

peripherischen Nerven, wird das Gift auch zu dem Gehirn und Rückenmark geleitet, und verändert diese in ihrer Weise, d. h. in jener, welche nach der Art des Gifftes in diesen Theilen entstehen muss. Ihre Reizung durch das Gift muss dann auch wieder auf die mit ihnen verbundenen, und grösstentheils von ihnen abhängigen Nerven weiter wirken.

3) Die Glycocholsäuse scheint vorzugsweise auf die Nerven des Rückenmarks und der Medulla oblongata zu wirken: denn die von ihnen ausgehenden Nerven der Bewegung, Empfindung und des Athmens zeigten sich vorzugsweise verändert: das Herz schlug noch viele Stunden fort, nachdem bereits die Wirkung jener Nerven aufgehört hatte.

4) Eine an Glycocholsäure reiche Galle muss somit vorzüglich als ein Nerven- und Muskelreiz wirken, mag sie nun in Klystieren oder durch den Mund angewendet werden. Gallenklystiere erregen die Thätigkeit des Mastdarms und bewirken Ausleerung. Wenn das Walter'sche Bitter, das zuerst aus pflanzlichen und thierischen Stoffen (*Annales de chemie*. Vol. XXV.) dargestellt ward, auch nach Angabe einiger aus der Galle erhalten werden kann, so hat bereits *Emmert d. Aelt.* (*Meckel*, deutsches Archiv. Bd. I.) die Wirkung der Galle beobachtet. Indess ist jene Bereitungsweise zweifelhaft.

2.

Laryngoscopische und rhinosecopische Mittheilungen.

Von Joh. Czermak.

(Hierzu Taf. VI. Fig. 4—7.)

I.

Seit ich vor drei Jahren die erste, vermittelst des Kehlkopfspiegels gemachte Diagnose eines Larynxpolyphen veröffentlicht habe *), sind mir ähnliche laryngoscopische Befunde so oft vorgekommen, dass ich schon in meiner Brochüre über den Kehlkopfspiegel (Leipzig, Engelmann, 1860), S. 97 den Satz aussprechen konnte „dass solche pathologische Veränderungen viel häufiger vorkommen, als man bisher geglaubt haben mag.“

Mit der rasch wachsenden Verbreitung des Kehlkopfspiegels haben sich jedoch die Fälle von Neubildungen im Larynx in einer Weise vermehrt **), dass sich maassgebende Autoritäten „der Besorgniß nicht verschlossen konnten, dass die Laryngoscopie gegenwärtig die Frequenz der Neubildungen am Kehlkopf überschätzt und jede dort vorkommende Anschwellung als eine Neubildung anspreche.“

*) s. Wiener med. Wochenschr. 1859. 8. Januar.

**) s. u. A. mehrere von mir im Frühjahr und Herbst 1860 in Paris beobachtete Fälle von Larynxpolyphen. Gazette des Hôpitaux und bes. Lewin's Mittheilungen in der Allgem. med. Cent.-Zeit. v. 12. Octbr. und 4. Jan. 1862.

„Wäre die Zahl der Neubildungen im Larynx so erheblich, wie sie sich durch die Laryngoscopie herauszustellen scheine, so liesse sich kein Grund absehn, warum früherhin — da diese Neubildungen ja doch an Volum zunehmen und Erstickungsgefahr herbeiführen, dieselben selbst auch in ihren späteren Stadien sich der Beobachtung so vollständig entzogen haben sollten“ *).

Ohne für die Angaben anderer Beobachter, welche die von mir hervorgehobene Thatsache bestätigt haben, einstehen zu können, — ohne die Möglichkeit eines diagnostischen Irrthums bei flüchtiger oder ungenügender laryngoscopischer Untersuchung leugnen zu wollen, — und trotz des Widerspruchs, in dem sich mein oben citirter Satz mit den bisherigen Erfahrungen der Chirurgen und pathologischen Anatomen befindet, muss ich denn doch die volle Gültigkeit derselben allen Einwendungen gegenüber aufrecht erhalten.

Ja wollte man auch einen grossen Theil der seit der Einführung der Laryngoscopie bekannt gewordenen Beobachtungen von Larynxpolypen als zweifelhaft oder ungenau streichen, so bliebe immer noch eine hinreichende Menge von ganz exacten, völlig unzweideutigen und streng beweisenden Beobachtungen übrig.

