGE

DER

ENDOLARYNGEALEN BEHANDLUNG

DES

KEHLKOPFKREBSSES.

VON

PROF. D<sup>R</sup>. JOHANN SCHNITZLER.



---

WIEN 1888.

WILHELM BRAUMÜLLER

K. K. HOF- UND UNIVERSITÄTSBUCHHÄNDLER.

ZUR FRAGE  
DER  
ENDOLARYNGEALEN BEHANDLUNG  
DES  
KEHLKOPFKREBSSES.

VON  
PROF. DR. JOHANN SCHNITZLER.

---

WIEN 1888.

WILHELM BRAUMÜLLER

K. K. HOF- UND UNIVERSITÄTSBUCHHÄNDLER.

139169/270

WVB S364 z 1888

Z-139578

Akc. z l. 2024 nr 68.....

## Zur Frage der endolaryngealen Behandlung des Kehlkopfkrebses.

Von

**Prof. Dr. Joh. Schnitzler. \*)**

Der Fall, über den ich im Folgenden berichte, gehört unstreitig zu den seltensten der medizinisch-chirurgischen Kasuistik. Ja, der Verlauf der Krankheit und der schliessliche Ausgang des Leidens ist ein so merkwürdiger, dass ich Bedenken tragen würde, den Fall zu veröffentlichen, wenn die Richtigkeit der Beobachtung nicht ausser jedem Zweifel stände.

Es handelt sich, kurz gesagt, um einen Fall von Kehlkopfkrebs, der vor mehr als 20 Jahren von mir operirt wurde; und die Trägerin dieses Leiden wandelt noch heute unter den Lebenden!

Ich kann es Niemand verargen, wenn er beim Anhören oder Lesen dieses Satzes zweifelnd den Kopf schüttelt. Bei der Seltenheit eines solchen Vorkommens ist der weitgehendste Skeptizismus nicht nur gestattet, sondern geradezu geboten, inso lange nicht der Beweis für die Richtigkeit der Beobachtung erbracht wird. In meinem Falle wird mir das hoffentlich gelingen. Dadurch wird aber derselbe nicht bloß als Seltenheit bemerkenswerth, sondern er scheint auch geeignet, die endolaryngeale Behandlung der Kehlkopfneubildungen, die in letzter Zeit einigermassen in Misskredit gerathen ist, wieder zu Ehren zu bringen und vielleicht auch die Diskussion über die Frage der Behandlung des Kehlkopfkrebses, die namentlich in Folge des traurigen Streites zwischen den Aerzten des jüngst dahingeshiedenen Kaiser Friedrich III., die Gemüther in ungewöhnlicher Erregung hält, in ruhigere Bahnen zu leiten.

Ich hoffe nämlich, auf Grund dieser und anderer Beobachtungen, zu zeigen, dass, wenn auch die endolaryngeale Behandlung beim Larynxcarcinom sich nicht solcher Resultate rühmen kann, wie die extralaryngeale Methode, sie doch in einzelnen Fällen nicht allein ihre Anzeige findet, sondern auch

\*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums, vom 15. Oktober 1888.

mit Erfolg angewendet werden kann. Insbesondere aber denke ich zu zeigen, dass das Larynxcarcinom nicht schon im Vorhinein jeden operativen Eingriff im Innern des Kehlkopfes verbietet, wie dies von manchen Autoren behauptet wird. Gehen doch Einzelne jetzt schon so weit, dass sie selbst gutartige Neubildungen im Kehlkopfe nicht mehr einer endolaryngealen Operation überantworten möchten, aus Furcht, es könnte durch Schneiden, Aetzen und Brennen im Innern des Kehlkopfes die ursprünglich gutartige Neubildung in eine bösartige umgewandelt werden. Und so wird mit einem Male eine Errungenschaft, welche durch mehr als ein viertel Jahrhundert mit Recht den Stolz der Laryngologie bildete, ernstlich in Frage gestellt.

Dies nun nach Möglichkeit zu verhindern und zugleich einen in vielfacher Beziehung merkwürdigen Fall vorzuführen, ist der Zweck meines heutigen Vortrages.

Hier zunächst die Krankengeschichte:

Ich sah Patientin zum erstenmale im Juli 1867, also vor mehr als 20 Jahren. Sie kam damals zu mir, nachdem sie schon früher zweimal von TÜRCK, jedoch ohne den gewünschten Erfolg, operirt worden war.

Mit ihrer heiseren, kaum verständlichen Stimme erzählte sie Folgendes:

Das Leiden habe im Jahre 1865 mit Heiserkeit und Husten begonnen. Anfangs gering, steigerten sich allmähig die Beschwerden, so dass sie ihren Beruf als Schauspielerin bald nicht mehr nachgehen konnte. Im Jänner 1867 kam sie von Prag, wo sie bis dahin gelebt hatte, nach Wien auf die Klinik weil. TÜRCK's.

