Erschwertes Decanulement und Laryngitis hypoglottica.

Von Dr. Adolf Schulz, Danzig.

Folgender Krankheitsfall kam zu meiner Beobachtung:

Am 28. XI. 1918 wurde ich zu einer 64 j. Dame gerufen, bei der am 7. XI. 1918 ein Luftröhrenschnitt gemacht worden war. Trotz der inzwischen verflossenen 3 Wochen war das Weglassen der Kanüle noch nicht möglich.

Nach den Angaben der Kranken war im Oktober 1918 von fachärztlicher Seite eine Kehlkopfgeschwulst festgestellt worden; erschwerte Atmung hatte schon längere Zeit vorher bestanden.

Mir bot sich folgender Befund: An Nase, Nasenrachenraum und dem lymphatischen Rachenring nichts Wesentliches.

Die Kehlkopfschleimhaut — mit Spiegel besichtigt — blaß; die Stimmbänder weiß, beide gleichmäßig und normal beweglich. Unterhalb der Stimmbänder ist keine Lichtung sichtbar; der hypoglottische Raum ist, wie sich durch Sondierung feststellen läßt, völlig ausgefüllt mit einer weichen Geschwulstmasse, deren Oberfläche nicht glatt, sondern lappig, granuliert ist.

Am 3. XII. nahm ich unter Spiegel mit Kehlkopfzange ein Stück dieser Geschwulstmasse heraus.

Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: „Kein Karzinom, sondern oberflächliche kleinzellige Infiltration“ (Prof. Dr. Stahr, Städt. Krankenhaus).

Um sicher zu gehen, wiederholte ich die Probeexzision am 17. XII. 1918; es wurden aus den tieferen Partien und von rechts und links Stückchen hervorgeholt. Die erneut vorgenommene histologische Untersuchung ergab den gleichen Befund wie am 3. XII.

Was die Allgemeinuntersuchung der Patientin anbelangt, so war an der Lunge kein Krankheitsbefund zu ersehen. Die Wassermannsche Reaktion war negativ. Das hinfällige Aussehen der Patientin wurde durch einen schon längere Zeit bestehenden Blasenkatarrh erklärt; die Zystoskopie ließ nur gewöhnliche zystitische Veränderungen erkennen.

Eine direkte Besichtigung des Kehlkopfes mit dem Bronchoskop ergab, daß die Gewebsmassen unterhalb der Stimmbänder ziemlich gleichmäßig von beiden Seiten ausgingen.

Die Behandlung bestand darin, daß in Lokalanästhesie die Tracheotomiewunde etwas nach oben erweitert wurde. Nachdem durch Auseinanderziehen der untere Rand der Wucherungen zu Gesicht gekommen war, wurde mit dem Galvanokauter eine energische Kauterisation nach rechts und links vorgenommen. Der Erfolg war, daß die Kranke nach 10 Tagen Luft durch den Kehlkopf bekam und nach weiteren 14 Tagen die Kanüle fortgelassen werden konnte.

Weitere Krankheitserscheinungen sind seitdem nicht mehr eingetreten. Als ich nach Ablauf von 2 Jahren — am 26. XII. 1920 — den Kehlkopf wieder untersuchte, war die Stimme normal, die Atmung völlig frei, der Luftröhrenschnitt gut verheilt, die Schleimhaut unterhalb der Stimmbänder ohne jede erkennbaren Spuren der vorausgegangenen Krankheit. Das Allgemeinbefinden ließ allerdings noch zu wünschen übrig, was von dem mitbehandelnden Hausarzte auf die zystitischen bzw. pyelitischen Beschwerden zurückgeführt wurde.

In diesem Falle beruhte demnach die Behinderung des Decanulements, wie die vorausgegangene Kehlkopfstenose nicht auf einem malignen Tumor, worauf sich zunächst der Verdacht lenken mußte, auch nicht auf einer spezifischen Granulationsgeschwulst (Lues, Tuberkulose, Sclerom), sondern auf gutartigen, chronisch-entzündlichen Schleimhautverdickungen unterhalb der Stimmbänder. Die histologische Untersuchung hatte hierbei die Entscheidung gegeben, die durch den Verlauf bestätigt wurde.

Eine derartige Laryngitis hypoglottica — in diesem Falle von auffallend chronisch-hyperplastischem Charakter — ist in der Fachliteratur wenig bekannt. Zwar hat Rauchfuß 1878 die akuten Formen eingehend gewürdigt, doch haben die chronischen Bilder dieser Erkrankung nur vereinzelte Beachtung gefunden. Zimmermann sammelte 1911 das über sie Geschriebene, Hansberg beschäftigte sich mehrfach mit ihnen und veröffentlichte zwei Fälle, die als Parallelfälle zu dem von mir angeführten gelten können, nur mit dem Unterschiede, daß sie bereits vor dem Luftröhrenschnitt in seine Beobachtung kamen.

