

III. Ueber Verwachsungen und Verengerungen im Rachen und Kehlkopf infolge von Lues.¹⁾

Von Dr. P. Heymann, Privatdocenten in Berlin.

Sowohl im Rachen als auch im Kehlkopf sind Verwachsungen und Verengerungen als Endresultat einer abgelaufenen syphilitischen Erkrankung ein nicht eben seltenes Vorkommniss. Es ist eine Eigenthümlichkeit des syphilitischen Processes der tertiären Form — und um diese handelt es sich in solchen Fällen fast ausschliesslich —, dass bei der Heilung der hierhergehörigen Geschwüre eine gewaltige Menge bindegewebigen Bildungsmaterials producirt wird, welches dann bei der Umwandlung in bleibendes Gewebe eine beträchtliche Schrumpfung erfährt. — Auf diese Weise entstehen die wohlbekannten, der Syphilis eigenen, strahligen Narben, wie sie sowohl auf der Haut als auch auf der Schleimhaut vorkommen, auf diese Weise entstehen die narbigen Verwachsungen in den schlauch- und röhrenförmigen Organen des Körpers.

Die syphilitischen Verengerungen im Rachen sind wohl stets das Endergebniss einer Geschwürsbildung auf gummöser Basis. Andere Formen syphilitischer Stenosen, auf welche ich später noch hinzuweisen haben werde, dürften im Rachen wohl nicht vorkommen. Ich wenigstens habe Infiltrationen oder Knotenbildungen dort nie so hochgradig gesehen, dass durch sie eine Verengung erzeugt worden wäre, ebensowenig derartige Fälle in der Litteratur gefunden.

Die Stellen, an denen sich Verengerungen im Nasenrachenraum finden, sind dicht hinter den Choanen und an der Grenze gegen den Nasenrachenraum.

An ersterem Orte habe ich 7 Fälle von Verwachsungen beobachten können. In vier dieser Fälle ist es zu einer mehr oder weniger vollständigen Abschlüssung der Choanen gekommen, in zweien war eine derartige Verziehung der ganzen Wandgebilde des Nasenrachenraums vorhanden, dass es ausserordentlich schwierig war, sich nur einigermaassen zu orientiren. Zwei weitere Fälle von Choanenverschluss, die ich gesehen, habe ich hier nicht eingerechnet, weil der syphilitische Ursprung sich nicht mit Sicherheit nachweisen liess. — In den übrigen drei Fällen hat es sich nur um Verengerungen der Choanen oder des Zuganges zu denselben gehandelt. Die membranartigen Narben gingen von der oberen Wand, vom Rachendache aus und verlegten den oberen Theil der choanal-

Oeffnungen. In einem Falle zogen sich diese Narbenstränge bis auf die linke Seitenwand herab.

Nur in einem Falle waren die Tubenöffnungen nicht in das Gebiet der Narbenbildungen hineingezogen, in den übrigen Fällen hatten sie mehr oder weniger erhebliche Veränderungen erfahren, zum Theil waren sie gänzlich verzogen, einmal sogar nicht mit dem Auge nachweisbar. Nur in zweien dieser Fälle aber — und auffallenderweise war gerade in einem derselben die Tubenöffnung relativ wenig verändert — ist es zu erheblichen Störungen des Gehörs gekommen, welche auf die narbigen Processe zurückgeführt werden mussten.

In verschiedenen meiner Fälle fanden sich auch einzelne sagittal oder schräg gestellte Narbenstränge, namentlich die Rosenmüller'schen Gruben durchsetzend und den Tubenwulst an die Hinterwand anheftend. Grössere Narbenbildungen aber waren stets circulär angeordnet, namentlich habe ich keine grösseren sagittalen Narben gesehen, die etwa den Nasenrachenraum in mehrere Theile getheilt hätten. Auch in der Litteratur habe ich keinen solchen Fall gefunden. Ebenso habe ich keine Verwachsungen der beiden Tubenwülste unter einander beobachtet, von denen sich einige seltene Fälle von den Autoren berichtet finden.

