DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Dritter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner.

Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Laryngologische Mittheilungen.

Von
Dr. A. Böcker in Berlin.

II.

Beiderseitige Lähmung der Erweiterer der
Stimmritze.

(Schluss aus No. 20.)

Stat. praes. Magere, bleich aussehende Frau, von etwas fahler Gesichtsfarbe, der Kopf etwas nach hinten geneigt; es fällt einem sogleich die starke Athemnoth der Pat. auf. Der Kehlkopf macht sehr starke Excursionen bei der In- und Expiration; der Unterschied zwischen dem höchsten und niedrigsten Stande desselben beträgt mehr als 2 Ctm. Die Sternocleidomastoidei treten stark hervor, der Omohyoideus bildet einen strangförmigen Vorsprung. Bei der Inspiration findet ein starkes Einsinken der Suprasternal- und Supraclaviculargegend statt. Die Intercostalmuskeln werden deutlich nach innen gezogen, ebenso die Magengrube. Bei forcirter Inspiration hört man ein deutliches, tönendes Geräusch. Die Stimme ist vollkommen erhalten, doch schwach. Die Sprache ist monoton. Pat. spricht stets in derselben Tonhöhe, mit verhältnissmässig tiefer Sprache. Bei der Aufforderung jedoch, einen höheren Ton anzugeben, geschieht dieses, nachdem einige Schwierigkeiten, die in der Unbehüllichkeit der Person ihren Grund hatten, überwunden sind.

An den Unterschenkeln findet sich Psoriasis, auf der

Stirn mehrere etwas deprimirte, bis sechsergrosse, weisse Narben. Die Untersuchung des Kehlkopfs mittelst des Spiegels zeigt eine geringfügige Röthung der Schleimhaut zwischen den Arytaenoidknorpeln, im Uebrigen erscheint die Schleimhaut eher blass. Die Stimmbänder weiss, ihre Schleimhaut nicht ganz zart. Dieselben schliessen beim Tonangeben vollkommen, die Arytänoidknorpel nähern sich in normaler Weise. Bei der Athmung treten die Stimmbänder nur unbedeutend auseinander, die proc. vocal. der Arytaenoidknorpel bleiben mit ihren Spitzen beinahe in Berührung. Die Stimmritze bildet bei der Ausathmung einen länglich ovalen Spalt. Bei der Inspiration nähern die Ränder der Stimmbänder sich einander indem ein deutliches Tiefersteigen derselben stattfindet, bei der Expiration weichen dieselben wieder etwas auseinander. Fordert man die Pat. auf, forcirt einzuathmen, so berühren sich die Stimmbänder fast und lassen nur eine ganz schmale, längliche Spalte zwischen sich. Ausserdem entsteht ein weithin hörbares, tönendes, rauhes Geräusch, während man genau die Schwingungen der Stimmbänder beobachten kann.

Im Rachen keinerlei Abnormität, ebenso ergiebt die Untersuchung der Brust und des Herzens nichts abnormes.

Nach diesem Befunde handelte es sich um Lähmung bei der Crico-arytaenoidei postici; alle übrigen Kehlkopfmuskeln functionirten normal.

Nach einigen Pinselungen mit Arg. nitr. Lösung verlor sich die unbedeutende Röthung zwischen den Arytänoidknorpeln; Pat. klagte aber noch immer über Luftmangel, wenn

derselbe auch etwas geringer sei. Das laryngoscopische Bild hatte sich im Uebrigen in Nichts geändert. Innerlich erhielt die Kranke Jodkali. Ausserdem wurde sie nach Verschwinden der Röthung längere Zeit mit dem Inductionsstrome auch intralaryngeal behandelt. Unter dieser Behandlung verlor sich die Psoriasis an den Unterschenkeln; einen Erfolg auf die Beweglichkeit der Stimmbänder hatte ich aber nicht zu verzeichnen. Die Athmung war in der Ruhe so, dass Pat. den Luftmangel nur wenig spürte, bei Anstrengungen trat aber alsbald Dyspnöe auf mit dem lauten, tönenden Geräusche. Dieser Zustand blieb bis Ende März 1876 annähernd der gleiche. Damals trat ein leichter Katarrh des Respirationstractus und eine geringe Röthung der Schleimhaut des Kehlkopfs und Stimmbänder auf, diesmal einhergehend mit stärkerer Athemnoth und lautem Geräusch bei jeder Inspiration. Deshalb entschloss ich mich die Tracheotomie auszuführen.

