

XIX.

Aus der Königsberger chirurgischen Universitätsklinik
des Prof. Dr. Erich Lexer.

Über die isolierte primäre Tuberkulose des Ohrläppchens.

Von

Dr. Paetzold,

Oberarzt im Feldartillerie-Regiment Nr. 20, kommandiert zur Klinik.

(Mit 2 Abbildungen.)

In verhältnismäßig kurzer Zeit hatten wir Gelegenheit, in unserer Poliklinik 3 Fälle einer anscheinend seltenen Erkrankung des Ohrläppchens zu beobachten. Es handelte sich um weibliche Patienten im Alter von 14, 15 und 24 Jahren, die aus ganz verschiedenen Orten der Provinz stammten. Zwei von ihnen gaben an, seit einigen Jahren eine Anschwellung und Verfärbung des einen Ohrläppchens bemerkt zu haben, die ihnen jedoch keinerlei Beschwerden oder Schmerzen verursachte. Bei der einen soll das Leiden nach dem Wechseln der Ohrringe entstanden sein. Lediglich, weil sich der Zustand nicht änderte, wollten sie unseren Rat hören. Die dritte Patientin, im Alter von 15 Jahren, konsultierte uns wegen ihrer Oberlippe. Sie hatte die aufgeworfene Lippe und das typische rissige, borkige Lippenrot skrofulöser Kinder, das Gesicht war leicht gedunsen; im übrigen bestanden keine weiteren auffälligen Symptome der Skrofulose. Interessant war aber, daß auch bei ihr das rechte Ohrläppchen die kurz vorher zweimal von uns gesehene Affektion zeigte. Auf Befragen gab sie an, daß dieser Zustand vor etwa 2 Jahren eingetreten, ihr jedoch bisher nicht beschwerlich gewesen sei.

Das befallene Ohrläppchen zeigte bei den drei Personen dieselben Veränderungen. Es war im ganzen geschwollen und stark verdickt, da nicht nur die eine, sondern vielmehr beide Hautseiten

krankhaft verändert waren. Die Farbe war blaurot, ging nach dem Gesunden hin in eine heller rote Randzone über, hörte dann aber mit einer scharfen Grenze auf. Ausläufer erstreckten sich nicht in die Umgebung, vielmehr war die Grenze durch eine leicht wellenförmige Linie gegeben. Die Haut war infolge der Spannung etwas glänzend, aber weder ulceriert noch trug sie Schuppen. Knötchen waren weder auf den erkrankten Partien noch in der Umgebung zu sehen. Die Konsistenz des Ohrläppchens war etwas

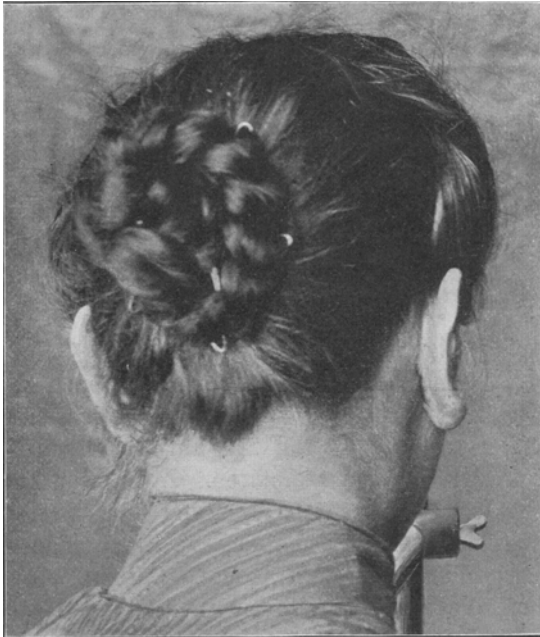


Fig. 1.

derber, als es normal schon ist, etwas rigide. Die Ausdehnung der veränderten Stelle war verschieden groß, doch ging sie bei keiner Patientin auf die Ohrmuschel über. Am kleinsten war sie bei der dritten Patientin geblieben, die ich hier im Bilde vorführen kann. Man sieht bei der Aufnahme von hinten deutlich die Verdickung des Läppchens, bei der seitlichen Aufnahme die Ausdehnung der Erkrankung.

Alle Patientinnen trugen Ohrringe. Schmerzhaftigkeit bestand nicht.