In den meisten meiner Fälle handelte es sich um abgelaufene Processe, nur in zweien fanden sich neben den Narben auch frische, nicht verheilte Geschwüre, wie man dieselben unabhängig von Narbenverengerungen gelegentlich beobachtet.

Ungleich häufiger sind die Verwachsungen an der zweiten erwähnten Stelle, an der Grenze zwischen Nasen- und Mundrachenraum. Es handelt sich an dieser Stelle um Anlöthung der Gaumenbögen an die hintere Rachenwand und um Narbenschrumpfung der verwachsenen Parteen. Diese Anlöthungen können nun, wie schon Ried, dem wir eine sehr sorgfältige Arbeit über diesen Gegenstand verdanken, hervorhebt, von ausserordentlich verschiedenem Umfange und Dignität sein; sie werden ausserdem meist complicirt durch oberhalb der Verwachsungen gelegene Perforationen der erhaltenen Theile des Gaumens. Je nach der Ausdehnung der Verwachsung variirt denn auch die Verengung, die in 17 der von mir gesehenen Fälle einen vollständigen Verschluss dargestellt hat. In sieben dieser Fälle war die Wirkung der Verschlüssung allerdings durch oberhalb gelegene Löcher aufgehoben. In zweien der hierher gezählten Fälle ist es mir allerdings nicht gelungen, die syphilitische Anamnese mit Sicherheit zu erhärten. Die beiden Personen — es handelte sich jedesmal um eine Frau in mittlerem Lebensalter — gaben an, seit ihrer frühen Jugend an den Symptomen, die wir auf die Verschlüssung beziehen mussten, gelitten zu haben, und an anderen Körpertheilen fand sich nichts, was auf Lues deutete. Ich habe aber trotzdem geglaubt, auch diese beiden Fälle hierher zählen zu sollen, da mir nur noch zwei weitere Processe bekannt sind, nach denen man ähnliche Verwachsungen beobachtet zu haben glaubt, Diphtherie und Chromsäuregeschwüre, zwei Processe, deren Vorkommen den beiden Patienten gewiss bekannt gewesen wäre; ausserdem habe ich selbst so ausgedehnte Verwachsungen nach Diphtherie nie gesehen, und derartige Chromsäuregeschwüre dürften doch zu den allergrössten Seltenheiten gezählt werden müssen. Lupöse Narben dürften nicht isolirt vorkommen, und sogenannte skrophulöse Narben sind an dieser Stelle doch mindestens zweifelhaft. Zur Annahme einer congenitalen Bildung aber konnte man nicht recht gelangen, da das Aussehen der Verwachsung ganz entschieden an Narbenbildungen erinnerte. Jedenfalls waren diese beiden Fälle, von denen ich einen die Ehre hatte, in der Berliner medicinischen Gesellschaft vorzustellen, dadurch von den gewöhnlichen abweichend, dass es sich in beiden um ganz gleichmässige bilateral symmetrische Verlöthungen handelte. Unter sich verschieden waren sie dadurch, dass in dem einen Falle keine Spur von Uvula gefunden wurde — der Gaumen ging ganz gerade und ohne auffällige Unterbrechung in die hintere Rachenwand über, während in dem anderen eine kleine, aber anscheinend intacte Uvula in der Mitte der Wand gesehen wurde.

