

Über Tumoren des Nasenrachenraums ... / Theo Albrecht.

Contributors

Albrecht, Theo, 1877-

Publication/Creation

Halle a. S. : C.A. Kaemmerer, 1901.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/c6na28g2>



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

8 May

Über Tumoren des Nasenrachenraums.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs - Universität Halle - Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Mittwoch, den 30. Januar 1901, Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Theo Albrecht

approb. Arzt

aus **Cochem** a. d. Mosel.

Referent: Herr Prof. Dr. **v. Bramann.**

Opponenten:

Herr Dr. med. **Herbert Lohsse.**

Herr Kursist **Martin Kaehler.**



Halle a. S.,
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1901.

Imprimatur:
Prof. Dr. Eberth
h. t. Prodecanus.

Seinem Freunde Frenzel

in Dankbarkeit und Verehrung

der Verfasser.



Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

Bisher waren es ausschliesslich die adenoiden Wucherungen und Nasenrachenpolypen, welche sich unter den Tumoren des Epipharynx praktischen Interesses erfreuten.

Erstere bilden polypöse und hahnenkammförmige Geschwülste, die, ein Analogon der Tonsillenhypertrophie, der Zunahme des am Dache des Schlundkopfs normalerweise vorhandenen lymphadenoiden Gewebes ihre Genese verdanken und häufig zu so bedeutender Grösse heranzuwachsen, dass der Nasenrachenraum ausgefüllt und die Nasenostien und die Choanen verlegt werden.

Das Hauptsymptom der Rachenmandelvergrösserung neben einer durch Verschluss der Tube und dessen Folgeerscheinungen (Absorption der Paukenhöhlen-Luft, Retraction des Trommelfells, Exsudatbildung in der Paukenhöhle) bedingten Schwerhörigkeit vor allem die Hinderung der Nasenatmung. In den meisten Fällen, die zum Kenntniss des Arztes kommen, überwiegt die Nasenatmung, was zu mancherlei schädlichen Folgen an den oberen Luftwegen bis abwärts zu den Bronchien führt. Erwähnenswert sind ferner die eigentümlichen Erscheinungen, die bei der Rachenmandelhyperplasie am Oberkiefer wachsender Individuen beobachtet werden. In sehr vielen dieser Fälle erscheint, wenn die Vergrösserung nicht durch den Zahnwechsel beseitigt wurde, nach diesem der Oberkiefer verschmälert, der Gaumen infolge davon abnorm hoch gewölbt; die Zähne finden in solchen Kiefern keinen

rechten Platz, und besonders die Eckzähne treten aus der Reihe der übrigen nach aussen hervor. Ob diese Veränderungen allerdings eine Folge der Vergrößerung der Rachenmandel sind, oder ob die Vergrößerung der Rachenmandel nur besonders bei denjenigen Menschen deren Kiefer und Nasenrachenraum schmal gebaut ist, zu störenden Erscheinungen Anlass giebt, ist eine noch nicht erledigte Controverse. Die genannte Combination beobachtet man jedenfalls sehr häufig, in vielen Fällen ist auch das übrige Gesicht ähnlich schmal gebaut („Leptoprosopie“), und recht oft findet man neben solchen Abnormalitäten auch Verbiegungen des Septum narium. Auch weitergehende körperliche Deformationen, wie sie sonst an Teilerscheinungen des sog. lymphatisch-scrophulösen Habitus beschrieben werden, sind von manchen auf die Rachenmandelvergrößerung zurückgeführt worden, ob mit Recht ist zu bezweifeln: so z. B. Torticollis, Skoliosen der Wirbelsäule, Deformitäten des Thorax, ähnlich der bekannten rhachitischen Hühnerbrust. Äusserlich charakteristisch als alle diese Deformitäten ist jedenfalls das Offenstehen des Mundes und der namentlich daraus resultierende blöde stumpfe Gesichtsausdruck.

Von selteneren Symptomen sind neben den Schluckbeschwerden zu erwähnen: häufiges, bis zum Erbrechen sich steigerndes Würgen, krampfartige keuchhustenähnliche Hustenanfälle, reflektorische Stimmbandlähmung (O. Seifert). Zuweilen sind die adenoiden Wucherungen tuberkulöser Natur, es handelt sich um hypertrophische Schleimhautlupus.

Objektiv nachgewiesen werden kann die Vergrößerung der Rachenmandel durch die vordere wie durch die hintere Rhinoskopie und, wenn es auf beide Weisen nicht möglich ist, durch die Palpation. Bei der letzteren fühlt man manchmal einen ziemlich derben, etwas höckerigen Tumor, manchmal weiche, lappige Massen („man hat das Gefühl, als ob man in einen Haufen Regenwürmer griff“).

Prognostisch ist, abgesehen von den häufigen, aber selbst bei dem höchsten Grade von Vergrößerung nicht notwendigen Complicationen am Ohr, den oberen Luftwegen etc., hervorzuheben, dass mässige entzündliche Schwellungen ebensowohl wie die der Gaumenmandeln spontan zurückgehen können. Dass solche Rückbildungen mit dem Pubertätsalter in Zusammenhang stehen, ist durchaus unbewiesen: viele sind der Ansicht, dass nur die in diesem Alter erfolgende Ausweitung des Nasopharynx den Raum für die Luftpassage ausgiebiger gestaltet. Jedenfalls findet man häufig genug noch bei älteren Patienten sehr mächtige Rachenmandeln vor. Auf eine Rückbildung der Rachenmandel, wie das noch vielfach geschieht, warten wir nicht wollen, erscheint deshalb gewiss nicht geraten.