Die beschriebene Erkrankung scheint demnach selten zu sein. Ihr klinischer Symptomenkomplex, gekennzeichnet durch seine das Leben bis zur Erstickung gefährdenden Erscheinungen gehört jedenfalls bei jugendlichen Individuen wie älteren Leuten als Veranlassung fachärztlichen Eingriffs zu den Seltenheiten.

Dieses vereinzelte Auftreten ist außerordentlich auffallend, denn die anatomischen Verhältnisse im hypoglottischen Raume begünstigen geradezu die Entstehung des Leidens. Die Schleimhaut im hypoglottischen Raume ist lockerer, das submuköse Gewebe reichlicher als an anderen Teilen des Kehlkopfes und der Luftröhre und weist große Ähnlichkeit mit dem Gewebe der unteren Nasenmuschel auf. Was hier etwas Alltägliches ist — Schwellung und Verdickung — müßte analog auch dort auftreten. Außerdem ist an dem Übergang vom Kehlkopfe zur Luftröhre die engste Stelle des ganzen Trachealrohres. Wenn diese Partie auch relativ versteckt liegt, so bildet sie doch einen Damm im Luftstrom und bietet eindringenden Krankheitskeimen eine besonders günstige Siedlungsmöglichkeit.

Dieser anatomische Bau ist bei Kindern noch wesentlich günstiger als bei Erwachsenen; bei ihnen ist die Glottis enger, die Pars respiratoria fehlt, der lymphatische Apparat ist stärker ausgeprägt, die Neigung zu Schwellungen infolge von Konstitutionsanomalien (Rachitis, exsudative Diathese) vermehrt. Bei Kindern müßte hiernach ein besonders häufiges Auftreten der Laryngitis hypoglottica zu erwarten sein.

Wenn trotz dieser disponierenden Momente die Erkrankung weder in der Literatur noch in der Praxis eine Rolle spielt, so mag das teilweise an einer gewohnheitsmäßigen Nichtbeachtung des hypoglottischen Raumes liegen. Die Hauptursache wird aber in der Schwierigkeit einer exakten Feststellung zu suchen sein. Nur wenn man die Entzündung im unteren Kehlkopfraume gesehen hat, darf man von ihr sprechen. Das Instrument, das sie uns gewöhnlich zugänglich macht, ist der Kehlkopfspiegel. Nun ist dieser zwar Allgemeingut der Ärzte, doch hängt das Ergebnis von der Übung des Untersuchers und der Mithilfe des Kranken ab. Wo letztere fehlt oder gar noch in das Gegenteil umschlägt, bei kleinen Kindern und nervösen Personen, wird auch der Arzt, der sonst gewohnt ist, bei allen seinen Klienten die oberen Luftwege abzuleuchten, lieber hierauf verzichten. Das hat den Nachteil, daß uns die Vorstadien zu der eingangs geschilderten extremen Form entgehen. Dennoch wird jeder Kehlkopfarzt in seiner Erinnerung eine Reihe von Fällen finden, in denen er hypoglottische Wülste nur als interessanten Nebebefund ohne jede

Beschwerde gesehen hat oder doch solche Fälle, in denen eine akute Kehlkopfentzündung mit Schluckschmerz und Stimmstörung sich vornehmlich im unteren Kehlkopfraume abspielt. Graduell aufwärts steigend würden dann die an Schwangeren im letzten Monat beobachteten, zu Atemnot führenden, starken hypoglottischen Anschwellungen kommen, die post partum verschwanden. Es können daher nur vorwiegend Beobachtungen an Erwachsenen in Betracht kommen, die der laryngoskopischen Untersuchung geringere Schwierigkeiten darbieten. Ob wir bei ihnen aber überhaupt rein akute Formen sehen und nicht bloß erneute Schübe auf einem in der Kindheit entstandenen Entzündungsherde, ist unsicher und bisher nicht festgestellt. Die akute Form scheint dem Kindesalter vorbehalten.

Trotz der größeren Schwierigkeiten, die sich einer objektiven Befundaufnahme entgegenstellen, muß dennoch auch hier die Forderung aufgestellt werden, die Laryngitis hypoglottica nur da anzunehmen, wo sie einwandfrei diagnostiziert ist. Ein Abweichen von diesem Grundsatz hat Verwirrung zur Folge. Mit „Pseudo-croup“, über den viel geschrieben ist, wollte man den nicht diphtherischen, stenosierenden Kehlkopfkatarrh bezeichnen, also hauptsächlich doch die Entzündungsformen im unteren Kehlkopfraume. Es ist aber daraus ein Sammelname geworden, unter dem alles vereint wurde, was die Symptomtrias Atemnot, Heiserkeit, bellender Husten zeitigte. Selbst Larynxphlegmone, Fremdkörper, Affektionen der Tracheobronchialdrüsen ließ man darunter fallen. Diesem Durcheinander kann nur eine exakte Diagnose steuern. Gewöhnlich wird sich diese auch bei Kindern, wenn man sich die erforderliche Zeit nimmt, mittels Spiegeluntersuchung ermöglichen lassen. Führt diese nicht zum Ziel, so besitzen wir in der direkten Besichtigung des Kehlkopfes in Narkose mittels des Bronchoskopes oder der Schwebelaryngoskopie, Methoden, die wohl kaum versagen, wenn sie sich auch bisher selbst bei Fachärzten noch nicht allgemein eingebürgert haben. Leider ist dieser bei Fremdkörpern bewährte Weg in den Fällen unserer Erkrankung nicht ganz einwandfrei. Denn Zimmermann, der mit dem Bronchoskop die Laryngitis subchordalis s. hypoglottica feststellte, mußte unmittelbar darauf den Luftröhrenschnitt machen, obwohl vorher noch ein erträglicher Zustand vorhanden gewesen

