

XII.

„Zur Endoskopie des Ostium pharyngeum tubae.“

Von

Dr. K. Mayr, Privatdozent in Würzburg.

(Mit 2 Abbildungen.)

Gewaltig sind die Wandlungen, die die Heilkunst durch empirische wie biologische Forschung im Verlaufe ihres planmäßigen, systematischen Ausbaues erfuhr, immer kühnere Anforderungen wurden an die Technik des Arztes gestellt und immer wieder sah sich dieser auch vom eigenen Streben vor die Notwendigkeit gestellt, die seinem diagnostischen Können und Wollen gezogenen Grenzen zu durchbrechen und das seiner operativen Kunst gesteckte Endziel weiter hinauszurücken. Dem ernstesten Streben hat denn auch der verdiente Erfolg nicht gefehlt. Existiert doch für den Arzt des zwanzigsten Jahrhunderts kaum ein Organ, das dem siegreichen Vordringen von Sonde und Skalpelli Halt gebieten könnte: Aus lebenswichtigen Teilen, wie Gehirn und Lunge, werden ohne Zaudern erkrankte Partien entfernt, schwere Wunden im Herzmuskel werden mit Erfolg operativ verschlossen, funktionsunfähig gewordene Organe durch neue, gesunde ersetzt, Fremdkörper aus den verstecktesten Gegenden des Bulbus oculi entfernt, tiefsitzende Geschwülste der Speiseröhre auf natürlichem Wege kunstreich abgetragen.

Solche diagnostische und therapeutische Erfolge wurden neben anderem, wesentlich dadurch ermöglicht, daß wohl sämtliche Gebiete der rasch aufblühenden Technik mit ihren modernsten und aktuellsten Errungenschaften in Anspruch genommen wurden, um für die Heilkunst neue kunstreiche Untersuchungsmethoden und Instrumente zu ersinnen. In der Tat mutet es fast seltsam an, die großen und unhandlichen Sonden, Katheter, Zangen und Sägen, wie sie zum Beispiel in den Werken des Ambroise Paré abgebildet sind, mit dem eleganten Instrumen-

tarium zu vergleichen, das die Zierde des heutigen Konsultationszimmers bildet. Doch wäre es verfehlt, hieraus zu schließen, daß die Medizin zur bloßen Kunstfertigkeit geworden sei; es ist das Verlangen nach fortschreitender Differenzierung und Spezialisierung, das sich wie auf allen anderen großen Kulturgebieten, auch in der Naturwissenschaft geltend machte.

Schon in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts begannen ganz bestimmte Sonderdisziplinen sich von der praktischen Medizin abzulösen und lange und harte Kämpfe um die ihnen von Rechtswegen kraft ihrer Erfolge zukommende Selbständigkeit zu führen. Man war eben damals dem sogenannten Spezialistentum nicht gerade freundlich gesinnt, und nur zu sehr geneigt, jegliche, auch gesunde Spezialforschung lediglich als Zeitvertreib anzusehen.

All diesen Fächern war das Bestreben gemeinsam, nicht nur aus dem Auftreten von funktionellen Störungen allgemeiner oder lokaler Art auf bestimmte pathologische Zustände der in Betracht kommenden Körperteile zu schließen, sondern die von der Natur schon geschaffenen Wege zu benutzen, um vermitteltst neu erdachter Untersuchungsmethoden die betreffenden Organe im Zusammenhang mit dem lebenden Organismus und während ihrer Funktion zu beobachten.

Auf diese Weise entstanden nacheinander die Otoskopie, Laryngoskopie, Rhinoskopie, dann später die Cystoskopie, Oesophagoskopie und Bronchoskopie, die sich mit gutem Erfolge die Fortschritte auf dem Gebiete der Optik und Elektrotechnik zu Nutze machten und alle ihr Ziel, wenn auch teilweise auf ganz verschiedene Art und Weise, vollkommen erreichten.