Was die Behandlung der Rachenmandelvergrößerung angeht, so ist nicht zu leugnen, dass Ätzungen, galvanocaustische Eingriffe, manchmal wohl auch Allgemeinbehandlung, z. B. mit Soolbädern, Leberthran, klimatischen Curen u. dergl., einen günstigen Einfluss ausüben können, aber diese Mittel liefern alle keine sicheren Resultate. Die einzige zuverlässige Behandlungsmethode besteht in der Entfernung des vergrößerten Organes. Dafür sind nun eine Unmenge von Methoden im Gebrauche, deren detaillierte Angabe über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen würde.

Was die Nasenrachen-Polypen anlangt, so begreift man unter ihnen Geschwülste, welche als sog. intrapharyngeale von dem Periost oder der Fascie des Keil- einkörpers, der Lamina interna pterygoidea, als sog. extrapharyngeale vom foramen lacerum anterius, der fibrocartilago basilaris und der Sutura petroso-occipitalis ausgehen (König).

Histologisch handelt es sich bei diesen Geschwülsten zunächst um Fibrome; aber ihnen ist eigentümlich, dass mit der Zeit sehr wichtige Veränderungen einge- hen: Entweder werden sie stark gefässreich, geradezu cavernös,

oder die bis dahin spärlichen Zellen vermehren sich rasch, der Tumor wird zu einem Fibrosarkom. Während sie also durch die sarkomatöse Veränderung den Charakter eines malignen Tumors annehmen, vermehren sich die Gefahren bei der cavernösen Umwandlung ganz erheblich durch die leicht wiederholten, oft colossalen Blutungen.

Neben den letzteren sind die hervorstechendsten klinischen Symptome dieser Geschwülste die Behinderung der Nasenatmung und die Usurierung der benachbarten Schädelknochen. Diese Eigenschaft, die grosse Wachstumsenergie, ist die verderblichste. Zumeist wachsen die Tumoren im Anfang in die an den Epipharynx grenzenden freien Höhlen, d. h. in die Nasenhöhle der betreffenden Seite, später auch in die der anderen Seite hinein. In manchen Fällen, namentlich wenn der Tumor von der Flügelgaumengrube ausgeht, dringt er auch gegen die fossa temporalis vor. Von der Nasenhöhle aus gelangt er in die Ostien der Keilbeinhöhle, der Kiefer- und Stirnhöhle und der Siebbeinzellen; in alle diese hinein können Fortsätze dringen, die betreffenden Höhlen ganz oder teilweise erfüllen, ihre Knochenwände durch den andauernden Druck zur Atrophie bringen und schliesslich durch diese Wände brechen. So gelangen die Tumoren durch das Dach der Keilbeinhöhle an die Schädelbasis, seltener durch das Dach der Siebbeinzellen hindurch. Von den letzteren können sie in die Orbita, zumeist deren hinteren Teil, gelangen und den Augapfel nach seitlich und vorn drängen. Die Perforation nach der Schädelbasis ist auch bei vollkommener Gutartigkeit der Geschwulst recht häufig, und zwar meist, ohne dass sich dieser Durchbruch vorher durch leicht bemerkbare Erscheinungen geltend machte. Nicht selten bricht ferner der Tumor von hinten her in die Kieferhöhle ein, indem er deren dünne hintere Wand gewissermassen anbohrt. Ebenso kann er auch in die verschiedenen von dieser Gegend ausgehenden Knochenspalten dringen, so z. B. in die fissura orbitalis inferior

eventuell von dieser aus durch die fissura orbitalis superior wieder in die Schädelhöhle. Das foramen ovale bietet einen direkten Weg zum Eindringen in die Schädelhöhle, namentlich dann, wenn der Ausgangspunkt der Geschwulst gerade in der Gegend dieser Öffnung liegt; seltener sind Durchbrüche nach der Schädelbasis durch das foramenacerum oder andere Nerven- und Gefäßöffnungen.

Eine sehr interessante klinische Eigenschaft dieser Geschwülste ist ihr Gebundensein an bestimmte Lebensperioden. Fast immer finden wir sie bei jugendlichen Personen, und mit Vorliebe bei solchen, die noch nicht an der Grenze ihres Wachstums angelangt sind, am häufigsten in der Zeit zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr. Ferner kommen diese Tumoren ganz vorwiegend nur beim männlichen Geschlechte vor.

Noch auffallender ist die wiederholt beobachtete Thatsache, dass solche Tumoren in der Zeit nach Abschluss des Wachstums beziehungsweise der Pubertätsperiode sich oftmals ganz spontan oder auf geringfügige, denfalls unvollständige Eingriffe hin teilweise oder gar vollkommen zurückbilden, erwähnenswert ferner die äusserliche Entstellung, welche diese Geschwülste oft bewirken. Der Nasenfortsatz derselben kann den Nasenflügel der betreffenden Seite abheben, die Nasenbeine auseinander rängen; ein Orbitalfortsatz Exophthalmus veranlassen; ein Fortsatz in die Oberkieferhöhle treibt die Wange wie bei einem Empyem des Antrum Highmori auf; ein retromaxillärer Fortsatz kann unter und über dem Jochbeine in der Schläfengegend eine bedeutende Vorwölbung machen rechnet man zu alledem das durch die Nasenverstopfung bewirkte Offenstehen des Mundes, so hat man ein typisches Bild von der schwersten Form dieser Gesichtsbildungen.

Die Diagnose der Nasenrachenpolypen ist nicht schwer. Indem man mit dem Finger den unteren Rand des weichen Gaumens umgreift, tastet man die Pharynx-

und Nasenrachenhöhle ab; dabei stellt man die Beschaffenheit der Oberfläche, die Gestalt und Consistenz fest. Man untersucht ferner mit dem Rachen- wie mit dem Nasenspiegel.

