

Ans dem klinischen Ambulatorium des Prof. Stoerk.

Einige

Fälle von Nasenpolypen

und

deren Entfernung mit der Stahlschlinge.

Mitgetheilt

von

DR. PIENIAZEK,

derzeit Assistenzarzt.

Separat-Abdruck aus Nr. 28 und 29 der „Wiener Medizinischen Blätter.“

Wien, 1878.

Aus J. B. Wallishausser's k. k. Hoftheater-Druckerei.

Verlag der „Wiener Medizinischen Blätter.“

Einige
Fälle von Nasenpolypen
und
deren Entfernung mit der Stahlschlinge.

Mitgetheilt
von
DR. PIENIAZEK,
derzeit Assistenzarzt.

~~~~~  
Separat-Abdruck aus Nr. 28 und 29 der „Wiener Medizinischen Blätter.“  
~~~~~

Wien, 1878.

Aus J. B. Wallishausser's k. k. Hoftheater-Druckerei.

Verlag der „Wiener Medizinischen Blätter.“

140156 2910

WV P614e 1878

Z-140143

Akc. zL. 2024 .nr. 211

Im Laufe des Schuljahres 1877/78 habe ich im Ambulatorium des Prof. Stoerk 13 Fälle von Nasenpolypen gesehen, deren Operation von Prof. Stoerk meinen Händen anvertraut wurde.

In allen Fällen habe ich ausschliesslich die Stahldrahtschlinge in Gebrauch gezogen, die ich für bedeutend praktischer als die Zange halte, weil man mit der Schlinge immer unter Controle des Auges arbeiten kann, was bei einer gehörig starken Zange nicht leicht möglich ist; weil man ferner bei dem Gebrauche der Schlinge gegen alle möglichen Zufälle viel gesicherter ist als bei der Zange, und weil ich von denjenigen Patienten, die schon einmal mit einer Zange operirt wurden und bei denen nun in Folge eingetretener Recidive die Schlinge in Gebrauch gezogen wurde (2 Fälle), erfuhr, dass ihnen die letztere Methode bedeutend weniger unangenehm sei.

Als Schlingenschnürer verwendete ich den von Blake angegebenen Ohrenpolypenschnürer mit 2 Ringen am Griffe, an dem nur ein längeres Deckröhrchen für den Draht angebracht wurde.

Allerdings hat diese Methode manche Unbequemlichkeiten, mehr für den Operirenden als für den Kranken, in direktem Gegensatze zu der Zangenoperation. Die erste Unbequemlichkeit ist die, dass die Operation sehr viel Zeit in Anspruch nimmt, indem sich in der Regel mehrere Polypen in jeder Choane befinden, die man einen nach dem andern entfernen muss, was beim nöthigen Abwarten, bis die nach der letzten Extraction eingetretene Blutung steht, sehr zeitraubend ist. Diesem Umstand lässt sich aber theilweise dadurch abhelfen, dass man die Extraction bei den tiefst gelegenen Polypen beginnt, wodurch die Blutung dann das Sehen und Erfassen der oberen nicht hindert. Nöthigenfalls kann man mittelst einer schlanken Zange, wie z. B. mit einer Ohrenpinzette u. dgl. ein bischen trockene, oder in Alaunlösung getauchte Watte auf die

blutende Stelle andrücken, oder die Nase mit Alaunwasser ausspritzen.

Die zweite Unannehmlichkeit liegt darin, dass es manchmal sehr schwer ist, die Schlinge über den grössten Umfang des Polypen durchzuführen, indem der Draht sich wegen des engen Raumes und der Grösse des Polypen sehr leicht biegt. Diesem Uebelstand begegnet man am besten dadurch, dass man entsprechend starken Stahldraht und eine Schlinge von entsprechender Grösse verwendet, dieselbe seitlich (an der äusseren Seite) von dem Polypen, von vorne nach rückwärts und zugleich von unten nach oben dringend, einführt, und dann durch eine Rotation nach oben und aussen die Geschwulst zu umgehen sucht. Nachdem dies gelungen ist, gelangt man gewöhnlich beim Zuschnüren an den Stiel des Polypen selbst, der ja meistens nach oben und aussen an der mittleren Muschel oder im mittleren Gange aufsitzt.

Diese Manipulation kann noch wesentlich dadurch erleichtert werden, dass man während der erwähnten Rotation den Polypen mit einem Häkchen oder einer zarten Zange, z. B. Ohrenzange durch die Schlinge nach unten und aussen leicht anzieht.

