

4.

Ueber eine mit Cholestearin vollständig ausgefüllte Nasenhöhle.

Von Dr. Jos. Neumann,
Specialisten in Budapest.

Es handelt sich um ein 17jähriges Mädchen, welches mir ein College wegen eines Nasenleidens brachte; Patientin soll vermutlich durch ein Gewächs die linke Nasenhälfte vollständig verlegt haben, müsse in Folge dessen stets mit offenem Munde athmen, und sei in der Aussprache behindert, außerdem erzählt die Mutter, das Nasenleiden verbreite zuweilen einen Gestank und gebe manchmal zu sehr heftigem Nasenbluten Anlass.

Bei der Untersuchung sah ich linkersseits gleich hinter dem Naseneingang ein mässig höckeriges, von ziemlich gerötheter Schleimhaut bekleidetes Gebilde, welches beim Schnauben vollständig unbeweglich blieb, den ganzen Eingang in die Nasenhöhle verlegte und den Eindruck einer massigen, fleischigen Geschwulst machte, um so mehr als die Contouren der Nase linkersseits verschwunden waren.

Mit einer dünnen Sonde gelang es, ebenso unter dem Gebilde, wie auch neben dem Septum nach rückwärts zu kommen; oberhalb des Gebildes konnte man nicht kommen, ebenso wenig war es von der Seitenwand der Nasenhöhle abzugrenzen.

Die Rhinoscopia post. gelang bei der ersten Untersuchung nicht, auch wollte ich wegen der grösseren Reizbarkeit nicht sofort eine Digitaluntersuchung vornehmen, um so weniger als mich vorläufig die Sonderuntersuchung darüber belehrte, dass das Gewächs bis zu den Choanen reichte und vermutlich den Rachenraum nicht ausfüllte. Von einem Operationsplane konnte auch nicht die Rede sein. Vorläufig wollte ich über die Gut- oder Bösartigkeit des Gewächses einen mikroskopischen Aufschluss gewinnen, und entfernte zu diesem Behufe von dem vorderen Theile ein gutes Stück mit der kalten Schlinge. Es erfolgte eine ziemlich copiöse Blutung, die mit Tamponnade gestillt wurde.

Ueber die Dauer des Leidens war kein sicherer Aufschluss zu gewinnen, blos bezüglich der vollständigen Verstopfung wurde gesagt, dass sie seit einem halben Jahre bestehe. Ich stellte mir nun vor, dass ich es mit einem Fibrosarcom oder einem Sarcom zu thun habe; dafür schien das Aussehen und die grosse Masse der unbeweglichen Geschwulst, die ja die ganze Nasenhöhle ausfüllte, ferner der Umstand zu sprechen, dass die Geschwulst weder nach oben, noch nach aussen abzugrenzen war; es schien also, dass die Geschwulst vom Nasendache ausgehe und mit der Seiten-

wand verwachsen sei, eventuell in die Nebenhöhlen hineinwuchere, wie ja das bei Nasenrachentumoren vorzukommen pflegt.

Die muthmaassliche Diagnose fand noch einen nicht un wesentlichen Stützpunkt daran, dass die Geschwulst — der Erzählung nach — ziemlich rasch angewachsen sei und dass sie sehr blutreich zu sein schien.

Das abgetragene, weiche fleischige Stück, von der Grösse einer halben Haselnuss, hatte Herr Tangl im hiesigen pathol.-anat. Institute die Güte zu untersuchen, aber er fand darin nichts für Fibrom oder Sarcom Charakteristisches. Es waren nur überwucherte Schleimhautelemente mit Rundzelleninfiltration vorzufinden und der Untersucher hielt das Object für irgend ein entzündetes Gewebe.

Ich dachte kein für die Geschwulst charakteristisches Stück gewonnen zu haben und ging daran, ein zweites, eventuell gleich einen grösseren Theil der Geschwulst abzutragen. Bei der Untersuchung fand ich die Wundfläche der Geschwulst von einem weisslichen glänzenden Belage bedeckt, den ich nach dem Abwischen immer wieder vor mir hatte. Nach wiederholtem Abwischen sah ich in der Wunde immer wieder eine ähnliche weisse, schmierige Materie, welche mir irgend einen Hohlraum in der vermeintlichen Geschwulst auszufüllen schien. Ich begann nun mit dem scharfen Löffel diese weisse schmierige, käsige und stinkende Masse herauszuholen, was kaum fertig zu bringen war. Denn nach wiederholtem Auspritzen waren im mittleren und oberen Nasengange dieselben käsigen, glänzenden Massen, die alle Buchten dicht ausfüllten.