Von großer Bedeutung war auf diesem Wege der 9. März 1879 an welchem Tage vor der Wiener Ärzteschaft zum ersten Male das Nitze-Leitersche Endoskop demonstriert wurde. Die neue Untersuchungsweise erregte großes Aufsehen und wurde bald von Chirurgen, Gynäkologen und Urologen weiter ausgebildet. Auch die Rhinologie blieb nicht abseits, und schon 1880 gab Zaufal zusammen mit Leiter eine Modifikation des Cystoskopes für die Untersuchung von Ohr, Nase und Nasenrachenraum an und konnte mit derselben ein überraschendes Bild des Cavum pharyngonasale gewinnen, ja noch tief in den Tubenkanal hineinschauen. Vor kurzem begann man sich nach längerer Pause wieder mit dieser Untersuchungsmethode zu beschäf-

tigen und es wurden von Hirschmann und Valentin Beobachtungen im Antrum maxillare und im Nasopharynx mit dem Antroskop resp. Salpingoskop angestellt. Die modernen Instrumente wurden durch Verwendung von kalten Glühlämpchen und Wegfallen der früher noch notwendigen Kühlvorrichtung bedeutend handlicher, sind aber im Prinzip dem von Zaufal angegebenen Endoskope gleich. Endlich wurde noch von Voß eine Vorrichtung zum Katheterisieren der Tuba am Salpingoskop angebracht.

Ich beschäftige mich ebenfalls seit einigen Jahren mit der endoskopischen Untersuchung der Nasenhöhle und des Nasopharynx und möchte zwei Krankengeschichten zitieren, um die Brauchbarkeit dieser Methode für die Rhino-Otologie zu zeigen ¹⁾.

I. (November 1907). Josef M., 17 Jahre alt, Bäcker, klagt seit längerer Zeit über Verstopfung der Nase, Druck im Kopf und in beiden Ohren. Ist früher nie krank gewesen (nur Rubeolen), nicht hereditär belastet. Innere Organe normal, zeitweise am Herzen anämische Geräusche. Pharyngitis und Laryngitis chronica mittleren Grades, starke Schwellung der Schleimhaut der unteren Muschel beiderseits. Postrhinoskop: mäßige Verdickung der hinteren Muschelenden. Trommelfell beiderseits stark eingezogen und streifig getrübt.

Es wurde zunächst in mehreren Sitzungen durch Kaustik die Nasenschleimhaut auf annähernd normale Verhältnisse gebracht und dann der Katheter angewandt. Die Applikation gelang links sehr leicht, rechts zeigte sich ein hartnäckiger Widerstand am Tubeneingang, der auch mit dünneren Instrumenten nicht zu überwinden war. Postrhin. war eine Erklärung dieses Verhaltens nicht zu bekommen. Ich wandte nun das Endoskop an und konnte damit eine halbmondförmige graue Membran erkennen, die sich zwischen vorderem und hinterem Tubenwulst ausbreitete und bei Schluckbewegungen deutlich anspannte. Gefäße trug dies Gebilde nicht, das anscheinend unten das Tubenostium vollständig verschloß, während das oberste Drittel des Lumens freigelassen wurde (Fig. 1). Am Rachendach, weichen Gaumen oder in der Umgebung der Tuba zeigten sich keine Narben oder Bindegewebszüge, auch wußte Pat. wie schon erwähnt, nichts von einer früheren Infektion.

1) Da sich die äußere Prismasfläche beim Einführen durch den Nasengang nicht selten mit Schleim bedeckt, ließ ich an dem von mir benutzten Endoskop (Reiniger) eine dünne Metallhülse anbringen, die das Prisma bis zum Beginn der Untersuchung bedeckt und, wenn das Instrument die richtige Lage hat, vermittels eines Ringes gegen die Okularlinse hin zurückgeschoben wird. Sie vergrößert den Durchmesser des Schaftes nur unwesentlich.

Mangels geeigneter Instrumente ließ ich einer etwas zugespitzten und geschärften stählernen Sonde die erforderliche Krümmung geben, führte sie durch die rechte Nasenhöhle ein und konnte nach Cocain-Adrenalin unter Kontrolle durch das im linken Nasengang liegende Endoskop die Membran ohne nennenswerte Blutung größtenteils spalten. Acht Tage darauf gelang die Lufteintreibung leicht und mit Erfolg. Den Patienten sah ich ungefähr ein halbes Jahr nach der kleinen Operation wieder und bemerkte bei der endoskopischen Untersuchung nur noch vereinzelte geschrumpfte Reste der Membran in der Gegend des hinteren Tubenwulstes.

