Aus der Abtheilung für Haut- und venerische Krankheiten
des St. Stephanspitals in Budapest.

Zur Pathologie des Rhinoscleroms.

1. Ein zweiter Fall von Rhinosclerom mit regionären Lymphdrüsenmetastasen.

Von

Prof. Dr. **S. Róna** in Budapest.

(Hiezu Taf. X.)

Im Bande XLIX, 2—3. Heft dieses Archivs, lenkte ich die Aufmerksamkeit darauf hin, 1. dass Ungarn als Rhinoscleromgebiet zu betrachten sei, 2. dass das Rhinosclerom durch metastatische regionäre Lymphdrüsenanschwellungen begleitet wird.

In diesen Zeilen will ich beide Punkte fortsetzungsweise erörtern.

Was Punkt 1 anbelangt, muss ich zu den in meinem obigen Artikel citirten 21 Fällen folgende mir seitdem bekannt gewordenen hinzufügen: 2 Rhinoscleromfälle (mit histolog. und bakteriolog. Befunde) des Prof. v. Marschalkó; 1 neuen Rhinoscleromfall (ohne histol. und bakteriolog. Untersuchung) des Docent. Baumgarten, 1 neueren Laryngoscleromfall (ohne histol. und bakter. Untersuchung) des Prof. v. Navratil, 1 Rhino-pharyngo-laryngosclerom (ohne hist. u. bact. Untersuchung) des Dr. Waldmann und endlich meinen weiter unten veröffentlichten neueren Fall. Bis Ende Mai 1901 sind also 27 aus Ungarn stammende Scleromfälle publicirt worden.

Die Vertheilung dieser Fälle betreffend, stehen mir nur über 21 Fälle Daten zur Verfügung. Diese vertheilten sich wie folgt: aus den Comitaten Trencsen, Szepes, Beztercze-Naszod, Hunyad, Krassó-Szörény, Kolozs, Bars, Hont, Bihar, Békés, Somogy, Nógrád stammten je ein

Fall, aus den Comitaten Heves, Fehér, Tolna je zwei und aus dem Comitat Pest-Pilis-Solt drei Fälle.

Wenn man nun einen Blick auf die Landkarte Ungarns wirft, so kann man schon aus der Vertheilung dieser 21 Fälle schliessen, dass das Rhinosclerom so ziemlich in allen Gegenden Ungarns sporadisch vorkommen muss.

Was Punkt 2 betrifft, waren meine Befunde so befremdend, und meine Auffassung den bisherigen Anschauungen so zuwiderlaufend, dass sie theilweise todtgeschwiegen, theilweise direct angefochten wurden. (S. Jarisch: Hautkrankheiten II. Band, pag. 491 und 495.)

In dieser Anfechtung wird die Ungewöhnlichkeit der Lymphdrüenschwellungen und des Zerfalles bei Rhinosclerom betont. Diesen gangbaren Behauptungen stelle ich nun neuere Thatsachen gegenüber. Was die regionären Lymphdrüenschwellungen anlangt, erwähnte ich schon in jenem Artikel (Bd. XLIX, dieses Archivs), dass ich in der ungarischen Literatur allein auf 4 Fälle stiess. Mein Fall war also schon der 5. Diesen 5 Fällen reihe ich meinen neueren weiter unten veröffentlichenden Fall und einen Fall, den ich in Breslau während des letzten Congresses der deutsch. dermat. Gesellschaft, auf der Klinik Neisser zu sehen Gelegenheit hatte, an. Also bisher schon 7 Fälle. Mein neuerer Fall ist folgender:

Ein 2. Fall von Rhinosclerom mit metast. regionären Lymphdrüenschwellungen.

Gy. gebor. Juli S. 25jährige Landmannsgattin (geboren und wohnhaft in Felső-Nána, Comitat Heves) kam am 22. April 1901 auf meine Abtheilung.