Diesen Fällen von vollständigem Rachenverschluss steht eine bei weitem grössere Anzahl von partiellen Verlöthungen gegenüber, die eine mehr oder minder grosse Verengung, aber keinen Abschluss bedingt hatten. Dieselben variiren von dem geringsten Grade, einer nur theilweisen Anheftung der hinteren Gaumenbögen mit vollständiger Erhaltung der Tonsillen, der vorderen Gaumenbögen, der Uvula etc., wie sie auch schon von Ried beschrieben und abgebildet ist, bis zu einer fast vollständigen Verwachsung mit Uebriglassung eines kleinen mehr oder minder centralen Loches. In der Mehrzahl von diesen Fällen habe ich oberhalb gelegene Perforationen notirt. Die Uvula war theils erhalten, theils, und zwar in den bei weitem meisten Fällen ganz oder theilweise, zerstört und in die Verwachsung hineingezogen. In weitaus den meisten Fällen war die Verwachsung eine ganz unregelmässig unsymmetrische, der Rest der Gaumenbögen schief gestellt und die Verwachsung manchmal an einer

¹⁾ Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin am 25. Februar 1895.

oder der anderen Stelle unterbrochen, so dass neben der übrig gebliebenen centralen Oeffnung noch eine oder mehrere seitliche Oeffnungen sich fanden. Häufig fanden sich knotige Verdickungen und narbige Stränge in der Verwachsungsmembran, gewöhnlich die Oeffnungen begrenzend. In einigen Fällen schien die Verwachsung zustande gekommen lediglich durch die Anlöthung des Gaumenbogens, in anderen war die Verengerung bewirkt dadurch, dass die Wände des Rachens eine starke Vorwölbung erfahren hatten durch Production bindegewebigen Materials von den dort sitzenden Geschwüren aus.

In der Mehrzahl meiner Fälle habe ich die Patienten gesehen, als sie gleichzeitig neben der Narbenbildung noch Geschwüre darboten, der kleinere Theil kam mit vollständig abgeschlossenem Processe zu mir. In fünf Fällen habe ich den Verlauf von der Entstehung der gummösen Geschwüre bis zum Endergebniss der narbigen Stenose sich vollständig unter meinen Augen abspielen sehen.

Der eigentliche Mundrachenraum zeigt wiederum keine Stenosen, wenn man von den geringeren Verengerungen absieht, welche von den an der Hinterwand sitzenden Narbenbildungen bedingt werden. Dagegen findet sich im unteren Schlundtheil in Höhe der Zungenwurzel dicht oberhalb der Epiglottis eine nicht unerkleckliche Zahl von Verwachsungen, welche dadurch entstehen, dass die Zungenwurzel mit der hinteren Rachenwand durch ein membranoides Narbengewebe verwachsen ist. Den etwa 25 derartigen Beobachtungen in der Litteratur kann ich aus eigener Erfahrung sechs neue Fälle anreihen. Jedesmal war selbstverständlich eine mehr oder minder centrale Oeffnung in dem verschliessenden Gewebe vorhanden, welche die Verbindung der tiefer liegenden Theile, d. h. der Luftwege und des Verdauungstractus, mit dem Mundrachenraum vermittelte.

Während in vier meiner Fälle die Oeffnung etwa von Daumendicke bis unter Kleinfingerdicke variirte, war in den anderen zwei Fällen die Oeffnung bis zu Bleistiftdicke, einmal sogar noch mehr zurückgegangen, so dass Athemnothanfalle mich zwangen, die Tracheotomie auszuführen. In allen Fällen war die Deglutition erschwert und brauchten die Patienten zur Einnahme ihrer Mahlzeiten ungewöhnlich viel Mühe und Zeit (zwei bis drei Stunden). Die Athmung war nur in den beiden oben erwähnten Fällen beeinträchtigt. Zwei weitere Fälle, in denen die Oeffnung sehr gering schien, so dass man a priori auf Athemnoth hätte schliessen sollen, zeigten dieselbe nicht oder nur während der Nahrungsaufnahme und bei vermehrter Thätigkeit. Bei der Beurtheilung solcher Fälle darf man nicht vergessen, dass der Körper sich bei langsamem Entstehen einer Verengerung der Athemwege ausserordentlich gut adaptirt und dass man langsam gebildete derartige Verengerungen findet von ganz ausserordentlich geringer Oeffnung, ohne dass deswegen bei gewöhnlicher Bewegung Athemnoth entstände; werden aber durch eine vermehrte Bewegung vermehrte Anforderungen an die Athemorgane gestellt, dann tritt Athemnoth ein. Diese Beobachtung findet ihre Anwendung sowohl bei den Verengerungen im unteren Theil des Rachens, von denen wir jetzt reden, als auch bei jeder Verengerung im Kehlkopf und der Luftröhre, von welcher ersterer wir später zu berichten haben werden.