Bei kleineren Polypen jedoch gelangt man leichter zum Ziele, wenn man eine entsprechend grosse Schlinge zwischen dem Polypen und der Nasenscheidewand einführt (wodurch der Polyp in sie gewissermassen hineinfällt) und dieselbe dann nach oben und aussen dirigirt, um an den Stiel des Polypen zu kommen.

Häufig ist man gezwungen, die Schlinge über den Polypen von unten aufzuwerfen. Dies Vorgehen begegnet aber manchen Schwierigkeiten, namentlich wenn der Polyp gross ist, indem die Schlinge, horizontal eingeführt, von den Seiten gedrückt wird, und dadurch, so gross sie auch sein mag, für den Polypen zu eng wird. Entsprechende Stärke der Schlinge und das Einziehen des Polypen in dieselbe mittelst eines Häkchens oder einer Pinzette beseitigen auch diesen Uebelstand am besten.

Sobald man ein Häkchen oder eine Pinzette in Anwendung bringt, benöthigt man natürlich beider Hände, weshalb der Patient selbst den Nasenspiegel halten muss, was weiter mit keinen Schwierigkeiten verbunden ist.

Manchmal geschieht es, dass kleinere Polypen sich in dem mittleren Nasengange verbergen und dadurch unserem Auge entgehen, so wie auch die im hintersten Theile der Nasenhöhle gelegenen Polypen leicht in den Nasenrachenraum hineingezogen werden können.

Die ersteren bekommt man doch gewöhnlich zu sehen, wenn man das tief eingeführte Speculum möglichst stark von innen nach aussen einstellt und nach derselben Richtung schaut. Die letzteren können meist durch einen Luftstrom zur Anschauung gebracht werden.

So viel, was die Operation von vorne anbelangt. Was dagegen den Sitz der Polypen betrifft, so haben die meisten, nach meiner Beobachtung, ihren Ausgangspunkt an der concaven Fläche der mittleren Muschel gehabt, einige an der Nische, die sich vor dem vordersten Theile der mittleren Muschel befindet; seltener war der Ausgang von der convexen Seite oder dem untersten Theile der mittleren, sowie von der unteren Muschel her.

In 8 Fällen sassen die Polypen beiderseits 5 Mal nur an einer Seite, u. z. rechterseits. Gewöhnlich zeichneten sie sich durch ihre grauweisse Farbe aus, so dass sie an das Bild einer gefüllten Wasserblase, oder auch an das eines hochgradigen Oedems der lockeren Schleimhäute, wie z. B. der aryepiglottischen Falten u. dgl., erinnerten. Ihre Consistenz war in allen unseren Fällen, bis auf einen einzigen, weich, nachgiebig.

Sie waren meistens schon bei blosser Inspection von vorne ganz gut zu sehen, tiefer sitzende und kleinere dagegen nur bei Benützung eines dilatirenden Speculums, als welches meistens das Robert-Collin'sche gebraucht wurde. Mit Hilfe dieses Speculums wurde auch operirt.

Einige Fälle, welche bei der Untersuchung von vorne ein von dieser Beschreibung abweichendes Bild darboten, wollen wir kurz erwähnen. So kamen uns in 2 Fällen kleine Polypen in der Grösse einer Bohne vor, die beiderseits sassen, und zwar auf der concaven Fläche der mittleren Nasenmuschel nahe dem freien Rande derselben. Ihre Farbe war in beiden Fällen derjenigen ihrer Nachbarschaft gleich, so dass die Diagnose auf polypöse Wucherungen erst auf Grund vollständiger Beweglichkeit der vermutheten begrenzten Schwellungen gestellt werden konnte. Sie hatten einen stechenden

Schmerz in der Nase zur Folge, der wahrscheinlich durch fortwährende Bewegungen am Stiele entstanden war.

Bei einem Patienten wurden dieselben sehr leicht mit der Stahlschlinge entfernt und auf ihre Basis ein Schorf von *Liqu. ferri sesquichlorati* gesetzt. Darauf blieb der charakteristische Schmerz aus. Der zweite Fall betraf eine Patientin, die sich zur Operation nicht entschliessen wollte.

