



доставка вещей
2. III - 339

Sonderabdruck

aus dem

Archiv für Laryngologie.

[ca 1895]

WVB B351z 1895

Z-140216

Akc. z l. 2024, nr 118

Aus Prof. Pieniasek laryngologischen Abtheilung in Krakau.

Zur Aetiologie der Pharynxstricturen.

Von

Dr. **Alexander Baurowicz**, Universitäts-Assistent.

In der reichen Literatur über die Stricturen des Pharynx findet man in Bezug auf die Aetiologie gewöhnlich als Hauptursache die Lues angegeben. Bei jedem solchen Falle stellen wir uns deshalb zunächst die Frage, ob nicht Lues vorliegt? Und wenn wir die acquirirte Form ausschliessen können, denken wir an die hereditäre. Manchmal aber sind wir genöthigt, andere Ursachen anzunehmen. Zu diesen zählen zunächst narbige Veränderungen in Folge von Lupus, dann solche nach tiefgreifenden geschwürigen diphtherischen Processen, endlich nach Verletzungen, z. B. nach Aetzungen. Ueber Narben nach Diphtherie haben neuerdings Fleischmann und Borchard¹⁾ berichtet, über solche nach Aetzungen, besonders mit Chromsäure, sprach Heymann im vorigen Jahre auf dem Congress in Wien. Die Verengerungen in Folge von Tuberkulose sind viel angezweifelt worden. Dann werden noch Stricturen nach Phlegmone erwähnt, nirgends aber finde ich erwähnt, dass Narbenstricturen auch Sclerom als Ursache haben können. In der deutschen Literatur ist dies erklärlich, da Erkrankungen an Sclerom in Deutschland, und überhaupt in dem Westtheile Europa's seltener vorkommen. Bei uns aber gebührt dem Sclerom als Ursache der Rachenverengerung in Bezug auf die Häufigkeit die erste Stelle, denn wir sehen zahlreiche Fälle von verschiedenartigen Verengerungen in den oberen Luftwegen, welche dieser Ursache zuzuschreiben sind. Betrachten wir nur die Verengerung im Rachen, besonders im Nasenrachen, so giebt es hier, ähnlich wie dies Heymann bei den Verengerungen nach Lues erwähnt, gewisse Prädispositionsstellen, nämlich die Gegend der Plicae salpingopalatinae, dann die

1) Ueber Pharynxstricturen. Archiv für Laryngol. II. Bd. 3. Heft.

der Tubawülste, und der hinteren Fläche des Velums, und endlich der Uebergang des Nasenrachens zum Munde, zwischen Gaumensegel und hinterer Rachenwand, seltener zwischen Gaumensegel und Zunge, und zwar letzteres schon darum, weil die Scleromveränderungen sehr selten die Ränder der Zunge ergreifen. Es giebt also drei verschiedene Stellen der Verengung, wobei die im Bereiche der Plicae salpingopalatinae die häufigste ist.

