

V.

Ein Fall von spontaner Fistula laryngis bei Perichondritis laryngis tuberculosa.

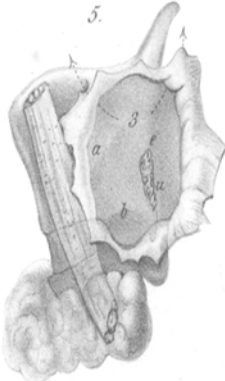
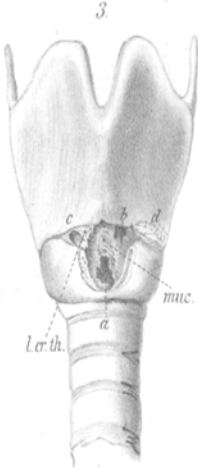
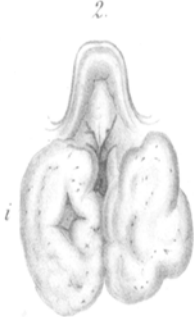
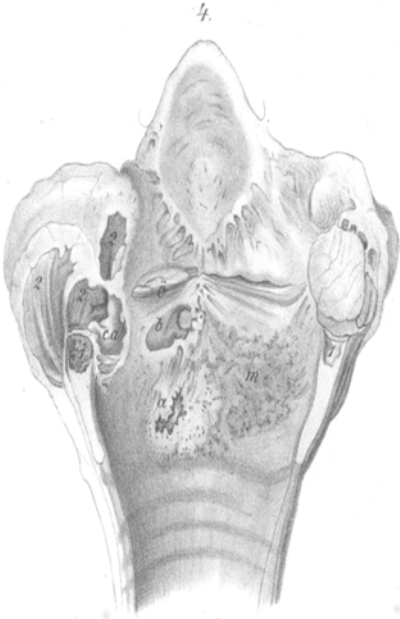
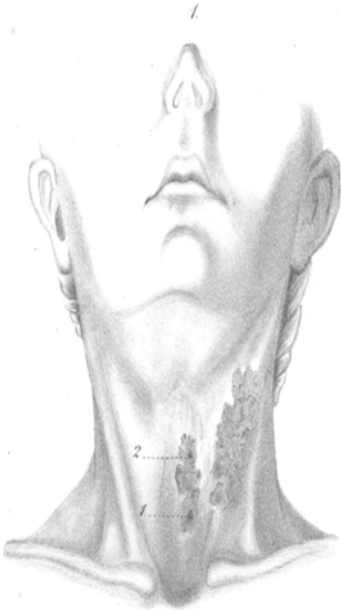
Von Dr. Krieg in Stuttgart.

(Hierzu Taf. III. Fig. 1—5.)

Anamnese: Frau Karle ist 25 Jahre alt, entstammt einer von Tuberculose freien Familie, hat 3mal geboren, anno 1873, 1875 und im vergangenen Juni 1877. Sie hat seit ihrer Verheirathung vor 5 Jahren sehr viel Kummer erlitten.

Vor 3 Jahren erkrankte sie, während sie bisher immer gesund gewesen war, an Heiserkeit bis Aphonie und Husten; nach halbjähriger Dauer dieser Beschwerden fühlte sie sich wieder ein Jahr lang gesund, worauf sie im Winter 1875 abermals an Fieber, Husten, Heiserkeit erkrankte; gleichzeitig trat an der vorderen und seitlichen Partie des Halses scrophulose Hautentzündung auf mit oberflächlicher Verschwärung derselben. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr hat sich hässlicher grüner Auswurf hinzugesellt. Diese Beschwerden verliessen sie nun nimmer, doch konnte sie noch ihrem Geschäft nachgehen bis zum 8. Juni d. J., wo sie ihr drittes Kind gebar. Seither verliess sie das Bett nicht mehr. Die Geburt verlief zwar sehr leicht, aber das Kind war nur 32 Wochen alt. Dasselbe wurde nach 3 Wochen auf's Land gegeben und so weiss ich nicht, ob es heute noch lebt. In den Tagen um die Geburt soll die untere der beiden später zu erwähnenden Oeffnungen in der Regio thyreoidea eingebrochen sein. Seit dem 3. Tage ihres Wochenbettes, 11. Juni, ist sie plötzlich viel schlechter geworden, Fieber, Husten, Auswurf haben sich sehr gesteigert, bedeutende Dyspnoe und mässige Schlingbeschwerden kamen hinzu. Pat. hat im Lauf der Jahre mehrere Aerzte zu Rath gezogen, einer derselben hatte sie schon anno 1876 aufgegeben. Den vergangenen Herbst und Winter hindurch wurde sie lange mit localen Aetzungen im Larynx behandelt. Ich sah sie erstmals am 14. Juni und fand folgenden