Prof. TÜRCK erklärte der Kranken, sie habe eine Neubildung im Kehlkopfe, die operirt werden müsse. Er operirte sie das erstemal im Februar, das zweitemal im Juni, und zwar, wie ich später erfuhr, mit der Quetschpinzette. Der Erfolg war jedoch nur ein verübergewandter. Schon nach kurzer Zeit kehrte die Heiserkeit wieder; später stellten sich auch Athembeschwerden ein.

Als Patientin Ende Juli 1867 zu mir kam, war sie so heiser, dass sie sich nur schwer verständlich machen konnte, dabei sah sie sehr schlecht aus, war anämisch und abgemagert und machte im ersten Augenblicke den Eindruck einer Phthisikerin, in welcher Auffassung man durch den Husten und die Athembeschwerden der Kranken noch bestärkt werden musste.

Die Untersuchung der Lunge ergab jedoch hier nichts Abnormes; der Sitz der Krankheit war somit ausschliesslich im Kehlkopfe zu suchen.

Ein Blick in diesen genügte auch um die Diagnose klar zu stellen.

Beide Stimmbänder waren geröthet und verdickt, am inneren Rande derselben theils mattgraue, theils geröthete kleinere und grössere Wucherungen von körnigem Aussehen, die besonders am rechten Stimmbande fast den ganzen freien Rand einnahmen und das Lumen der Glottis umsomehr beengten, als die Stimmbänder nur geringe Exkursionen machten.

Die eigenthümlichen, mattgrauen, höckerigen Wucherungen an den Stimmbändern erweckten in mir sofort den Verdacht, dass wir es mit einem Epitheliom zu thun haben dürften, eine Annahme, die später durch die mikroskopische Untersuchung der von mir exstirpirten Partien der Neubildung vollauf bestätigt wurde. Die genaue mikroskopische Untersuchung wurde von den damaligen Assistenten ROKITANSKY's, den Doktoren BIESIADECKI (jetzt Landes-Sanitätsreferent in Lemberg) und Dr. SCHEUTHAUER (jetzt Professor der pathologischen Anatomie in Budapest) durchgeführt. Beide erklärten die entfernten Partikelchen, darunter eines von der Grösse eines Kirschkerns, als Epitheliom.

Die gleiche Diagnose wurde, wie ich nachträglich erfuhr, einige Monate früher auch von TÜRCK gestellt und diese ebenfalls durch die Untersuchung der exstirpirten Partien von WEDL bestätigt.

Nachdem die Diagnose in dieser Weise festgestellt war, entstand naturgemäss die Frage, was nun thun?

Wenn auch nach den bisherigen Erfahrungen von keiner wie immer gearteten Behandlung ein bleibender oder auch nur länger dauernder Erfolg erwartet werden konnte, musste doch unter allen Verhältnissen die Neubildung entfernt werden, da diese bei weiterer Entwicklung das Leben der Kranken sehr bald und sehr ernstlich bedrohen musste, selbst wenn durch eine Tracheotomie der Erstickungsgefahr für einige Zeit vorgebeugt würde.

Aber wie sollte das geschehen?

Nachdem TÜRCK nach zweimaliger Operation mittelst schneidender und quetschender Instrumente nur einen so geringen Erfolg erzielt hatte, blieb nur noch der Glühdraht zur Zerstörung der Neubildung übrig.

Zu jener Zeit dachte ja noch Niemand an eine Exstirpation des Larynx, weder an eine partielle, noch an eine totale, wie dies jetzt in einem ähnlichen Falle wahrscheinlich geschehen würde; damals waren wir auch noch im ersten Enthusiasmus für die endolaryngealen Operationen und meines Wissens hatte damals und auch noch einige Jahre später

Niemand ein Bedenken gegen die Anwendung der Galvanokaustik im Innern des Kehlkopfes; selbst bei konstatierten Larynxcarcinom nicht.

Es wäre mir wahrlich nicht schwer, aus diesbezüglichen Veröffentlichungen den Nachweis zu liefern, dass Manche von Jenen, die jetzt so laut gegen jeden endolaryngealen Eingriff beim Kehlkopfkrebs eifern, noch vor einigen Jahren diese Methode nicht nur häufig ausübten, sondern auch deren Heilerfolge priesen.

Ich trug demnach kein Bedenken, das Neugebilde, trotzdem es als Krebs diagnostiziert war, mittelst Galvanokaustik zu zerstören.

Aber ich war mir auch klar darüber, dass wenn mittelst dieser Methode überhaupt irgend ein Erfolg erzielt werden könnte, dies nur möglich wäre, wenn das bösartige Neugebilde, das seine Tendenz zu Rezidiven bereits zur Genüge manifestirt hatte, gründlich entfernt, das heisst, nicht allein das Epitheliom, sondern auch das normale Gewebe ringsum, und zwar weit über die Grenzen des pathologischen hinaus, durch den Glühdraht zerstört würde.