In einem Falle, wo die Polypen nur einseitig, d. i. auf der rechten Seite, u. z. besonders in dem mittleren Nasengang angehäuft waren, fand sich die mittlere Nasenmuschel sehr verdünnt, gegen das Septum verdrängt und als parallel mit dem letzteren stehende Leiste, deren vorderes Ende einen tiefrothgefärbten, olivenförmig verdickten Schleimhautwulst bildete. Dieser Wulst wurde ebenfalls mit der Schlinge entfernt, wobei der Patient mehr Schmerzen als bei der Extraction der Polypen selbst verspürte.

Ein Mal sass nur eine Wucherung mit ziemlich dünnem Stiele an der convexen Seite der rechten unteren Nasenmuschel nach vorn und oben, die untere Muschel selbst war dabei vergrößert, während sie sonst gewöhnlich in Folge von Druck atrophisch wird. Die Wucherung war roth gefärbt und nicht wie gewöhnlich kugelig, sondern flach und breit leicht gelappt. In diesem Falle hatte ich Verdacht auf ein beginnendes Sarcom oder Carcinom der Nase; leider wurde die Wucherung nach der Exstirpation durch Versehen weggeworfen und ihre mikroskopische Untersuchung nicht vorgenommen.

Die der Operation vorausgehende Untersuchung wurde immer von vorne und rückwärts vorgenommen; von vorne meistens mit dem Robert-Collin'schen Speculum, von rückwärts mit dem rhinoskopischen Spiegel. Da sah man gewöhnlich charakteristische grauweisse durchschimmernde Massen unter den mittleren Muscheln angehäuft; es gelang immer deren vollständige Entfernung von vorne, so dass man nach der Operation eine Verdünnung der mittleren Nasenmuschel und beträchtliche Erweiterung der mittleren Nasengänge constatiren konnte. In einem Falle fanden sich indessen diese polypösen Massen nicht nur in beiden mittleren, sondern auch in beiden oberen Nasengängen vor, und die Grösse der zwischen den oberen und mittleren Muscheln, u. z. beiderseits aufsitzenden Massen liess eine beträchtliche Erweiterung der oberen Gänge an-

nehmen. Bei der Untersuchung von vorne fand man beiderseits Polypen sowohl in den mittleren Nasengängen, wie auch zwischen der Convexität der unteren Muschel und dem Septum und ferner in den unteren Gängen.

Es wurde Alles, was zugänglich war, von vorne exstirpirt, so dass schliesslich nur die die oberen Gänge ausfüllenden Massen geblieben waren; letztere mussten belassen werden, weil die Patientin sich nicht länger in Wien aufhalten konnte und für die Operation, die nur von rückwärts weiter ausgeführt werden konnte, einige Zeit in Anspruch hätte genommen werden müssen, um die Reizbarkeit des weichen Gaumens abzustumpfen. Sonst waren die mittleren und unteren Gänge ganz frei und wegen Verdünnung der mittleren und unteren Muschel so weit, dass die Patientin mit dem Resultate der Operation vollkommen zufrieden war.

In zwei Fällen waren unter den von vorne sichtbaren Polypen dieselben auch im Nasenrachenraum zu finden. Das eine Mal wurde, neben einigen Wucherungen in der linken Choane, ein über taubeneigrosser Polyp im Nasenrachenraum constatirt. Nachdem ich einige Male fruchtlos versuchte, den Polypen mittelst einer gebogenen Zange an dem Stiele abzu-drehen, zog ihn Prof. Stoerk selbst beim ersten Versuch aus, indem er unter Fingercontrolle seinen Rachenmandelschnürer über den Polypen brachte, ihn möglichst hoch hinauf drückte und den Polypen am Stiele selbst mit der Stahlschlinge abquetschte. Die der Operation folgende Untersuchung zeigte eine blutige Stelle am hinteren Ende der mittleren rechten Muschel nach oben zu. Der Polyp war von gewöhnlicher Beschaffenheit, blass, weich, fibrös und enthielt eine überhaselnussgrosse Cyste. Bei dieser Gelegenheit habe ich erst die Brauchbarkeit des Instrumentes kennen gelernt, welches bei den hochsitzenden, in den Nasenrachenraum herabhängenden Polypen noch mehr zu leisten vermag, als bei den hypertrophirten Rachentonsillen, indem bei den gestielten Polypen das Abtragen knapp an der Basis gelingt, was bei den Rachenmandeln wegen deren breiten Aufsitzens schwer gelingen dürfte, obgleich es anderseits auch nicht nöthig ist.