Je früher der Tumor diagnostiziert wird, desto besser ist seine Prognose: einerseits ist das Allgemeinbefinden noch nicht durch wiederholte Blutungen geschwächt, andererseits ist der operative Eingriff um so leichter und ungefährlicher; denn die Behandlung der Geschwülste kann natürlich nur in der vollständigen Exstirpation bestehen, wobei mit besonderem Nachdruck betont werden muss, dass zum dauernden Erfolge die gründliche Ausrottung und Zerstörung der Implantationsstelle unbedingt nötig ist. Dieser Forderung kann man genügen,

- a) indem man den weichen Gaumen spaltet und zurückklappt,
- b) indem man den weichen Gaumen nebst Schleimhaut und Periost des harten Gaumens ablöst und nunmehr die Gaumenfortsätze und Gaumenplatten abmeiselt,
- c) durch temporäre Resektion einer Nasenseite und Umklappen derselben (Bruns),
- d) durch temporäre Resektion des grössten Teiles des Oberkiefers nach v. Langenbeck.

Mit der Anführung der Fibrosarkome und adenoiden Wucherungen sind indessen die Tumoren des Nasenrachenraums nicht erschöpft. Wie von den übrigen Knochen des Skeletsystems, so können auch von dem knöchernen Dache des Epipharynx — dem Keilbeine und der Pars basilaris des Hinterhauptbeins — Geschwülste sarkomatöser Natur ausgehn, die man auch an dieser Stelle als periostale und myelogene unterschieden hat. Zu ihnen gesellen sich von der Dura ausgehende Sarkome, die nach Usurirung des Knochens gleichfalls im Nasenrachenraum der Palpation zugängliche Hervorwölbungen verursachen.

Die prognostisch schlechteren periostalen Sarkome bestehen vorwiegend aus Spindel- und Rundzellen, die prognostisch günstigeren myelogenen weisen zwar ziemlich die gleichen Formen auf, nur werden bei ihnen Riesenzellensarkome und Einstreuungen von Riesenzellen in Rund- und Spindelzellensarkome häufiger gefunden. Was die Sarkome der Dura (den *fungus durae matris*, wie die alte Bezeichnung lautet) anlangt, so sind sie bis in die jüngste Zeit noch als primäre Carcinome der harten Hirnhaut in Anspruch genommen worden, wohl weil so oft gerade hier Alveolarsarkome gefunden worden sind und die ihnen nahestehenden, von den Endothelien des Lymphabtransports der Dura ausgehenden Endotheliome. Die Mehrzahl der Geschwülste freilich bildet die Spindelzellenform des Sarkoms. Charakteristisch für den Ausgang von der Dura sind, falls sie vorhanden, durch die ganze Geschwulst zerstreute geschichtete Kalkconcretionen, welche aus den Geschwulstzellen selbst hervorgehn und in ihren Anfängen als zwiebelschalenartige Bildungen, die in einander geschachtelt sind und glasig aussehen, beschrieben werden, ohne dass jetzt schon die Verkalkung nachzuweisen wäre; erst später, wenn sich das Centrum der Bildung dunkelblau, die Peripherie mehr rötlich färbt, vollzieht sich die Kalkablagerung.

Eine Differentialdiagnose zwischen den erwähnten Geschwülsten ist nur in gewissen Fällen möglich. So werden wir auf ein myelogenes Sarkom schliessen dürfen, wenn die in Rede stehende Geschwulst anfänglich eine kochenharte Oberfläche aufweist, nach und nach aber einzelne sich stärker vorwölbende weiche Stellen erkennen lässt, bis schliesslich die Scheitelhöhle der Geschwulst weich und nur ihre Peripherie knochenhart ist. Zwar ist auch das Sarkom der Dura von einem knöchernen Ring umfasst; derselbe liegt aber im Niveau des Schädels und sieht nicht wie beim myelogenen Sarkom von der Basis der Geschwulst in die Höhe (weil das Sarkom der Dura

niemals die Knochenwand des Schädels aufhebt, sondern sie ausschliesslich durch Usur zerstört.

Ein von der Dura ausgegangenes Sarkom werden wir annehmen dürfen, wenn mit dem Erscheinen der Geschwulst im Epipharynx gewisse vorher bestandene Hirndrucksymptome (Erbrechen, Kopfschmerz, Pulsverlangsamung, Bewusstseinsverlust) schwinden, wenn ferner Pulsationen (= die mitgeteilten pulsatorischen Hirnbewegungen) wahrnehmbar sind oder endlich, wenn die Geschwulst in das Schädelinnere zurückdrückbar ist und hierbei die eben genannten Erscheinungen gesteigerten Hirndrucks sich bemerklich machen.

Von Geschwülsten, die sekundär im Nasenrachenraum auftreten und hier unter Umständen die gleichen Erscheinungen hervorrufen können wie die primär im Epipharynx lokalisierten Tumoren, seien schliesslich die von der Hypophyse ausgehenden Neubildungen erwähnt. Es sind dies neben Gliomen und Teratomen Adenome, Sarkome und Carcinome. Häufig finden sich in diesen Geschwülsten, zumal den beiden letzteren, jene Kalkkonkretionen, wie sie oben bereits bei den Sarkomen der Dura beschrieben worden sind, man spricht dann von Psammomen, bezw. von Psammocarcinomen und Psammosarkomen. Die Adenome sind in der Regel mit einer einfachen Hyperplasie der Glandula pinealis identisch, nur selten wachsen sie zu umfangreichen Tumoren mit Cystenbildung und colloider Entartung des Gewebes heran. Eine derartige Geschwulst von Hühnereigrösse, die den Knochen usuriert hatte, ist von Weigert (recitiert von Oppenheim „Die Geschwülste des Gehirns“) beschrieben worden.

