

Fig. I.

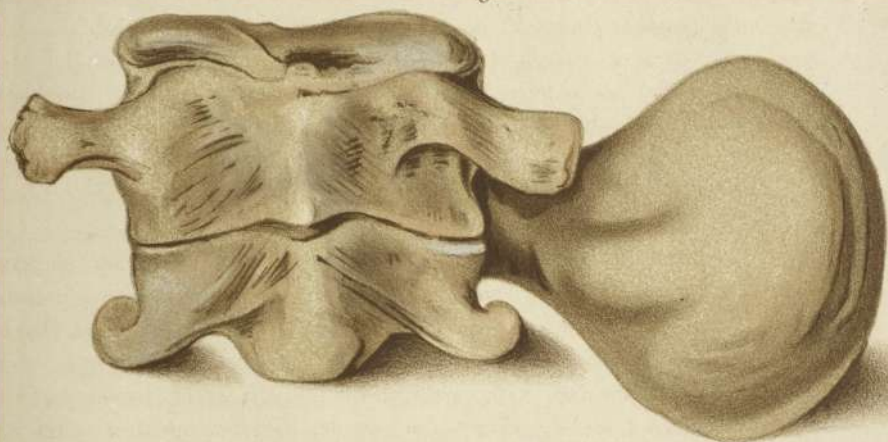
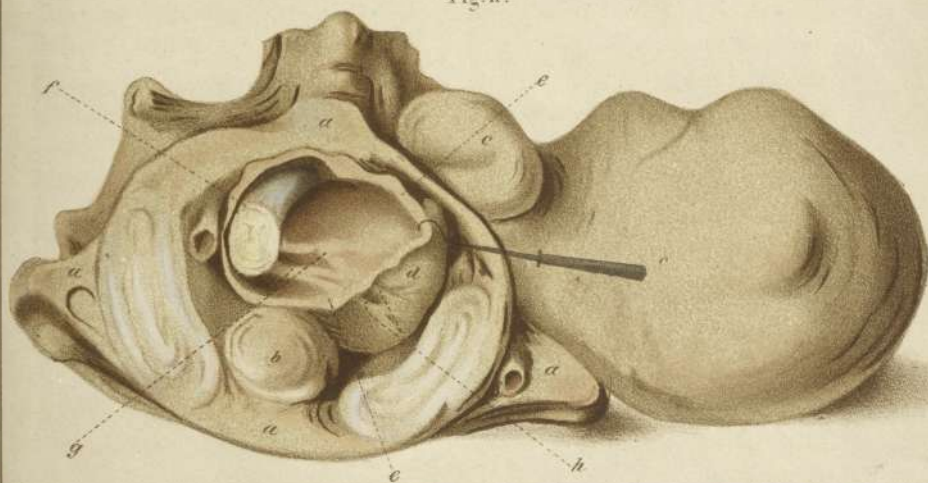


Fig. II.



ganz allmählich verschobenen wichtigen Organen sich gleichsam an den Druck gewöhnen; keiner Beweglichkeit in grösseren oder geringeren Grade durch einen schmalen Stiel oder Nachgebilde von Nachbargeweben möglich wird; dann die den Tumor deckende Haut zwar angedehnt, aber über der nächsten von glatten Fasern umgebenen Hülle kaum verwehrt ist. —

Ein Beitrag zu den Geschwülsten am Halse.

Von

Dr. A. DEHLER

in Würzburg.

(Tafel I.)

Die Lehre von den Geschwülsten gehört sicher zu den schwierigsten der Chirurgie. Trotz der grossen Fortschritte, die man durch die pathol. Anatomie in der Beleuchtung des Baues und Entwicklung derselben machte, bieten sie für die Diagnose am Lebenden, sowie für ihre Behandlung noch ganz besondere Schwierigkeiten durch das gewöhnliche Dunkel ihrer aetiolog. sowie topographisch anatomischen Verhältnisse. Selbst dem besten Anatomen ist es zuweilen nicht möglich, mit Bestimmtheit den Sitz, sowie das Verhalten des Tumors zu seinen Nachbarorganen anzugeben, und welcher Operateur kann behaupten, er habe sich dabei noch nie getäuscht?

Gilt dieses aber schon von den Geschwülsten im Allgemeinen, so doch ganz besonders für die des Halses, bei denen man gerade die erfahrensten Chirurgen mit grösster Sorgfalt, ja mit einem gewissen Misstrauen, wenn ich so sagen darf, zu Werke gehen sieht.

