VI. Aus der Universitäts-Kinderklinik in Leipzig. (Direktor: Med.-Rath Prof. Dr. Soltmann.)

Multiple Larynxpapillome im Kindesalter.

Von Dr. F. K. Lämmerhirt, Assistenzarzt.

Kasuistische Beiträge zum Krankheitsbilde der multiplen Larynxpapillome sind in den letzten Jahren recht spärlich erschienen, und doch bietet dieses glücklicherweise nicht so häufige Leiden im Kindesalter so viele Schwierigkeiten hinsichtlich der Diagnose und Prognose, hinsichtlich der Therapie und vor allem des Dauererfolges derselben, dass man die Kasuistik hierüber noch nicht als abgeschlossen betrachten kann und dass deshalb vielleicht eine Mittheilung der im hiesigen Kinderkrankenhaus beobachteten Fälle, deren Zahl sich trotz eines sehr umfangreichen Materials nur auf drei Patienten innerhalb von zehn Jahren beläuft, interessiren dürfte.

Fall 1 und 2 stimmen in der Anamnese überein; bei beiden sonst normal entwickelten Kindern fiel schon im ersten Lebensjahre eine heisere krächzende Stimme auf, später traten in langsamer allmählicher Entwicklung dyspnoische Beschwerden auf, die sich in der letzten Zeit zu häufigen und bedrohlichen Erstickungsanfällen steigerten.

Fall 1. Sidonie N., 2½ Jahre alt. Ohne den allgemeinen Status wiederzugeben, beginne ich gleich damit, dass mit Rücksicht auf die geschilderten Symptome, welche auf eine Erkrankung im Bereiche der Glottis hinwiesen, die laryngoskopische Untersuchung vorgenommen wurde, deren Ausführung nur in Narkose möglich war. Auch mit dieser Hilfe gelang es erst beim zweiten Male, einen sicheren Einblick in den Larynx zu gewinnen und es zeigte sich nun, dass das Athemhinderhiss in einer erbsengrossen als Papillom anzusprechenden Geschwulst bestand, die am freien Rande des rechten Stimmbandes sass. Daraufhin Operation: Nach Laryngofissur wird das Papillom abgetragen, die Umgebung mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und in die Trachea eine Kanüle eingelegt. Diese konnte nach wenigen Tagen entfernt werden und nach fünf Wochen wurde das Kind, nachdem es eine im Anschluss an die Operation aufgetretene Bronchopneumonie gut überstanden hatte, mit noch heiserer Stimme, aber völlig freier Athmung geheilt entlassen.

Indessen schon nach drei Wochen traten erneute Athembeschwerden auf und nachdem die Untersuchung ein Rezidiv ergeben hatte — und zwar an der Unterfläche des linken Stimmbandes, während die Narbe selbst mit ihrer Umgebung frei war — wurde abermals nach Laryngofissur das Papillom abgetragen, die Umgebung mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und danach kauterisirt. Nach drei Wochen konnte das Kind wiederum geheilt entlassen werden.

Doch hatte die Heilung auch dieses Mal keinen dauernden Bestand. Zwei Monate später musste das Kind wegen einer akuten Larynxstenose zu Hause tracheotomirt werden. Die Untersuchung ergab dann, dass die ganze Glottis von Rezidiven des Papilloms bedeckt war und es folgte jetzt eine siebenmonatliche continuirliche Behandlung. Zunächst wurde versucht, durch die Intubation und hiermit vielleicht durch die Ausschaltung der Funktion der Glottis die Papillome zum Schwinden zu bringen, wie ja nach ähnlichem Prinzip durch Tracheotomie und Einführung einer Dauerkanüle auf 6–10 Monate manche Fälle von Larynxpapillomen dauernd geheilt worden sind; sodann wurden von einem Spezialisten in sieben Sitzungen durch endolaryngeale Operationen mit zeitweilig nachfolgender Kauterisation multiple Papillomstückchen abgetragen, deren mikroskopische Untersuchung — nebenher bemerkt — die makroskopische Diagnose bestätigte. Jedoch wurde der Erfolg der einzelnen Operation stets wieder durch das überaus schnelle Auftreten von Rezidiven aufgehoben.

