

**XXII.****Kleinere Mittheilungen.****1.****Papilläres Fibrom der Stimbänder bei einem 2jährigen Knaben.**

Mitgetheilt von Dr. G. Reichel,  
dirigirendem Arzt des Augusten-Kinder-Hospitals in Breslau.

Richard Benke, Arbeitersohn, 2 Jahre alt, aus Pöpelwitz bei Breslau, wurde in das Kinderhospital am 13. Mai 1868 wegen Croup-ähnlicher Symptome aufgenommen. Die Anamnese ergab, dass das Kind noch an keinerlei erheblichen Krankheiten gelitten, dagegen, soweit sich die Eltern erinnern können, immer eine etwas rauhe Stimme gehabt habe, welche den Eltern namentlich zu der Zeit auffiel, als das Kind zu sprechen begann. Indess wurde diese Erscheinung, wie es bei Landleuten üblich ist, wenig beachtet, zumal das Kind im Uebrigen gesund und körperlich gut entwickelt war. Bereits mehrere Wochen vor seiner Aufnahme in die Anstalt bemerkten die Eltern an dem Kinde, ohne dass sie eine eigentliche Ursache angeben konnten, einen rauen, heiseren Husten ohne Auswurf, zu dem sich zeitweise mehr oder minder heftige Athembeschwerden gesellten. — Trotz aller angewandten Hausmittel nahmen die Erscheinungen allmäthlich zu, namentlich steigerten sich die Athembeschwerden in so bedenklicher Weise, dass die Eltern sich genöthigt sahen, ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen.

Bei Abhaltung einer poliklinischen Stunde hörte ich unter der Zahl von vielleicht 30 poliklinisch kranken Kindern eine eigenthümliche croupöse Respiration, wenn ich mich so ausdrücken darf. — Ich rief daher die Mutter des Kindes zuerst heran und glaubte wirklich, da mir die Mutter zunächst nur die stürmischen Erscheinungen der letzten Tage angab, ein an „Croup“ krankes Kind vor mir zu haben.

Die Untersuchung des auf die stabile Abtheilung aufgenommenen Kindes ergab, so weit sie ohne Anwendung des Kehlkopfspiegels möglich war, ein negatives Resultat. — Die Respiration zeigte nur wenig leichte katarrhalische Geräusche. Die Auscultation des Kehlkopfs liess ein pfeifend schwaches, mühsames Athmen hören; bei dem alle nur möglichen Muskeln des Halses, der Brust und des Unterleibes thätig waren. Das Aussehen des Kindes war etwas bleich und leicht cyanotisch, der Puls beschleunigt, die Temperatur nicht erhöht. Es war unmöglich, ohne genauen Kehlkopfbefund eine sichere Diagnose zu stellen. Gegen Croup sprach entschieden die lange Dauer der Krankheit. Mir wenigstens ist ein Croup von mehrwöchentlicher Dauer nicht bekannt. Man konnte noch an Paralyse des Kehlkopfs, oder einen Druck von Aussen auf denselben durch Geschwulstbildung, oder endlich an

eine Neubildung denken. Ich begnügte mich vor der Hand mit der Diagnose einer Stenose des Larynx, über die vielleicht die Behandlung und ihre Erfolge Aufschluss geben konnten.

Die Therapie bestand durch mehrere Tage hindurch in Bepinselungen mit starker Höllensteinslösung, in täglichen Cataplasmirungen, Abends Einreibung von Unguentum cinereum, Ableitungen auf den Darmkanal, innerlich Kali chloricum und schliesslich noch die Application von 4 Blutegeln. Erbrechen war sehr oft bei den Bepinselungen eingetreten, weshalb kein Brechmittel besonders verabreicht wurde. Tägliche warme Bäder sollten die Kur unterstützen. Diese Behandlung war durch 8 Tage ohne jeden Erfolg geblieben; ja die Athembeschwerden steigerten sich derartig, dass ich bereits an eine Tracheotomie denken musste. Das Kind schlief fast gar nicht, konnte nur Milch geniessen und war körperlich bereits sehr heruntergekommen. Von Seiten der Lungen waren keinerlei Erscheinungen eingetreten, also das Leiden ein rein locales geblieben. So nahm ich denn am 22. Mai, am 9. Tage des Aufenthaltes in der Anstalt, die Güte und Hülfe des Privatdocenten Hrn. Dr. Voltolini in Anspruch, um das Kind, wenn irgend möglich, einer genauen laryngoskopischen Untersuchung zu unterwerfen. Dieselbe ergab, wenn auch nur bei der Schwierigkeit der Untersuchung ein momentaner Blick in den Kehlkopf möglich war, die unbedingte Gewissheit, dass hier eine Neubildung der wahren Stimmbänder vorlag. Sie zeigte sich als eine deutliche dendritische Wucherung, welche den ganzen freien Rand beider Stimmbänder einnahm, so dass nur in der unmittelbaren Nähe der hinteren Commissur eine kleine Oeffnung der Glottis übrig blieb. Einige Versuche, welche Hr. Privatdocent Dr. Voltolini anstellte, um durch Zerreissen mit einer stumpfen Kehlkopfsonde die Neubildung zu zerstören, blieben ohne wesentlichen Erfolg. Mit Rücksicht auf die Nothwendigkeit schleunigster Hülfe schritten wir bereits an demselben Tage zur Eröffnung der Lufröhre.