So geschah es denn auch. Die Kranke wurde auf die OPPOLZER'sche Klinik aufgenommen und daselbst in mehreren Sitzungen mittelst Galvanokaustik so lange und so oft operirt, bis ich mich des Erfolges wenigstens für einige Zeit sicher glaubte.

Die Stimmbänder waren nach wiederholtem energischem Brennen mit dem Glühdraht zu förmlichen Narbensträngen umgewandelt, man sah nichts vom Neugebilde, aber auch nicht viel mehr von dem normalen Gewebe der Stimmbänder.

In diesem Stadium demonstirte und besprach ich den Fall in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte vom 16. Oktober 1868. (Siehe «Wiener medizinische Presse» vom 25. Oktober 1868.)

Die Kranke blieb sodann noch durch ein bis zwei Jahre in meiner Beobachtung, während welcher Zeit ich sie auch öfter bei meinen Vorlesungen demonstirte.

In Betreff der Methode sei hier nur kurz erwähnt, dass die operativen Eingriffe stets nur nach längeren Zeiträumen vorgenommen wurden und dass ich Anfangs behufs Entfernung grösserer Partien mich der galvanokaustischen Schlinge und später zur Zerstörung des Restes der Wucherungen des Glühdrahtes bediente. Wie oft Alles in Allem dies geschah, wüsste ich heute nicht mehr anzugeben; aber daran erinnere ich mich sehr wohl, dass einmal nach einem sehr energischen Eingriff sich ein solches Glottisödem einstellte, dass die Tracheotomie bereits ernstlich in Erwägung gezogen wurde. Indess ver-

lief dieser Zwischenfall wie mancher andere ohne weitere Folgen und die Kranke erholte sich nach einiger Zeit wieder.

Die Nachbehandlung bestand blos einerseits in möglicher Kräftigung des im hohen Grade kachektischen Organismus, andererseits in Eisenchlorid-Inhalationen mittelst Zerstäubungsapparates, von denen ich einen günstigen Einfluss auf den Heilungsprozess erhoffte.

Nachdem Patientin, bis auf die Heiserkeit, auf deren gänzliche Beseitigung ja im Vorhinein verzichtet werden musste, sich vollständig geheilt glaubte, und nachdem sich auch durch ein bis zwei Jahren keine Rezidive, auf welche ich sie gewissermassen vorbereitet hatte, mehr einstellte, verliess sie Wien und ich hörte bald nichts mehr von ihr. Wohl gedachte ich noch zeitweilig des interessanten Falles, und wenn ich in meinen Vorlesungen über die Anwendung der Galvanokaustik bei Kehlkopferkrankungen sprach, da zitierte ich meist diesen Fall als Beleg dafür, dass man selbst beim Kehlkopfkrebs mittelst Galvanokaustik zeitweilig Erfolge erzielen könne; natürlich fügte ich auch jedesmal hinzu, dass dies nur in den seltensten Fällen gelinge und auch da müsste man auf Rezidiven gefasst sein. In dem erwähnten Falle jedoch war es mir nicht nur gelungen, das Neugebilde gänzlich zu zerstören, sondern auch das Leben der Kranken auf Jahre hinaus zu verlängern. Auf wie lange, wusste ich nicht genau anzugeben, da die Kranke, wie gesagt, aus meinem Gesichtskreise verschwunden war, und ich konnte meine Erinnerung an diese Patientin nur, wie im Märchen, mit den Worten schliessen, «wenn sie nicht gestorben, lebt sie noch heute»: aber selbstverständlich hielt ich sie längst für todt.

Als nun im vorigen Jahre die Behandlung der Larynxcarcinome in allen Kreisen so lebhaft diskutirt wurde und ich präzisere Daten über diesbezügliche Fälle aus meiner Praxis zu sammeln anfang, da wollte ich auch gerne über das Ende dieser Kranken etwas Genaueres wissen.

Ich erinnerte mich nun, dass sie seinerzeit, d. i. vor 20 Jahren, von meinem Kollegen, Dr. SMOLER, an mich gewiesen und mir von diesem besonders warm empfohlen wurde.

Ich schrieb daher Anfang November v. J. an Dr. SMOLER, der jetzt Landessanitätsreferent für Böhmen war, ob er sich noch seiner einstigen Patientin vom czechischen Theater erinnere und ob er zufällig wisse, was mit ihr, nachdem sie Wien »geheilt« verlassen habe, geschehen und insbesondere wann und wie sie geendet habe. Dass sie noch lebe, daran dachte ich, offen gestanden, nicht.

Ich war daher doppelt angenehm überrascht, als ich bald darauf von meinem Freunde SMOLER ein Schreiben erhielt, in welchem es unter Anderem heisst:

«Besagte L. ist nicht gestorben, denn ich habe sie noch im Laufe des Monats Oktober wiederholt in Prag gesehen, seitdem ist sie mir aus den Augen gekommen . . . Gesehen habe ich sie wohl seit 16 Jahren nicht, doch kann ich Ihnen einige für Sie interessante Daten geben . . . . Wenn Sie Genaueres wissen wollen, heisst es dann weiter, müssen Sie sich an diese selbst wenden. Ich werde trachten, sie, d. h. ihre Adresse auszuforschen und Ihnen sodann schreiben.» . . .

