II. Beiträge zur Diagnostik der phonischen Kehlkopflähmungen.

Von

Dr. A. Jurasz,

Privatdocenten in Heidelberg.

Von allen Krankheiten des Kehlkopfes erschienen bis jetzt die phonischen Lähmungen diejenigen zu sein, die sich am wenigsten durch äussere Symptome diagnosticiren liessen. Dieselben geben sich bekanntlich nach aussen nur durch eine Veränderung der Stimme kund, eine Störung, die bei den verschiedensten Affectionen des Kehlkopfes in so mannigfaltigen Graden vorkommt, dass man ihr wie bei allen, so auch bei den in Rede stehenden Erkrankungen keinen diagnostischen Werth beizulegen pflegte und stets das Laryngoscop als das einzig zuverlässige Mittel zu ihrer Erkennung betrachtete.

Nach meinen Erfahrungen ist nun aber bei einer gewissen Art der phonischen Lähmungen die Veränderung der Stimme eine so charakteristische, dass dieses Symptom allein genügt, um die Natur des Leidens nicht nur vermuthen, sondern mit aller Bestimmtheit diagnosticiren zu können.

Diese eigenthümliche Stimmstörung, auf die ich hier die Aufmerksamkeit der Fachgenossen lenken möchte, hält die Mitte zwischen der vollständigen Aphonie und der geringsten Heiserkeit ein. Wenn ich sie in kurzen Worten definiren sollte, so würde ich sie als Aphonie mit kurzen Intermissionen von reiner Phonation bezeichnen. In einem solchen Fall ist der Patient im Allgemeinen aphonisch, aber ab und zu nimmt die Stimme für einen Moment ihre normale Klangfarbe an. Geht man auf den Grund dieser Erscheinung näher ein, so findet man, dass der kurze reine Ton immer dann gehört wird, wenn der Patient nach einer Inspiration zu phoniren anfängt, dass dagegen der fernere Phonationsversuch nur ein aphonisches Geräusch hervorzubringen vermag. Graphisch würde sich das Verhältniss einer solchen Stimme zu einer normalen folgendermaassen darstellen lassen:

d. h. beim Versuche die ganze Note c zu singen, würde nur etwa $\frac{1}{32}$ dieses Zeitintervalls von einem musikalischen Ton, der ganze Rest dagegen von einem Geräusch ausgefüllt werden. Diese Erscheinung an der Stimme wiederholt sich bei jeder zum Phoniren verwendeten Expiration, so dass die Sprache als eine Summe von solchen Expirationen aus kurzen, abgebrochenen, und intermittirend wiederkehrenden Tönen und dazwischen anhaltenden, langen, tonlosen Geräuschen besteht. Folgendes Schema möge uns diese Sprache versinnlichen:

Nehmen wir in einem Fall, in welchem eine derartige Stimmstörung nachzuweisen ist, die laryngoscopische Untersuchung vor, so constatiren wir stets eine Parese des geringsten Grades aller Glottisschliesser oder besser gesagt eine Atonie der Glottisschliesser. Sie markirt sich dadurch, dass die Glottis sich zwar im ersten Moment der Intonation vollständig normal schliesst, dass aber die Stimmbänder alsbald wieder auseinanderweichen und bis zum Ende der Phonation einen dreieckigen Spalt offen lassen. Das laryngoscopische Bild bei der Phonation ist demnach kein gleichmässiges, sondern zeigt Veränderungen, welche die Form der Stimmstörung in einer einfachen Weise erklären. —

Da diese Uebereinstimmung des laryngoscopischen Befundes mit der beschriebenen, scharf markirten und charakteristischen Stimmstörung immer zu constatiren ist, so glaube ich letztere für ein pathognomonisches Zeichen der Atonie der Glottisschliesser halten zu dürfen. Bei genauerer Ueberlegung kommt man übrigens auch vom theoretischen Standpunkte aus zu demselben Resultate und man wird zugeben, dass bei keiner anderen pathologischen Veränderung in der Kehlkopfhöhle eine solche Stimmstörung möglich sei. Nur eine Atonie der Stimmbandspanner könnte eine ähnliche Alteration der Stimme zur Folge haben, allein diese Affection ist meines Wissens wenigstens bis jetzt noch nicht beobachtet worden. Sollte dieselbe jedoch einmal zur Beobachtung kommen und von derselben Stimmstörung begleitet sein, so würde das in Rede stehende Symptom nur an seiner speciellen diagnostischen Bedeutung einbüßen, dagegen immer noch seinen Werth als ein sicheres, äusseres Zeichen der phonischen Paresen behalten. —

Wenn man sich nun nicht wundern darf, dass dieses Symptom bisher in der Laryngopathologie unberücksichtigt geblieben ist, eben deshalb, weil man gewohnt ist, sein Hauptaugenmerk auf die Spiegeluntersuchung zu richten, so dürfte es dagegen auffallend sein, dass ein laryngoscopisches Symptom einer phonischen Parese, auf die ich in Folgendem näher eingehen will, nicht entsprechend gekannt und gewürdigt ist. Es ist dies eine durch eine Parese eines der Stimmbandmuskeln verursachte und charakteristische Veränderung des laryngoscopischen Bildes.

