Aus der ärztlichen Praxis.

Aus der Praxis der Herren Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Moritz Schmidt und Dr. Gustav Spiess in Frankfurt a. M.

Ein Fall von cystischem Tumor der Epiglottis, nebst kurzen Bemerkungen über die Funktion der Epiglottis beim Schluckakt.

Von Dr. M. Senator, Assistenzarzt.

Wenn im allgemeinen auch die Mittheilung und Besprechung eines einzelnen Krankheitsfalles ein missliches Ding ist und oft am besten unterbliebe, so mag für das im Folgenden zu Besprechende doch eine Ausnahme zulässig sein, weil das Krankheitsbild ein ganz eigenartiges ist und, meines Wissens wenigstens, die Litteratur bisher keinen gleichartigen Fall aufzuweisen hat.

Es handelte sich um einen sechzigjährigen Patienten, dessen einzige Klagen darin bestanden, dass er seit unbestimmter längerer Zeit am Schlucken behindert sei; sonstige Beschwerden, besonders Luftmangel, waren nicht vorhanden. Er war vom Arzte seines Heimathortes wegen eines Polypen am Zungengrunde überwiesen worden.

Die objektive laryngoskopische Untersuchung zeigte einen Tumor, der die ganze Gegend des Zungengrundes einnahm und den Blick auf die Epiglottis sowie natürlich auch das Larynxinnere vollkommen verhiinderte. Er schien vom Zungengrunde auszugehen, und zwar präsentirte er sich im Spiegelbilde als weisslich-gelbe, sehr weiche Geschwulst mit drei oder vier stark erweiterten Blutgefässen. Seine Grösse entsprach ungefähr der einer reifen Pflaume.

Die Entfernung der Geschwulst geschah schnell und einfach, und zwar unter Cocaïnästhesie mittels der galvanokaustischen Schlinge, die sich ohne Schwierigkeiten in der erforderlichen Weise adaptiren

liess. Nach der Herausnahme zeigte sich nun, dass die Geschwulst nicht am Zungengrunde, sondern an der Epiglottis ihren Ursprung nahm. Die letztere stand mit dem Tumor in fester Verbindung und war selbst unerwarteter Weise zu zwei Dritteln mit der Geschwulst zugleich exstirpirt worden. Die Geschwulst selbst war eine Cyste mit trübem, colloidem, eitrigen Inhalt.

Unmittelbar nach der Operation schluckte Patient gut, ohne Beschwerden und ohne Verschlucken, auch hatte er keine Schmerzen.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung (Geheimrath Weigert) lieferte folgendes Ergebniss. Die grosse Cyste ist überall mit Epithel ausgekleidet. Die Wand der Cyste besteht an einer verdickten Stelle aus Bindegewebe, Knorpel, zahlreichen Schleimdrüsen, Follikeln und Gefässen, entspricht also ganz dem Gewebe der Epiglottis. Die Cystenwand besteht in der übrigen Peripherie nur aus Bindegewebe. Das den Cystenraum begrenzende Epithel ist an der zuerst beschriebenen, verdickten Wandstelle ein flimmerndes Cylinderepithel; dies geht nach einem Zwischenstadium, in welchem es aus Uebergangsepithelien besteht, in ein geschichtetes Plattenepithel über, als welches es den übrigen Theil der Cyste überkleidet. Auf ihrer Aussenseite trägt die Cystenwand überall ein geschichtetes Plattenepithel. Der Cysteninhalt besteht ausser einem körnigen Detritus aus grossen, platten, oft noch unter einander zusammenhängenden, polymorph geformten Epithelien sowie einigen kleineren mit Fett gefüllten Rundzellen. Eiterkörperchen sind nicht vorhanden.

Nach alledem, besonders aber nach dem Ausfall der mikroskopischen Prüfung, handelt es sich mit höchster Wahrscheinlichkeit um eine angeborene Abnormität des Kehldeckels, aus welcher die Cyste entstanden ist.

Soviel über den in Rede stehenden Fall. Ich möchte nur auf einen Punkt näher eingehen, nämlich auf die Fähigkeit des Patienten, sofort und unmittelbar nach der Operation ohne Schwierigkeiten zu schlucken. Bekanntlich haben Mendelsohn und Gutzmann¹⁾ behauptet, dass beim Schluckakt der Verschluss der Luftwege in erster Linie und hauptsächlich durch ein Niederklappen der Epiglottis zu Stande komme, und haben sich ausdrücklich in Gegensatz zu der Behauptung Moritz Schmidt's gestellt, der die Hauptfunktion den Taschenbändern zuerkannt wissen will. Mendelsohn und Gutzmann selbst geben in der erwähnten Arbeit bereits zu, dass ein ungestörter Schluckakt auch ohne Epiglottis möglich sei, und in der That ist es ja zur Genüge bekannt, dass Syphilitische, die in Folge ihrer Krankheit die Epiglottis eingebüsst haben, nichtsdestoweniger gut und richtig zu schlucken vermögen. Allein man kann hierbei einwenden und wird wohl damit auch das Richtige treffen, dass das allmähliche Verlieren eines Organs, wie es bei chronischen Krankheiten immer geschieht, den Patienten nach und nach, gleichsam unbewusst und schrittweise, an die neuen Bedingungen gewöhnt. Es soll ja auch garnicht gelehnet werden, dass thatsächlich ein Niederklappen des Kehldeckels stattfindet, indess das Hauptmoment des Verschlusses ist in dieser Bewegung nicht zu suchen. Gerade solche Fälle wie der besprochene, wo unmittelbar nach einem plötzlichen Verluste der Epiglottis das Schlucken ungehindert vor sich geht, beweisen mehr als alles andere. Doch die Beweisführung soll nicht auf einen Fall beschränkt bleiben. Seit Moritz Schmidt im Jahre 1897 auf dem Naturforschercongress die Abtragung der Epiglottis bei Tuberkulose empfohlen hatte, ist diese Operation im Laufe der Jahre hier an 21 Patienten vollzogen worden, und stets hat sich die Beobachtung bestätigt, dass die Operirten unmittelbar oder nach ganz geringer Zeit das ihnen gereichte Wasser richtig schlucken konnten. Damit ist meiner Ansicht nach der Beweis für unsere Behauptung zur Genüge gekräftigt.

Es entsteht nun die Frage, welche andere Rolle der Epiglottis und der ihr zugeschriebenen Bewegung während des Schluckens zufällt. Leider muss ich mich für jetzt jeder bestimmten Aeusserung hierüber enthalten, da die angestellten Untersuchungen noch nicht genügend vorgeschritten sind. Ich muss vielmehr die Veröffentlichung meiner Beobachtungen für einen späteren Zeitpunkt vorbehalten. Wenn ich mir auch jetzt schon nach einer bestimmten Richtung hin eine Meinung gebildet habe, so entbehrt sie doch noch zu sehr der experimentellen Begründung, als dass sie einer Publikation übergeben werden dürfte.

¹⁾ Diskussion zum Vortrage von W. Körte, Ueber die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs und seiner Folgezustände. Deutsche medizinische Wochenschrift 1901, No. 12, Vereinsbeilage S. 90.

²⁾ Alfred Neumann, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Band LVIII, S. 270.