Status praesens: Pat. sehr mager, schwach, lieberheiss, leicht delirierend, tonlos und wegen Kurzathmigkeit *coupirt* sprechend, cyanotisch. Im Jugulum und der Regio thyreoidea etwas links von der Medianlinie 3 Cm. über der Articulation sternoclav. eine mandelgrosse, blaurothe, narbenartige Hautstelle, an deren unterer Grenze eine stecknadelkopfgrosse geschwürige Oeffnung (Fig. 1, 1), aus welcher wenig eitrige Flüssigkeit und bei heftigen Hustenstössen unter knatterndem und blasendem Geräusch und Aufblähung der ganzen degenerirten Hautpartie Luft ausströmt. Die Sonde von dieser Oeffnung aus in die Tiefe des Halses einzuführen, gelingt nicht.



Eine ähnlich beschaffene blaurothe, narbige, von oberflächlichen Geschwüren durchbrochene unterminirte Hautstelle erstreckt sich dem mittleren Drittel des inneren Randes vom linken Musc. sternocl. entsprechend von unten nach oben. Auch hier dringt die Sonde durch keines der Geschwüre in die Tiefe.

Im dritten rechten Intercostalraum unmittelbar neben dem Sternalrand drängt sich bei den Hustenstößen eine von gesunder Haut überzogene 3 Cm. lange, 1,5 Cm. breite Geschwulst 1,5 Cm. weit hervor. Die Untersuchung der Lungen ergibt beiderseits sehr weit verbreitete, rechts besonders intensive Verdichtungen mit namhaften Höhlenbildungen.

Bei der laryngoskopischen Untersuchung zeigen sich sämmtliche Theile des Larynx (Fig. 2) dick geschwollen, besonders beide Giessbeckengegenden als dicke, fast nussgrosse Geschwülste, an der Spitze des linken ein tiefes Geschwür. Durch diese Schwellungen wird ein weiterer Einblick in's Innere des Kehlkopfes unmöglich. Am 23. Juni bricht am oberen Ende der neben der Medianlinie gelegenen verdünnten Hautpartie ein zweites Loch ein (Fig. 1, 2), aus dem von jetzt an von Tag zu Tag mehr Eiter sich entleert, so dass die Patientin des grösseren Theils ihrer Sputa — *sit venia verbo* — auf diesem Weg sich entledigt und stündlicher Wechsel des Watterverbandes nöthig wird; auch strömt durch diese Oeffnung schon bei gewöhnlichem Athmen unter Zischen und Brodeln Luft aus und ein. Die Sonde gelangt hier 4—5 Cm. weit in die Tiefe, also in's Cavum laryngis, wo sie auch jedesmal heftigen Hustenanfall hervorruft. Nach weiteren 11 Tagen starb Pat.

Section am 4. Juli. Struma colloidea. Rechte Lunge überall mit dem Thorax verwachsen, in diesen wie eingemauert. Bei ihrer Auslösung häufiges Einbrechen in Cavernen, die bis Hühnereigrösse erreichen; eine solche auch an der Stelle der oben erwähnten Geschwulst im 3. Intercostalraum; deren Aussenwand wird von einer nur wenige Millimeter dicken, brüchigen, eitrig zerfallenden Schwarte gebildet, welche unmittelbar mit der unversehrten äusseren Haut verwachsen ist. Bei längerem Leben wäre es also hier zu einer Lungenfistel gekommen. In der Ausdehnung eines 1 Pfennigstücks hat dieser Abscess auch die hintere Fläche des Sternum seines Periosts beraubt und arrodirt. Die ganze rechte Lunge ist durchsät mit theilweise eingeschmolzenen Entzündungsheerden. Dieselben Veränderungen, nur in etwas geringerem Grade, zeigt die linke Lunge.