Was die Erscheinungen der von der Zirbeldrüse ausgehenden Neubildungen anbetrifft, so sind in erster Linie die Drucksymptome auf die benachbarten Nerven anzuführen. Vor allem kommt es durch Compression des Chiasma Nervi Optici zu Sehstörungen, die nach einer Statistik von Rath (ebenfalls angeführt bei Oppenheim)

n Form einer Amblyopie mit temporaler Hemianopsie und ursprünglich negativem ophthalmoskopischen Befund auftreten, während sich später häufig eine einfache Sehnervenatrophie entwickelt. Nächst dem Opticus sind es die Augenmuskelnerven, welche am meisten in Mitleidenschaft gezogen werden, viel seltener Olfactorius und I. Ast des Trigemini.

Interessant ist die Thatsache, dass sich in vielen Fällen eine Akromegalie gleichzeitig mit den Neubildungen der Hypophyse vorfindet. Von Allgemeinerscheinungen werden Kopfschmerzen und Erbrechen am häufigsten erwähnt.

Erst in zweiter Linie (nämlich nach Verdrängung bzw. Usurirung der trennenden Schädelbasis) werden wir auf Symptome rechnen dürfen, welche die Geschwülste Differentialdiagnose zu den eigentlichen Nasenrachenraumtumoren setzen.

Die Therapie wird, falls eine solche noch geboten erscheint, die gleichen Wege einzuschlagen haben, wie sie für die Fibersarkome des Epipharynx beschrieben sind.

Diesen wohlcharakterisierten Geschwulstformen, welche mit H. Meyers und v. Langenbecks Veröffentlichungen eine grosse Litteratur gezeitigt haben und bisher unter den Tumoren des Nasenrachenraumes als die einzig praktisch wichtigen gewürdigt wurden, sollen nun im Folgenden Tumoren angereiht werden, die durch ihren Sitz im Epipharynx und durch gewisse klinische Symptome den vorbeschriebenen nahestehen scheinen, die aber pathologisch-anatomisch und, was am wichtigsten, in therapeutischer Hinsicht ganz erheblich mit den Wucherungen der Pharynx-schleimhäute sowohl als auch mit den Nasenrachenpolypen differieren — Tumoren, die gleichzeitig mit gewissen Veränderungen des Blutes und der blutbildenden Organe, der Milz, Knochen und Lymphdrüsen, einherzugehen pflegen und sich aus diesem Grunde als leukämische dokumentieren.

Das Gesagte wird am besten durch nachstehende Fälle, die an der Klinik des Herrn Prof. v. Bramann zur Beobachtung kamen, illustriert:

Fall I betrifft den 42jährigen Arbeiter Gottlieb Fischer aus Gottesgnaden, der am 7. 2. 94 in die hiesige chirurgische Klinik aufgenommen und am 6. März desselben Jahres entlassen wurde.

Anamnese: Patient stammt aus nicht belasteter Familie und will bis zum Herbst 1890 immer gesund gewesen sein; damals hatte er am Gaumen eine Verdickung und in deren Mitte eine Furche. Nach ca. $\frac{1}{2}$ Jahr wurde diese Stelle schmerzhaft und wund, er suchte daher die Klinik auf, bekam Jodkali, worauf die Schwellung zurückging. Etwa 4 Wochen nach seiner Entlassung wuchs die Geschwulst weiter, dieselbe wurde hier exstirpiert und ihm ein künstlicher Gaumen eingesetzt (Frühjahr 1891). In dieser Zeit hatte Patient schon geschwollene Drüsen am Halse, eine vorgenommene Blutuntersuchung indessen fiel negativ aus und konnte noch keinen Anhaltspunkt für die Natur des Leidens geben.

Vor ca. $\frac{1}{2}$ Jahren wurde dem Patienten das Sprechen immer schwerer, und als er sich vor dem Spiegel den Mund besah, bemerkte er, dass die Mandeln stark geschwollen waren. Allmählig verlor er die Stimme ganz und er hatte immer das Gefühl von starkem Druck auf den Kehlkopf. Ferner bestanden Athembeschwerden und Athemnot, sodass die Tracheotomie erforderlich wurde. Der Blutbefund blieb auch jetzt noch negativ.

Status praesens: Kräftig gebauter, aber schlecht genährter Patient. Die Sprache tonlos, nach dem Sprechen stridoröses Atmen. Im harten Gaumen ein grosser Defekt, der weiche Gaumen fehlt ganz. An der Schädelbasis in der Pars basilaris ist eine wallnussgrosse Geschwulst von blauroter Farbe, an der Oberfläche ulceriert. Beide Tonsillen sind stark geschwollen und prominieren in die Mundhöhle: daran schliesst sich beiderseits bis zum Aditus laryngis eine weitere wallnussgrosse Geschwulst an der

interen Rachenwand. Zwei kleinere Geschwülste befinden sich dicht unter dem Kehldeckel, sodass man die Stimmänder kaum sehen kann.

Die oberen Augenlider hängen herab, die Bulbi sind rotudiert und etwas in ihrer Bewegungsfähigkeit beschränkt. In den oberen Partien der Lider mindestens bohnen-grosse weiche Geschwülste von der Consistenz eines nichtgespannten Muskels.

Die beiden regiones submaxillares, die regio submentalis und die beiden seitlichen Halsdreiecke sind bis tief in die fossae supraclaviculares mit erbsen- bis wallnussgrossen, weichen, leicht gegen einander und gegen die Haut verchieblichen, schmerzlosen Drüsen ausgefüllt. Am stärksten sind sie unterhalb des Kiefers, wo sie nahezu faustgrosse Hervorwölbungen bilden. Ganz ähnliche Drüsen finden sich in beiden Axelhöhlen und beiden Schenkelbeugen, den Kniekehlen und Ellenbeugen. Die Milz ist ein wenig vergrössert, Beklopfen des Sternum nicht schmerzhaft. Die nochmals ausgeführte Blutuntersuchung ergibt nunmehr eine erhebliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen.