Ob der Grund des Widerspruchs zwischen den laryngoscopischen Thatsachen und den klinischen und pathologisch-anatomischen Erfahrungen in dem langsamen Wachsthum der Neubildungen, in der Vernachlässigung des Kehlkopfes bei den Sectionen oder in anderen noch unbekannten Umständen liegen mag, kann ich nicht entscheiden, dagegen will ich mir erlauben einen weiteren schlagenden Beleg für die factische Existenz jenes noch unvermittelten Widerspruchs beizubringen.

Ich habe nämlich seit meiner Uebersiedelung von Pest nach Prag, in dem kurzen Zeitraum von kaum $1\frac{1}{2}$ Jahren unter verhältnissmässig wenigen Kehlkopfkranken, welche ich hier zu untersuchen Gelegenheit hatte, bereits wieder 4 neue Fälle von exquisiten Larynxpolypen gefunden, während das reiche hiesige pathologisch-anatomische Museum, für welches seit Jahrzehnten bei Tausenden von Sectionen gesammelt wird, nur 2 oder 3 Neubildungen im Larynx aufweisen kann.

Die von mir neuerdings beobachteten 4 Fälle sind Folgende:

1) Den 4. Decbr. 1860 untersuchte ich einen 35 Jahre alten Handelsmann J. L. von hier, welchen mir Hr. Dr. Gosc hler zugeschickt hatte. Derselbe litt seit 3 Jahren an bedeutender Heiserkeit und hatte schon die verschiedensten Mittel erfolglos gebraucht. Weder die Anamnese noch die gewöhnliche Untersuchung des Patienten bot einen Anhaltspunkt zur Ermittelung seines Leidens. Die Inspection mit dem Spiegel hingegen ergab sofort als Grund sämmtlicher Krankheitserscheinungen das Vorhandensein einer grossen unregelmässig höckerigen Neubildung von weisslicher Farbe, welche rechterseits aufsitzend mehrere Linien weit in das Lumen des sonst normalen Kehlkopfs vorsprang. Die verhältnissmässige Grösse des Polypen und die Breite seiner Basis erlaubten mir in diesem Falle nicht mit voller Sicherheit zu ermitteln, ob derselbe aus dem wahren oder aus dem falschen

*) s. Deutsche Klinik. No. 2. 1862.

Stimmbande oder zwischen beiden Stimmbändern der rechten Seite hervorsproste, doch war mir ersteres das wahrscheinlichste.

Am 7. Novbr. 1861 kam Hr. J. B., Ordenspriester allhier, ein sonst gesunder kräftiger Mann von 32 Jahren zu mir, welcher seit 2 Jahren an einer Heiserkeit leidet, die ihn in seinem Predigerberufe hindert und keinem der zahllosen Mittel weichen wollte, welche von ihm gebraucht worden waren.

Er gab an, früher niemals krank gewesen und erst vor zwei Jahren nach einer Anstrengung seines Stimmorgans ganz plötzlich von einem momentanen Schmerz und Kitzel im Kehlkopf besessen worden zu sein.

Von dieser Zeit an habe sich die Heiserkeit rasch entwickelt und zur völligen Aphonie gesteigert, sei aber nach und nach der gegenwärtig vorhandenen blossem Umschlungen der Stimme gewichen.

Bei der Inspection mit dem Spiegel zeigte sich in dem sonst völlig normalen Kehlkopf ein rundlich höckeriger Polyp von der Grösse einer grünen Erbse, welcher mit verschmälter Basis auf dem Rande des rechten unteren Stimmbandes, etwa am vorderen Ende des mittleren Drittels desselben aufsitzt, wie in Fig. 4. abgebildet ist.

Diese Neubildung ist nach Grösse, Sitz und Beschaffenheit vollkommen analog mit jener ersten, welche ich am 2. Januar 1859 in Pest beobachtet habe. Vergl. die beigedruckte Skizze Fig. I. mit dem Holzschnitt Fig. 12. auf S. 74 meiner Broschüre über den Kehlkopfspiegel.