Kehlkopf. An der äusseren Haut in der Regio thyreoidea wird die dunkelroth gefärbte narbenartige Haut von zwei senkrecht über einander liegenden, 3 Cm. von einander entfernten Oeffnungen durchsetzt; beide communiciren direct unter der dünnen Haut, sind mit Eiter gefüllt; die obere, in der Höhe des unteren Randes der linken Schilddrüsenschuppe gelegen, ist die grössere, 8 Mm. weit, hat Trichtergestalt, ist mit einer schleimhautähnlichen Membran ausgekleidet und geht über in einen eben so beschaffenen ein wenig nach abwärts, einwärts und innen führenden, 5 Mm. im Durchmesser betragenden Kanal; letzterer geht im weiteren Verlauf durch die den Ringknorpel überlagernden degenerirten Weichtheile hindurch in eine bohnen-grosse Abscesshöhle über (Fig. 3), in welcher der grösste Theil des Lig. cricothy. und der mediane Theil des nirgends verknöcherten Ringknorpels bis auf einen dünnen, dessen unteren Rand bildenden Streifen untergegangen ist. Sie ist mit Eiter und Detritus gefüllt, Knorpelstückchen enthält sie nicht. Ihre vordere

Wand wird von der tiefen Halsfascie, ihre hintere durch die von Schild- und Ringknorpel weithin abgehobenen und segelartig flottirenden Schleimhaut des Kehlkopfes gebildet. Die Hinterfläche der Cart. thy. liegt somit bloss, ist aber nicht cariös, dagegen ist der untere Rand der linken Cart. thy. verdickt und stellenweise verknöchert (Fig. 3 d). Diese hintere Abscesswand hat zwei zackig geränderte Durchlöcherungen (Fig. 3 u. 4, a u. b), welche beide direct in das Cavum lar. führen, die untere liegt genau in der Richtung des Fistelkanals, die andere höher, nahe dem linken Stimmband. Weiter führt aus dem Ringknorpelabscess ein Kanal (Fig. 3 c) durch den Rest des Lig. cricothy. hindurch entlang der Innenseite der rechten Schildknorpelplatte unter die dieser zugehörige aber von ihr abgehobene degenerirte Schleimhaut (Fig. 4 m).

Ein zweiter Abscess (Fig. 4, 2) mit mehreren durchlöchernten Fächern umgiebt den linken Giessbeckenknorpel (Fig. 4, c, a), dessen hintere, innere und äussere Fläche blossliegt. Derselbe zeigt auch an seiner Hinterfläche ein kleines Geschwür ohne Verknöcherung in dessen Umgebung, ebenso die Ringknorpelplatte in der Medianlinie ein erbsengrosses rundes oben offenes Geschwür mit rauen Wänden ohne verknöcherte Ränder (Fig. 4, 1). Auch die Geschwulst der rechten Giessbeckenengegend umschliesst mehrere kleine Eiterheerde. Der Knorpel selbst erscheint aber gesund.

Ein dritter nussgrosser Abscess (Fig. 5, 3) liegt an der linken Aussenfläche des Kehlkopfes; er ist von einer glatten Membran ausgekleidet, durch deren innere Wand man die Contouren der linken Schildknorpelplatte durchsehen sieht: die Muskelleiste, das Unterhorn, den unteren und hinteren Rand; an dem letzteren, unmittelbar über dem Unterhorn ist ein gerstenkorngrosses Knorpelgeschwür (Fig. 5, u) mit verknöchertem Rande. Dieser Abscess hat drei kanalförmige glattwandige Communicationen, von denen zwei in den Pharynx, eine vor, eine hinter dem Oberhorn, das dritte in den Abscess II zur Aussenfläche des Giessbeckenknorpels führen.