Die Tracheotomie, bei der mich in freundlichster Weise Herr Privatdocent Dr. Voltolini unterstützte, war wegen des kurzen fetten Halses ziemlich schwierig; indess war sie ohne irgend welche erhebliche Unfälle bald geglückt und das Kind zeigte sofort eine leichte und freie Respiration, bei der alle Hülftsmuskeln ihre Thätigkeit eingestellt hatten. Die ersten 3 Tage ging Alles recht gut. Das Kind konnte wieder Stunden lang schlafen, ohne Hinderniss und Beschwerden Nahrung zu sich nehmen, ja es fing sogar an zu spielen. Ein leichter Katarrh jedoch der Bronchen, der sich trotz aller angewandten Mittel allmählich immer mehr zu einer eitrigen Bronchitis steigerte, führte am sechsten Tage nach geglückter Operation leider den Tod herbei. Da die Eltern durch Zufall eher Nachricht von dem Tode ihres Kindes hatten als ich und mir die Section nicht gestatten wollten, so war es mir nur möglich, den Kehlkopf des Kindes, allerdings den wichtigsten Theil, zu erhalten. Nachdem ich mich nun mit dem Privatdocenten Hrn. Dr. Voltolini von der Anwesenheit der Neubildung, wie sie bereits im Leben erkannt war, überzeugt hatte, übergab ich denselben Hrn. Prof. Dr. Waldeyer zur genaueren mikroskopischen Untersuchung, deren Resultat ich hiermit in Folgendem unter gütiger Erlaubniss mittheile:

Von dem scharfen Rande der wahren Stimmbänder erhebt sich in der ganzen Länge derselben eine umfangreiche papillär-dendritisch verzweigte Neubildung, die

das Aussehen eines kleinen Blumenkohlgewächses darbietet. Auf dem Querschnitt setzt sich der erwähnte Rand der Ligg. vocalia direct in den schmalen Grundstock des Papilloms fort, so dass derselbe also wie eine unmittelbar aus der Substanz der Stimmbänder hervorgehende leistenförmige Production erscheint. Dieser leistenförmige Grundstock zerfährt nun aber in eine grosse Menge von secundären und tertiären, dendritisch verbundenen, schlanken, cylindrischen Papillen von 1—1,5 Mm. Länge. Dieselben liegen nach oben und unten um, da sie auf dem schmalen Grundstock nicht Platz haben, und es präsentirt sich also von der Fläche her eine relativ umfangreiche papilläre Masse, die zum Theil beide Morgagnischen Taschen ausfüllt und auch nach dem unteren Larynxraum hin ziemlich weit vorragt. Beim Aneinanderlegen der in der hinteren Mittellinie gespaltenen Kehlkopfwandungen bleibt als Rest der Glottis nur eine verschwindend kleine Oeffnung. Auf den oberen, sogenannten falschen Stimmbändern, finden sich auch vereinzelt und in kleinen Gruppen zusammenstehend mehrere kleine papilläre Excrecenzen. Im Uebrigen bietet das Verhalten des Larynx makroskopisch keine Veränderungen dar.

Ein mikroskopischer Durchschnitt durch die Wucherung der Ligg. vocalia ergibt das Verhalten eines einfachen papillären Fibroms mit bedeutender Epithelwucherung. Schlanke, bindegewebige, gefässtragende Papillen, die sich unmittelbar aus dem Gewebe der Stimmbänder erhoben, sind mit einer dicken mehrschichtigen Lage eines etwas unregelmässig geformten Pflasterepithels überzogen. Die einzelnen Zellen haben eine bald mehr cylindrische, bald mehr runde, bald die gewöhnliche polygonale Form. Viele haben deutlich die Charaktere von Riss- und Stachelzellen. Auch mehrkernige Zellen werden in dem epithelialen Ueberzuge beobachtet. Etwas abweichend ist das Epithelium der kleinen Papillen auf den Taschenbändern, insofern es eine regelmässiger entwickelte cylindrische Form besitzt. In den Morgagnischen Taschen so wie weiter unten im Larynx fand sich ein gut erhaltenes Flimmerepithel. Musculatur und Schleimhautstratum boten keine besonderen Abweichungen.