Bei geöffneter Glottis hängt der kleine Polyp in die Ebene derselben herein, so dass er leicht von den Rändern der Stimmbänder eingeklemmt wird, wenn sich die Glottis zum Tönen verengt. Die Stimme ist dann sehr heiser oder versagt gänzlich. Meist befreit aber den Polypen ein starker Luftstrom aus seiner Einklemmung oder verhindert dieselbe ganz und gar, indem er ihn empor schleudert, während sich die Stimmbänder ungehindert nähern; der Polyp ruht dann auf der verengten tönenden Glottis und beeinträchtigt ihre Vibratoren, wodurch sich die constante Umschlungen der Stimme genügend erklärt.

Aus diesen Beobachtungen über die Art und Weise wie der Polyp die reine Stimmbildung mehr oder weniger hemmt, wird auch verständlich, wie sich das alsbald bis zur Aphonie gesteigerte Uebel des Patienten bei längerem Bestande und gerade durch das allmäliche Wachsthum [des Polypen bis zur blossem Umschlungen der Stimme (mit nur momentan auftretender Aufhebung der Stimmbildung) aus rein mechanischen Gründen bessern konnte.

Anfangs nämlich musste der im Niveau der Glottis hervorwuchernde Polyp stets zwischen den Rändern der Stimmbänder eingeklemmt werden und bei steigender Volumszunahme die zur Bildung einer tönenden Ritze nöthige Annäherung derselben bald gänzlich verhindern — Aphonie —; während bei der mit dem weiteren Wachsthum zunehmenden Pedicularisirung des Polypen die Einklemmung desselben in die Glottis immer seltener wurde, indem die verjüngte Basis ein Herausgeschleudertwerden der fremden Masse über die Ebene der Glottis hinaus und die annähernd normale Verengerung der letzteren immer mehr erlaubte — Besserung der Aphonie, aber trotzdem zeitweiliges Versagen der natürlich stets umschlungenen Stimme. —

Theils um nicht selbst die Zeit mit der oft zu wiederholenden Beobachtung des Polypen verlieren zu müssen und doch alle etwaigen Veränderungen an demselben sogleich im Entstehen zu erfahren; theils um den intelligenten Patienten für einen späteren operativen Eingriff vorzubereiten, habe ich demselben den (für ähnliche Fälle schon in meiner Schrift über den Kehlkopfspiegel S. 30 ausgesprochenen) Rath ertheilt, sich mit der Anwendung meines bekannten Apparates zur laryngoscopischen Selbstbeobachtung und Demonstration vertraut zu machen. Pat. ging mit Bereitwilligkeit und Geschick auf diesen Rath und die Anleitung, die ich ihm gab, ein und hatte zu seiner grossen Befriedigung schon nach wenigen Tagen ausdauernder Bemühung die Fertigkeit erlangt seinen Polypen selbst zu sehen und fremden Beobachtern zu zeigen.

Auf mein Ersuchen hatte Pat. die Gefälligkeit in der Sitzung der hiesigen Gesellschaft praktischer Aerzte am 11. Dechr. v. J. einer grössen Anzahl von Collegen seinen Polypen mit meinem Apparate selbst zu demonstriren.

3) Am 2. Dechr. 1861 schickte mir Hr. Prof. Blaziner einen 26jährigen Handlungcommis, B. S., zu, welcher seit etwa 1½ Jahren heiser ist. Die Stimme des sonst gesunden Pat. fällt durch ihr schweres Ansprechen und ihr häufiges Umschlagen aus heisarem Krähen in rauhen Bass oder in tonloses Zischen auf.

Die laryngoscopische Untersuchung ergab sofort das Vorhandensein eines etwa erbsengrossen vollkommen kugeligen Polypen von glatter, gespannter Oberfläche und dunkler blauröthlicher Färbung. Seine Insertionsstelle ist abermals zwischen dem ersten und zweiten Drittel des freien Randes des rechten unteren Stimmbandes. Vergl. Fig. 5.

Ein Eingeklemmtwerden des Polypen in die Glottis, das Aufruhen desselben auf der tönenden Glottis, wenn ihn ein starker Luftstoss emporschleudert und aus der Einklemmung befreit bat, ist hier wie in dem vorigen Falle leicht zu beobachten und erklärt vollständig die oben erwähnten krankhaften und unregelmässigen Erscheinungen bei der Stimmbildung.