Einen ähnlichen Fall dieser Art lieferte ein Patient, bei welchem, neben vollständiger Verstopfung beider Choanen

durch die von vorne sichtbaren Polypen, noch eine nahezu wallnussgrosse Wucherung von der rechten unteren Muschel in den Nasenrachenraum herabhang. Prof. Stoerk liess mich in diesem Falle mit einer gedeckten und vertical stehenden Schlinge (zum Unterschiede von dem Rachenmandelschneider, bei welchem die Schlinge durch ihre Hülse in horizontaler Lage gehalten wird) eingehen und den Polypen abschnüren. Es gelang mir wirklich beim ersten Versuch, denselben zu erreichen und an der Basis ganz schmerzlos abzutragen. Ich glaube nun, dass dieselben Dienste, die das letzterwähnte Instrument für die hochsitzenden Nasenpolypen und Rachenmandeln, dieses für die tiefer sitzenden leisten kann. Die in beiden Choanen noch übrig gebliebenen Polypen wurden mit der Stahlschlinge in gewöhnlicher Weise entfernt.

Ausser den Polypenfällen kam eine Patientin vor, die folgenden Zustand darbot: Die rechte Choane nahezu gänzlich verstopft; bei dem geringen Luftstrom, der noch durch dieselbe möglich ist, verspürt man einen deutlich übelriechenden Athem. Bei der Untersuchung von vorne sieht man die untere Nasenmuschel vergrössert, den unteren Nasengang in Folge dessen verstopft, unwegsam, den Raum, der unter der mittleren Nasenmuschel zwischen der Convexität der unteren und dem Septum übrig bleibt, in Folge der Vergrösserung der unteren Nasenmuschel enger geworden, dazu noch von gestielten leicht blutenden Granulationen ausgefüllt. Die linke Choane bietet nichts Abnormes dar. Das Rhinoskopiren vom Rachen war wegen grosser Reizbarkeit der Patientin nicht ausführbar. Häufig auftretende Blutungen aus der Nase, das Alter der Patientin (50 Jahre), Abmagerung und cachektisches Aussehen sowie die Dauer des Leidens (laut der Anamnese über 2 Monate) liessen am ehesten an ein Carcinom oder malignes Sarcom denken. Diese Diagnose wurde auch von Prof. Stoerk bestätigt. Um nun vollkommene Sicherheit über die Natur des Leidens zu bekommen, quetschte ich eine gestielte Wucherung ab, und untersuchte dieselbe mikroskopisch. Dabei fand ich runde und längliche epithelienähnliche Zellen, an denen die Verfettung meist sehr ausgesprochen war; concentrische Schichten der Zellen wie bei Epithelialcarcinomen habe ich nicht gefunden; das fibröse Stroma war in dünnen Zügen vorhanden, die mikroskopische Untersuchung wies demnach auf Medullarcarcinom.

Der weitere Verlauf war folgender:

Die Patientin wurde durch häufig auftretende Epistaxis geplagt, wogegen ihr die Einspritzung mit einer Alaunlösung und Einführen von kleinen, in Alaunlösung getauchten Tampons angerathen wurde. Es stellten sich grosse Schmerzen in der Nase ein, die durch täglich vorgenommene Einblasung von Morphinum in die Nase wesentlich gelindert wurden. Bald aber sah man, wie das corpus des rechten Oberkiefers immer mehr an Volumen zunahm, wie dadurch die Gegend unter dem rechten Jochbogen immer mehr aufgetrieben war; es zeigte sich das rechte Auge nach oben und vorne verdrängt, wobei das untere Lid leicht oedematös war. Die Patientin kam jetzt nur etwa einmal in der Woche ins Ambulatorium. Einmal klagte sie über Schmerzen in der Mundhöhle; die Untersuchung zeigte daselbst den harten Gaumen in seinem vorderen rechten Segmente durch eine fungöse, schmutziggrau gefärbte necrotische Masse durchbrochen.

Das letzte Mal, als ich die Patientin sah, war schon die ganze rechte Wange sehr stark aufgetrieben, die Lider verdickt, das untere Lid an einer über 1 Kreuzer grossen Stelle exulcerirt; das Oeffnen des rechten Auges spontan nicht möglich. Die Durchbruchsstelle am harten Gaumen grösser, theilweise röthliche fungöse Wucherung, theilweise schmutzegraue necrotische Masse vorstellend. Die Zeit, während welcher die Patientin in meiner Beobachtung stand, betrug 3 Monate, d. i. vom 12. Juni bis 9. September 1878.