Urin normal.

Diagnose: Leukämische Tumoren.

Therapie: Sol. Kali jod. 10,0 : 200,0 3×tägl. 1 Esslöffel.

6. 5. 94. Patient wird heute nach Hause entlassen. Die Drüsen auf der linken Seite des Halses und der Submaxillargegend sind bis auf 2 oder 3 nicht-haselnussgrosse völlig verschwunden. Auf der rechten befinden sich noch einige mehr, doch sind sie sicher bis auf ein $\frac{1}{5}$ der früheren Grösse zurückgegangen. Ähnliche Veränderungen in allen übrigen Körperteilen. Die Geschwulst an der Schädelbasis ist ganz verschwunden. Die Tonsillen sind um grösser als normal. Allgemeinbefinden vortrefflich.

Fall II.

Anamnese: Patient ist der 51jährige Maurer Carl Borsch aus Nelschütz. Aufnahme: 18. 5. 1899. Entlassung

1. 6. 1899. Über hereditäre Belastung weiss er keine Aussagen zu machen, ebenso wenig über frühere Erkrankungen.

Im Frühjahr 1898 bemerkte er an der rechten Seite des Halses einen etwa Klein-Walnussgrossen harten Knoten. Da er keinerlei Beschwerden davon hatte, achtete er nicht weiter darauf, und der Knoten wurde dann auch von selbst wieder kleiner und weicher, schwoll aber im Laufe des Sommers und Herbstes noch öfters an. Im Winter 1898 zog sich Patient durch Erkältung einen starken Schnupfen zu. Auch nach dessen Heilung sprach er noch immer durch die Nase und konnte schlecht durch die Nase atmen. Gleichzeitig trat wieder eine stärkere Anschwellung an der rechten, und bald nachher auch an der linken Seite des Halses auf. Diese Anschwellungen sind seitdem nicht wieder zurückgegangen, trotz ärztlicher Behandlung mit Salben und Einreibungen. In den letzten Wochen nahm aber die — bereits vorher bestehende — Schwellung im Rachen sehr an Grösse zu, sodass Patient in letzter Zeit gar keine Luft durch die Nase mehr bekam und immer mit offenen Munde atmen musste. Husten und Auswurf sind in nur geringem Grade vorhanden, sollen aber zeitweilig stärker gewesen sein. Der Arzt überwies ihn jetzt zur Operation der Klinik.

Status präsens: Mässig kräftig gebauter Patient von etwas blasser Gesichtsfarbe. Auch die sichtbaren Schleimhäute blass. Das ganze Gesicht erscheint gedunsen. Patient bekommt durch die Nase keine Luft, atmet immer mit offenem Munde, die Stimme hat einen starken nasalen Beiklang, Nachts schnarcht er sehr, ohne aber ausgesprochenen Luftmangel zu haben.

Zu beiden Seiten des Halses hat Patient eine Geschwulst, welche beiderseits gleichen Charakter zeigt, nur rechts stärker ausgesprochen ist als links. Die Geschwulst sitzt unterhalb des Kieferwinkels und liegt unter dem aus der Tiefe herausgehobenen Sternocleidomastoideus. Sie reicht nach vorn etwa bis zur Mitte des Unterkieferrandes

nach hinten bis zum vorderen Rande des Cucullaris, nach oben bis zum Processus mastoideus, nach unten bis an dieossa supraclavicularis. Die Geschwulst besteht aus einzelnen Knoten und Knötchen, von Erbsen- bis zu Wallnussgrösse. Dieselben sind von glatter Oberfläche, etwa von der Consistenz eines nicht oder nur schwach gespannten Muskels, liegen einander und gegen die Umgebung leicht verschieblich: hypertrophische Drüsen. Erweichung nirgends nachweisbar.

Im Munde sieht man den weichen Gaumen stark vorwölbt, so dass er steil nach unten streicht. So entsteht an der Grenze des harten und weichen Gaumens ein deutlicher winkliger Knick. Zu sehen ist im Pharynx sonst nichts Pathologisches. Geht man aber mit dem Finger hinter das Gaumensegel, so findet man den ganzen Nasenrachenraum von einer Geschwulstmasse ausgefüllt, welche gleichmässig von der ganzen Wand des Rachens auszugehen scheint. Consistenz ist weicher als im nichtgespannter Muskel. Die Choanen dadurch vollständig verschlossen. Mit leichter Gewalt kann man die Tumormasse eindrücken und sich einen Weg zu den Choanen bahnen. Von der Nase her ist zunächst nichts von der Geschwulst zu sehen. Beim Spiegeln aber erblickt man im Hinterunde beider Nasenöffnungen die grau-rötlichen Geschwulstmassen. Untersuchung des Blutes ergibt:

Rote Blutkörperchen: 2. 840. 000.

Weisse „ : 60. 000.

Verhältnis 1 : 47.

Diagnose: Leukämische Tumoren zu beiden Seiten des Halses und im Nasenrachenraum.

Therapie: Arsen, später Jodkali. 30. 5. Objektiv keine Besserung zu konstatieren, jedenfalls aber sind die Tumoren am Hals nicht grösser geworden. Subjektiv fühlt der Patient sehr viel wohler, er bekommt besser Luft und das Schnarchen hat nachgelassen.

1. 6. Entlassen.

Fall III.

Anamnese: Patient ist der 18jährige Kaufmann Walter Kleinau aus Magdeburg, der am 24. 4. 1894 in die Klinik des Herrn Prof. v. Bramann aufgenommen und am 25. 5. 1894 aus derselben wieder entlassen wurde.