Das rechte Stimmband ist geschwellt, aber nicht geschwürig, das linke ist durch die Schwellung der linken Giessbeckenengegend bedeutend verkürzt, die Schleimhaut seiner oberen Fläche zu einem prall gefüllten blutigrothen Wassersack (Fig. 4, ö) angeschwollen, der den Ventricul. Morgagni vollständig ausfüllt und noch überragt. Die Kehlkopfschleimhaut ist äusserst blass, unterhalb der Stimmbänder rauh, geschwollen, gelockert und rechts vom Schildknorpel in dessen ganzer Ausdehnung abgelöst (Fig. 4, m).

Als ich mich in der Literatur nach analogen Fällen umsah, vermochte ich nur drei solche zu finden.

1. Der eine ist von Andral beobachtet und in seiner Clinique médicale Tome II p. 164 folgendermaassen beschrieben:

„Ein Mann, alle Zeichen weit vorgeschrittener Phthisis darbietend, trat im Laufe des Sommers 1817 in die Charité ein. Gegen das obere Ende des stumpfen Winkels, welchen in der Mittellinie des Halses der Schildknorpel bildet, bestand eine sehr kleine Oeffnung mit abgerundeten Rändern, kaum einen dicken Stecknadelkopf durchlassend, durch welche ein wenig Luft bei jeder kräftigen In- und

Expiration mit Zischen austrat. Die Stimme war nur schwach, sonst nicht verändert. Bei der Oeffnung des Leichnams fand man im Larynx nur ein kleines rundliches Geschwür, das eine gewöhnliche Erbse zu fassen vermochte und seinen Sitz hatte in dem einspringenden, durch das Zusammentreten der beiden Schildknorpelplatten gebildeten Winkel, ein wenig über der vorderen Commissur der falschen Stimmbänder. In der Umgebung des Geschwürs war die Schleimhaut zerstört, den Grund desselben bildete der Schildknorpel, welcher in der Mitte einen kleinen Substanzverlust zeigte, woraus dann die im Leben beobachtete Fistelöffnung sich ergab. Merkwürdig dabei war, dass diese seit mehr als 1 Jahr bestehende Fistel sich nicht verkleinert noch vergrößert hatte. Ihre Lage rechtfertigt andererseits die Erhaltung der Stimme. Dies ist das einzige Mal, dass wir Gelegenheit hatten, eine solche Larynxfistel unter den in der Charité seit mehreren Jahren behandelten Phthisikern zu beobachten, also bei mehr als 2000 Individuen. Dies beweist, dass solche Fisteln sehr selten sind.“

2. Der zweite Fall stammt von Oppolzer (Prager Viertelj. 1844, 1 Q. S. 5).

„Vorzüglich interessant war mir ein Fall von versuchter Naturheilung bei diesem Krankheitsprozesse. Ein Mann von 30 Jahren, der schon seit 1 Jahr an Lungentuberculose und seit 2 Monaten an den Erscheinungen tuberculöser Kehlkopfschwindsucht litt, zu der sich die Beschwerden der Laryngostenose gesellten, bekam einen Abscess in der Gegend zwischen Schild- und Ringknorpel, nach dessen spontaner Eröffnung sich eine Kehlkopffistel bildete. Von diesem Augenblick an befand sich der Kranke, der dem Erstickungstode so nahe gewesen, auffallend besser und lebte noch 3 Monate ohne andere Beschwerden als die des Zehrfiebers.“

3. Den dritten Fall entnehme ich Günther's „Lehre von den blutigen Operationen etc.“ V. Abth. S. 253, wo folgende Beobachtung Freemans erzählt wird.

Ein Mann von 48 Jahren, Trinker. Am 3. Januar fand man ein bedeutendes Stück der linken Cart. cric. und rechten Cart. thy. verknöchert und entblösst und eine Fistel, welche die Membrana cricothy. durchbohrte, durch welche die Luft schmerzlos aus- und einströmte. Ein kleines Stück der Cart. cric. wurde entfernt und die Fistel durch fleissiges Betupfen mit Salpetersäure bis zum 12. Februar geheilt.