Es liegt in der Natur des Scleroms, eine fibröse Degeneration mit nachfolgender Schrumpfung einzugehen. Hierbei entstehen Stränge und Leisten, welche Narben sehr ähnlich sind, und auch wohl als Narben bezeichnet werden. Beim Sclerom sollte man aber nicht von Narben sprechen, denn es handelt sich hier nicht um Defecte und das glänzende, den Narben ähnliche Gewebe entsteht nicht an Stelle von geschwürigen Processen. Wenn man längere Zeit einen Fall vom Sclerom beobachtet, hat man manchmal Gelegenheit, zu sehen, wie diese sogenannten narbigen Leisten entstehen, welche oft ein strahliges Aussehen bekommen, nämlich in Folge der Schrumpfung des Infiltrats. Dabei kommt es zuweilen zu vollständigem Verschwinden der Uvula. An ihrer Stelle finden wir zuweilen gar nichts, sondern nur den verdickten Rand des Velums, welcher von normaler Schleimhaut überzogen ist. Ein ander Mal finden sich derbe Züge in der Schleimhaut, welche das Verschwinden des Zäpfchens erklären. Manchmal sehen wir das Zäpfchen in natürlicher Grösse, oder auch verkleinert der hinteren Fläche des Velums oder dem seitlichen Rande desselben aufliegen, und hier durch geschrumpftes Gewebe befestigt. In einem Falle sah ich das so liegende Zäpfchen mit der Spitze an zwei Stellen mit der hinteren Rachenwand verwachsen, sodass man mit dem Finger über diese Brücke hinauf gelangen und die Verwachsungen von der hinteren Wand abtrennen konnte. Solche Verwachsungen, welche bei dem Sclerom, wenn auch selten, so doch vorkommen, lassen sich nur dadurch erklären, dass es an der gegenüberliegenden Schleimhaut zur Errosion kommt und nachher eine Verwachsung zwischen den beiden Flächen eintritt. Einmal sah ich, dass nicht nur das Zäpfchen selbst, sondern auch der ganze freie Rand des Velums gegen die hintere Fläche des Segels aufgerollt war. Ich erwähne die Vorkommnisse am Zäpfchen hier nur, um die Natur des Scleromprocesses dadurch zu illustriren. Klinisch rufen sie nur eine geringe Verengung im Nasenrachen hervor, welche aber schon Beschwerden beim Athmen verursachen kann.

Wenn ich jetzt zu den Verengungen zurückkomme, so habe ich schon gesagt, dass dieselben bei Sclerom am häufigsten ihren Sitz in der Gegend der Choanen haben. In Folge der Schrumpfung des Infiltrates an der Grenze des weichen und harten Gaumens, also an der Ausmündung der Choanen kommt es zur Verziehung und Verkürzung der Plicae salpingopalatinae, wodurch die Choanen von unten und aussen verengt erscheinen, so dass dieselben manchmal bis zur Grösse einer Erbse und noch mehr verkleinert sind, wobei fast immer eine ungleiche Grösse derselben vorhanden ist. Eine vollständige Atresie der Choanen, welche auf diesem

Wege zu Stande kommen könnte, habe ich nie beobachtet, obwohl die Undurchgängigkeit derselben in Folge der Infiltrate an den Choanen selbst oder am weichen Gaumen oft zu sehen ist. Die Verengerung im Bereiche der Choanen kann manchmal die einzige Veränderung im Nasenrachenraume sein, welche uns die Natur des Processes charakterisirt. Oeffters findet man dieselbe neben anderen Zeichen des Scleroms, oft auch neben der Verengerung an anderen Stellen im Nasenrachenraume.

Das Infiltrat, welches die hintere Fläche des weichen Gaumens einnimmt, setzt sich sehr oft auf die lateralen Wände des Nasenrachenraumes in der Gegend der Tubenwülste fort. Diese erscheinen sehr dick, sodass schon jetzt der Eingang in die Tuben nicht sichtbar ist. Beginnt das Infiltrat zu schrumpfen, so formt sich eine unregelmässige, ringförmige Verengerung, welche vielleicht auch einen totalen Verschluss zwischen der Nasenrachen- und Mundrachenhöhle herbeiführen kann. Einen solchen Fall beobachtete ich aber nicht, obwohl die bleibende Oeffnung in einzelnen Fällen nicht grösser als ein Federkiel war. Die Ränder der Oeffnung sind gewöhnlich verdickt und gegen dieselbe ziehen zahlreiche Leisten und Stränge von den Seitenwänden des Nasenrachenraumes und der hinteren Fläche des weichen Gaumens. Von der Grösse und Lage der verbliebenen Oeffnung hängt es ab, ob man durch dieselbe noch das Septum und event. die Choanen sehen kann.