Es gelang dabei dem Mädchen noch immer nicht, durch diese Nasenhälften Luft durchzublasen, bis ich mit dem Auslöfeln ganz rückwärts anlangte. Da gelang es, mit kräftigem Schnauben das letzte Stück auszustossen, welches vollständig den Abdruck der Choane bildete. Das glänzend weisse Stück bildete nach rückwärts einen abgerundeten Kamm, an den Seitenflächen waren sogar die kleinen Unebenheiten der Nasenscheidewand und der unteren Muschel abgedrückt.

Die herausbeförderte, ungefähr 20 g repräsentirende Masse von käsig weicher Consistenz und glänzend weisser Farbe bestand aus Cholestearin. Von irgend einem Gefüge oder gar einer Vascularisation keine Spur. Ebenso wenig war von einem festeren Kern, etwa einem Fremdkörper, um welchen sich Cholestearin abgelagert hätte, trotz sorgfältigen Durchsuchens des Herausbeförderten irgend etwas zu entdecken. Die Nasenhöhle war nun ganz frei, nur vorne waren am Septum und unteren und mittleren Muschel fetzige Reste von jenem entzündlichem Gewebe zu sehen, welches bei der ersten Untersuchung vorlag. So wenig Zweifel darüber besteht, womit wir es hier zu thun hatten, so dunkel ist die Aetiologie.

Die Nasenhöhle luftdicht mit Cholestearin ausgefüllt zu sehen, welches, vorne von entzündlichem Gewebe umgeben, einen Tumor vorzutäuschen geeignet war, ist ein gewiss ungewohnter Befund. — Allem Anscheine nach war das entzündliche und die fremdartige Masse verdeckende, bzw.

einheitliche Gewebe als Produkt eines entzündlich formativen Prozesses anzusehen, der durch den Reiz des fremdartigen Inhaltes der Nasenhöhle angeregt wurde, wie wir ja entzündlich neugebildetes Gewebe sehr oft um Fremdkörper und Rhinolithen antreffen. Vollständig eingekapselt oder von entzündlichem Gewebe eingehüllt war die Cholestearinmasse nicht; vielleicht verhinderte der Druck, den dieser Ausguss auf Septum und Seitenwand ausübte, das Zustandekommen einer formativen Entzündung; aber auch in der Choane fehlte eine ähnliche entzündliche Bekleidung, wodurch die Möglichkeit geboten war, dass der angegebene Fötör verspürt werde.

Wie nun das Zustandekommen dieses Inhaltes der Nase zu erklären sei, darüber lässt sich bei der Seltenheit solcher Fälle schwer etwas sagen. Duplay und Cozzolino beschreiben ähnliche Fälle als Rhinitis cholesteatosa; neuerdings wurde ein Fall von G. Strazza mitgetheilt (*Annales des maladies de l'oreille du nez etc.* 1891. No. 12); der allem Anschein nach als dem meinigen analog anzusehen ist. Strazza tritt der Auffassung der genannten Autoren, als ob die Krankheit eine skrofulöse Rhinitis eigener Art oder überhaupt eine Affection sui generis wäre, entgegen und fasst das Zustandekommen des Cholesteatom so auf, dass der Nasenschleim in Folge von Stauungen bei Unmöglichkeit des Abflusses aus der Nasenhöhle sich zu einer cholesteatinartigen Masse eindicke. Strazza fragt mit Recht, warum das Cholesteatom nicht in beiden Nasenhöhlen anzutreffen war, wenn es die Folge von Rhinitis serofulosa sei, und bemerkt auch, dass Skrofulose außerordentlich häufig sei, während die Affection ebenso selten ist. In seinem Falle war als Ursache der Retention des Nasenschleimes eine Deviation der Scheidewand und Hypertrophie der unteren Muschel vorhanden.