Was die Beschaffenheit der Neubildung selbst angeht, so unterscheidet sich dieselbe auf den ersten Blick von dem vorigen Polypen, stimmt dagegen in dieser Beziehung vollkommen überein mit jenem gestielten Auswuchs, den ich in meiner Brochüre sub 18. Fall beschrieben und in Fig. 24. S. 96 skizzirt habe.

4) W. St., Kaufmann in P. in Böhmen, 25 Jahre alt, früher immer gesund, giebt an, um Ostern 1860 ohne irgend eine Veranlassung, über Nacht die Stimme verloren zu haben. Keines der verschiedenen in Anwendung gebrachten Mittel gegen Heiserkeit hatte einen günstigen Erfolg. Auch eine Kur in Gleichenberg war fruchtlos versucht worden. Endlich kam der Pat. selbst auf den Gedanken sich laryngoscopisch untersuchen zu lassen und wandte sich desshalb an mich. Die am 14. Januar J. J. vorgenommene Untersuchung ergab sofort das Vorhandensein mehrerer sehr bedeutender unregelmässig höckeriger Neuhildungen von weisslicher Farbe im Kehlkopf (s. Fig. 6.), von denen die eine (p) auf dem linken Taschenbande mit ziemlich breiter Basis aufsass, während die zweite (p') auf dem rechten Taschenbande, die dritte (p'') auf dem rechten wahren Stimmbande hervorwucherte. Nur das linke wahre Stimmband war, so weit dasselbe unverdeckt blieb und gesehen werden konnte, normal.

Hinsichtlich der Natur dieser mächtigen Neubildungen glaube ich mich mit Bestimmtheit dahin aussprechen zu können, dass es Epitheliome sind, indem sie ihrem Aussehen und ihrer Beschaffenheit nach wesentlich mit jenen kolossalen Neubildungen übereinstimmen, welche ich im Larynx eines 25jährigen Schustergesellen in Pest am 6. Octbr. 1859 beobachtet hatte (vergl. in meiner Schrift über den Kehlkopfspiegel Fall 19, Fig. 25., S. 96) und von welchen es sich später durch die mikroskopische Untersuchung ausgehusteter Stücke mit Sicherheit herausgestellt hatte, dass es Epitheliome waren.

Am 15. Januar I. J. habe ich Pat. in der Sitzung der Gesellschaft der praktischen Aerzte in Prag vorgestellt und dessen Neubildungen im Kehlkopf vermittelst des Laryngoscops demonstriert.

Einige Tage darauf kehrte Pat. in seinen Wohnort zurück — doch nicht ohne einen meiner Selbstbeobachtungsapparate, dessen Anwendung er sofort begriffen und mit Glück bei mir versucht hatte, mitgenommen zu haben, um durch autalaryngoscopische Beobachtungen den weiteren Verlauf seines Uebels zu überwachen und sich zur operativen Entfernung der Neubildungen vorzubereiten. —

Dass es sich in den mitgetheilten 4 Fällen nicht um beliebige „Anschwellungen,“ sondern um wirkliche Neubildungen im Kehlkopf handelt, kann wohl Niemandem zweifelhaft erscheinen, und ich wiederhole daher, dass die von mir zuerst hervorgehobene und von Lewin u. A. bestätigte Thatsache der grösseren Frequenz der Neubildungen im Larynx ebenso allgemein anerkannt werden müsse, als bisher allgemein geglaubt wurde, dass diese pathologischen Gebilde unter den Erkrankungsformen des Kehlkopfs zu den grössten Seltenheiten gehören.

Hat die Laryngoscopie bereits werthvolle Beiträge zur Lehre von den Erkrankungsformen des Kehlkopfs geliefert, so ist es nicht minder von ihrer weiteren Ausbildung und Verwerthung zu erwarten, dass die Heilung und Behandlung der Larynxaffectionen fortfahren wird Fortschritte zu machen. In letzterer Beziehung kann ich nicht umhin hier abermals auf die von mir zuerst angebahnte locale Behandlung unter Beihilfe des Kehlkopfspiegels zurückzukommen und auf ein neues Verfahren aufmerksam zu machen, welches ich in der Wiener med. Wochenschrift No. 1. 1862 mitgetheilt habe.

II.

