XVIII. Einige vorläufige Bemerkungen über die Behandlung der Kehlkopftuberculose nach dem Koch'schen Verfahren.¹⁾

Von Dr. W. Lublinski.

Meine Herren! Auf Veranlassung des Herrn Dr. Levy habe ich mit Herrn Grabower die Beobachtung der in des ersten Klinik aufgenommenen Fälle von Larynx tuberculose übernommen, und ich erlaube mir Ihnen einen vorläufigen Bericht zu erstatten. Ausführlich wird derselbe erscheinen, wenn die Zahl der von uns beobachteten Fälle eine grössere, und die Zeit der Beobachtung eine längere gewesen sein wird. Bei der Wichtigkeit der Sache glaube ich aber nicht länger zögern zu dürfen, Ihnen Mittheilung zu machen, zumal die Erfolge der Behandlung ausserordentlich aufmunternd sind. Zuvörderst aber will ich an dieser Stelle Herrn Dr. Levy den besten Dank abstatten für seine uneigennützig, nur der Wissenschaft dienende Bereitwilligkeit, die es ermöglichte, die Fälle so auszuwählen, dass die hauptsächlichsten Stadien dieses Leidens in typischen Exemplaren beobachtet werden können.

Ich will über die Allgemeinerscheinungen, die die Injection des Mittels hervorruft, kurz hinweggehen, da Sie dieselben aus den schon erfolgten Veröffentlichungen genügend kennen. Aus den Ihnen überreichten Temperatortabellen sehen Sie, wie die Temperatur nach der Injection allmählich staffelförmig ansteigt, wie dieselbe nach 6—7 Stunden ihre Akme mit 39—40° und noch mehr erreicht, wie dieselbe auf dieser Höhe 1—2 Stunden verharret, um dann langsam abzufallen. Manchmal fällt dieselbe während des Fiebers aber auch auf die Norm oder selbst unter dieselbe, um dann noch einmal anzusteigen. Nicht immer, in unseren Kehlkopfsfällen sogar seltener, begann die Temperatursteigerung mit einem Schüttelfrost, meist wurde von den Kranken die Steigerung der Eigenwärme sogar kaum wahrgenommen; sie gingen im Zimmer umher, hatten Appetit, der Durst war kaum vermehrt, die Haut war in einzelnen Fällen etwas feucht, in anderen trocken. Aber nicht immer war das Verhalten der Kranken ein solches; in manchen Fällen war die Hinfälligkeit sehr gross, heftige Kopfschmerzen, Ohrensausen stellten sich ein, selbst Somnolenz; der Puls war dann sehr beschleunigt, klein, hart, die Kranken stöhnten, warfen sich unruhig im Bette umher, klagten über Uebelkeit und erbrachen sich heftig, fieberten selbst noch am nächsten Tage. Diese Inconstanz im Verhalten der Kranken zwingt, zumal es sich

nicht vorher sagen lässt, wie der Kranke reagiren wird, da das Alter, der Ernährungszustand, das Verhalten der Körperkräfte keinen Rückschluss gestatten, eine poliklinische Behandlung vorläufig zu vermeiden, damit man nicht unversehens Nackenschläge erhält, die nicht dem Mittel als solchem, sondern der zweckwidrigen Anwendung desselben ihr Dasein verdanken würden. Die kleinste Gabe, welche unseren Kranken zutheil wurde, war 0,004 g des Mittels. Herr Dr. Levy, welchem sicher die reichste Erfahrung zu Gebote steht, hatte dieselbe angeordnet, und ich glaube, dass dieselbe, welche einem sehr heruntergekommenen 14jährigen Knaben mit schwerer Kehlkopf- und Lungentuberculose injicirt wurde, bei den meisten der uns interessirenden Kranken als nicht zu hoch gegriffen erachtet werden kann. Mehr als 0,01 wurde unseren Kranken bisher nicht applicirt. Sie sehen aus der einen Tabelle, dass der Kranke, der diese Gabe erhielt, bei derselben nur eine Temperatur von 38,6° erreichte, während derselbe vorher bei 0,005 auf 39,9° kam. Der Temperaturabfall erfolgt bis auf die schon erwähnten Ausnahmen ganz allmählich: am nächsten Morgen — die Kranken werden gewöhnlich um 10 Uhr vormittags injicirt — war die Eigenwärme bis auf einige Ausnahmen fast immer normal. Bemerken möchte ich noch, dass einige Kranke, die hektisches Fieber hatten, an den Tagen, an denen sie nicht injicirt wurden, eine Temperaturerhöhung nicht mehr aufwiesen.