II. (März 1898). Nikolaus Sch., 28 Jahre alt, Ökonom leidet an Schwerhörigkeit, Sausen in beiden Ohren, Druck in denselben, Kratzen im Halse. Zeitweise zeigen sich Blutspuren im Auswurf. Lunge und Herz sind normal, Urin \ominus , die Nasenmuschel mäßig hypertrophisch. Daneben besteht Laryngitis und Pharyngitis granulosa. Die hintere Rachenwand trägt einige erweiterte Gefäßchen. Im linken mittleren Nasengang etwas eitriges Sekret, Stirnhöhle nicht druckempfindlich, Durchleuchtung negativ. Beide Trommelfelle getrübt, verdickt, eingezogen, schlecht beweglich. Postrhinoskopisch am Rachendach Reste von adenoiden Vegetationen. Keine Heredität.

Nach Ätzung der Nasenschleimhaut und der Granula im Rachen wurde der Katheter angewandt, der sich beiderseits leicht einführen ließ. Gleich nach der Applikation erfolgte eine

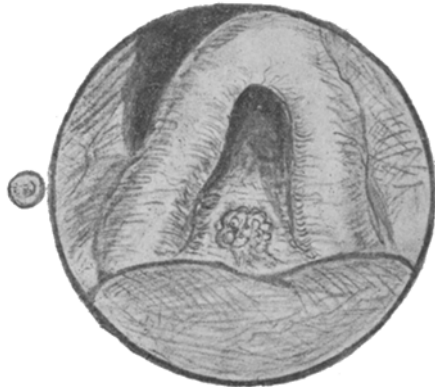


Fig. 1.

mäßig starke Blutung aus dem Cavum pharyngonasale, die aber leicht gestillt werden konnte. Ihre Quelle war nicht direkt nachweisbar, doch bekam ich bei der Rhinosk. post. den Eindruck, als ob das Blut aus der rechten Choane käme. Nach zwei Tagen salpingoskopierte ich und konnte am Boden des rechten Tubenostiums ein ca. 3—4 mm hohes, nach oben kolbig auslaufendes Geschwülstchen, von angedeutet papillärem Aussehen und hellroter erkennen, das bei zufälliger Berührung sofort zu bluten anfang. Im Bereich der Tubenmündung fand sich sonst nichts Pathologisches. (Figur 2).

Nach weiteren vierundzwanzig Stunden konnte ich leicht unter endoskopischer Kontrolle mit einem zweckentsprechend gebogenen feinen Galvanokauter die Geschwulst ohne stärkere

Reaktion zerstören und dann später den chronischen Mittelohrkatarrh weiter behandeln. Ende 1908 endlich fand ich bei der endoskopischen Untersuchung das Tubenostium normal.

Resümierend möchte ich den Krankengeschichten noch beifügen, daß es mir beidemale, trotz Anlegung des Gaumenhakens nicht gelang, so tief in die Tube hineinzusehen, daß ich die fraglichen Gebilde zu Gesicht bekommen hätte, da sie anscheinend ziemlich in die Tiefe verlagert waren und auch durch den vorspringenden Levatorwulst verdeckt wurden. Bei dem zweiten Patienten konnte ich nach 24 Stunden nur feststellen, daß zeitweise ein kleines Bluttröpfchen aus der Tube drang, ohne daß ich hätte entscheiden können, ob es sich um ein Uleus, eine

Geschwulst, eine Ektasie oder vielleicht um eine

Fremdkörperverletzung handele. Die Einführung des Zaufalschen Trichters war natürlich wegen der Gefahr einer weiteren Blutung kontraindiziert, auch durfte man an einen instrumentellen Eingriff ohne direkte Kontrolle durch das Auge beidemale nicht denken.