war. Das ist im Interesse einer exakten Befundaufnahme bedauerlich. Doch findet sich vielleicht auch hier noch ein schonender Mittelweg, wenn man sich mit einem bloßen Einblick in den Kehlkopf begnügt, ohne das Rohr hindurchzuführen. Vielleicht ist die Schwebelaryngoskopie hierfür günstiger.

Was die Behandlung betrifft, so erfordern die akuten hypoglottischen Schwellungen selten einen Eingriff, meist gehen sie spontan zurück. Auch unter den 36 von Zimmermann zusammengestellten Fällen waren nur 2 mal Luftröhrenschnitte erforderlich. Unter seinen 36 Patienten befanden sich 23 Kinder, ein Beweis für das Überwiegen der Erkrankung im Kindesalter.

Wenn somit bei Kindern der hypoglottische Raum eine besonders gefährdete Stelle ist, so liegt die Frage nahe, ob nicht bei den gewöhnlichen Decanulementsschwierigkeiten der Diphtheriekinder die hypoglottischen Schwellungen eine größere Rolle spielen als ihnen im allgemeinen zugemessen wird. Köhl hebt sie besonders hervor; Hansberg führt 3 derartige Fälle an. Die Tatsache einer schnellen Herstellung des natürlichen Atmungsweges, wenn der obere Luftröhrenschnitt durch den unteren ersetzt wird, spricht entschieden dafür, daß Schwellungen im hypoglottischen Raume zurückgehen, sobald die an ihn grenzende Kanüle von ihm fortgerückt wird und der sonst nicht zu vermeidende Reiz in Fortfall kommt. Jedenfalls erscheint mir diese Erklärung einfacher, als psychisch bedingte spastische Störungen anzunehmen. Es wird aber ein Streit um Worte bleiben, wenn nicht das erfüllt wird, was ich für das Krankheitsbild der Laryngitis hypoglottica gefordert habe, nämlich eine exakte Feststellung des Kehlkopfbefundes. Das ist einmal mit dem Kehlkopfspiegel in der gewöhnlichen Form möglich; man kann aber auch von unten her von der Luftröhre einen Spiegelbefund gewinnen, wenn man die Wunde mit einem Nasenspeculum auseinanderspreizt. Auch direkt ist auf diese Weise ein Einblick möglich. Das wertvollste Hilfsmittel dürfte jedoch die direkte Besichtigung des Kehlkopfes sein. Bisher scheint sie bei Kanülenkindern wenig geübt. Kahler entfernte ein Atmung hinderndes Granulom in Schwebelaryngoskopie. Mir stehen nur Erfahrungen mit dem Bronchoskop zur Verfügung; und zwar nur in vereinzelt Fällen. Bei diesen aber bewährte sich der Weg; man gewann einen vorzüg-

lichen Überblick über den Kehlkopf; ich sah in einem Falle hypoglottische Verdickungen, sah deutlich ihre Ursprungsstelle und gewann so bestimmte Richtlinien für die Behandlung.

Es gewährte in allen Fällen eine größere Befriedigung, nach exakter Aufnahme eines Kehlkopfbefundes weiter vorzugehen, als sich lediglich auf Eingriffe von der Luftröhrenwunde aus zu beschränken, die häufig nur versuchsweise gemacht werden.

Ich halte es für dringend erwünscht, die vorstehende Anregung auf ihre praktische Brauchbarkeit weiter zu erproben.

Literaturverzeichnis.

1. Hansberg, Die Laryngofissur. Handbuch der speziellen Therapie des Ohres und der oberen Luftwege 1914, Bd. 4.
 2. —. Archiv für Laryngologie und Rhinologie, Bd. 33, H. 2.
 3. Kahler. Archiv für Laryngologie und Rhinologie, Bd. 33, H. 2.
 4. Köhl, zit. nach Hansberg.
 5. Liek, Über Ursache und Behandlung des erschwerten Decanulements. Archiv f. Chir., Bd. 112, H. 2.
 6. Rauchfuß, zit. nach Zimmermann.
 7. Zimmermann, Die Laryngitis subchordalis acuta. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 63, H. 1 u. 2.
-