Seit zwei Jahren bemerkt er eine zunehmende Mattigkeit und fühlt sich unfähig zu angestrenzter geistiger und körperlicher Arbeit. Er hat häufig Flimmern vor den Augen, klagt zu Zeiten über Ohrensausen, Schwindelanfälle und Ohnmachtsanwandlungen.

In letzter Zeit stellten sich vor allem Schluckbeschwerden und eine Behinderung der Nasenatmung ein — Erscheinungen, die augenblicklich seine Hauptklagen bilden.

Status: Mittelgrosser schlanker Mann von blasser Gesichtsfarbe, blassen sichtbaren Schleimhäuten und leicht gedunsenem Gesicht. Patient hält den Mund leicht geöffnet, da seine Nasenatmung erschwert ist.

Der weiche Gaumen ist nach unten und vorn gedrängt, der Raum zwischen Arcus palato-glossus und Zunge rechterseits nahezu aufgehoben. Im Epipharynx fühlt man als Ursache dieser Veränderungserscheinungen eine nahezu hühnereigrosse, dem Rachendach breit aufsitzende Geschwulst von glatter Oberfläche und der Consistenz eines nicht-gespannten Muskels.

Das Sternum ist auf Beklopfen schmerzhaft.

Die Milz überragt deutlich fühlbar den Rippenbogen. Drüsenschwellungen fehlen (!).

Das Blut zeigt leukämische Veränderungen: Verminderung der roten und Vermehrung der weissen Blutkörperchen. Verminderung des Hämoglobingehalts.

Diagnose: Leukämischer Nasenrachentumor.

Therapie: Anfangs Arsen in Form der Sol. arsenica fowleri (3 mal tägl. 3—10 Tr.), später Sol. Kal. jod. 10 : 200 3 mal tgl. 1 Essl.

25. 5. Patient wird als geheilt entlassen. Die Geschwulst im Nasenrachenraum ist gänzlich geschwunden(!), Verdrängungserscheinungen im Bereich des weichen Raumens und der Gaumenbögen sind nicht mehr wahrnehmbar. Milzschwellung und Schmerzhaftigkeit des Sternums haben nachgelassen, desgleichen die leukämischen Veränderungen des Blutes.

Patient, der nach seiner Entlassung noch in bestimmten Zwischenräumen Jodkali genommen, stellte sich noch einmal im Sommer 1900 vor. Er war völlig recidivfrei gelieben!

Pathologisch-anatomisch charakterisieren sich die leukämischen Tumoren des Nasenrachenraumes ähnlich wie die gleichen Veränderungen der Lymphdrüsen durch hyperplastische Vermehrung der Zellen, die im Stroma der Ruschka'schen Rachentonsille eingeschlossen sind, daher auch die anfänglich weiche Beschaffenheit der in Rede stehenden Affektion. Später kommt eine Bindegewebsentwicklung hinzu, welcher klinisch eine mit dem Wachstum der Geschwülste sich mehr und mehr bemerkbar machende Verhärtung entspricht. Die Grösse ist oft beträchtlich (Gänseei- bis Faustgrösse); ihr Gewebe zeigt ein gleichmässig rötlich-weisses, der typhösen markigen Infiltration ähnliches Aussehen.

Die klinischen Erscheinungen der leukämischen Tumoren sind insofern denen der oben erwähnten Affektionen verwandt und aus diesem Grunde leicht zu diagnostischen Irrtümern führende, als einmal die blossе Inspektion bereits wie bei ademoiden Wucherungen und Nasenrachenpolypen auch hier eine Behinderung der Nasenatmung, ein Atmen bei offenem Munde und einen häufig hieraus resultierenden blöden Gesichtsausdruck konstatieren kann, ferner bei Öffnen des Mundes eine Verdrängung des weichen Raumens nach unten und vorn — in einem unserer Fälle ausgesprochen, dass ein förmlicher Knick zwischen palatum durum und molle sich bemerkbar machte. Auch

eine eingehendere Besichtigung der Nasen- und Rachenwege mittelst entsprechender Spiegel und die Feststellung eines „blauroten bis grau-rötlichen, oberflächlich ulcerierten Tumors (cf. Fall I)“ kann nur dazu angethan sein die falsche Diagnose zu stützen, denn das gleiche Aussehen ist den Fibrosarkomen des Nasopharynx eigen. Desgleichen die häufig vermehrte Sekretion der Nasen- und Rachenschleimhaut, die oft einen Schnupfen vorzutäuschen imstande ist.

Auch die Palpation kann zu Täuschungen über die wahre Natur der Tumoren führen, insofern sie sich nur eine Geschwulst zu konstatieren bemüht, deren Basis mit dem Dach des Nasenrachenraums identisch ist und die unter Umständen Choanen und Tubarostien verlegt. Dass in dieser Hinsicht in der That Irrtümer möglich sind und Verkennungen des wahren Sachverhalts vorkommen, — zumal wenn die Affektion des Nasenrachenraums im Vorgerunde des ganzen leukämischen Krankheitsbildes steht (cf. Fall I) —, beweist die Operation des Patienten Fischer wegen angeblichen Sarkoms und die Überführung unseres zweiten, ebenso aufgefassten Falles an die hiesige Klinik „behufs chirurgischer Behandlung (Anamnese der Krankengeschichte No. 2).“

