

II. Seröse Perichondritis der Nasenscheidewand.

Von

Prof. Dr. A. Jurasz in Heidelberg.

Am 25. Juni d. J. stellte sich in meiner ambulatorischen Klinik die 10 Jahre alte Christine Herbst von Schriesheim wegen einer vollständigen Verstopfung beider Nasenhöhlen vor. Das Mädchen, welches früher niemals an irgend einer ernstern Nasenkrankheit gelitten hatte und auch sonst stets gesund gewesen war, erkrankte 8 Tage vorher an einem Erysipel der Nase und des Gesichtes. Das Erysipel muss sich ziemlich weit ausgebreitet haben, denn die Augen sollen angeschwollen gewesen sein. Während dieser Krankheit entwickelte sich eine Verstopfung der Nasenhöhlen, die trotz der Heilung des Erysipels fortbestand. Die Patientin war seitdem genöthigt, nur durch den Mund zu athmen. In der Nacht schlief sie sehr unruhig, da sich in der Regel beängstigende asthmatische Anfälle einstellten. Das Allgemeinbefinden war dabei insofern beeinträchtigt, als das Kind wenig Appetit zeigte, theilnahmslos war und blass aussah. Der objective Befund war folgender. Die beiden Nasenöffnungen zeigten sich vollständig ausgefüllt durch halbkugelige, intensiv geröthete Tumoren, welche ohne Anwendung des Nasenspeculums zu sehen waren. Bei genauerer Untersuchung stellte es sich heraus, dass diese Tumoren beiderseits vom knorpeligen Septum ausgingen, auf dem sie symmetrisch mit sehr breiter Basis aufsaßen. Mittelst der Sonde konnte man eine ziemlich weite Ausdehnung der Tumoren nach hinten zu constatiren. Fluctuation war deutlich nachzuweisen. Ich stellte die Diagnose auf eitrige Perichondritis der Nasenscheidewand und wollte eine Incision vornehmen; da aber weder die Patientin noch die sie begleitende ältere Schwester ohne Wissen der Eltern eine Operation der Nase erlauben wollten, vielmehr nur eine Arznei zu haben wünschten, so wurde einstweilen Alumen pulv. als Schnupfpulver verordnet.

Am 2. Juli erschien die Patientin mit der Erlaubniss eines operativen Eingriffs wieder. Die Geschwülste des Septum zeigten dieselbe Grösse wie das erste Mal, nur war die Schleimhaut derselben weniger stark injicirt. Die Beschwerden blieben unverändert. Ich führte eine ziemlich dicke, gerade Nadel meines in einer anderen Arbeit¹⁾ schon erwähnten Aspirators zuerst in den einen, dann in den andern Tumor ein und entleerte jedes Mal statt des Eiters, den ich zu finden glaubte, eine wasserklare, seröse Flüssigkeit, der sich zu Ende der Aspiration etwas Blut beimischte. Die Flüssigkeit war von etwas dicker Consistenz und betrug etwa 5 ccm. Gleich nach der Entleerung verkleinerten sich die Tumoren so, dass die Patientin durch die Nase, allerdings noch mit gewisser Schwierigkeit, athmen konnte. Eine genauere Untersuchung der serösen Flüssigkeit konnte leider nicht ausgeführt werden, da das Gläschen, in welches dieselbe eingegossen wurde, unglücklicherweise umfiel und der Inhalt herausfloss. Mit Hülfe der Sonde, die ich durch die Stichöffnung einführte, konnte ich feststellen, dass beiderseits der Scheidewandknorpel in der ganzen Ausdehnung der Tumoren vollständig entblösst war, und dass sich die seröse Flüssigkeit zwischen dem Knorpel und Perichondrium befand. An einer Stelle etwa in der Mitte der Knorpelplatte constatirte ich mittelst der Sonde eine Perforation, durch welche beide Tumoren mit einander communicirten. Der Rand der Perforationsöffnung fühlte sich weich, zerfasert an.

Am 16. Juli zeigte sich bei der Patientin die rechte Nasenhöhle vollständig frei. Die Schleimhaut und das Perichondrium lag dem Knorpel fest an. Nur in der linken Nasenhöhle war noch eine geringe Schwellung an der Stelle des früheren Tumors zu sehen. Die asthmatischen Anfälle haben sich seit der Entleerung der Geschwülste nicht mehr eingestellt, die Nächte sind ruhig gewesen. Allgemeinbefinden gut.

¹⁾ Zur Lehre von den Kehlknopfsteinen. Diese Wochenschr. No. 39. er.

Am 2. August wurde Patientin aus der Behandlung entlassen. Die Schleimhaut der Nasenscheidewand sah beiderseits normal aus, und die Nasenhöhlen waren wie vor der Krankheit vollständig frei.