Hier, wo die zum Leben so wichtigen Organe dicht gedrängt beisammen liegen, erfordern selbst die scheinbar ganz oberflächlich liegenden Geschwülste genaue Berücksichtigung aller Verhältnisse, denn bald stehen sie durch einen, wenn auch nur ganz schmalen Stiel mit wichtigen Gebilden in Verbindung, bald ist die oberflächliche Geschwulst nur ein Theil eines in der Tiefe weithin wurzelschlagenden Neugebildes, welches erst nach Dehnung und Atrophirung der dasselbe deckenden Fascien und Muskeln im Unterhautzellgewebe zu seiner Ausbreitung besseren Raum gewann. Solche Tumoren werden um so leichter verkannt, als bei ihnen nicht selten auch jede *Functionsstörung* fehlt, da die durch das langsame Wachsthum

ganz allmählig verschobenen wichtigen Organe sich gleichsam an den Druck gewöhnten; ferner *Beweglichkeit* in grösserem oder geringerem Grade durch einen schmaleren Stiel oder Nachgeben von Nachbargebilden möglich wird; dazu die den Tumor deckende *Haut* zwar ausgedehnt, aber über der zunächst von glatten Fascien umgebenen Hülle *leicht verschiebbar* ist. —

Für dieses eben Gesagte vermag ich nun ein Präparat als Beispiel vorzuzeigen; doch dürfte es von Interesse sein, eine kurze Krankengeschichte vorzuschicken, um vielleicht später einige Bemerkungen daran anknüpfen zu können.

Mitte August vor. Jahres wurde mir von Hrn. Prof. Rinecker vor seiner Abreise eine Kranke übergeben, mit einer sehr bedeutenden Verjauchung der Parotis und Umgegend der linken Seite. — Patientin 56 Jahre alt, sehr gut genährt, mit stark erweiterten Gesichtsvenen und Capillaren, Lähmung des linken untern Augenlides, sowie des Mundwinkels dieser Seite. Die linke Wange und Halsgegend war geschwollen, braunroth, bei Berührung mässig schmerzhaft. Aus einigen Oeffnungen daselbst entleerte sich eine bräunliche, dünne, auf Druck stark abfliessende, mit brandigen Fetzen gemischte Jauche, von sehr üblem Geruche.

Bei der Untersuchung musste sofort eine Geschwulst in die Augen fallen, welche sich dicht hinter dem Zitzenfortsatze als ein hühnereigrosser, länglich ovaler Tumor erhob.

Von normaler Haut bedeckt, war derselbe an seiner Oberfläche glatt, die Haut darüber leicht verschiebbar, elastisch seine Consistenz, die Ränder zu umschreiben, mässig beweglich. Druck erzeugte Schmerz.

Da mir die Geschwulst bei ihrer Nähe und Schmerzhaftigkeit möglicher Weise mit dem gegenwärtigen Leiden zusammenzuhängen schien, suchte ich von den Angehörigen, da Patientin selbst sehr schwach war, über die Aetiologie das Nähere zu eruiiren.

Was ich darüber erfahren konnte, ist kurz Folgendes: Als Mädchen von 16 Jahren fiel Patientin von einer ganz steilen Anhöhe, so dass sie mit dem Kopfe im lockeren Erdboden stecken blieb, bis sie von einem Manne nicht ohne Gewalt aus dieser Situation befreit wurde. Seit jener Zeit etwa habe man die Geschwulst sich langsam am Halse entwickeln sehen; Mittel seien dagegen keine angewendet worden; zu einer ihr mehrmals vorgeschlagenen Operation habe sich Patientin nicht entschlossen, zumal sie keine besonderen Beschwerden durch dieselbe gehabt habe, hie und da einen Schmerz ausgenommen, der selbst schon bei leiser Berührung, z. B. bei Anziehen von Kleidungsstücken entstanden sei. Besondere Functionsstörungen bot die Kranke nicht dar, nur soll sie derartig einen eigenthümlichen Gang geführt haben, dass sie die eine Körperseite mehr