Das Leiden war offenbar eine chronische Entzündung, wahrscheinlich hervorgerufen durch eine Infektion von den Löchern der

Ohringe aus. Die beiden ersten Fälle behandelten wir daher mit multiplen Skarifikationen. Nach einiger Zeit blieben die Patientinnen weg. Auch auf briefliche Anfrage erhielt ich jetzt keinen Bescheid von ihnen. Als der dritte Fall in unsere Behandlung kam, wurde auf Veranlassung von Herrn Professor Lexer¹⁾, dem ich hier für die Anregung zur Arbeit meinen ergebensten Dank ausspreche, eine Keilexzision vom unteren Rande des Ohrläppchens gemacht, die



Fig. 2.

einmal den kosmetischen Erfolg haben sollte, die Geschwulst wesentlich zu verkleinern und zweitens Material zur histologischen Untersuchung lieferte. Natürlich war durch die Exzision nicht alles Kranke entfernt. Auch diese Patientin blieb nach einiger Zeit weg, nachdem die Wunde primär verheilt war.

1) Herr Prof. Lexer hat in der v. Bergmannschen Poliklinik mehrfach derartige Fälle gesehen, jedoch die zur Klarstellung des Leidens erforderliche Exzision niemals ausführen können.

Ich hielt die Affektion ihrem Aussehen nach für ein Erysipeloid Rosenbach, das ja allerdings fast ausschließlich an den Händen vorkommt, in seltenen Fällen auch im Gesicht (Lexer), und am Ohr (Jacobson-Blau) beobachtet, vor kurzem an der Königsberger Klinik auch gleichzeitig an Nase, Stirne und beiden Händen gesehen worden ist. Möglich wäre eine Übertragung durch die mit Infektionsstoff beladenen Finger an das Ohrläppchen ja immerhin gewesen, ohne daß die Hände zu erkranken brauchten. Um bei der mikroskopischen Untersuchung einen Vergleich zu haben, exzidierte ich bei einem der nächsten Finger-Erysipeloide, die in unserer Poliklinik verhältnismäßig sehr häufig sind, gleichfalls ein Stückchen der erkrankten Haut. Die große Verschiedenheit beider Bilder ließ auf den ersten Blick erkennen, daß es sich nicht um dieselbe Erkrankung handelte.¹⁾

Die Schnitte aus dem Ohr zeigen folgendes Bild:

Die ganze exzidierte Haut ist ausgedehnt lymphomatös transformiert. Es finden sich hier haufenförmige, nicht scharf abgrenzbare, lymphomatöse Zelleninfiltrate, die hauptsächlich im Kutisgewebe auftreten und nach oben

1) Da der mikroskopische Befund des von mir untersuchten Erysipeloidstückchens so wesentlich von dem einzigen, bisher in der Literatur niedergelegten (Delbanco, zit. bei Tavel, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 61, Seite 528) abweicht, will ich ihn hier kurz mitteilen: Im Kutisgewebe finden sich stark hervortretende Zellinfiltrationszüge, die bis hoch hinauf in den Papillarkörper sich erstrecken, hier jedoch an Ausdehnung allmählich nachlassen. Offenbar liegen die Zellinfiltrationen in der direkten Umgebung der Gefäße, denen sie sich in ihrem Verlauf anschließen. Man sieht Bilder, wo ein Blutgefäß, meist eine kleinere Arterie, mantelförmig von dem Infiltrat umgeben wird. Die Infiltrate selbst setzen sich meist aus Lymphocyten mit vereinzelt Eiterkörperchen zusammen. Auffällig ist, daß die Kerne leichte Verzerrung aufweisen, ohne daß sie vom Charakter der Epitheloidzellen sind. Nekrosenherde finden sich nicht in den Infiltraten. Hoch im Kutisgewebe, dicht am Papillarkörper, tritt außerdem eine stark entzündliche Infiltration des Bindegewebes hervor, ohne daß auch hier die Infiltrate eitrigen Charakter annehmen. Es finden sich hier teils lymphoide Zellen, teils junge Fibroblasten. Eine Bindegewebevermehrung im Sinne einer Hyalinisierung ist nicht vorhanden. — An manchen Stellen sind die Lymphspalten mit größeren oder kleineren Mengen von Lymphocyten und Wanderzellen angefüllt, die hier oft strangförmige Züge bilden. Bisweilen ist der Papillarkörper besonders reichlich infiltriert, doch sitzen auch hier die Infiltrate regelmäßig um die Gefäße. — Es besteht kein Ödem der untersten Epithelzellagen, auch eine reichliche Durchwanderung von Lymphocyten existiert nicht. Vereinzelt Plasma- und Mastzellen kommen im Bindegewebe und in den Zellinfiltraten vor, jedoch ist ihre Zahl nicht wesentlich vermehrt.