Differentialdiagnostisch kommt zunächst die Weichheit der in Rede stehenden Geschwulstformen in Betracht („weicher als ein nicht gespannter Muskel!“), welche oben bereits ihre histologische Begründung fand, ferner in weiter vorgeschrittenen Fällen das kombinierte Auftreten mit Hyperplasien der Lymphdrüsen und zum lymphatischen System gehöriger Apparate (Tonsillen, Balgdrüsen der Zunge, Milz, Plaques und Follikel des Darms) mit dementsprechenden Symptomen, weiterhin eine etwaige Schmerzhaftigkeit des Sternums als Ausdruck hyperplastischer, im Knochenmark sich abspielender Prozesse und vor allem die charakteristischen, in einer Vermehrung der weissen und Verminderung der roten Blutkörperchen bestehenden Veränderungen des Blutes. Ferner ist auf etwaige In-

trationen in nicht-lymphatischen Organen (Virchows heteroplastische Lymphome“) zu achten, wie sie bei einem unserer Fälle im oberen Augenlid, unter dem Kehldeckel und im Retropharynx bestanden. Speciell gegenüber den Fibrosarkomen des Epipharynx ist zu betonen, dass die leukämischen Tumoren weder an die Pubertätszeit gebunden sind noch das männliche Geschlecht in einseitiger Weise bevorzugen, dass sie ferner, wie aus ihrem anatomischen Aufbau verständlich, durch Blutungen nicht compliciert sind. Schliesslich kann auch noch bestehendes Leber zur Stützung der Diagnose „leukämischer Tumor“ herangezogen werden, sei es, dass dasselbe in der Form des von Pel und Ebstein beschriebenen „intermittierenden Eickfallfiebers“ hervortritt, oder — wie bei unseren Patienten — mehr einen intermittierenden und remittierenden Charakter trägt.

Die Mühe, mit der die Stellung der exakten Diagnose in vielen Fällen wegen der Mannigfaltigkeit der zu berücksichtigenden differentiellen Momente verbunden zu sein pflegt, wird in reichlichstem Masse durch die Erfolge der Therapie gelohnt. Während man früher — vor der Erkenntnis von Nasenrachenraumtumoren leukämischer Natur kein Bedenken trug, denselben complicierten chirurgischen Apparat zur Anwendung zu bringen, wie man ihn gegenüber den Fibrosarkomen entfaltetete, ist heute die Behandlungsweise eine wesentlich einfachere und dankbarere. Dankbarer, insofern keine Recidive den Effekt nachträglich in Frage ziehen, (wie es regelmässig nach chirurgischer Entfernung dieser leukämischen Geschwülste der Fall zu sein pflegt), einfacher, insofern die Therapie eine medikamentöse ist. Unter den Arzneimitteln, welche in dieser Beziehung Eingang verschafft haben, stehen an erster Stelle Arsenik und Jodkali. Beide sind gegen fragliche Affektion an der Klinik des Herrn Prof. Bramann in Betracht gezogen worden. Die Ordination Arseniks gegen Leukämie und ihre Erscheinungs-

formen ist nicht mehr jüngsten Datums; sowohl in Pillenform und als subcutane Injektion als auch in Gestalt der Solutio fowleri hat sie in vielen Fällen erfolgreiche Anwendung gefunden. Neu dagegen ist die Einführung des Kalium jodatum gegen die gleiche Affektion. Der geradezu eklatante Erfolg, welchen dieses Mittel in dem schwereren Falle Fischer innerhalb relativ kurzer Zeit aufzuweisen hatte, genügt die besten Hoffnungen zu erwecken und zu weiteren Versuchen in dieser Richtung aufzufordern.

Lebenslauf

Theo Albrecht wurde am 11. September 1877 in
Niederm. a. d. Mosel als Sohn des Zimmermeisters Otto
Albrecht und seiner Gattin Paula, geb. Hoffmann ge-
boren.

In Halle (Saale) wurde er am 1. April 1897
als Stabsarzt in den preuss. Militärdienst übernommen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht,
einem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. v. Bra-
mann, für die lebenswürdige Überweisung der Arbeit
an den Herren Asstistenzärzten der chirurgischen Klinik
Halle Dr. Grosse, Dr. Ramstedt und Dr. Liebert,
wie dem Sekundärarzt des Altstädtischen Krankenhauses
Magdeburg, Herrn Dr. Springorum, für die Unter-
stützung bei derselben meinen verbindlichsten Dank aus-
sprechen.

Halle:
bei Roux, Bernstein, Grenacher, Dora, Vell-
hard, Kistler, Weber, v. Bramann, Fehling,
v. Hippel, Reineboth, Seeligmüller, Pott,
v. Herff, Grunert, Hitzig, Hellbrecher, Bräcker,
Haasler, v. Moring.

Freiburg:
bei Ziegler.

formen ist nicht mehr möglich; sowohl in Pillen-
form und als subcutane Injektion als auch in Gestalt
Soluto sowohl hat sie in vielen Fällen erfolgreiche An-
wendung gefunden. Neu dagegen ist die Behandlung
Kalium jodatum gegen die gleiche Affektion. Der geringe
als eklatante Erfolg, welchen dieses Mittel in dem schwe-
ren Falle Fischer innerhalb einer kurzen Zeit aufzuwei-
sen hatte, genügt die besten Hoffnungen zu erwecken und
weiteren Versuchen in dieser Richtung anzufordern.

Litteratur.

- Albert, Lehrbuch der Chirurgie.
Bardeleben, A., Lehrbuch der Chirurgie u. Operations-
lehre.
Eulenburg, Realencyklopädie (Kapitel: Leukämie).
E. Joél, Die Neubildung des Nasenrachens.
König, Allgemeine und specielle Chirurgie.
J. v. Mikulicz, Neubildung des Nasenrachens.
Strümpell, Leukämie (Bd. II. der spec. Pathol. u. Therap.)
Tillmanns, Allgemeine und specielle Chirurgie.
Oppenheim, Die Geschwülste des Gehirns.
-

Lebenslauf.

Theo Albrecht wurde am 11. September 1877 zu Pöchem a. d. Mosel als Sohn des Zimmermeisters Otto Albrecht und seiner Gattin Emma, geb. Hoffmann geboren.