vorschob; ferner habe sie eine besondere Neigung zum Fallen gehabt, und zwar so, dass sie im Zimmer ohne Ursache zu Boden gefallen sei; habe jedoch sofort wieder aufstehen und weiter gehen können. Ein solcher Sturz nun von einem Fenstertritte herab auf die Stirne wurde von den Angehörigen als erste Veranlassung zu dem jetzigen Leiden angenommen, welcher etwa 14 Tage vorher erfolgte, ihr eine Blutbeule veranlasste, gegen welche einige Tage kalte Umschläge auf die Stirne appliziert wurden. In Folge dieser Erkältung, glaubte man, sei die Geschwulst der Backe mit der darauffolgenden Verjauchung entstanden. — Eine Bemerkung der Kranken will ich nicht übergehen, die dahin lautete, dass sie schon über 1 Jahr im Schlunde immer das Gefühl habe, als stecke ihr dort ein fester Körper („Brocken“). — Eben so lange dürfte es auch sein, dass, nach der mir von Herrn Professor Rinecker gemachten Bemerkung, Patientin an einem asthmat. Anfälle litt, für den sich kein bestimmter Grund annehmen liess. — Den eigentlichen Verlauf dieser schon oben genannten Zellgewebs- und Drüsenvereiterung, den Eintritt von Fieberanfall mit Bewusstlosigkeit, die zunehmende Schwäche bei allem Appetitmangel, einen ungeheueren Meteorismus abdom., endlich die suffocatorischen Erscheinungen, unter denen der Tod eintrat, will ich, um nicht zu weitläufig zu werden, bloß erwähnen; ebenso in kurzen Zügen der Behandlung gedenken, welche örtlich in Einschnitten, in Injectionen von aromatischen und desinficirenden Mitteln, in Umschlägen und Entfernung der necr. Fetzen bestand, dazu wurden Gurgelwässer nothwendig, da die Jauche auch nach dem Pharynx durchgebrochen war. Innerlich suchte man die tonisirenden Mittel so gut als möglich in Anwendung zu bringen; hartnäckige Stuhlverstopfung mit Abführmitteln und Clysmata zu beseitigen. — Doch vergebens, der Tod erfolgte am 23. Aug. Die Section fand am 24. statt:

Todtenstarre wenig bemerkbar, die Haut mit starkem Fettpolster versehen, eine icterische Färbung darbietend.

Rechter Pleurasack enthält einige Unzen gelben Serums, die Lunge allseitig lufthältig, auf dem Durchschnitte lässt sich schaumige Flüssigkeit ausdrücken, an den Theilungsstellen der Arterien viele zerstreute Gerinnsel.

Linke Lunge, der untere Lappen adhärirt, auf dem Durchschnitte finden sich auch hier viele Thromben, einer derselben lässt sich in mehrfacher Verzweigung verfolgen.

Herz links leer, rechts mit flüssigem Blute gefüllt, Klappen der Aorta etwas verdickt.

Unterleib stark meteoristisch aufgetrieben; die Leber klein, derb, blass, an der Oberfläche narbiges Gewebe zeigend, mit welchem durch Stränge das Colon ascendens und transversum verknüpft sind, so dass hier bei dem

mit Gas stark angespannten Darmrohr eine bedeutende Knickung zu Stande kam.

Die Nieren sind mit kleinen Cysten besetzt, in einer starken Fettlage eingebettet.

Ovarien und Uterus sehr klein, letzterer besitzt einen subperitonealen Polypen und mehrere kleinere Schleimpolypen in seiner Höhle und im Collum.

Die Venen an der Oberfläche des Gehirnes stark gefüllt, im sinus transversus sinist. liegt ein, wie es scheint, vollständigen Verschluss bewirkender Thrombus, die Vena jugularis dagegen ist leer, die Wände zeigen leichte Imbibition. Die Gefässe und Nerven laufen durch einen Jaucheherd, welcher nach aussen 3 Mündungen zeigt, eine in der Schläfe, eine zweite an der Wange, eine dritte am Unterkieferwinkel; nach dem Pharynx aber 2 Oeffnungen, durch welche man den kleinen Finger führen kann. Von Zellgewebe und der Parotis sind nur noch Spuren vorhanden; der Winkel des Unterkiefers, der Processus styloideus und der vordere Rand l. S. des ersten und zweiten Halswirbels sind nekrotisch.

Bei dem Versuche, die schon oben beschriebene Geschwulst auszuschälen, zeigten sich bald nach Durchtrennung der Haut dichte Lagen von fibrösem Gewebe, durch dünne Muskelbündel von einander getrennt. Die Geschwulst schien anfangs auf dem Knochen aufzusitzen, doch liess sie sich etwas abheben und verschieben. Man suchte daher nach dem Stiele und fand, dass derselbe unter der Nackenmuskulatur gegen die Wirbelsäule verlief. Nach Auslösung des Atlas und Epistropheus ergab sich bei genauerer Präparation der herausgenommenen Geschwulst, dass sich ein Fortsatz derselben durch ein erweitertes Zwischenwirbelloch einschob (die entsprechenden Wirbelbogen sind usurirt), dort aber nicht, wie ich vermuthete, mit der Dura mater zusammenhing, sondern die Rückenmarkshäute und das Mark selbst nur vor sich herschob und abplattete. Eine schwache Verbindung mit der Dura mater und den Wirbeln durch lockeres Bindegewebe liess sich ganz leicht mit dem Scalpellhefte trennen. Bei dem bisher mangelnden Ausgangspunkte suchte ich nach den Nervensträngen und fand nun, wie diese bald nach ihrem Durchtritte durch die Dura mater an die Geschwulst sich anlegten, dann ganz in derselben aufgingen, nicht weiter verfolgt werden konnten.

