Die Resektion der Nasenscheidewand bei primärer Tuberculose.

Von Prof. Dr. A. Ónodi in Budapest.

Was die Therapie der primären tuberculösen Veränderungen der Nasenscheidewand betrifft, so sind wir immer auf Grund positiver histologischer Diagnose für die endonasale Kurettagung eingetreten, und auch nach Rezidiven haben wir gute Resultate erzielt. Auf die anderen Behandlungsverfahren werden wir noch zurückkommen. Im Anschluß an einen außerordentlich interessanten und lehrreichen Fall bespreche ich die Frage der chirurgischen Behandlung der primären Tuberculose der Nasenscheidewand. Den Fall macht auch der Umstand wichtig, daß das klinische Bild und die mikroskopische Untersuchung des exzidierten Teiles für ein Carcinom der Scheidewand sprach, und auf dieser Grundlage ist auch der radikale chirurgische Eingriff vorgenommen worden.

Patient J. K., 60 Jahre alt, erschien bei mir Ende April 1904 mit Herrn Dr. Jannovitz. Nach seiner Aussage hatte er links vor einem Jahre eine geringe Nasenblutung, welche sich einige Male wiederholte. Schmerzen hatte er nicht. Bei Gelegenheit eines unangenehmen Gefühls des Kratzens besichtigte er im Spiegel die Nase und sah in der Mittellinie eine kleine Erhöhung. Er bekam eine Salbe, welche das Jucken zum Schwinden brachte. Die Rhinoskopie zeigte die rechte Nasenhälfte normal, auf der linken Seite zeigte die Nasenscheidewand eine auffallend große Veränderung. Das Bild machte mir den Eindruck einer bösartigen Geschwulst, ebenso auch vorher auf einen Fachkollegen, der den Kranken sah; die Abbildung zeigt den resezierten Teil der Nasenscheidewand mit der ganzen Ausbreitung der krankhaften Veränderung. Die später zu beschreibende Veränderung erstreckte sich zum größten Teil auf den knorpeligen Teil der Scheidewand, der häutige Teil der Scheidewand ist frei, beweglich, ihre Schleimhaut glatt, intakt. Aus einzelnen größeren, von gesunder Schleimhaut scharf umschriebenen, 5 mm hervorragenden Randteilen der Geschwulst ließ ich durch Herrn Dr. Jannovitz Stücke exzidieren. Die mikroskopische Untersuchung, die Herr Dozent B. Vas vornahm, ergab folgendes:

J.-No. 934 Budapest, 1904, 15. April. Der Schnitt des untersuchten Gewebes: in bindegewebigen Stroma eingelagerte, verschieden breite und lange Epithelzapfen, aus denen in das stellenweise mit Rundzellen stark infiltrierte Bindegewebe fadenförmige Epithelstränge hineinragen, welche abweichend von den in den Epithelzapfen sich befindenden Epithelzellen, mit verschiedenen Kernteilungsformen einen Polymorphismus zeigen. Nach meiner Meinung ist das exstirpierte Gebilde ein Papillom, an dessen einzelnen Stellen die jungen Wucherungen die Tendenz einer Heterotopie besitzen, also in ein Carcinom überzugehen beginnen. Dieser Umstand muß für die Beurteilung des Falles und die weitere Behandlung maßgebend sein. Auf Grund dieses Befundes und des klinischen Bildes haben wir den radikalen Eingriff am 6. Mai ausgeführt.

Die Operation hat der Kranke mittels Lokalanästhesie gut vertragen, die Haut der Nase ist mit Äthylchlorid, die Nasenscheidewand mit Adrenalin und 20% Cocainlösung berührt worden. Die Nasenhöhle wurde in der Mittellinie eröffnet; in diesem so gewonnenen Raum zeigte sich, daß außer den krankhaften Veränderungen der Nasenscheidewand oben, knapp am unteren Drittel der Nasenbeine, noch ein verborgener Herd, eine Granulationsmasse vorhanden ist. Aus diesem Grunde wurde der untere Teil des linken Nasenbeines entfernt und durch osteoplastische Resektion der Stirnfortsatz des Kieferbeines mit dem Hautlappen aufgeklappt; so wurde die ganze linke Nasenhöhle vollkommen übersichtlich. Nachdem der erwähnte latente Herd mit einem kleinen Knochenteil entfernt wurde, haben wir den knorpeligen Teil und einen Teil der knöchernen Scheidewand mit der gesunden Umgebung reseziert. Die Umgebung des gesunden Randes haben wir mit einem Thermokauter in der Ausdehnung von 5–10 mm zerstört.

Nach Naht der Hautwunde, Tamponade und Ausspülung heilte die Wunde per primam, und der Patient verließ nach zehn Tagen das Spital. Den Kranken hatte ich nach einem Jahre gesehen, seine Nasenhöhle war ganz in Ordnung, die Ränder der Nasenscheidewand vernarbt, nur am Rande der Nasenöffnung zeigte sich eine kleine Veränderung, die mittels Kurettage geheilt wurde. Von seiten der Lunge waren weder vor der Operation noch nachher Veränderungen zu konstatieren.