Ich erhielt jedoch das von mir mit begreiflicher Ungeduld erwartete Schreiben nicht; dagegen leider bald die Nachricht von dem Tode SMOLER'S!

So erfuhr ich denn erst später, Dank den Bemühungen des Herrn Dr. GOLDSCHMIDT in Prag, die Adresse der Frau L. und nun wandte ich mich direkt an diese mit dem Ersuchen, mir über ihren derzeitigen Zustand zu berichten und mir zugleich noch einzelne Daten aus ihrer früheren Leidensgeschichte mitzutheilen, da ich mich doch nicht mehr an alle Details erinnerte.

Aus ihrem von Dankesworten überströmenden Briefe, interessirte mich, soviel des Bemerkenswerthen derselbe auch sonst enthielt, am meisten, dass sie (natürlich gegen Vergütung der Reisespesen und anderer nothwendiger Ausgaben) gerne bereit sei, nach Wien zu kommen und sich einer Untersuchung zu unterziehen, damit ich mich selbst überzeugen könne, wie es jetzt in ihrem Halse aussehe, nachdem ich sie vor 20 Jahren von ihrem schweren Leiden geheilt habe.

Am 13. September stellte sich mir Frau L. vor und bei genauer Untersuchung konstatirte ich Folgendes:

Die Kranke, die übrigens trotz jahrelanger Leiden kaum mehr als solche bezeichnet werden konnte, sah ihrem Alter entsprechend verhältnissmässig gut aus, doch fiel beim Sprechen sofort ihre heisere Stimme auf. Sie hatte jenen eigenthümlichen Fistelton, der für einseitige Stimmbandlähmung fast charakteristisch ist. Thatsächlich erzählte mir Patientin auch, dass sie in den letzten Jahren wiederholt und durch längere Zeit wegen Stimmbandlähmung elektrisirt wurde. Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand ich auch eine etwas verminderte Beweglichkeit des rechten Stimmbandes; doch war diese nicht als Paralyse im strengeren Sinne des Wortes, d. h. nicht als neuropatische Lähmung, sondern mehr als mechanisch behinderte Beweglichkeit aufzufassen, indem sich bei genauerer Prüfung der rechte Aryknorpel vergrössert und in seiner

Form verändert zeigte, das rechte Stimmband selbst aber bedeutend verschmälert und weit dünner als das linke erschien, zugleich war dasselbe vom Taschenbände meist so überdeckt, dass man es nur schwer zu Gesichte bekam. Die nahe-liegende Idee, dass das Taschenband selbst verdickt sein und so das Stimmband theilweise verbergen dürfte, erwies sich bei näherer Prüfung als unberechtigt, indem, wie sich dies namentlich bei genauer Untersuchung bei Sonnenlicht zeigte, thatsächlich das Stimmband selbst schmaler und dünner war, ein Zustand, der ebenso wie die Formveränderung und die verminderte Beweglichkeit des rechten Arytaenoidknorpels unstreitig auf den früher beschriebenen, nunmehr längst abgelaufenen Prozess zurückzuführen war.

Die Heilung war somit eine vollkommene.\*)

\* \* \*

Bei der grossen Seltenheit der Heilung von Larynxcarcinom — in der Literatur sind nur wenige verlässliche Fälle verzeichnet — drängt sich daher Jedem naturgemäss nochmals die Frage auf: War die vor 20 Jahren zerstörte Wucherung an den Stimmbändern wirklich Epithelialcarcinom, konnte damals kein Irrthum in der Diagnose stattgefunden haben?

Ich glaube nicht. Schon das makroskopische Aussehen der Wucherung war so charakteristisch, dass ein Irrthum in der Diagnose unwahrscheinlich und nach der mikroskopischen Untersuchung durch anerkannte Fachmänner scheint mir ein solcher ganz ausgeschlossen, wenn man eben nicht selbst ganz unzweifelhafte Fakten bezweifeln will, blos weil sie ungewöhnlich sind. Diejenigen aber, welche wohl die Möglichkeit eines solchen Vorkommens nicht bestreiten, aber in der blossen Erinnerung an derartige Details keine genügende Gewähr sehen, verweise ich auf das Sitzungsprotokoll der k. k. Gesellschaft der Aerzte vom 16. Oktober 1868.