in geringerer Entwicklung bis dicht unter die subepitheliale Zone reichen. Sie durchsetzen das Bindegewebe so vollständig, daß es ihnen gegenüber stark zurücktritt. Das lymphomatöse Gewebe ist sehr reich vaskularisiert; es ist jedoch keine regelmäßige Anordnung der Infiltrationsmassen um die Gefäße zu bemerken. In den Zellinfiltraten finden sich herdweise größere und kleinere Haufen von Zellen mit heller gefärbten Kernen, die etwas größer als die Lymphocyten sind. Sie heben sich sehr stark ab und machen den Eindruck von einer Art Keimzentren. Ihre Abgrenzung gegenüber den Lymphocyten ist unscharf. Sehr auffallend ist der Reichtum von Kernteilungsfiguren in ihnen. Nach oben zu verschwinden allmählich diese Keimzentren und das Gewebe ist hier nur einfach lymphomatös infiltriert. Haare und Haarbälge sind ganz in die Zellmassen eingebettet. Drüsen habe ich in den Schnitten nicht gefunden. Die Epidermis zeigt nirgends Wucherungserscheinungen, sie bildet eine glatte Zelllage. Auch Durchwanderung von Wanderzellen findet nicht statt.

Die Lymphocyten haben alle einen runden Kern. Eiterkörperchen treten nur ganz vereinzelt hervor. Mast- und Plasmazellen sind vorhanden, aber nicht auffällig reichlich. Fibroblasten treten nirgends auf. Nekrosenherde fehlen ganz.

Eine einwandfreie Deutung dieses mikroskopischen Bildes ließ sich nicht geben; am wahrscheinlichsten war die Annahme, daß es sich um eine tuberkulöse Infektion handeln könne. Die Untersuchung auf Tuberkelbazillen nach spezifischer Färbung hatte jedoch leider keinen Erfolg; ebenso ließen sich auch in den nach Gram und in mit Methylenblau gefärbten Präparaten keine Bakterien nachweisen. Wir konnten also das Krankheitsbild nur vermutungsweise als Tuberkulose ansprechen; einen sicheren Beweis hatten wir nicht.

Unsere Annahme wurde mir jedoch durch Herrn Professor Gerber bestätigt, in dessen Klinik sich zwei unserer Patientinnen gewandt hatten, die 14- und die 15jährige, nachdem sie von uns weggeblieben waren. Als einzig rationelle Therapie war hier die Amputation des Ohrlappchens ausgeführt worden.¹⁾

In der Literatur sind nur sehr wenig entsprechende Fälle mitgeteilt. Den letzten veröffentlichte Gerber, der bei einem 20jährigen, anscheinend erblich belasteten, sonst aber gesunden Mädchen das seit frühester Kindheit vergrößerte Ohrlappchen auf Wunsch der Patientin durch Exzisionen

1) Die mikroskopische Untersuchung der amputierten Ohrlappchen ergab Tuberkulose. Auch der von mir schon untersuchte Fall ließ, nachdem in der Gerberschen Klinik größere Stücke des Ohrlappchens in Schnitte zerlegt waren, in einzelnen Präparaten im Zentrum der helleren Stellen Nekroseherde und Riesenzellen erkennen. — Herrn Professor Gerber und seinem I. Assistenten, Herrn Dr. Cohn, sage ich für ihre lebenswürdige Unterstützung meinen besten Dank.

wieder zu normaler Größe zurückbrachte. Die Diagnose war vor der Operation lediglich auf Hypertrophie infolge eines unbekannten Reizes gestellt worden, die mikroskopische Untersuchung ergab aber „das typische Bild der Hauttuberkulose: ein nicht zu derbes Bindegewebe mit Rundzelleninfiltration, vielen Epitheloid- und einzelnen Riesenzelltuberkeln“. Auffallend war, daß hier Ohrlöcher für Ohrringe nicht vorhanden waren, die in allen übrigen Fällen anscheinend den Infektionsweg darstellen. Gerber hat diese Erkrankung als Tuberkulom bezeichnet.