In Halle (Saale), wohin seine Eltern Anfang der 80er Jahre übersiedelten, besuchte er die Francke'schen Stiftungen und verliess letztere Michaelis 1895 mit dem Zeugnis der Reife, um sich dem Studium der Medicin zu widmen.

Seine Studienjahre verbrachte er in Halle, mit Ausnahme des 5. Semesters, während dessen er nach erledigter ärztlicher Vorprüfung in Freiburg i. B. seiner Militärpflicht nützte.

Die ärztliche Staatsprüfung beendete er in Halle am Juli 1900.

Während der Studienzeit hat derselbe bei folgenden Herren Vorlesungen gehört:

Halle:

bei Roux, Bernstein, Grenacher, Dorn, Vollhard, Eisler, Weber, v. Bramann, Fehling, v. Hippel, Reineboth, Seeligmüller, Pott, v. Herff, Grunert, Hitzig, Heilbronner, Fränkel, Haasler, v. Mering.

Freiburg:

bei Ziegler.

Lebenslauf

Thesen.

I.

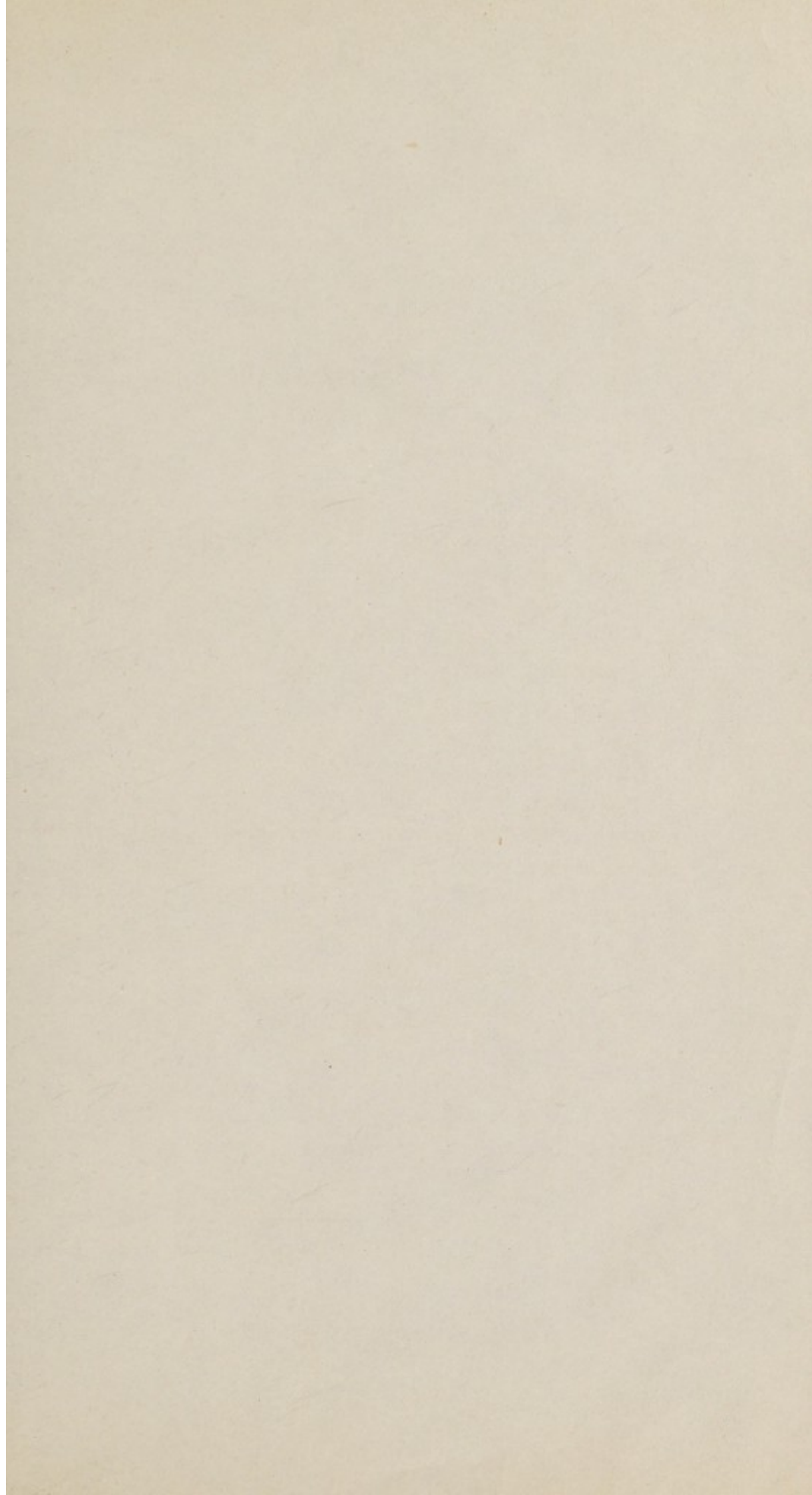
Bei Nasenrachenraum-Tumoren zweifelhafter Natur ist zunächst stets ein Versuch mit Jodkali zu machen.

II.

Die puerperale Bradycardie ist bedingt durch Innervationsstörungen im Gebiete des Vagus.

III.

Die Behandlung des Abdominaltyphus mit mässig abgekühlten Vollbädern ist im Allgemeinen die wirksamste und zweckmässigste von allen hydrotherapeutischen Massnahmen.



Thesen.

I.
Bei Magenkrebserkrankungen ist eine zweifelhafte Nahrung zunächst stets ein Versuch mit Jodkalium zu machen.

II.
Die periphere Bradycardie ist bedingt durch Infiltrationsgruppen im Gebiete des Vagus.

III.
Die Behandlung des Abdominaltypus mit den abgekühlten Vollbädern ist im Allgemeinen die wirksamste und zweckmäßigste von allen hydrotherapeutischen Massnahmen.