Ohne aus einer einzelnen Beobachtung, so werthvoll sie auch für die uns beschäftigende Frage sein mag, irgend welche Schlüsse ziehen zu wollen, kann man doch wenigstens das

\*) Am 14. September stellte sich Frau L. an der Poliklinik vor. wo der geschilderte Befund allseitig bestätigt wurde. — Selbstverständlich wollte ich sie auch zur Illustration meines Vortrages in der Sitzung des Wiener medizinischen Dokorenkollegiums demonstrieren; zu meinem Bedauern war dies jedoch nicht möglich. — Patientin, die sich ihrer «wissenschaftlichen Bedeutung» als «interessanter Fall» irgendwie inne geworden zu sein scheint, stellte mit einem Male für ihr Erscheinen hier Anforderungen, denen zu willfahren ich umsoweniger gewillt war, als sie in ihrem Schreiben durchblicken liess, dass sie für ihr Nichterscheinen in Wien anderweitig Ersatz finden würde.

Eine aus derselben folgern, dass der Kehlkopfkrebs nicht schon im Vorhinein eine Gegenanzeige für jede endolaryngeale Behandlung bildet und nicht schon jeder Versuch, die Neubildung auf endolaryngealem Wege zu entfernen, als ärztlicher Kunstfehler angesehen werden darf, wie dies jetzt so vielfach behauptet wird. Ich möchte vielmehr, trotzdem es gegen die momentane Strömung ist, auf Grund sowohl eigener Erfahrungen als auch anderweitiger in der Literatur verzeichneter Beobachtungen es aussprechen, dass man, natürlich unter bestimmten später noch zu erwähnenden Verhältnissen, selbst bei bösartigen Neubildungen im Kehlkopfe, diese immer erst auf dem natürlichen Wege, d. h. ohne blutige Eröffnung der Luftwege, zu entfernen versuchen sollte, indem damit durchaus nicht geschadet wird, wenn nur der Eingriff rechtzeitig und richtig geschieht.

Ein Erfolg kann selbstverständlich nur dann mit einiger Wahrscheinlichkeit erwartet werden, wenn das Leiden noch lokalisiert ist und nicht weit umhineingegriffen hat, namentlich so lange das Neugebilde nicht zerfallen und der Krankheitsstoff noch nicht bis in die angrenzenden Lymphdrüsen gedrungen ist; ebenso selbstverständlich ist, dass nicht nur das Neugebilde gründlich entfernt, sondern dass auch der Boden, auf dem dieses gewuchert hat, möglichst zerstört werden muss.

Dazu eignet sich aber bekanntermassen am besten die Galvanokaustik. Natürlich darf dann der Glühdraht nicht als mildes Aetzmittel, sondern muss als intensives Zerstörungsmittel angewendet werden.

Wohl darf man sich auch da noch keinen überschwenglichen Hoffnungen hingeben; aber in einzelnen Fällen gelingt es immerhin, in dieser Weise das Leben der Kranken um Monate und Jahre zu verlängern, und mehr erreicht man ja auch bei der extralaryngealen Behandlung nur höchst selten. Denn wenngleich ein Hauptgrund, der bisher, trotz einzelner glänzender Erfolge, nichts weniger als günstigen Endresultate der Larynxexstirpation in dem Umstande gelegen sein mag, dass nicht früh genug operiert wird, so ist dies doch ein Faktor, mit dem unter allen Verhältnissen gerechnet werden muss, da ja dieser als in dem Wesen und dem Sitze der Krankheit gelegen, kaum je ganz zu eliminieren sein wird.

Das ist aber auch erklärlich. Bei der Schwierigkeit der Diagnose im Beginne des Leidens und bei der mit der Exstirpation des Larynx verbundenen Gefahr entschliesst sich doch der gewissenhafte Arzt nicht so leicht zur Operation, und was nicht minder in die Wagschale fällt, auch der Kranke gibt im Beginne des Leidens, wo die Störungen meist nur sehr

geringe sind, nicht leicht die Einwilligung zu einem solchen Eingriff: während er in eine endolaryngeale Operation, ohne blutige Eröffnung der Luftwege, rasch und gern, lange bevor noch hochgradige Beschwerden an den Ernst seiner Lage mahnen, willigt, und auch der Laryngologe entschliesst sich leichteren Herzens, auf dem natürlichen und minder gefährlichen Wege sofort einzugreifen, um das Neugebilde noch im Keime zu zerstören und in dieser Weise dem Fortschreiten des Prozesses wo möglich Einhalt zu thun.

Im Allgemeinen bietet wohl die Erkenntniss der Kehlkopfgeschwülste keine besondere Schwierigkeit und auch die Unterscheidung zwischen gut- und bösartigen Neubildungen ist für den nur einigermaßen geübten Laryngoskopiker nicht besonders schwierig. Doch gibt es auch Fälle genug, wo die Unterscheidung, namentlich im Beginne, oft unmöglich ist, wo weder der Kehlkopfspiegel, noch die mikroskopische Untersuchung den erwünschten Aufschluss geben.