Anamnese: Bis vor 5 Jahren war Pat. stets gesund. Ihre Periode bekam sie zu 17 Jahren und menstruirte seitdem regelmässig. Die jetzige Krankheit begann angeblich vor 6 Jahren mit Rachenschmerzen. Die Schmerzen offenbarten sich vorwiegend beim Schlucken flüssiger Nahrung. Die Nase war angeblich damals noch nicht angegriffen. Die Rachenschmerzen bestanden ein Jahr hindurch. Die Nase wurde vor 4 Jahren in Mitleidenschaft gezogen; die Affection begann mit Anschwellung der Nasenwurzel. Erst seit 3 Jahren schwoll auch die distale Partie der Nase an. Seit dieser Zeit stand Pat. fortwährend in ärztlicher Behandlung. Pat. ist verheiratet, hat 3 gesunde Kinder. Ihr Mann, ihr Vater, ihr Grossvater sind gesund, ihre Grossmutter im hohen Alter gestorben. Die

Kranke hielt sich ausser in ihrem Dorfe, nur in den nächstnachbarlichen Ortschaften auf; sie kennt Niemanden, der eine ähnliche Krankheit hätte.

Status praesens. Nase: Die ganze Nase, von der Wurzel bis zur Spitze ist gleichmässig verdickt, aber die sie bedeckende Haut von normalem Aussehen und nur an den Nasenflügeln und am häutigen Septum sieht man einige erweiterte Gefässe dahinziehen. Bei Betastung fühlt man am distalen Ende der Nase eine nussgrosse, knorpelharte Geschwulst mit glatter Oberfläche, welche beide Nasenöffnungen total versperert und welche hauptsächlich dem rechten Nasenflügel entsprechend prominirt. In die Nasenhöhle kann man nur schwer eine gewöhnliche Wundsonde einführen. Ausser diesen Veränderungen sieht man von der hinteren Wand beider Nasenöffnungen, weiters vom häutigen Theile des Septum eine in Halbkreisform auf die Oberlippe hinunterziehende, circa $\frac{1}{2}$ Cm. breite, wurstartige, prominirende, röthliche, beim Betasten weiche Geschwulstmasse, welche hauptsächlich unter der rechten Nasenöffnung stellenweise oberflächlich exulcerirt und mit gelblichen Borken bedeckt ist. (S. Tafel X.)

Nach Erweiterung der Nasenöffnungen mittelst Pressschwamm entleert sich aus der Nasenhöhle eine grosse Quantität sehr stinkenden gelblichen Eiters.

Unter dem Unterkiefer, entsprechend der Mitte des rechten horizontalen Theiles befinden sich zwei haselnussgrosse, entsprechend dem linken horizontalen Theile eine haselnussgrosse und eine bohngrosse harte, bewegliche Lymphdrüsen. Diese Drüsen stechen nicht ins Auge, selbe müssen direct aufgesucht werden. Die Cervical- und Occipitaldrüsen sind erbsengross.

Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf (nach Befunden des Laryngologen H. Paunz). Die Uvula fehlt; die rechtseitigen Gaumenbögen sind verwischt, die linkseitigen scharf auszunehmen. Der ganze weiche Gaumen von der Norm abweichend, begrenzt einen nach unten offenen hufeisenförmigen Spalt, dessen Ränder weisslich, narbenartig, rigid und an mehreren erbsengrossen Stellen oberflächlich exulcerirt sind. Die Bewegungen des weichen Gaumens sind (mechanisch) beschränkt. Die rechte Tonsille fliesst mit den Gaumenbögen zusammen, die linke zwischen den Gaumenbögen scharf sichtbar. Die linke Choana ist völlig frei, die Muscheln normal. Die rechte Choana und den rechten Rand des Septum occupiren mit blassrosarother, glatter Schleimhaut bedeckte kleinhöckerige Massen derart, dass der Einblick in die rechte Choana unmöglich ist. Das linke Ostium tubae ist ganz frei, gut sichtbar; das rechte durch die erwähnten Tumoren verdeckt. Aehnliche Tumoren sind am Rachengewölbe und den Rachentonsillen entsprechend zu sehen, von welchen einige höckerige Stränge zur linken Tuba ziehen.

In Kehlköpfe sind keine auffällige Veränderungen.

Ohren (Befund des Docent. Krepuska): Das Trommelfell ist beiderseits ein wenig eingesunken, das rechte mässig injicirt. Das Gehör

um die Hälfte vermindert. Die Stimme ist nâselnd. Das Allgemeinbefinden ist gut; kein Fieber vorhanden.