Die laryngoscopische Diagnostik lehrt uns, dass man die Lähmung des Stimmbandmuskels aus der Excavation eines Stimmbandes und der daraus resultirenden, halbovalen Form der Glottis erkennt. Wer aber Gelegenheit gehabt hat, eine grössere Anzahl derartiger Fälle zu untersuchen, wird mir beistimmen, dass dieses Symptom in Betreff seiner diagnostischen Verwerthbarkeit doch Manches zu wünschen übrig lässt

Denn einmal steht es in vielen Fällen nicht im geraden Verhältnisse zu der vorhandenen Stimmstörung, — letztere kann sehr bedeutend sein, während die Excavation nur sehr geringfügig ist, — dann ist es aber auch nicht ganz zuverlässig, da selbst bei ganz normaler Stimme bisweilen ein länglich-schmaler Spalt der Glottis während der Phonation zu sehen ist. —

Dem gegenüber glaube ich in dem tieferen Stande des einen Stimmbandes ein pathognomonisches Symptom einer solchen Parese gefunden zu haben. Man übersieht dieses Verhalten sehr leicht deshalb, weil man bei der Ausführung der Laryngoscopie gewöhnt ist, den Spiegel stets gerade und symmetrisch zu halten, also eine gerade Beleuchtung vorzunehmen. Auf diese Weise betrachtet erscheint uns die Glottis stets als eine horizontale Ebene mit der Excavation des Stimmbandes. So wie man aber den Spiegel schräg hält und somit eine seitliche Beleuchtung ausführt, wird man sich sofort überzeugen, dass sich dies bei einer einseitigen Parese des Stimmbandmuskels anders verhält. In solchem Falle finden wir dann, dass das erkrankte Stimmband tiefer steht und dass in Folge davon die Glottis klafft, aber nicht in einer horizontalen, sondern in einer perpendikulären oder schiefen Ebene. Dieses Klaffen der Glottis bildet aber das wesentlichste Symptom der in Rede stehenden Parese, weil es der Stimmstörung proportional ist und uns dieselbe auf eine einfache Weise erklärt.

Dass ein Stimmband tiefer stehen, als das andere und dass dadurch ein seitliches Klaffen der Glottis zu Stande kommen kann, ist zwar schon Türk bekannt gewesen. Allein derselbe beobachtete es nur bei einseitiger totaler Recurrenslähmung und legte diesem Symptom keine weitere Bedeutung für die Diagnostik bei, weil bei dieser Erkrankung andere Veränderungen charakteristischer und viel deutlicher wahrzunehmen sind. Bei der Parese des Stimmbandmuskels dürfte jedoch dieser Befund einer grösseren Berücksichtigung werth sein, zumal uns seither ein entscheidendes, diagnostisches Merkmal für diese Affection fehlte.

Die Erklärung dieses Symptoms ergibt sich einfach daraus, dass durch die Contraction der Stimmbandmuskeln die Stimmbänder zugleich mit der Spannung gehoben werden, welche Hebung bei einer einseitigen Parese natürlicher Weise auf der erkrankten Seite geringer ausfallen wird, als auf der gesunden.

In dem letzten halben Jahre habe ich Gelegenheit gehabt zwei Fälle von Paresen des Stimmbandmuskels öfter zu untersuchen, welche ich wegen dieses Verhaltens hier in Kürze mittheilen will.

Der erste Fall betraf ein anämisches 27 Jahre altes Dienstmädchen, welches schon früher oft und lange an Chlorose gelitten hatte. Pat. gab an, dass sie seit langer Zeit heiser und dass die Heiserkeit einmal stärker, ein anderes Mal wieder weniger stark wäre.

Die Stimme war stark gedämpft, aber nicht tonlos. Mit Ausnahme einer mässigen, linksseitigen Struma war äusserlich in der Kehlkopfgegend nichts Abnormes zu constatiren.

Der laryngoscopische Befund war folgender. Die Schleimhaut der Kehlkopfhöhle anämisch, Stimmbänder weiss glänzend. Bei der Respiration durchaus normale Verhältnisse.

Während des Phonirens fand sich bei gerader Beleuchtung eine Excavation des linken Stimmbandes bei normaler Annäherung der beiden Aryknorpel. An den letzteren war dabei keine abnorme Stellung zu sehen. Die Vibrationen an beiden Stimmbändern waren insofern nicht gleichmässig, als dieselben am rechten Stimmband sehr deutlich, am linken dagegen, ohne zu fehlen, weniger ausgesprochen waren. Die wesentliche Veränderung zeigte sich erst bei schiefer Beleuchtung und

zwar bei rechtsseitiger schräger Haltung des Kehlkopfspiegels. Die Glottis erschien dann in einer schrägen Ebene von links oben nach rechts unten (vom Beobachter gerechnet) zu klaffen, was nur beim tieferen Stand des linken Stimmbandes möglich ist.

In dem anderen Falle handelte es sich um eine mässige Heiserkeit bei einem 15 Jahre alten Pat. Die Excavation des linken Stimmbandes erschien bei diesem bei gerader Beleuchtung so gering, dass sie sehr leicht übersehen werden konnte. Bei schiefer Beleuchtung constatirte man ein mässiges, schräges Klaffen der Glottis mit tieferem Stand des linken Stimmbandes. Bei der vorhandenen Heiserkeit trat ab und zu Diphonie auf. Dieselbe liess sich nach dem Feststellen des laryngoscopischen Befundes auf die Parese des linken Stimmbandmuskels und daher eine ungleichmässige Spannung beider Stimmbänder zurückführen.