Auch in meinem Falle war ein Hinderniss des Abflusses in Form des entzündlich neugebildeten Gewebes vorhanden (welches ich mir allerdings als secundär zu Stande gekommen vorstelle), trotzdem möchte ich mich der Annahme Strazza's nicht anschliessen. Hindernisse für den Abfluss des Nasenschleimes finden wir ja sehr häufig, und dennoch kommt es zu keiner Cholestearinbildung.

Nasenhöhlen, die durch Polypen vollständig verlegt sind, Deviationen der Scheidewand, die sich an die hypertrophische Muschel ganz anlegen, angeborner Verschluss der Choanen (wobei das Ausblasen der Nase unmöglich ist), müssten ja dann häufig zu Cholestearinbildung führen.

Allerdings muss zugegeben werden, dass bei Leuten mit stark verschwollenen Nasenschleimhaut oft ein ziemlich eingedickter Nasenschleim angetroffen wird, der den Eindruck macht, als ob das Secret bei weiterer Eindickung einer käsigen, schmierigen Masse ähnlich werden könnte; ferner kann die Möglichkeit der Eindickung und eventuellen Umwandlung des Secrets zu einer cholesteatinähnlichen Masse schon deshalb nicht ganz von der Hand gewiesen werden, weil ja Cholestearin in rothen, wie in weissen Blutkörperchen enthalten ist, das Material also in Eiterzellen des Nasenschleimes vorhanden wäre.

Allerdings müsste ein solcher Vorgang der Umwandlung experimentell nachgewiesen werden, was bisher nicht geschehen ist.

Was jedoch meinen Fall betrifft, so war weder eine Abnormität des Nasengerüstes, noch irgend ein Verschluss ausser dem entzündlichen Gewebe vorhanden. Letzteres können wir uns aber kaum anders, als secundär, durch den Reiz entstanden, vorstellen. Doch hat ja auch dieses Gewebe die Nase nicht vollständig verlegt, denn es gestattete das Durchkommen einer Sonde am Nasenboden und dürfte ein allerdings beschwerliches Schnäuzen der betreffenden Nasenhälften nicht unmöglich gemacht haben, wäre nicht die ganze Nasenhöhle von einem soliden Körper, dem Cholestearin, ausgefüllt gewesen, zumal da das entzündliche Gewebe bei weitem nicht so massig war, um nicht von durchgeblasener Luft bewegt werden zu können. Man hat wohl nie einen sicheren Boden bei theoretischen Erörterungen, daher will ich auch nichts behauptet haben, wenn ich eine Bemerkung mache, dass die Sache vielleicht noch anders zu deuten wäre. Auf mich machte sie nehmlich am ehesten noch den Eindruck eines Tumors. Der Vorgang liesse sich vielleicht so vorstellen, dass vom Nasendache aus die Bildung einer Geschwulst (Margaritom, Cholesteatom) ausging; in Folge grösseren Wachsthums derselben, also Entfernung von der Ernährung, und des Drückes seitens der Nasenhöhlenwände würde successive jedes lebende Gewebe, jede Bekleidung der Cholesteatinmasse und jede Vascularisation zur Atrophie und zum völligen Untergange kommen, so dass endlich die ganze Nasenhöhle von einem homogenen, leblosen Körper ausgefüllt angetroffen wird, welcher dann noch zur Entwicklung einer entzündlichen Gewebsumhüllung Anlass geben kann.

Praktisch wichtig ist dieses seltene Vorkommniss wegen diagnostischer Irrtümer, da ja stets ein Fibrom, Sarcom oder Carcinom vorgetäuscht werden kann und man später erst den sicheren Aufschluss zu gewinnen vermag. Auch im citirten Falle Strazza's wurde vorerst dieselbe unzutreffende Diagnose gestellt.

Ein Recidiv des Leidens beobachtete weder der genannte Autor, noch war bei meiner Kranken eine solche, nach Jahresfrist, aufgetreten.

D r u c k f e h l e r .

Seite 174 Zeile 7 v. o. (Fig. 1) nicht statt: leicht

- - - 18 v. o. (Fig. 4) soll es heißen: R Reste erhaltener Drüsenzellen statt: Darmzotten