Der längste Durchmesser dieser Geschwulst betrug 3 par. Zoll, die grösste Breite 2 p. Zoll. Die Oberfläche derselben war, 2 kleinere Höcker ausgenommen, glatt, rund. Ein Einschnitt an einer etwas erhabenen fluctuirenden Stelle entleerte eine helle Flüssigkeit, jedoch nur in geringerer Quantität; die Schnittflächen waren graulich, schwach durchscheinend, von

unregelmässigen Balken durchsetzt; ausserdem traf das Messer harte, knisternde, weissliche, unregelmässige Körperchen. Die ganze Geschwulst ist mit einer ziemlich starken fibrösen Hülle umgeben.

Was ich über den feineren Bau nur muthmasste, wurde mir wahrscheinlicher durch zwei sehr ähnliche Fälle von *Sibley* als Neurome aufgeführt (Transact. of the pathological. soc. of Lond. Vol. VIII. p. 2. 1857), von denen das eine bei einem 40 jährigen Weibe $2\frac{1}{2}$ 3 wiegend, $1\frac{3}{4}$ lang am Nacken und zwar am 5. und 6. Cervical-Nerven sitzend, extirpirt wurde. Dieser Tumor hatte eine ovale Gestalt und eine deutliche fibröse Kapsel, welche von den Scheiden der genannten Nerven herrührten. Nur ein Theil der Nervenfasern ging in die Geschwulst hinein, die andern gingen einfach durch.

Um die eigentliche Bestätigung des pathol. anatom. Verhaltens aber bat ich Herrn Prof. *Förster*, dem ich diese Geschwulst zur Untersuchung übergab, da sie mir auch in Bezug ihres feineren Baues nicht unwichtig schien. (Siehe nachfolgenden Beitrag.)

Werfen wir noch einen kurzen Blick auf das Ganze, so sehen wir eine am und im Wirbelkanal haftende Geschwulst, (wahrscheinlich) von den Nervensträngen ausgegangen, vielleicht durch Quetschung bei dem 40 Jahre früher vorgefallenen Sturze veranlasst. Diese Geschwulst, eine feste Stütze an den Wirbelbogen findend, schob Fascien und Muskulatur vor sich her, und nachdem diese verdünnt, atrophirt waren, konnte sie sich im Unterhautzellgewebe leichter ausbreiten, wie die kolbige Gestalt beweist. Das Rückenmark gewöhnte sich an den Druck, nur scheint es mir, wurde dasselbe bei besonderen Kopfbewegungen durch die Nackenmuskulatur unter Vermittlung der Geschwulst doch momentan so gepresst, dass die Leitungsfähigkeit aufgehoben wurde und Patientin zusammenfiel.

Jene Operateure, welche die Exstirpation hier vorschlugen, hatten sicher keine Ahnung von diesem Stiele der Geschwulst, sie wurden durch die Gutartigkeit, den langsamen Verlauf, durch Mangel aller Functionsstörungen, durch den Sitz an einer weniger gefährlichen Stelle des Halses u. dgl. verlockt und hätten sich offenbar während der Operation grossen Schwierigkeiten ausgesetzt gesehen, der Ausgang aber wäre sicher ein sehr fraglicher gewesen.

Patientin trug die Geschwulst 40 Jahre und, wenn man keinen Einfluss von Seite der Geschwulst auf den früheren Anfall sowie auf die zuletzt tödtliche Krankheit annehmen will, hätte sie dieselbe vielleicht noch lange tragen können, da das Rückenmark trotz der Abplattung und seine Häute noch gesund waren, die Geschwulst selbst, an einem weniger gefährlichen Orte unter der Haut sich weiter entwickelnd, durch ihr späteres Volumen Nichts befürchten liess.

Erklärung der Tafel I.

Fig. I. Atlas und Epistropheus mit der links eintretenden Geschwulst von vorn;

Fig. II. Ansicht von oben;

- a. Atlas,
- b. Process. odontoid.,
- c. der ausserhalb des Wirbelkanales liegende Theil der Geschwulst,
- d. der innerhalb der Wirbelsäule liegende Fortsatz derselben,
- e. Dura mater,
- f. das Rückenmark, stark nach rechts verdrängt,
- g. linksseitige Nervenäste innerhalb und
- h. ausserhalb der Dura mater, sich in die Geschwulst verlierend.