Es ist auffallend, dass ich bei drei der von mir gesehenen Fälle notiren konnte, dass der Nasenrachenraum sowohl wie die tiefer gelegenen Luftwege — Kehlkopf etc. — durchaus frei waren, so dass also die syphilitische Ulceration und ihr Endergebniss, die Stenose, sich nur an dieser einen Stelle ausgebildet hatte, eine Beobachtung, die auch in einem Theil der in der Litteratur niedergelegten Fälle bestätigende Analogieen findet. In den drei anderen Fällen waren Veränderungen sowohl im oberen Rachenraum als auch im Kehlkopf nachweisbar.

Das die Verschlüssung bildende Gewebe stellte in allen Fällen eine dicke membranoid Masse dar, wesentlich aus narbigem Sehnenewebe bestehend, das dem Durchschneiden mit dem Messer erheblichen Widerstand entgegensetzte, unter dem Messer knirschte und wenig blutete. Die Dicke war an verschiedenen Stellen ungleich, starke Narbenstränge durchzogen in verschiedenen Richtungen die anscheinende Membran, ganz besonders die Oeffnung begrenzend.

Viel complicirter als die besprochenen Stenosen im Rachen sind die Verengerungen, die den Kehlkopf selbst betreffen, ebenso wie sie an Zahl diejenigen des Rachens erheblich übertreffen. Während nach einem bekannten Satze die Häufigkeit der Syphilis in den Athemwegen zum Rachen beginnend nach abwärts abnimmt, scheint es sich mit den syphilitischen Verengerungen fast umgekehrt zu verhalten.

Es sind im Kehlkopf noch eine Reihe anderer Momente zu notiren, welche zu Verengerungen Veranlassung geben können und in nicht eben seltenen Fällen geben. Hier bei der von Hause aus engen Luftpassage können auch vorübergehende und bleibende syphilitische Infiltrationen der Schleimhaut und des sub-

mucösen Gewebes, können auch gummöse Geschwulstbildungen die Veranlassung zu oft hochgradigen Verengerungen bilden, ebenso wie eine syphilitische Erkrankung des Aryknorpelgelenkes unter Umständen einen Stillstand der Stimmbänder — vorübergehend oder dauernd — in Adductionsstellung bewirken und so Stenose erzeugen kann. Ja, ich habe noch in den letzten Tagen einen Fall gesehen, wo durch die Bildung zahlreicher Condylome an der hinteren Wand des Kehlkopfes und an den Aryknorpeln eine relative Verengerung erzeugt worden ist. Ich begnüge mich, auf alle diese Möglichkeiten hingewiesen zu haben, und wende mich wieder zu den durch Narbenbildung entstandenen Verengerungen.

Aber auch hier ergeben sich wieder eine ganze Menge Abweichungen und Variationen. Die Art der Stenose und ihre Behandlung wird eine ganz andere sein, wenn ihre Ursache nur in einer Erkrankung der Schleimhaut und des submucösen Gewebes zu suchen ist, als wenn sie complicirt wird durch Luxationen der Aryknorpel, Exfoliationen derselben oder anderer nekrotisch gewordener Knorpelpartien, welche häufig Verziehnngen des ganzen Knorpelgerüsts zur Folge haben. Im Kehlkopf kommen, wie ich selbst an einigen recht schweren Fällen zu beobachten hatte, auch mehrfache übereinander gelegene Stenosen vor, welche der Erkennung und Behandlung besondere Schwierigkeiten entgegensetzen, zumal wenn dieselben, wie ich ebenfalls gesehen, nicht senkrecht untereinander, sondern schief und unregelmässig gegeneinander gestellt sind.