Nachdem Herr College Timann und ich uns nochmals von dem Kehlkopfbefunde überzeugt hatten, machte ich unter gütiger Assistenz des Herrn Collegen am 30. März die Tracheotomie. Dieselbe bot im Allgemeinen keine Schwierigkeiten. Gleich bei Eröffnung der Luftwege und Einsetzen der Canüle war jedoch eine Erscheinung höchst auffällig. Die erwartete Euphorie, die Freiheit der Athmung trat nicht ein. Ich nahm die Canüle noch einmal heraus, ging mit dem Finger tief in die Trachea hinab, kam aber auf kein Hinderniss; die Canüle wurde wieder eingesetzt. Es liess sich wohl ein geringer Nachlass in der Dyspnöe nachweisen, als frei konnte die Athmung aber keineswegs bezeichnet werden. Die Excursionen des Kehlkopfs bei In- und Expiration waren noch dieselben, nur das tönende Geräusch bei der Inspiration fehlte. Pat., welche ich in meiner Wohnung operirt hatte, begab sich hierauf nach Hause.

Zur Erklärung des Umstandes, dass nach dem ausgeführten Luftröhrenschnitte die Erscheinungen der Athemnoth in so hohem Grade fortbestanden, blieb, meiner Ansicht nach, nur die Annahme, dass an einer tieferen Parthie der Luftröhre ein weiteres Hinderniss für den Lufteintritt in die Lungen vorhanden sei. Denn dass die Canüle in richtiger Weise in der Luftröhre liege, darüber konnte man durch das Aus- und Eintreten der Luft Gewissheit erhalten, abgesehen davon, dass ich mit dem Finger in die Trachea eingegangen und

ihr Lumen sichtbar war. Als ich die Pat. am andern Tag in ihrer Wohnung besuchen wollte, hatte sich dieselbe in das Augusta - Hospital begeben. Herr Sanitätsrath Dr. Küster, welcher die Kranke hier in Behandlung hatte, versuchte nach Verschwinden der katarrhalischen Erscheinungen die Canüle, welche ja fast keine Erleichterung schaffte, zu entfernen, sah sich aber genöthigt, dieselbe, da die Dyspnöe stärker wurde wieder einzusetzen. Pat. verliess hierauf das Krankenhaus suchte im Barackenlazareth weitere Hülfe, kam dann aber wieder zu mir.

Von Neuem versuchte ich nun mir über den Grund der Dyspnöe, welche allerdings nicht hochgradig war, Aufschluss zu verschaffen und vermittelst des Spiegels direct die Stelle zu betrachten, konnte aber zu keinem Resultat gelangen. Die Pat. hatte nach ihrer Angabe schon 6 Wochen lang mit zu gekorkter Canüle geathmet. Jetzt drängte sie mich, da durch das Einsetzen der Canüle doch keine Erleichterung eingetreten sei, unter jeder Bedingung die Röhre wieder zu entfernen. Da ich im Allgemeinen die Richtigkeit der Argumentation der Pat. anerkennen musste, gab ich ihrem Verlangen nach, indem ich aber nicht unterliess, sie darauf aufmerksam zu machen, dass nach den Erfahrungen, welche Herr College Küster bereits extrahirt hatte, die Wahrscheinlichkeit vorhanden sei, dass sie nach kurzer Zeit die Wiedereinsetzung selbst verlangen würde.

Ende September 1876 entfernte ich also die Canüle, nähte die Trachealwunde, nach Anfrischung der Ränder, mit zwei Catgutfäden zu und entliess Pat., welche wie bei zugekorkter Canüle athmete, in ihre Wohnung.

Am andern Morgen, (die Herausnahme der Röhre war am Abend geschehen), in aller Frühe wurde ich bereits von der Pat. geweckt; die tönende Einathmung konnte ich schon durch zwei Zimmer hindurch hören, so laut war dieselbe. Pat. litt wieder an hochgradigem Luftmangel; der Zustand war so, wie er vor der Tracheotomie gewesen. Deshalb wurden die Suturen entfernt und die Canüle wieder eingesetzt mit dem Erfolge, dass die Athmung etwas leichter wurde.