Diagnostische Irrthümer sind demnach, und zwar nicht allein im Beginne, sondern auch im weiteren Verlaufe des Leidens leicht möglich. Wurde doch schon öfters selbst die Exstirpation des Kehlkopfes in dem Glauben vorgenommen, dass man es mit Carcinom zu thun habe; bei der Untersuchung des exstirpirten Kehlkopfes zeigte sich dann, dass es sich nicht um Carcinom, sondern um Tuberkulose gehandelt habe. Der Irrthum hatte in diesen Fällen wohl nicht weiter geschadet, da ja die Kranken unter allen Umständen in kurzer Zeit gestorben wären.

Ernster ist die Frage, wenn es sich um die Differentialdiagnose zwischen Carcinom und Syphilis handelt. Hier kann ein voreiliges chirurgisches Eingreifen von den traurigsten Folgen sein. So hat PEAN in einem Falle von Kehlkopfsyphilis die Exstirpation des Larynx vorgenommen und wenn der Patient die falsche Diagnose seines Chirurgen auch nicht mit dem Leben büssen musste, so ist ein derartiger Irrthum, wengleich bei der Schwierigkeit der Differentialdiagnose verzeihlich, doch unter allen Umständen verhängnissvoll.

Dass aber selbst die erfahrensten Laryngologen sich nicht immer über die Diagnose einigen können, zeigt ganz besonders der folgende Fall, den ich wohl bereits im vorigen Jahre in einem Vortrage «Zur Differentialdiagnose zwischen gut- und bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes» kurz mitgetheilt habe, der mir aber lehrreich genug scheint, um ihn hier nochmals zu erwähnen.

Im Sommer 1886 kam Herr M. G. aus Madrid nach Wien, um wegen seines Kehlkopfleidens zu konsultiren. Der Mann war 48 Jahre alt, sah kräftig und noch ziemlich gut genährt aus, sprach jedoch heiser und klagte über Schlingbeschwerden. Die

laryngoskopische Untersuchung ergab: Schwellung und Röthung der Kehlkopfschleimhaut, insbesondere des rechten Stimmbandes, ferner eine bedeutende Verdickung mit theilweisem Zerfall der rechten Kehldeckelhälfte.

Ein Arzt in Madrid, der hervorragendste Laryngologe Spaniens, hatte den Fall als Larynxcarcinom deklariert, während ein berühmter französischer Laryngologe sich unbedingt für Syphilis aussprach. Ich schloss mich der letzteren Anschauung an, namentlich in Anbetracht, dass 10 Jahre früher eine syphilitische Infektion vorausgegangen war und dass das Kehlkopfbild wenigstens Zweifel zwischen Syphilis und Carcinom zuließ. Aehnlich fasste den Fall auch ein zweiter meiner hiesigen Kollegen auf, während ein dritter den Fall für Carcinom erklärte und auch die sofortige Exstirpation des Larynx proponirte. Hofrath BILLROTH, der dem Konsilium ebenfalls zugezogen wurde und in Bezug auf die Meinungsdivergenz der Laryngologen sich neutral verhielt, sprach sich, da bereits mehrere Halsdrüsen affizirt waren, gegen jeden operativen Eingriff aus, und empfahl gleich mir eine Inunktionskur, die keineswegs schaden und unter allen Verhältnissen versucht werden könnte. Der Patient, durch die Verschiedenheit der Meinungen, die er hier zu hören bekam, misstrauisch gemacht, verliess Wien und kehrte nach Paris zurück, wo er sich einer antisymphilitischen Kur unterzog.

Der Fall interessirte mich selbstverständlich in hohem Grade und ich war daher doppelt erfreut, als ich nach Jahresfrist von Dr. FAUVEL in Paris über unseren gemeinschaftlichen Patienten einen Bericht erhielt, in dem es unter Anderem wörtlich hiess:

*Vous m'avez écrit, il y a quelque temps, au sujet de notre malade de Madrid, Monsieur M. G. Il vient de m'envoyer son portrait en m'écrivant qu'il est complètement guéri, la voix est revenue, il ne souffre plus — parle bien, avale bien. Vous pouvez donc, cher confrère, relater ce cas si intéressant, et ou nous avons triomphé tous les deux, malgré l'avis de beaucoup de confrères éminents absolument opposé à notre manière de voir. C'était bien de la Syphilis et non du Cancer! . . . . .*

Sie ersehen aus diesem Falle, dem ich noch manch' andere aus meiner Praxis anreihen könnte, wie selbst die erfahrensten Fachmänner sich in der Diagnose täuschen können und wie sehr man sich daher hüten müsse, die Exstirpation des Larynx zu empfehlen, so lange die Diagnose nicht über jedem Zweifel erhaben ist. Aber selbst dann muss man, wie ich dies schon früher betont habe, wohl erwägen, ob in dem speziellen Falle nicht durch eine andere, minder gefährliche Operation mindestens dasselbe erreicht werden könnte. Es

ist dies umsomehr geboten, als bekanntlich manche Larynxcarcinome, speziell Epitheliome der Stimmbänder, lange lokalisiert bleiben, ohne den Gesamtorganismus irgendwie zu infizieren, und als solche Kranke, trotz ihres unzweifelhaften Krebsleidens, oft jahrelang leben können.