Die meisten Verwachsungen im Kehlkopf aber — darin decken sich meine Erfahrungen mit denen der Autoren — finden sich in annähernd horizontaler Richtung, und zwar meist im Niveau der wahren oder etwas weniger häufig der falschen Stimmbänder. Verwachsungen der aryepiglottischen Falten habe ich nur dreimal gesehen, jedesmal complicirt mit einer mächtigen Verdickung der betreffenden Falten. Einen dieser letzteren Fälle konnte ich post mortem untersuchen, und stellte sich diese Verdickung als eine mächtige Bindegewebsneubildung heraus. Auch dicht unterhalb der wahren Stimmbänder habe ich in vier Fällen membranoid Verwachsungen gesehen.

Die Verwachsungen der wahren und falschen Stimmbänder, also die häufigsten, die man beobachtet, tragen meist einen membranösen Charakter; die Verwachsung beginnt im vorderen Winkel, sich nach hinten allmählich fortsetzend. Ich habe derartige Verwachsungen in drei Fällen, wo es sich um anscheinend gar nicht sehr erhebliche Randgeschwüre handelte, unter meinen Augen sich bilden sehen und war nicht imstande, diese Bildung durch irgend etwas aufzuhalten. Ebenso kommt es, freilich selten, vor, dass sich solche Verwachsungen nach Geschwüren der secundären Periode der Syphilis entwickeln. Diese Membranen lassen eine Oeffnung von wechselnder Grösse, in fast allen Fällen im hintersten Theile des Kehlkopfes gelegen. Einige Autoren berichten von Fällen circulärer Verwachsungen, die ein centrales Loch gezeigt haben; ich habe solche Fälle nicht zu sehen Gelegenheit gehabt. Jedoch ist auch nach meiner Erfahrung die Verwachsung nicht auf beiden Seiten gleich, sondern die Membran reicht bald auf dieser, bald auf jener Seite mehr nach hinten.

Neben diesen, den Eindruck einer regelmässig horizontal gelegenen Membran machenden Verwachsungen finden sich aber auch nicht selten Fälle, in denen das Innere des Kehlkopfes derartig zerstört und verzogen ist, dass die membranoid Neubildung, wenn Sie diesen Ausdruck gestatten, mehr schief und ganz unregelmässig liegt; da ist das falsche Stimmband mit dem wahren, da ist eine aryepiglottische Falte mit dem schräg gegenüber gelegenen Taschen- oder Stimmband oder mit der Epiglottis durch Narbenstränge verbunden, oder auch die Narbenstränge setzen sich in dem unteren Kehlkopfraum an. Auch röhrenförmige Verengerungen, wie z. B. auch Pauly einen solchen beschrieben, habe ich gesehen. Derartige Fälle bieten natürlich der Erkennung und Behandlung ganz besondere Schwierigkeiten. Einen Fall habe ich gesehen, wo sich bei einem jungen Menschen — es handelte sich um hereditäre Lues — ein starker Narbenstrang von dem Stumpf der halbzerstörten Epiglottis nach der hinteren Schlundwand zog. Oeffters kommen Verwachsungen der Epiglottis oder ihres Stumpfes mit dem Zungenrund und mit den Seitenwänden des Schlundes vor, es handelt sich in diesen Fällen allerdings mehr um Verengerungen des Rachens als des eigentlichen Kehlkopfes.

Meistens fanden sich, sobald es sich um ausgedehntere Veränderungen im Kehlkopf handelte, auch im Rachen und an der Zunge irgend welche Narben oder sonstige Spuren überstandener Syphilis. Die Fälle, in denen die Syphilis allein im Kehlkopf lokalisiert war, waren relativ selten.