Dann folgen erst die Stricturen, welche gleich am Uebergange des Nasenrachenraumes zum Mundrachenraume zu Stande kommen, was wieder von dem Sitz des Infiltrats abhängig ist. Das Infiltrat, welches mehr gegen den Rand des weichen Gaumens hin und an den hinteren Arcaden sitzt, nähert immer, wenn es zu schrumpfen beginnt, den weichen Gaumen der hinteren Rachenwand, wobei es gewöhnlich auch an zahlreichen, narbig aussehenden Strängen nicht mangelt. Diese Annäherung des weichen Gaumens und der hinteren Arcaden kann auch sehr regelmässig sein, sodass es scheint, als wenn dieselben an die hintere Wand angewachsen wären. Der Grad der Verengerung ist wieder verschieden und die bleibende Oeffnung hält sich gewöhnlich in der Mittellinie. Dieselbe ist manchmal so klein, dass nicht nur keine Rede vom rhinoskopiren ist, sondern kaum eine Sonde sich durchführen lässt. In diesen Fällen bleibt gewöhnlich das Zäpfchen verkleinert, manchmal seitlich verzogen, ein anderes Mal wieder vergrössert, endlich kann es auch ganz fehlen. Das wäre also die dritte Stelle, wo die Verengerung in Folge des Scleroms zu sehen ist. Die Verengerung zwischen Segel und Zunge kommt am allerseltensten vor, doch habe ich einen solchen Fall in der Stoerk'schen Klinik gesehen, wo das Infiltrat die vorderen Arcaden, die Gegenden der Mandeln und die Ränder der Zunge einnahm und bei der Schrumpfung die Ränder der letzteren so stark hinaufgezogen hat, dass der Rücken der Zunge eine Rinne bildete und mit dem ebenfalls veränderten weichen Gaumen eine runde Oeffnung in der Grösse eines Zweipfennigstückes formte, durch welche kaum mit einem Spiegel No. 1 die Untersuchung des Kehlkopfes gelingen konnte. Es thut mir sehr leid, dass ich keine Abbildungen von diesen verschiedenartigen Stricturen im Nasen-

rachenraume habe, welche, wenn nur gut gemacht, uns immer dieselben schon dem Bilde nach von ähnlichen Verengerungen nach Lues zu unterscheiden erlauben.

Wenn ich die Zahl der Verengerungen in Folge des Scleroms mit denen der anderen Ursachen vergleiche, so bleiben als häufigste die erstere, dann die der acquirirten Lues, der hereditären und endlich des Lupus. Eine Verengerung in Folge der Diphtheritis oder der Verletzung beim Aetzen habe ich nicht Gelegenheit gehabt zu sehen, obwohl ich früher an der Stoerk'schen Klinik ein Riesenmaterial gesehen habe.

Zu meinem Thema zurückkehrend, muss ich mich etwas länger an dem zweiten Falle, welcher in der Arbeit Fleischmann und Borchard citirt wird, aufhalten, weil dieser Fall auf mich einen Eindruck machte dass es sich hier um einen Scleromfall gehandelt hatte. Sowohl nach der Beschreibung wie nach dem zugegebenen Bilde scheint es mir nothwendig gewesen zu sein, wenn man die Ursache der Strictur nicht erkennen konnte, doch auch das Sclerom auszuschliessen. Daran dachten aber die Autoren nicht, und der Kürze der Beobachtung war vielleicht zuzuschreiben, warum sie in diesem Falle keine Aetiologie nachweisen konnten. Sowohl die Anamnese wie auch die genaue Untersuchung des Kranken erlaubte ihnen, Lues auszuschliessen, es war auch keine Veränderung in Folge des Lupus oder der Diphtheritis. Ich bin weit davon entfernt, eine sichere Meinung zu haben, weil ich diesen Fall nicht kenne, erlaube mir aber, auf einige Momente aufmerksam zu machen, nämlich auf die Anamnese und dann auf die Beschreibung und Abbildung des Falles.

In der Anamnese wird erwähnt, „dass eine Schwester des Patienten an einer dicken Nase leidet, an welcher sie schon wiederholt operirt worden ist.“ Dieser Stelle in der Anamnese möchte ich ein grösseres Gewicht beilegen, weil eine Krankheit, welche die Dicke der Nase herbeiführt und öfters operirt zurückkommt, sehr für Sclerom spricht, obwohl es auch bei der Tuberculose oder dem Lupus möglich ist. Ich will nicht sagen, dass man sich bei Scleromerkrankung auf eine Verwandtschaft der Erkrankten stützen kann, obwohl Fälle bekannt sind, wo die Krankheit bei Geschwistern aufgetreten ist. Da aber der oben genannte Kranke als Bruder aus derselben Gegend (Pommern) stammte, würde die Annahme einer scleromatösen Natur der Erkrankung der Nase bei der Schwester viel für die nämliche Ursache bei dem Bruder sprechen.