Von jetzt ab sah ich Pat. erst im December wieder nach mehrfachen vergeblichen Bemühungen ihrer habhaft zu werden. Der Zustand war noch derselbe; nur fand sich Alopecia areata in Markgrösse gerade auf dem Scheitel. Pat. konnte bei zuge-

korkter Cantile athmen, allerdings strich stets etwas Luft neben der Cantile hindurch, bei forcirter Inspiration hörte man das tönende Geräusch im Kehlkopfe, bei schnellem Gehen, Treppensteigen, Anstrengungen steigerte sich die Dyspnoë. Im rechten Unterlappen fanden sich mehrfache kleinblasige Rasselgeräusche, nirgends eine Dämpfung. Mit dem Stethoskop hört man dicht oberhalb der Manubrium sterni ein scharfes Geräusch, wie wenn die Luft durch eine enge Stelle streicht. Ueber dem Sternum sowie dicht unterhalb der Trachealöffnung wird dieses Geräusch nur undeutlich gehört. Dasselbe lässt zuweilen im Anfang der Inspiration ein leises klappendes Geräusch, wie wenn ein Klappenventil sich schliesst, wahrnehmen.

Die laryngoskopische Untersuchung ergibt Blässe der Kehlkopfschleimhaut; sonst derselbe objective Befund der Lähmung der Erweiterer der Stimmritze. Nach Entfernung der Cantile sieht man durch die starre klaffende Oeffnung den untern Rand des Ringknorpels und den Anfangstheil der Luftröhre. Bei jeder Inspiration bemerkt man eine stärkere Spannung der hintern Trachealwand und namentlich, wie die Trachea einen starken Zug am Ringknorpel ausübt, indem gleichzeitig ein stumpfer Winkel an dem unteren Rande des letzteren entsteht. Bei der Expiration verliert sich dieser Winkel und erscheint dann die Trachea wie ein gerades Rohr.

Jetzt versuchte ich nochmals durch die Trachealöffnung einen kleinen Spiegel einzuführen um die tieferen Theile der Luftröhre zu beleuchten. Die Schleimhaut zeigte sich aber sehr empfindlich, es trat alsbald Husten ein, einhergehend mit hochgradiger Dyspnoë, trotz freien Lufteintritts in die Trachea. so dass die Entfernung immer gleich wieder vorgenommen werden musste. Eine zweite grosse Schwierigkeit bestand, bei der verhältnissmässig kleinen Trachealöffnung in dem starken Herauf- und Herabtreten des Kehlkopfes, (dasselbe beträgt noch 2 Ctm.) sowie in der nothwendigen Kleinheit des Spiegels. Die Versuche auf diese Weise Aufschluss über den Sitz des Hindernisses zu erlangen, mussten aufgegeben werden.

Deshalb griff ich zu dem Katheter. Das Einführen desselben in die Luftröhre verursachte jedoch einen so intensiven Husten und so hochgradige Athemnoth, dass ich von weiteren Versuchen in dieser Richtung ebenfalls abstecken musste.

Herr College Küster hatte dann die Güte am 10. März

huj. die Pat. mit mir zusammen im Augusta-Hospital einer nochmaligen Untersuchung zu unterziehen. Die subjectiven Symptome und der objective Befund waren die früheren. Durch die Trachealwunde wurde eine biegsame lange Königsche Cantile erngeführt, doch kam man auf kein Hinderniss. Da die Röhre ziemlich tief hinunterreicht, so kann man nur annehmen, dass das Hinderniss noch unterhalb derselben seinen Sitz hat.

Werfen wir einen Blick zurück auf den mitgetheilten Fall, so sehen wir zuerst alle charakteristischen Symptome der Lähmung der Erweiterer der Stimmritze, welche Lähmung durch den objective Befund sicher gestellt wurde. Auch bei unserer Pat. wurde, wie in 6 der früheren Fälle, die Tracheotomie nöthig. Die Glottisstenose entwickelte sich ganz allmählig und erst nach 9 Jahren wurde die Dyspnoë so hochgradig, dass ein actives Einschreiten nöthig wurde. Der Grund hierfür ist von Schech und Riegel in dem erst allmählig auftretenden Uebergewicht der Antagonisten der Postici gefunden worden.

Die Aetiologie in unserem Falle anlangend, so scheint der Process mit katarrhalischer Affection des Luftrohrs in Zusammenhang zu stehen. Ich kann aber nicht verhehlen, dass ich geneigt bin die Lähmung der Erweiterer der Stimmritze mit der nicht unwahrscheinlichen inveterirten Lues der Kranken in Connex zu bringen. Es fand sich Psoriasis an den Unterschenkeln, welche auf Jodkali verheilte, dann mehrfache bis sechsergrosse deprimirte Narben von intensiv weisser Farbe auf der Stirn und namentlich scheint mir die sicher anzunehmende Stricture im untersten Theile der Luftröhre dafür zu sprechen, eine Erscheinung, welche Syphilis mehr wie wahrscheinlich macht.