Jahrzehnte hindurch priesen auch die Laryngologen die glänzenden Erfolge, die sie mittelst endolaryngealer Behandlung bei Neubildungen im Kehlkopfe erzielten, und wenn auch hier und da Stimmen laut wurden, welche die Ansicht vertraten, dass man durch die extralaryngeale Methode, d. i. bei Eröffnung der Luftwege rascher zum Ziele gelangen und die Neubildungen gründlicher ausrotten könnte, so blieben diese Stimmen doch ziemlich vereinzelt, indem sie meist von solchen erhoben wurden, die wohl ausgezeichnete Chirurgen, aber weniger geübte Laryngologen waren, wie sich dies auch bei der Diskussion auf dem internationalen medizinischen Kongresse in London im Jahre 1881 zeigte, wo man nach langer Debatte denn doch zu dem Schlusse kam, dass man erst dann zur extralaryngealen Behandlung schreiten dürfe, wenn die Entfernung der Neubildung auf natürlichem Wege, d. h. ohne blutige Eröffnung der Luftwege, vergeblich versucht wurde.

Wohl galt der Satz in dieser Allgemeinheit nur für die Behandlung gutartiger Neubildungen; dass aber auch bösartige Neubildungen per vias naturales zerstört und die Kranken noch Jahre hindurch am Leben erhalten werden können, ist unzweifelhaft, und sprechen nebst meinen Beobachtungen auch einzelne Fälle von TÜRCK, MACKENZIE, FAUVEL, NAVRATIL, GOTSTEIN, P. SCHECH, B. FRÄNKEL u. A. zu Gunsten dieser Anschauung.

Als Beleg mögen hier nur zwei besonders eklatante Fälle (von P. SCHECH und B. FRÄNKEL) ausführlicher mitgeteilt werden.

In dem Falle von SCHECH handelte es sich um ein kolossales Sarkom bei einem 40jährigen Manne. Dasselbe hatte sich im Laufe einiger Jahre zu ganz ungewöhnlicher Grösse entwickelt, so dass der Erstickungstod stündlich drohte. Trotzdem gelang es SCHECH, die ganze Wucherung endolaryngeal, und zwar mittelst der galvanokaustischen Schlinge so vollständig zu entfernen, dass noch  $2\frac{1}{2}$  Jahre später, wo SCHECH den Patienten gelegentlich wieder sah, keine Spur einer Rezidive zu bemerken war. (Archiv für klinische Medizin, 16. Bd., 1875.)

Der interessante Fall von B. FRÄNKEL, den dieser in einer Sitzung des XV. Kongresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie im April 1886 demonstrierete, ist im 34. Bande des Archivs für klinische Chirurgie, unter dem Titel: «Erste Heilung eines Larynx-carcinoids mittelst Ausrottung per vias naturales» ausführlich

beschrieben. Wenn es nun auch nicht «die erste Heilung» einer bösartigen Neubildung im Kehlkopfe «per vias naturales» ist, wie FRÄNKEL meint, so ist der Fall doch für die uns hier interessirende Frage von grösster Wichtigkeit.

Ein bohngrosses Neugebilde, das am r. Stimmbande sass, wurde zum ersten Male im September 1881 mit der Schlinge entfernt und dann der Boden mit dem Galvanokauter geätzt. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt die laryngoskopische Diagnose. Im Verlaufe von drei Jahren rezidirte das Leiden vier Mal und wurde ebenso oft in gleicher Weise behoben. — Die letzte Operation mit der Schlinge fand im Jahre 1884 statt und nachdem bis Oktober 1885 keine Rezidive eintrat, glaubt FRÄNKEL mit vollem Rechte in diesem Falle von Heilung eines Larynxcancroids, ohne blutige Eröffnung der Luftwege, sprechen zu dürfen.

Das Resultat ist jedesfalls ein glänzendes und ich glaube nicht, dass durch die partielle Resektion oder gar totale Exstirpation des Kehlkopfes ein ähnlicher Erfolg erzielt worden wäre, umsomehr als der Patient zu Beginn des Leidens bereits das siebzigste Jahr überschritten hatte!

Der unerquickliche Streit zwischen den Aerzten des jüngst dahingeschiedenen Kaisers Friedrich III. hat jedoch die Ansichten über den Werth der endolaryngealen Behandlung bei Neubildungen im Inneren des Kehlkopfes wesentlich geändert, und zwar nicht allein in Bezug auf bösartige, sondern selbst auf gutartige Neubildungen.

Aus Angst, durch Reizung das kranke Gewebe zu stärkerer Wucherung und zu rapiderem Zerfalle anzuregen, perhorrescirt man mit einem Male fast jeden endolaryngealen Eingriff, indem man befürchtet, dass durch die Reizung die ursprünglich gutartige Wucherung in eine bösartige umgewandelt werden könnte.