Wenn wir jetzt zur Beschreibung des Falles übergeben, so lesen wir folgendes: „Im Rachen fällt zunächst das stark in die Höhe gezogene Zäpfchen und die Regidität des im übrigen anscheinend normalen Segels auf. Bei weiterer Untersuchung zeigt sich eine partielle Verwachsung des Segels mit der hinteren Rachenwand“ welche die Autoren auf dem rhinoskopischen Bilde (No. 3) wiedergeben. Wenn man aber dieses Bild genau anschaut, so sehen wir, dass irgendwelche Defecte oder Narben fehlen und auf der linken Seite am Rande des Velums bemerken wir ein Knötchen oder eine mehr erhabene Stelle. Wenn das erste auch bei Lues vorkommt, wo die Anwachsung des Segels an die hintere Rachenwand ziemlich

regelmässig ausfallen kann, so spricht das zweite sehr für Sclerom. Wenn man das oben erwähnte Knötchen der histologischen Untersuchung unterziehen könnte oder eine Impfung auf Agar-Agar machte, vielleicht hätte das ein Licht über die Aetiologie dieses Falles geworfen; so blieb der Fall unentschieden. Es ist möglich, dass die Autoren diesen Fall noch einmal zur Beobachtung bekommen und dann das Sclerom ausschliessen.

Endlich will ich noch einige Worte über des Verhalten des Gehörvermögens der Kranken sagen. Dem Sitze der Verengerung hat man es zu verdanken, dass das Gehör der Patienten, so lange nur eine Communication zwischen Nasenrachenhöhle und Mundrachenhöhle existirt normal bleibt oder nur etwas abgeschwächt wird. Wenn aber die Infiltrate am weichen Gaumen den Eingang in die Tuben verdecken, tritt eine Abschwächung des Gehörvermögens bei den Kranken ein, so dass sie manchmal nur eine sehr laute Sprache verstehen können und die Untersuchung des Trommelfells uns ähnliche Bilder giebt, wie beim Catarrh der Tuben. Die hervorgerufene Undurchgängigkeit der Tuben kommt aber sehr selten vor, so dass trotz der grössten Verengerungen und Verziehungen im Nasenrachenraume das Gehör normal bleibt. Anders ist es aber mit der Athmung durch die Nase, wo die Veränderung in der letzteren allein schon ein grosses Hinderniss setzen kann. In allen Fällen soll man die Athmung durch die Nase erleichtern, weil die Mundathmung wie überall, dann noch mehr beim Sclerom sehr ungünstig ist, nämlich in Fällen wo auch der Kehlkopf mitergriffen ist. Wie man bei Verengerung in der Nase, wenn auch schon im Bereiche der Choanen, sich einen Weg von vorne mit der scharfen Curette suchen kann, so bleibt bei Verengerung im Nasenrachenraume der Galvanokauter und in geeigneten Fällen eine Zange am besten. Die Behandlung mit dem Galvanokauter hat uns die schönsten Erfolge gegeben und die Furcht der eventuellen Verwachsung in Scleromfällen ist sehr minimal, weil durch die Durchtrennung der die Strictur hervorriefenden Ringe die Spannung nachlässt und der Effect gewöhnlich ein glänzender ist. Etwas schwieriger gestaltet sich die Behandlung der Strictur, welche zwischen dem Rande des Segels und der hinteren Rachewand, also schon im Bereiche des Rachens besteht, obwohl auch hier der Galvanocauter noch am besten ist und wir im Stande sind, nach der Beseitigung der eventuellen Strictur im Nasenrachenraume, die nasale Athmung dem Kranken wieder herzustellen.