Es möge mir erlaubt sein hier noch die Mittheilung eines Falles anzuschliessen, in welchem jener neue, bisher weniger cultivirte Zweig der laryngoscopischen Explorationsmethode, den ich unter dem Namen der Rhinoscopie einführte, einen wesentlichen diagnostischen Dienst geleistet hat.

Den 10. October 1861 liess mich mein geehrter Freund Hr. Dr. Neudörfer in das hiesige k. k. Garnisonspital rufen, um einen jungen, auf der linken Seite schwerhörigen, Burschen zu rhinoscopiren. Bei der Untersuchung des Cavum pharyngonasale des Pat. mit dem Finger fühlte man nämlich ganz deutlich wulstige Körper, die sich umgreifen liessen und den Eindruck von Polypen machen, deren Sitz und Anordnung jedoch durchaus nicht genau zu ermitteln war. Da natürlich an einen operativen Eingriff gedacht wurde, so sollte Pat. vorher rhinoscopirt wer-

den — eine läbliche Vorsicht, die man in ähnlichen Fällen niemals verabsäumen sollte!

Die sowohl bei Lampen- als bei Sonnenlicht vorgenommene Inspection, welche ohne alle Schwierigkeit vollkommen gelang, zeigte folgendes nicht uninteressante Bild; s. Fig. 7.

Auf der linken schwerhörigen Seite (im Spiegelbilde natürlich rechts) sprang ein fast fingerdicker, nach oben und nach unten allmälig sich verjüngender Schleimhautwulst (*g*) vor, auf welchem ein narbenartig eingezogenes unregelmässiges Grübchen (*t'*) das Ende der Tuba Eustachii andeutete. Rechterseits war die Tubenmündung (*t*) und Umgebung normal. Aus den beiden Choanen standen beiderseits die dick angeschwollenen hinteren Enden der mittleren (*m, m'*) und unteren (*u, u'*) Nasenmuscheln hervor. Die oberen Nasenmuscheln (*o, o'*) waren ganz normal, und konnte ihr unterer scharfer Rand ganz deutlich als die obere Begrenzung des oberen Nasenganges tief in die Nasenhöhle (nach vorn) verfolgt werden.

Eine ähnliche Wulstung in der Umgebung der Tubenmündung hatte ich schon früher einmal gesehn und beschrieben (s. Wiener med. Wochenschrift No. 17, 1860), allein solche kolossale Aufreibungen der hinteren Enden der Nasenmuscheln wie im vorliegenden Falle waren mir bisher noch nicht vorgekommen.

Von Polypen, welche dem tastenden Finger so verführerisch vorgetäuscht wurden, fand sich, wie man sieht, keine Spur, — ein in diesem Falle wichtiges negatives Untersuchungsresultat, zu dem man ohne die rhinoscopische Inspection gewiss nicht so rasch und sicher, ja vielleicht gar nicht gelangt wäre. —

Erklärung der Abbildungen (Taf. VI.).

- Fig. 4.** e Epiglottis, ae Lig. ary-epiglotticum, a Arytaenoidknorpel mit dem C. Santorini, o. st. oberes oder falsches Stimmband, u. st. unteres oder wahres Stimmband, v. M. Ventr. Morgagni, p polypöse Excrescenz auf dem im Spiegelbilde links erscheinenden rechten Stimmband.
- Fig. 5.** e Epiglottis, ae Lig. ary-epiglotticum, a Arytaenoidknorpel, o. st. oberes Stimmb- oder Taschenband, u. st. unteres oder wahres Stimmband, v. M. Ventr. Morgagni, p polypöse Excrescenz auf dem im Spiegelbild links erscheinenden unteren rechten Stimmband.
- Fig. 6.** e Epiglottis, ae Lig. ary-epiglotticum, a Arytaenoidknorpel, o. st. Taschenband, u. st. Stimmband, p, p', p'' Neubildungen (Epitheliome) auf dem rechten Stimmb- und den beiden Taschenbändern.
- Fig. 7.** pm hintere Fläche des Gaumensegels, t, t' Mündungen der Eustachischen Tuben, g pathologischer Tumor in der Umgebung der linken Tuba (*t'*), s Septum, o, o' die oberen, m, m' die mittleren, u, u' die unteren Nasenmuscheln.