Die Mittheilung dieses Falles scheint mir aus vielfachen Gründen gerechtfertigt. Vor Allem ist es mir durchaus nicht zweifelhaft, dass wir es hier mit einer congenitalen Neubildung zu thun haben. Das Kind hatte ja von vorn herein eine rauhe heisere Stimme, welche Erscheinung sich eben während seiner ganzen Lebensdauer documentirte. Die späteren Atembeschwerden deuten jedenfalls auf ein allmähliches Wachsthum der Neubildung. Vielleicht sind diese congenitalen Neubildungen häufiger als man es denkt, aber sie werden nicht erkannt oder sind wenigstens mit Gewissheit schwer zu diagnosticiren. In den beliebtesten Handbüchern der Kinderheilkunde ist über diese Erkrankung des kindlichen Kehlkopfs Nichts gesagt; ja selbst wenn ich von den congenitalen Kehlkopfneubildungen abssehen, ist die Lehre von den Neubildungen im kindlichen Kehlkopf überhaupt höchst mangelhaft bearbeitet, so dass ich wohl mit Recht die Aufmerksamkeit auf diese Erkrankungen des kindlichen Alters lenken darf.

Als zweites Moment will ich die Wichtigkeit der laryngoskopischen Untersuchung auch in der Kinderheilkunde hervorheben. Es ist bei Kehlkopfkrankheiten ohne laryngoskopischen Befund unmöglich eine sichere Diagnose zu stellen, wie es leider auch mir erging; ohne sichere Diagnose ist aber auch keine rationelle Be-

handlung denkbar. Vielleicht mögen viele Fälle von Croup in die Kategorie der Neubildungen gehören! Auch dieser Fall hier hätte möglicherweise nicht tödlich geendet, wenn die Krankheit zeitiger erkannt und operativ behandelt worden wäre.

Zur Therapie dieser Neubildungen möchte ich bemerken, wenn nicht die dringendste Indication zur Tracheotomie vorliegt, lieber vor derselben Alles anzuwenden, um die Neubildung zu zerstören, weil nach der Tracheotomie die Entfernung des Gewächses, die doch auf alle Fälle erfolgen muss, wenn das Individuum nicht sein Leben lang die Kanüle tragen soll, entschieden grösseren Schwierigkeiten unterliegt.

Um noch ein Mal auf die bisherige Seltenheit dieser Erkrankung zurückzukommen, erwähne ich eines analogen Falles, auch in diesem Archiv (Bd. 43. Hft. 1. S. 129) mitgetheilt von Dr. Prehn in Hanau, von dem der Verfasser wörtlich sagt: „der ganze Fall dürfte, namentlich mit Rücksicht auf das Alter des Individuums, soweit mir bekannt, einzig dastehen“ etc. Ich bin fest überzeugt, dass sich die Neubildungen im kindlichen Kehlkopf häufiger zeigen werden, sobald es gelungen sein wird, auch in die Kinderbeilkunde der Laryngoskopie mehr Eingang zu verschaffen, obgleich hier die Schwierigkeiten ungleich grösser sind als bei Erwachsenen.

Schon jetzt kann ich eines neuen Falles Erwähnung thun, der sich gegenwärtig in der Behandlung des Herrn Privatdozenten Dr. Voltolini befindet und einen 7jährigen Knaben betrifft, bei dem sich die Heiserkeit und Atembeschwerden aus der frühesten Kindheit herleiten lassen. Die laryngoskopische Untersuchung zeigt ebenfalls deutlich eine Neubildung beider Stimmbänder. Ich behalte mir vor, nach geschehener Operation mit gütiger Erlaubniss das Nähre über diesen Fall ausführlicher mitzutheilen.

Hrn. Privatdozenten Dr. Voltolini und Hrn. Prof. Dr. Waldeyer sage ich hiermit für die gewährte Unterstützung meinen aufrichtigsten Dank.

## 2.

### Eine seltenere, vielleicht tuberkulöse Ulceration des Oesophagus.

Von Dr. Paulicki in Hamburg.

Rokitansky spricht sich dahin aus, dass der Tuberkel im Oesophagus nicht vorkomme. Förster, Oppolzer und Andere bezeichnen die Tuberkulose des Oesophagus als eine sehr seltene Erscheinung. Der Fall, den ich hier mittheile, betrifft einen 74jährigen, aus Hamburg gebürtigen Tischler, der sich am 26. August 1865 in das Hamburger allgemeine Krankenhaus aufnehmen liess. Patient, der bereits seit Jahren an Husten und Auswurf gelitten haben will, gab an, vor 4 Tagen unter Frösteln, Stichen in der rechten Seite und Beengung beim Atemholen erkrankt und bettlägerig geworden zu sein. Bei der Aufnahme wurde ein ziemlich reichliches, rechtsseitiges pleuritisches Exsudat constatirt, das nach 8ätigem Bestehen sich allmählich wieder zurückbildete. Patient erholte sich dabei jedoch