Verhältnissmässig häufig, das hebt auch Gerber hervor, findet sich als Ursache der beschriebenen Veränderungen hereditäre Lues. — Ich habe davon elf Fälle gesehen, wovon sechs wesentlich Verwachsungen im Kehlkopf betrafen, während die anderen fünf sich

mehr im Rachen und im Munde lokalisirten. In sechs dieser Fälle handelte es sich um ganz jugendliche Individuen, meist vor oder im Alter der Pubertät, die ihre Syphilis wohl kaum auf dem gewöhnlichen Wege erworben haben konnten und deren Anamnese zweifellos auf eine Erkrankung der Eltern hinwies. Ebenso unzweifelhaft erschien mir die Geschichte der übrigen fünf Fälle, die, meist weit in die Kindheit zurückreichend, keinerlei Anhalt zur Annahme der eigenen Infection gab und über dahingehende Erkrankungen der Eltern und der Geschwister berichtete. Indessen, *omnis syphiliticus mendax*, man kann nicht vorsichtig genug sein.

Was nun die Therapie anlangt, so ist in den letzten Jahren so ausserordentlich viel darüber geschrieben worden, dass es mir nur erübrigt, einige dahin zielende Bemerkungen zu machen, ohne auf die Details nochmals einzugehen. — Es drängt sich uns zuerst die Frage auf, ob man den Process, der zu diesen gefährlichen Endresultaten führt, nicht in seinem Verlaufe beeinflussen kann. Als ich vor einigen Monaten in der Berliner laryngologischen Gesellschaft einige der hier beschriebenen Fälle vorstellte, sprach sich Herr Lublinski in diesem Sinne aus, und auch Moritz Schmidt scheint, wenn ich eine Bemerkung in seinem Werke recht verstehe, dieser Ansicht nicht fern zu stehen. Ich muss dem leider widersprechen. Wir wissen alle, dass wir weitaus die meisten Fälle von Syphilis, die wir rechtzeitig zur Behandlung bekommen, zur völligen oder relativen Genesung führen können, und haben genugsam gesehen, dass auch die grössten Geschwüre unter geeigneter Quecksilber- und Jodbehandlung in Bälde dahinschmolzen und in Bälde vernarbt erschienen, ohne grosse Veränderungen zurückzulassen. In dem Sinne können wir allerdings den Verlauf beeinflussen. Andererseits giebt es aber auch Fälle — und ich habe deren eine ganze Anzahl gesehen —, in denen jede spezifische Therapie, selbst wenn man sie mit guter Pflege und Ernährung, auf welche Herr Lublinski mit Recht grossen Werth legt, verbindet, an der Hartnäckigkeit des Processes scheitert. In diesen Fällen bleibt nichts übrig, als unter geeigneter Behandlung die Vernarbung vor sich gehen zu lassen und nach vollständig abgeschlossener Vernarbung in eine chirurgische Behandlung der entstandenen Stenose einzutreten.

In welcher Weise diese Behandlung dann durch das Messer, durch den Galvanokanter, durch Dilatations- und Intubationsinstrumente am besten gefördert werden kann, hängt von der Eigenart des einzelnen Falles und dem Sitze der Stenose ab. Am meisten Erfolg habe auch ich von den Methoden der langsamen Erweiterung zu berichten. Quellmeissel, die ich bei den nach oben gelegenen Stenosen des Rachens zu meiner Zufriedenheit mehrmals angewendet habe, können natürlich bei der Behandlung tiefer gelegener Verwachsungen nicht in Betracht gezogen werden, man müsste denn vorher tracheotomirt haben. — Die Hauptschwierigkeit wird stets weniger die sein, die Stenose zu erweitern, als die Erweiterung zu erhalten. Wie jede Narbe nach Verwachsungen und vielleicht noch mehr als die anderen Arten der Verwachsungen, hat die syphilitische Narbenbildung die Neigung, sich immer wieder zu erneuen und zu neuen Verengerungen zu führen.