Von weiteren Symptomen möchte ich ausser den schon beobachteten Exanthenen auf einen Herpes labialis aufmerksam machen, der sich bei einem Kranken nach der zweiten Injection bemerkbar machte.

Komme ich nun zu den Symptomen des Respirations- und Circulationsapparates, die für uns von besonderem Interesse sind, so möchte ich darauf hinweisen, dass Oppressionsgefühl auf der Brust und starkes Herzklopfen in einzelnen Fällen während des Fiebers sich besonders bemerkbar machten. Der Husten war in der Mehrzahl der Fälle stärker als bisher, der Auswurf reichlicher und auch schaumiger; die Stimme war gewöhnlich in Folge der eintretenden entzündlichen Schwellung stärker belegt. Bedrohliche Erscheinungen in Folge derselben haben sich jedoch in keinem Falle bemerkbar gemacht, trotzdem die Rima glottidis in 2 unserer Fälle bei bestehender Perichondritis auf weniger denn $\frac{1}{2}$ cm verengt war. In diesen Fällen hatten wir uns allerdings auf die Tracheotomie vorbereitet, hatten aber glücklicherweise keine Veranlassung, dieselbe auszuführen, da auch nicht eine Spur von Athemnoth auftrat.

Was die Erkrankungen des Kehlkopfes anbelangt, so haben wir ein zum Studium des Erfolges der Koch'schen Methode sehr geeignetes Material, das fast alle Stadien dieses Leidens umfasst. Einfaches Infiltrat der hinteren Fläche der hinteren Larynxwand, Infiltrat dieser Stelle und des hinteren Endes der Stimmbänder, Ulceration der Aryfalte, alte und frische Ulcerationen der Stimmbänder, Perichondritis des Aryknorpels, Infiltration der Epiglottis, Aryfalten und Taschenbänder, Perichondritis der Epiglottis. Auch bestand immer Lungentuberculose.

Ich will nicht auf die einzelnen Krankheitsfälle weiter eingehen, sondern nur im allgemeinen über die bisher erzielten Resultate sprechen, und dabei kann ich nicht umhin, meine Meinung dahin auszusprechen, dass das Mittel unbedingt günstig auf den erkrankten Kehlkopf einwirkt. Selbstverständlich kann ich bei der Kürze der Zeit noch von keiner Heilung berichten, selbst der Fall von Infiltration der hinteren Larynxwand — also die einfachste und relativ günstigste Form — ist vorläufig nur als bedeutend gebessert zu erachten; die Besserung ist keine schnelle, sondern eine nur sehr allmählich fortschreitende, und am besten theue ich, wenn ich Ihnen den Gang derselben zu schildern versuche.

Zuvörderst sieht man, wie das Infiltrat der hinteren Larynxwand in Folge der Injection, etwa 4—5 Stunden nach derselben, anzuschwellen beginnt. Genau kann man diesen Vorgang nur dann beobachten, wenn man nach der Methode untersucht, auf die Killian neuerdings wieder aufmerksam gemacht hat. Sehr bedeutend ist die Anschwellung meist nicht, aber immerhin deutlich bemerkbar. Diese Anschwellung ist am nächsten Morgen nicht allein wieder verschwunden,

¹⁾ Vorgetragen am 21. November 1890 in der Berliner laryngologischen Gesellschaft.