Man entliess vorläufig das Kind mit der Kanüle und es schien ihm das Loos bestimmt, dauernd eine solche tragen zu müssen, nachdem sich alle Behandlungsmethoden, wie sie im Verlaufe von 1¼ Jahren angewandt waren, erschöpft hatten. Immerhin blieb ja die Möglichkeit offen, nach längerer Pause später noch einmal eine radikale Operation zu versuchen. Diese wurde denn auch, nachdem die Eltern der Patientin von Leipzig weggezogen waren, an anderer Stelle vorgenommen, wie ich brieflich erfahren habe, endlich mit dem gewünschten glücklicheren Erfolge, dass sich keine Rezidive wieder einstellten.

Jetzt nach sieben Jahren ist das Kind völlig gesund und hat absolut keine Athembeschwerden, nur die Stimme und Sprache sind heiser geblieben.

Fall 2. Die Krankengeschichte dieses Falles gebe ich nach dem Sitzungsbericht der Leipziger Medizinischen Gesellschaft wieder, in welcher Herr Prof. Tillmanns das Kind seiner Zeit vorgestellt hat: „B. G., fünfjähriger Knabe. Im Juni 1892 wurden von Tillmanns zahlreiche Papillome des Kehlkopfes im Bereiche der Stimmbänder durch Laryngofissur entfernt. Heilung, kein Rezidiv. Im August 1893 musste wegen zunehmender Dyspnoë in Folge von Oedem des Kehlkopfeinganges die Tracheotomie gemacht werden, seit dieser Zeit Dauerkanüle. Im Februar 1895 wurde Patient wieder ins Kinderkrankenhaus aufgenommen wegen eines Fibroms im Bereiche der Epiglottis, das den Kehlkopfeingang verlegte. Das Fibrom wurde durch Pharyngotomia subhyoidea mittels Galvanokaustik entfernt. Vollständige Heilung, Dauerkanüle ebenfalls entfernt.“

Was jetzt noch an dem Kinde interessirt, ist vor allem auch der funktionelle Erfolg der Operation. Die jetzt nach sieben Jahren von mir ausgeführte laryngoskopische Untersuchung zeigte, dass die Funktion der Stimmbänder wieder eine recht gute war; trotz einiger narbiger Verdickungen legten sie sich beim Phoniren gleichmässig und eng aneinander und damit im Einklange stand auch die Stimme des Kindes. Beim leisen und tiefen Sprechen — wobei die Spannung der Stimmbänder und damit die Dehnung der Narbe eine geringe ist — war die Stimme heiser und wenig klangvoll, je höher und lauter dagegen die Stimme wurde und je grösser die damit verbundene Spannung der Stimmbänder war, umso mehr fiel die Heiserkeit weg und umso klangvoller wurde das Organ.

Fall 3. 2 Jahre altes Kind, seit vier Monaten in ärztlicher Behandlung wegen Rachitis und Laryngospasmus, ohne dass bisher eine Besserung eingetreten wäre.

Schon bei der ersten Untersuchung wurde das Kind von einem äusserst heftigen Erstickungsanfall betroffen, der sich dann mehrmals täglich, vor allem bei jeder Erregung des Kindes, wiederholte. Doch war auch in der anfallsfreien Zeit die Athmung nicht ganz frei, eine geringe Dyspnoë bestand selbst im Schlaf und diese im Verein