Der eben beschriebene Fall betrifft eine Krankheit, die ich mit dem Namen der „serösen Perichondritis“ bezeichne und die ausserordentlich selten vorzukommen scheint. Ich habe in der Literatur nur eine einzige Notiz¹⁾ gefunden, die hier berücksichtigt zu werden verdient, weil es sich aus derselben ergibt, dass Velpeau ähnliche Fälle beobachtet hat. Bei der Besprechung der bilateralen Tumoren der Nasenscheidewand erwähnt er, dass man dieselben in 3 Klassen eintheilen kann, nämlich in die Abscesse, Haematocelen und Cysten, je nachdem in denselben Eiter, Blut oder Serum enthalten ist. Diese drei Arten von Geschwülsten können sich nach den Angaben von Velpeau auch ohne vorausgegangene traumatische Verletzung spontan entwickeln und die hochgradigsten Beschwerden verursachen. Necrose des Knorpels mit Perforation soll dabei fast immer vorkommen. Therapeutisch soll man dieselben frühzeitig eröffnen und den Inhalt entleeren. Diesen Bemerkungen ist zwar speciell bezüglich der „Cysten“ keine Casuistik beigelegt, allein auch ohne dies kann es keinem Zweifel unterliegen, dass Velpeau's seröse „Cysten“ identisch sind mit dem oben angeführten, von mir beobachteten Falle. Merkwürdig muss es aber erscheinen, dass sich bei den späteren Autoren nach Velpeau nirgends eine Erwähnung von einer derartigen Erkrankung der Nasenscheidewand- oder eines andern Knorpels findet. Auch Casabianca²⁾, der in seiner fleissigen Arbeit über die Krankheiten der Nasenscheidewand die serösen Tumoren Velpeau's in einigen Worten anführt, schreibt, dass er fruchtlos nach ähnlichen Beobachtungen in der Literatur gesucht habe.

Es fragt sich jetzt, ob die in unserm Falle constatirte Ansammlung von seröser Flüssigkeit zwischen dem Knorpel und dem Perichondrium auf eine Entzündung des letztern zurückgeführt werden kann, und ob demnach die Bezeichnung der Krankheit mit dem Namen der „serösen Perichondritis“ eine gerechtfertigte ist. Ich glaube diese Frage deshalb bejahen zu müssen, weil hier eine einfache Transsudation mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden kann. An der Stelle der Erkrankung handelt es sich nämlich nicht um eine mit einer serösen Membran ausgekleidete, präformirte Höhle, sondern um ein Perichondrium, welches sammt der Schleimhaut sehr fest mit dem Knorpel verbunden ist und selbst bei den hochgradigsten Circulationsstörungen keinen geeigneten Ort für eine einfache Ausschwitzung von seröser Flüssigkeit darbietet. Zur Abhebung des Perichondrium von dem Knorpel in der Weise, wie dies in unserm Fall stattgefunden hat, wird wohl immer eine Entzündung nothwendig sein. Mit einer Entzündung haben wir aber hier zu thun gehabt, denn das Erysipel hat jedenfalls nach der Anamnese ausser der Haut der Nase und des Gesichtes auch die Nasenscheidewand ergriffen. Beachtenswerth bleibt dabei allerdings der Umstand, dass das flüssige Product der Entzündung kein eitriges, sondern ein seröses war.

Für die Auffassung einer serösen Perichondritis spricht aber auch noch die Thatsache, dass eine analoge entzündliche Veränderung am Periost vorkommt und unter dem Namen der Periostitis serosa oder albuminosa bekannt ist. Ollier hat dieser Periostkrankung zuerst seine Aufmerksamkeit zugewandt, und haben dieselbe nach ihm verschiedene andere Autoren zu beobachten Gelegenheit gehabt. Ich führe hier die Arbeiten von Poncet,³⁾ Albert⁴⁾ und Terrier⁵⁾ an. Aus diesen Beobachtungen geht hervor, dass die Erkrankung entzündlicher Natur ist, dass sie mit Vorliebe an den Enden der Diaphysen besonders des Femur und des Humerus auftritt und dass sie fast immer bei Kindern oder jungen Individuen vor der Verknöcherung der Epiphysen sich entwickelt. So wie die Periostitis serosa oder albuminosa eine Prädisposition für gewisse Knochen und deren Abschnitte zu besitzen scheint, so scheint es sich auch mit der Perichondritis serosa zu verhalten, denn die letztere wurde bisher von Velpeau und mir nur am Nasenscheidewandknorpel beobachtet. Ob dieser Process auch an andern Knorpeln zur Entwicklung kommen kann, muss die Zukunft lehren. Derselben muss auch überlassen werden, nähere Aufklärung über die Genese und Aetiologie dieses Leidens zu geben. —

¹⁾ Tumeur de la cloison nasale. Gaz. des hôpit. 1860. No. 45. S. 178.

²⁾ Casabianca. Des affections de la cloison des fosses nasales. Thèse. Paris. 1876.

³⁾ Poncet. De la périostite albumineuse. Gaz. hebdom. de Méd. et de Chir. No. 9. 1874.

⁴⁾ Albert. Ein Fall von Periostitis albuminosa (Ollier). Wiener med. Blätter. No. 38. 1878.

⁵⁾ Terrier. Sur la périostite albumineuse. Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. Tome IV. No. 4.