sondern die Stelle ist auch gegen früher etwas eingesunken, und so sieht man nach wiederholten Injectionen dieselbe sich immer mehr abflachen, ohne dabei zu zerfallen. Aehnlich ist der Vorgang bei den Infiltraten der Epiglottis. In dem einen Falle — Perichondritis arytaenoidea sin.; Infiltratio epiglottidis et. chord. voc. spur., Ulcerat. plicae interaryt. — war die Epiglottis ausserordentlich infiltrirt, aber nicht zerfallen; das linke Stimmband stand unbeweglich in der Medianlinie, beide Aryknorpel, besonders der linke, waren stark geschwollen, ebenso die Falten und Taschenbänder, während die hintere Wand ulcerirt war; die Stimmbänder waren vollkommen verdeckt und während der wochenlangen Beobachtung niemals sichtbar gewesen; die Rima war noch nicht 0,5 cm weit. Auch hier bei der hochgradigen Enge der Glottis — wo wir alles zur Tracheotomie bereit hielten — war die Schwellung nicht derartig, dass Athembeschwerden eintraten. Das Gewebe sah während des Fiebers succulent aus, die Schleimmenge war stark vermindert, die Schwierigkeit des Schluckens war etwas vermehrt. Am nächsten Morgen waren die geschwollenen Partien abgeblasst und abgefallen, und nach weiteren Injectionen ist es nunmehr möglich, die hinteren Enden der Stimmbänder zu erblicken. Auch das Schlucken ist dem Kranken erleichtert; während er früher jede Speise 4—5 mal ruminiren musste, kann er jetzt, wenn auch mit einiger Unbequemlichkeit, doch mit weit weniger Mühe, Nahrung zu sich nehmen.

Auch die Geschwüre werden günstig beeinflusst. Bei dem einen Kranken sah man, wie während des Fiebers das um die Ulceration liegende Gewebe stärker anschwell, so dass das Geschwür verkleinert erschien. Am nächsten Morgen war der Rand desselben weniger hoch, die Zacken waren kleiner, der Geschwürsgrund reiner. Nach zwei weiteren Injectionen sieht das Geschwür so rein aus, der Rand so abgeflacht, als wenn es kürettirt worden wäre. Bemerken möchte ich noch, dass in einem Falle auf einem Geschwür sich am Morgen nach der Injection ein grauschwärzlicher Belag fand, nach dessen Abstossung sich der reine Geschwürsgrund darbot.

Bei dem Falle, wo auf der Epiglottis Infiltration und Ulceration vereint sind, ist objectiv noch wenig Veränderung zu bemerken. Die Geschwüre beginnen sich zu reinigen; der Kranke, ein 14jähriger Knabe, behauptet besser schlucken zu können.

Eine Heilung ist, wie schon erwähnt, bisher noch nicht beobachtet; aber eine, wenn auch langsam vorschreitende Besserung ist auch in den schweren Fällen zu verzeichnen. Wie weit dieselbe führen wird, kann erst die Erfahrung und die länger fortgesetzte Beobachtung lehren. Langsam kann in den schweren Fällen nur ein Fortschritt eintreten. Wie wir in der Behandlung der Kehlkopftuberculose weiterhin verfahren werden, ob die chirurgische Behandlung des Kehlkopfes verbunden mit der Koch'schen Methode nicht in Zukunft bei den schweren Fällen erst recht ihre Triumphe feiern wird, das, m. H., kann erst die Zukunft lehren.

Auch differential-diagnostisch hat uns das Koch'sche Verfahren werthvolle Dienste geleistet. In einem Fall, wo die Meinung zwischen hereditärer Lues und Lupus des Pharynx und Larynx schwankte, hat die Probeinjection zu Gunsten des Lupus entschieden.

Das, m. H., hätte ich Ihnen vorläufig mitzutheilen. Sie verzeihen das wenig vollständige der Mittheilung, aber bei der Wichtigkeit der Sache glaubte ich das, was wir bisher beobachtet, Ihnen nicht vorenthalten zu dürfen.