Als Knotentuberkulose des Ohrläppchens beschreibt Haug 3 derartige Erkrankungen. Die eine betraf ein 22jähriges Mädchen, die angeblich seit 21 Jahren, im Anschluß an eine durch die Impfung entstandene Infektion, eine Verdickung eines Ohrläppchens hatte. Die Geschwulst war walnußgroß, rötlich, nicht bläulich verfärbt, nicht sehr derb, aber prall und stellenweise knotig. Die Haut ließ sich nicht verschieben. Geschwollene Lymphdrüsen fehlten. Die Diagnose wurde auf Angiofibrom gestellt. Die mikroskopische Untersuchung des exzidierten Tumors gab ein überraschendes Bild. Es zeigte sich eine kapselartige Hülle aus Bindegewebe, in dem zahlreiche erweiterte Saftspalten und in Wucherung begriffene Gefäße vorhanden waren, so daß diese Stellen den Eindruck eines Angioms machten. Von der Kapsel zog ins Innere ein retikuläres Gewebe, vollgepfropft mit Rundzellen. Und zwar umgibt immer eine mehr oder minder breite Zone solcher Rundzellen eine zentrale, heller gefärbte Stelle. Hier haben die Zellen epitheloiden Charakter, haben 1 oder 2 Kerne und zeigen einzelne Karyomitosen. Riesenzellen sind nur in einigen Präparaten. Die innersten Partien dieser helleren Stellen zeigen Nekrosen. — Haug glaubt, daß primär ein Angiom bestanden habe, welches vielleicht durch die Infektion im ersten Lebensjahr teilweise verodet sei. Erst sekundär habe sich die Tuberkulose darin ausgebildet.

Der zweite Fall betraf eine 30jährige Frau, die früher Ohrringe getragen hatte. Der makroskopische Befund war ähnlich wie die übrigen. Vor dem Ohr war eine Drüse. Es wurde ein Fibrom angenommen und exzidiert. Das so gewonnene Präparat schnitt sich nicht sehr derb, sah auf der Schnittfläche gelbrötlich aus mit einigen dunkleren Partien und war ziemlich saftreich. Mikroskopisch sah man bei schwacher Vergrößerung einen lymphknotenähnlichen Bau, bei starker Vergrößerung eine kleinzellige Rundzelleninfiltration, die Tuberkelknötchen mit Riesenzellen und Nekroseherden umschließt.

Der dritte Fall zeigt eine weitere Seltenheit, nämlich einen Epithelkrebs auf dem Boden der Tuberkulose. Die 42jährige Frau, die Ohrringe trug, hatte auf ihrem seit vielen Jahren verdickten Ohrläppchen vor einiger Zeit ein Geschwür bemerkt, das für ein Carcinom gehalten wurde. Die mikroskopische Untersuchung des amputierten Ohrläppchens ergab, daß in der Tiefe die typischen tuberkulösen Veränderungen sich zeigten, während das darauf sitzende Ulcus sicher carcinomatöser Art war.

Zum ersten Male beschrieben und richtig als „Impftuberkulose“ gedeutet ist das Leiden von v. Eiselsberg. Bei einem gesunden, 16jährigen Mädchen hatte sich im Anschluß an das Ohrlöcherstechen ein schmerzloser, etwa haselnußgroßer, mäßig harter, blaßroter, nirgends ulcerierter, deutlich gegen die Umgebung begrenzter Knochen gebildet. Die mikroskopische

Untersuchung des exzidierten Stückes ergab ein kleinzelliges Infiltrationsgewebe mit spärlichen Riesenzellen. In diesen und um dieselben herum ließen sich in sämtlichen Schnitten Tuberkelbazillen nachweisen. Damit ist die Literatur erschöpft.