Was endlich den Befund selbst betrifft, so handelte

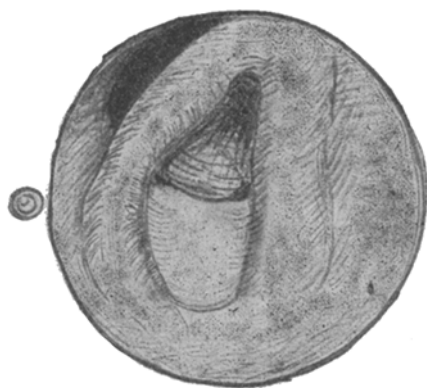


Fig. 2.

es sich im ersten Falle wohl um eine angeborene Bildung, wie sie an dieser Stelle vorkommend schon verschiedentlich beschrieben worden ist. Wenigstens ließ sich ein Beweis für eine vorhergegangene Erkrankung in der Tubengegend, die dann zu späteren Verwachsungen oder Bildung von Narbenzügen hätte führen können, nicht erbringen¹⁾. Im zweiten Fall konnte ein Fibroepitheliom oder eine lymphoide Bildung — beide gleich-gutartiger Natur — vorliegen. Beide können zu Blutungen Anlaß geben. Für das Entstehen einer Granulationsgeschwulst — das vielleicht am nächsten Liegende — mangelte jede ätiologische Deutung.

1) Bekanntermaßen entwickelt sich im Bereich der vordersten Kiemenpalte (Spritzloch einiger Fische) Tuba Eustachii und Pauke, Hammer und Amboß stammen vom I. Kiemenbogen (Mandibularbogen), der Steigbügel phylogenetisch vom II. Hyoidbogen.

Nach obigen kurzen Ausführungen wird die Behauptung wohl nicht allzu gewagt erscheinen, daß in geeigneten Fällen das Endoskop — oder wie es sich sonst heißen mag — nicht nur ein elegantes Spielzeug oder Demonstrationsmittel, sondern auch eine wertvolle diagnostische und therapeutische Hilfskraft darstellen kann. Seine Applikation ist sehr leicht, gelingt überall, wo der Katheter eingeführt werden kann und die Orientierung im Bilde fällt auch ohne bildaufrichtendes Prisma, wie es neuerdings von Weinberg am okularen Ende des Cystoskopes angebracht wurde, nicht schwerer, als diejenige bei den ersten laryngoskopischen Versuchen.

Einseitige Spezialforschung, sagt Verworn, trägt keinem der großen Bedürfnisse des Menschen Rechnung und bringt die Wissenschaft schließlich auf den wenig neidenswerten Standpunkt des Famulus Wagner, gesunde Spezialforschung ist ein Hauptfaktor für den Fortschritt der Wissenschaft, denn ohne Spezialuntersuchungen gewinnt man keine allgemeinen Kenntnisse, und jedes Mittel, das uns auf diesem Wege vorwärts bringt, soll benutzt werden.

Literatur:

- Zaufal: Versuche mit dem Nitze-Leiterschen Endoskop zur Untersuchung des Ohres, der Nase und des Nasenrachenraumes. Prager mediz. Wochenschrift Jahr 1880 Nr. 6.
 Zaufal: Über den Wert des Nitze-Leiterschen Endoskops etc. Archiv f. Ohrenheilk. Band 16, pag. 188.
 Zaufal: „Zur endoskopischen Untersuchung der Rachenmündung der Tube etc.“ Dieses Archiv Band 79, pag. 109.
 A. Valentin: Archiv für Laryngologie, Band 13. pag. 410.
 A. Hirschmann: Dasselbe, Band 14, pag. 195.
 Weinberg: Münchener med. Wochenschrift 1906, pag. 1528 (Orthocystoskopie).
 Voss: Verhandlungen der deutschen otolog. Gesellschaft. 1908, pag. 226.
 Schwartz: Handbuch der Ohrenheilkunde II. Band pag. 92. „Erkr. des Nasenrachenraumes.“
 v. Tröltsch: Gesammelte Beiträge zur pathol. Anatomie des Ohres.
-