Diese Idee ist wohl nicht neu, sie wurde vielmehr schon wiederholt, zuerst wohl von LENNOX BROWN, ausgesprochen; zu besonders lebhafter Diskussion gelangte sie aber erst in jüngster Zeit, wo sie namentlich durch den traurigen Streit der Aerzte Kaiser Friedrich's ein aktuelles Interesse erlangte.

Es ist hier nicht der Ort und nicht die Zeit, weder auf die Anklagen der deutschen Aerzte gegen MACKENZIE, noch auf die Vertheidigung MACKENZIE's gegen seine Ankläger einzugehen; aber einen Punkt der eben erschienenen Schrift MACKENZIE's muss ich hier wenigstens kurz berühren, weil er mit dem Gegenstande meines Vortrages in innigem Zusammenhange steht.

Bekanntlich wurde MACKENZIE von seinen Gegnern beschuldigt, durch seine operativen Eingriffe im Kehlkopfe nicht nur das Leiden des damaligen Kronprinzen verschlimmert,

sondern auch den tödtlichen Ausgang direkt beschleunigt zu haben. Nun schleudert MACKENZIE diese Vorwürfe zurück und beschuldigt wieder GERHARDT, durch wiederholte Aetzungen des kranken Stimmbandes mit dem Glühdraht die ursprünglich gutartige Neubildung in eine bösartige umgewandelt und so den Krebs des Kehlkopfes direkt künstlich erzeugt zu haben!

Wenn ich mich nun gegen eine derartige durch nichts bewiesene Behauptung hier ausspreche, so habe ich dabei noch gar nicht das ethische Moment, gegen das von beiden Seiten, wenn vielleicht auch nicht in gleichem Maasse gesündigt wurde, vor Augen; ich denke auch nicht, den Einen oder Anderen gegen die Anschuldigungen irgendwie zu vertheidigen, das besorgen die betreffenden Autoren in ihren Schriften mehr als zur Genüge; ich glaube nur, nachdem einmal solche Ansichten in die Oeffentlichkeit gedrungen sind, dieselben ebenso sehr im Interesse der medizinischen Wissenschaft und ärztlichen Kunst, wie im Interesse von tausenden gängstigten Kranken auf ihr richtiges Mass zurückführen zu sollen.

Es soll nicht in Abrede gestellt werden, dass einzelne Fälle vorkommen, wo ein früher vielleicht gutartiges Neugebilde in ein bösartiges umgewandelt wurde, und ich selbst habe ja die Frage in einem Vortrage in der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden im September 1887 neuerdings angeregt und deren Wichtigkeit betont. Aber ich habe mich gleich damals dahin ausgesprochen, dass, wenn auch die Möglichkeit einer Umwandlung gutartiger Neubildungen in bösartige, nicht in Abrede gestellt werden kann, dies doch jedesfalls höchst selten sein muss, indem ich unter hundert Fällen, die ich gesehen, ein solches Vorkommen nur etwa drei Mal mit Sicherheit konstatiren konnte, und auch da müsse man sich noch fragen, ob nicht schon ursprünglich der Keim zur bösartigen Wucherung vorhanden war.

Zu dem gleichen Ergebnisse gelangte auch SEMON sowohl in einer früheren Publikation «Intralaryngeal surgery and malignant disease of the larynx» im British medical Journal, Juni 1888, als auch später, auf Grund einer von ihm angeregten Sammelforschung, und zwar in noch präziserer Weise in einem bisher wohl noch nicht ganz abgeschlossenen Referate in dem «Internationalen Centralblatt für Laryngologie und Rhinologie».

Am meisten spricht aber nach meiner Ansicht gegen die häufige Umwandlung gutartiger Neubildung in bösartige die Erfahrung, die wir bei der Behandlung der Nasenrachenkrankheiten machen. Trotzdem diese Leiden in den letzten Jahren so viel,

oft wohl auch mehr als nöthig, mittelst Galvanokaustik behandelt werden, wurde doch meines Wissens eine durch Aetzen und Brennen hervorgerufene Umwandlung einer gutartigen Neubildung in eine bösartige bisher noch nicht mit Sicherheit constatirt.

Bei der grossen Tragweite dieser Frage, von deren Lösung, ich möchte sagen, die Zukunft der Laryngochirurgie abhängt, lässt sich dieselbe nicht nebenbei erledigen. Ich gedenke sie daher in einem späteren Vortrage, ihrer Wichtigkeit entsprechend nach allen Richtungen zu erörtern und dabei auch die verschiedenen endolaryngealen Operationsmethoden, namentlich in Bezug auf Rezidiven, kritisch zu beleuchten. Heute wollte ich bloss über einen unter allen Verhältnissen merkwürdigen Fall berichten und zugleich meinen Standpunkt in der jetzt so viel ventilirten Frage der endolaryngealen Behandlung des Kehlkopfkrebsses in Kürze darlegen.