Das Bild dieser Erkrankung, wie es auch Haug aufstellt, ist folgendes: Bisher nur bei Frauen beobachtet, bildet sich auf Grund einer tuberkulösen Infektion eine isolierte primäre Erkrankung des einen Ohrläppchens. Die übrigen Teile der Ohrmuschel sind stets frei. Die Eingangspforte ist wahrscheinlich meistens der Stichkanal der Ohrringe, sei es, daß er sofort beim Stechen infiziert wird oder später von kleinen Wunden aus, die durch das Tragen der Ohringe entstehen. Doch kann auch jede andere Verletzung des Ohrläppchens zu der Erkrankung führen. Die Krankheit schreitet sehr langsam vorwärts, sie kann bis zu 20 Jahren stationär bleiben, höchstens werden die regionären Drüsen mit ergriffen. Beschwerden verursacht sie kaum, meist treten die Patientinnen nur wegen des Schönheitsfehlers in Behandlung. Das Ohrläppchen selbst wird dicker, derber, erreicht oft Walnußgröße und kann sich knollig anfühlen. Die Haut ist meist blaurot verfärbt mit scharfen Grenzen gegen die Umgebung, kann jedoch auch blaß bleiben; sie läßt sich nicht abheben. Die Erkrankung ist nur auf das Ohrläppchen beschränkt. Zu tuberkulösen Ulcerationen kommt es anscheinend nie. Verwechselung mit Fibromen kommt in vivo oft vor. Doch ist das Aussehen so charakteristisch, wenn nicht andere Umstände das Bild verschleiern, daß es sicher jeder wiedererkennt, der es erst einmal gesehen hat. Die Therapie kann natürlich nur in der vollständigen Entfernung alles Erkrankten mit Einschluß der mit ergriffenen Drüsen bestehen, dann ist die Prognose eine durchaus günstige. Die mikroskopische Untersuchung zeigt eine starke Rundzelleninfiltration. Davon eingeschlossen finden wir Haufen etwas größerer, heller gefärbter Zellen mit Riesenzellen und bisweilen Tuberkelbazillen. Das Zentrum dieser Haufen bildet ein Nekroseherd.

Das Fehlen von Bazillen, Riesenzellen und Nekrosen machte in unserem Falle die Diagnose schwierig. Entweder war hier der Krankheitsprozeß noch zu jung, um regressive Veränderungen zu zeigen, oder das exzidierte Stück, das der unteren Zirkumferenz des Ohrläppchens in seiner Längsrichtung entnommen war, reichte nicht tief genug in das Zentrum der Erkrankung. Denn die Veränderungen sitzen hauptsächlich in der Tiefe der bindegewebigen Maschen des Ohrläppchenfettgewebes. Nach Haug fängt hier die Infiltration an, während die die Geschwulst bedeckende Haut noch

nicht eine Spur tuberkulöser Affektion zu zeigen braucht und somit auch blaß aussehen kann. Aus diesem allmählichen Ausbreiten vom Mittelpunkt des Ohrläppchens her erklärt sich die gleichmäßige Auftreibung des ganzen Ohrläppchens und die auf Vorder- und Rückseite stets gleichen Hautveränderungen. Es handelt sich also um eine primäre Tuberkulose des Unterhautfettgewebes.

Von der als Lupus bezeichneten Knötchenform der Hauttuberkulose ist diese Erkrankung streng zu trennen. Der Lupus beginnt meist an der Ohrmuschel oder greift überhaupt erst sekundär von der Nachbarschaft auf die Ohrmuschel über. Ein primärer Lupus des Ohrläppchens scheint selten zu sein. Unserer Erkrankung fehlt ferner das expansive Wachsen des Lupus, der nie auf einen Herd beschränkt bleibt; es fehlt ihr die Knötchenbildung mit den regressiven Veränderungen, die zu Zerfall und Geschwürsbildung führen. Ein Grund, weshalb die Tuberkulose des Ohrläppchens bei primärer Erkrankung nur in dieser seltenen Form, bei sekundärer in der wohlbekannten Art des Lupus auftritt, läßt sich zunächst nicht angeben. Jedenfalls muß man dieses Leiden als eigene Krankheit auffassen.

Literaturverzeichnis.

1. v. Eiselsberg, Beiträge zur Impftuberkulose beim Menschen. Wiener med. Wochenschr. 1887, Nr. 53.
2. Haug, Zur mikroskopischen Anatomie der Geschwülste des äußeren Ohres. Archiv f. Ohrenheilkunde, Bd. 32, S. 151.
3. Derselbe, Beiträge zur Klinik und mikroskopischen Anatomie der Neubildungen des äußeren und mittleren Ohres. Archiv f. Ohrenheilkunde, Bd. 36, S. 177.
4. Gerber, Zur Kasuistik der Ohrgeschwülste. Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, Bd. 45, S. 69.
5. Blau, Enzyklopädie der Ohrenheilkunde. Artikel über Ohrlöcherstechen, Lupus. Tuberkulose.
6. Lexer, Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie.
7. Jakobson-Blau, Lehrbuch der Ohrenheilkunde.