Bei der Pat. wurden folgende Untersuchungen vorgenommen:

1. Unter entsprechenden Cautelen machte ich einen circa 3 Mm. tiefen Schnitt in die nicht excoriirte Partie der Nasengeschwulst und impfte vom Grunde der Wunde auf 4 Tuben Glycerinagar. Resultat: Nach 24 Stunden die schönsten Kapselbacillen in Reincultur.

2. Am 26. April exstirpirten wir eine haselnussgrosse Drüse von der rechten Submaxillarregion, welche ich mit ausgeglühtem Messer entzweischchnitt (die Schnittfläche war glatt, fahl und zeigte einzelne röthliche Punkte) und beschickte mit der Lymphe 4 Tuben Glycerinagar. Resultat: Nach 24 Stunden erhielt ich Kapselbacillen vom selben morphologischen und tinctoriellen Charakter in Reincultur, als von der Nasengeschwulst.

3. Ausserdem wurde von dieser Drüse gleich nach der Exstirpation ein kleines Stückchen auf Glycerinagar gebettet und aus diesem Stückchen wuchs ein üppiger Flor von reinsten Kapselbakterien heraus.

4. Am 14. Mai exstirpirten wir von der linken Seite eine haselnussgrosse und eine bohnergrosse Drüse. Verfahren wie oben; aus beiden züchtete ich dieselben Bakterien heraus u. zw. wieder in Reincultur.

5. In zwei verschiedenen Zeiten entnahm ich je eine Pravaz-Spritze Blut aus dem Venae cephalicae und impfte auf je 5 Tuben Glycerinagar. Resultat: Die Tuben blieben selbst nach Tagen steril.

Um uns über das Verhalten andersartig entzündeter Drüsen (hauptsächlich von auch an chronischer Rhinitis leidenden Personen) zu orientiren, machten wir folgende Controluntersuchungen:

1. Am 14. Mai wurden von einem scrophulösen Individuum eine nussgrosse, im Centrum schon erweichte Drüse von der Submaxillarregion exstirpirt und davon mit derselben Sorgfalt, wie oben erwähnt, auf 4 Tuben Glycerinagar geimpft. Resultat: Sämmtliche Tuben blieben steril.

2. Am 15. Mai exstirpirten wir von einem an exulcerirtem Nasenlupus Leidenden eine haselnussgrosse, bewegliche, harte Drüse, von welchem ich wieder auf 4 Tuben Glycerinagar impfte. Zwei Tuben blieben steril; auf zweien wuchsen nur Staphylococcen.

Ich glaube, dass auch dieser 2. Fall meine These von 1899 unterstützt, wonach die im Verlaufe des Rhinosclerom auftretenden regionären Lymphdrüsen-geschwülste zum rhinoscleromatösen Processe gehören, das heisst, dass selbe als rhinoscleromatöse Metastasen aufzufassen sind. (Die histol. Befunde betreffend verweise ich auf den folgenden Artikel des Herrn Dr. Alfred Huber.)

Und jetzt noch einige Bemerkungen über Exulceration des Rhinoscleromgewebes.

Ich selbst habe schon in mehreren Fällen oberflächliche Exulceration der Geschwulstmassen sowohl auf der Haut, als auf der Schleimhaut beobachtet. Dasselbe beobachteten auch andere, ja selbst ausgedehnteren Zerfall und tiefere Geschwürsbildung. Ich verweise nur auf die Krankengeschichten und Abbildungen in der Arbeit von Wolkowitsch (Langenbeck's Archiv 1889), speciell auf Tafel XIII und XVI. Ohne Exulceration könnte man auch die grossen Destructionen, wie: Fehlen der Uvula, Defect der Gaumenbögen etc., welche hie und da im Verlaufe des Rhinosclerom an den Schleimhäuten zu sehen sind, nicht erklären. Also auch Zerfall und Exulceration sind dem Rhinoscleromgewebe nicht fremd und so entfallen beide Einwende Jarisch's.

Anknüpfend an diese Thatsachen möchte ich noch jene hinzufügen, dass bei Rhinosclerom nicht alle Geschwulstpartien knorpelhart oder derb sind. Wie aus der Krankengeschichte meines 2. Falles hervorgeht, sind auch mitunter weiche Geschwulstmassen vorhanden.

S. Róna: Zur Pathologie des Rhinoscleroms.

Kak. M. f. fotogr. A. Rasse. Trug