Den resezierten Teil der Nasenscheidewand illustriert das Bild; die histologische Untersuchung besorgte Herr Entz, Assistent am Pathologischen Institut des Herrn Professor A. v. Genersich. Der resezierte Teil ist 38 mm lang, 30 mm breit und 12 mm dick, die geschwulstartig sich erhebende Schleimhaut ist unten und rückwärts glatt, feinhöckerig, hinten oben zeigt sie glatte, erbsengroße Höcker und vorne eine 25 mm hohe und 10 mm breite Ulceration, mit unterminierten Rändern. Die Oberfläche wird von einem mehrschichtigen Plattenepithel bedeckt, welches eine dünne Hornschicht zeigt, die Epithelschicht ist dick und reicht tief in die Ausführungsgänge der Drüsen. Das Bindegewebe der Drüsen in der Schleimhaut und die Submukosa ist mit Rundzellen infiltriert. Die Ausführungsgänge der Drüsen besitzen hohes Zylinderepithel. Zwischen der Schleimhaut und dem Perichondrium ist ein aus Follikeln bestehendes Gewebe vorhanden, welches durch bindegewebige Stränge in kleinere und größere Abschnitte geteilt wird. Die Rundzellen in den Follikeln sind verschieden groß und sehr chromatinreich, nach innen folgen eosinophilartige und große flache epitheloide Zellen mit chromatinnetzigen Kernen. Stellenweise einige grobkörperige Riesenzellen mit vielen ovalen und runden Kernen und feinem Chromatinnetz. Die Zellenmassen sind durchsät mit polynukleären Zellen. Eine Verkäsung oder Degeneration war nicht zu konstatieren.

Der Befund zeigt, daß es sich um eine Tuberculose der Nasenscheidewand handelte. Der erste Befund hat einen dem Krebs entsprechenden, radikalen Eingriff im Interesse des Kranken erfordert, auch sonst bestand die Indikation wegen der großen Ausbreitung des Tuberculoms und des erwähnten latenten Herdes. Wir erwähnen kurz, daß die ulcerierende Form an der Scheidewand seltener ist, öfter treffen wir Proliferationen und Tuberculome. Ähnliche Fälle haben Fränkel, Chiari, Hasslauer, Onodi, Hajek, Silberstein, Grönbeck, Prota, Bar, Texier, Bronner, Hinsberg, Thomas, Massei, Beck und Pasch veröffentlicht. Wir wollen die bekannten klinischen und diagnostischen Verhältnisse nicht erörtern, sondern nur die Therapie der primären tuberculösen Veränderungen der Nasenscheidewand berühren. Die Behandlung besteht zumeist in der Entfernung und Kurettage mit Schlinge und scharfem Löffel der tuberculösen Granulationen. Dann

folgt die Aetzung, die Behandlung mit Milchsäure. Uebrigens sind die verschiedenen Verfahren der Aetzungen ohne chirurgische Eingriffe benutzt worden. Einige haben von der Milchsäure Erfolge gesehen, andere haben sich vom Gegenteil überzeugt. Es ist zu bemerken, daß nach energischen Auskratzen und sorgfältiger Entfernung der krankhaften Veränderungen wiederholt Rezidive beobachtet wurden. Bei diffusen tuberculösen Infiltrationen und größeren Ausdehnungen macht Pasch keine Exzisionen, sondern benutzt die Pyrogallussäure und empfiehlt sie, da sie günstig einwirkt, wenn sie auch den Prozeß nicht dauernd heilt. Die von Lermoyez und Mahu empfohlene Heißluftbehandlung ist beim Lupus angewendet worden, bei der Tuberculose noch nicht. Beck versuchte das Radium. Pasch versuchte die Stauungstherapie in einigen Fällen ohne besonderen Erfolg.

In unseren Fällen haben wir auf Grund der histologischen Untersuchung immer die endonasale, chirurgische Entfernung ausgeführt (energische Auskratzen), und zwar meistens mit Erfolg; in einem kleineren Teil der Fälle traten die Rezidive dennoch ein, sodaß der Eingriff wiederholt wurde. Pasch bemerkt zutreffend, daß bei der Frage der Rezidive nicht gerade die in der Tiefe zurückgelassenen bacillären Tuberkelherde, sondern vielmehr die latenten Initialherde eine Rolle spielen. Bei einem Rezidiv klappte er zwecks vollständiger Uebersichtlichkeit, ferner zu radikaler Entfernung der krankhaften Veränderungen die Nasenhöhle in der Medianlinie auf. Der radikale Eingriff in unserem Falle ist günstig verlaufen unter den erwähnten Umständen, die Berechtigung hätte er auch übrigens in der Größe der tuberculösen Veränderung und in dem Vorhandensein eines latenten tuberculösen Herdes gefunden. Bei der Behandlung der primären Tuberculose der Nasenscheidewand, wenn die Nasenhöhle zu übersehen und die Ausdehnung klein ist, führen wir die endonasale chirurgische Entfernung aus; in jenen Fällen aber, wo die primäre Veränderung eine größere Ausdehnung hat und neben einer unvollständigen Uebersicht ein latenter Tuberkelherd nicht auszuschließen ist, wie in unserem Falle zwar aus anderer Indikation, soll die Nasenhöhle in der Mittellinie eröffnet, wenn notwendig die osteoplastische Resektion des Nasenbeines und des Stirnfortsatzes des Oberkiefers und die Resektion des tuberculös veränderten Teiles der Nasenscheidewand ausgeführt werden. Die Aufklappung ermöglicht die Auffindung eines latenten Herdes, und die Resektion des Scheidewandteiles sichert die radikale Entfernung der krankhaften Veränderung, was von der einfachen Auskratzen nicht gesagt werden kann, denn bacilläre Herde können in der Tiefe zurückgelassen werden. Indem wir im Anschluß an unsern Fall auf dieses radikale Verfahren die Aufmerksamkeit lenken, für entsprechende Fälle der primären Tuberculose der Nasenscheidewand, halten wir den Fall auch für lehrreich wegen seiner klinischen Erscheinung, wegen seiner Indikation auf Grund des ersten histologischen Befundes und wegen der ausgeführten radikalen Operation.