mit einem leicht cyanotischen Aussehen des Kindes und einem etwas an den fassförmigen Thorax der Emphysematiker erinnernden Brustkorbe sprach gegen die Diagnose laryngospastischer Zustände und musste zur Annahme eines continuirlich wirkenden Athmungshindernisses führen. Die genauere Anamnese ergab denn auch, dass das Kind schon seit der Geburt an Heiserkeit gelitten habe, eine fieberhafte Erkrankung lag nicht vor und Rachen und Lungen boten bei der Untersuchung nichts Besonderes, nur dass über der Bifurkationsstelle zeitweilig ein eigenthümliches schwirrendes Geräusch bei der Auskultation zu hören war. Alle diese Symptome, vor allem das letztere, liessen vermuthen, dass die Ursache der Dyspnoë in einer Larynxgeschwulst zu suchen war, da tuberkulöse Schwellungen der Bronchial- oder Interthorakaldrüsen, die mitunter einen ähnlichen Symptomencomplex hervorrufen können, in diesem Falle auszuschliessen waren, die Diagnose durch laryngoskopische Untersuchung zu sichern, war jedoch selbst bei lokaler Anästhesie unmöglich. Da nun die Eltern sich nicht zu einer Operation entschliessen konnten und die Beschwerden sich unter lokaler Applikation von Eis und unter Bromdarreichung in dem Grade besserten, dass die Erstickungsanfälle völlig sistirten und auch die Dyspnoë sich verringerte — offenbar waren consecutive Schwellungszustände der Larynx-Schleimhaut für die Athembeschwerden mit verantwortlich zu machen — so entliess man das Kind vorläufig mit dieser exspektativen Therapie.

Acht Wochen später wurde uns das Kind wiedergebracht mit einer akuten fieberhaften Erkrankung, welche auch die bis dahin andauernd geringen dyspnoëischen Beschwerden wieder

hochgradig gesteigert hatte. Am Tage nach der Aufnahme entpuppte sich die Krankheit als ein intensiver Scharlach mit starker Betheiligung des Rachens und wegen zunehmender Dyspnoë musste bald darauf die Tracheotomie gemacht werden, welche zunächst die Athembeschwerden völlig beseitigte. Doch traten dieselben in den nächsten Tagen wieder von neuem auf, als Folge einer starken Tracheobronchitis; bald trat eine Pneumonie hinzu und an ihr sowie der starken Allgemeininfektion ging dann das Kind zu Grunde.

Bei der Sektion zeigte sich nun — cf. Photographie —, dass die ganze

Glottis in geradezu erstaunlichem Umfange von Papillomen ausgefüllt war, von den Stimmbändern war absolut nichts zu sehen, sie schienen völlig in der Geschwulst aufgegangen, sodass man fast an einen malignen Charakter derselben denken konnte, doch ergab die mikroskopische Untersuchung, dass die Geschwulst scharf gegen die Larynxschleimhaut abgegrenzt war und den typischen Bau der Papillome hatte: einen zarten gefässhaltigen bindegewebigen Grundstock in Form von Papillen mit einer dickschichtigen Auflagerung von Plattenepithelien, welche in den obersten Schichten sogar Verhornung zeigten. Die übrige Schleimhaut des Larynx zeigte das Bild einer akuten Entzündung sogar mit Bildung einer fibrinösen Membran, bei der sowohl die Abimpfung auf Blutserum wie die mikroskopische Untersuchung nur die Anwesenheit von Coccen, nicht von Stäbchen ergab.

Will man aus diesem Falle eine Lehre ziehen, so wäre zu rathen, sich in ähnlichen Fällen trotz des jugendlichen Alters der Patienten nicht mit einer symptomatischen und exspektativen Therapie zu begnügen, sondern — wenn anders die Operation nicht verweigert wird — diese so früh als möglich zu versuchen. Bei allen akuten Infektionskrankheiten des Kindesalters werden mit einem derartigen Leiden behaftete Kinder doch stets einer grösseren Gefahr ausgesetzt sein, als andere Kinder und, wie unsere beiden ersten Fälle und auch die sonstige Kasuistik lehren, ist die Gefahr einer radikalen Operation mit Eröffnung des Larynx bei exakter Ausführung nicht eine grosse und der Erfolg — wenn auch mitunter erst nach vieler Mühe erreichbar — doch ein recht zufriedenstellender.