

Sonderabdruck

aus der

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Herausgegeben von

Dr. Jos. Gruber

Professor und Vorstand der
Klinik für Ohrenkrankheiten
an der Universität
Wien.

Dr. N. Rüdinger

o. ö. Professor
der Anatomie a. d. Universität
München.

Dr. v. Schrötter

o. ö. Professor und Vorstand
der Klinik für interne Medicin
an der Universität
Wien.



BERLIN W.

Verlag der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung.

Oscar Coblentz.

WV S449u 1892

Z-138646

Akc. z l. 2023 nr 512

Ein ungewöhnlicher Fall

von

Sarcomata multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae dextrae.

Von

Dr. **Johann Sedziak** aus Warschau.

Der Fall, über welchen ich zu sprechen beabsichtige, verdient in vieler Hinsicht größere Aufmerksamkeit.

Panos, 48 Jahre alt, ein Landmann, kam am 18. Mai 1892 ins Kindlein Jesus Hospital. Er klagte überhaupt über einen Tumor im Halse, als auch zahlreiche Knötchen auf der Hand. Die Geschichte der Krankheit ist folgende: Der Kranke stammt von einer gesunden Familie ab, welche sich sogar durch eine gewisse Langlebigkeit auszeichnete. (Die Mutter starb, hundert Jahre alt, der Vater, mehr als 80.) Der Kranke war bisher immer gesund, wie er behauptet. Zum zweiten Mal verheiratet. Mit der ersten Frau hatte er 8 Kinder, mit der zweiten zwei. Keine Abusus, weder in Baccho, noch in Venere, absolut keine Spur von Syphilis. Der Anfang der jetzigen Krankheit datirt sich nur von einem halben Jahre, nämlich in Herbste des vorigen Jahres (1891) bemerkte der Kranke am linken Bein (Wade) ein kleines Knötchen, welches er anfangs wenig beachtete, um so mehr, da das Letztere ihm keine Beschwerden verursachte. Dieses Knötchen jedoch, im Anfange von der Größe einer Haselnuß, fing an sich nach und nach zu vergrößern, und die es bedeckende Haut fing an sich zu färben, anfangs rötlich, später dunkler und zuletzt dunkelviolett. Dies beunruhigte den Kranken um so mehr, da nach und nach die Anschwellung der entsprechenden (linken) inguinalen Drüsen eintrat, was den Kranken im Gehen hinderte. Auch der Tumor am Beine, der zu dieser Zeit die Größe eines Apfels erreichte, war beim Drücken mit den Fingern etwas schmerzhaft. Ein paar Monate danach zeigten sich an verschiedenen Stellen des Körpers (besonders an den oberen Extremitäten, an der Brust und Rücken, schließlich am Gesicht) Knötchen von verschiedener Größe, welche sich, wie es wenigstens aus der Erzählung des Kranken zu entnehmen ist, auf mehr oder weniger dieselbe Weise, wie der Tumor am Beine entwickelten, mit dem Unterschied

indef, daß sie niemals dieselbe Größe erreichten — die Mehrzahl der Knötchen war von der Größe einer Wallnuß, die restlichen zeigten sich haselnuß- bis erbsengroß. Die Haut über den Knötchen, obgleich auch verändert, war nicht so dunkel gefärbt wie am Beine. Eine Ausnahme machte das Gesicht, wo besonders in der Gegend der Parotis, der tumor mehr den Character der diffusen Infiltration hatte, und die Haut mehr dunkel gefärbt war. Das Erscheinen dieser multiplen, obgleich nicht schmerzhaften Knötchen beunruhigte den Kranken mehr und mehr. Aber erst dann entschloß er sich, ärztliche Hilfe zu suchen, als er bemerkte, daß er im Halse einen Tumor hatte, welcher sehr schnell wuchs und anfangs ihn beim Schlucken hinderte, später aber auch beim Athmen. Zuerst consultirte der Kranke die dortigen Aerzte (auf dem Lande), von denen einer, vermuthend den syphilitischen Character der Krankheit, Kali jodatum verordnete. Der Kranke fühlte jedoch nach Verbrauch einiger Flaschen keine Erleichterung. Der andere Arzt vermuthete einen Abscessus der Tonsille und machte zwei Incisionen, wobei jedoch, wie der Kranke behauptet, kein Eiter, etwas Blut kam, und keine Erleichterung stattfand. Schließlich kam der Kranke nach Warschau und trat in die chirurgische Klinik des Kindlein Jesus Spital ein. Der Zuvoorkommenheit des Collegen Borsuk, welcher damals nach dem Tode des Professor Efremoeschi Chef der Klinik war, verdanke ich diesen Fall. An demselben Tage hatte ich Gelegenheit den Kranken zu untersuchen. Ich fand den folgenden Zustand: der Kranke gut gebaut und ernährt. Die Haut am ganzen Körper, besonders an der Brust und am Rücken, wie auch an den oberen Extremitäten, zeigte zahlreiche Flecken von verschiedener Größe (vom Durchmesser einer Erbse bis zu dem einer Wallnuß). Die Farbe von rötlich bis dunkelviolet. Bei näherer Untersuchung zeigte es sich, dass diese Flecken den circumscribten Verdickungen resp. Knötchen entsprachen. Einige von denen (die kleineren) beschränkten sich auf die Haut, sie sind mehr oberflächlich, die größeren jedoch vertieften sich bis zum unterhäutigen Gewebe und sogar, wie es scheint, bis zu den Muskeln (z. B. am rechten Arm) und sind mit den Fingern faßbar, wobei der Kranke einen leichten Schmerz fühlt. Die Zahl dieser Knötchen ist unzählbar; es war kaum eine Stelle vorhanden, in welcher man nicht eine mehr oder weniger deutliche Verdickung in der Haut fühlen konnte. Einer besonderen Besprechung bedarf der Tumor am Beine. Es zeichnet sich durch seine abnorme Größe aus, erreichend namentlich die Größe einer großen Apfelsine. Der Tumor erstreckt sich weit in die Tiefe durch das Unterhautzellgewebe und Muskeln. Er läßt sich weder fassen noch mit den Fingern bewegen. Die ihn bedeckende Haut mit Desquamationen, trocken, dunkelviolet. Im Centrum zeigt sich eine kraterähnliche Vertiefung (ungefähr $1\frac{1}{2}$ cm), aus welcher beim Drücken eine geringe seröse Flüssigkeit hervortrat. Der Tumor wenig schmerzhaft, (nur beim Drücken mit den Fingern etwas stechend) ziemlich hart. Am Gesicht außer einigen kleinen Knötchen grössere Tumoren in der Nachbarschaft der linken und etwas kleiner auch in der Gegend der rechten Parotis. Sie zeigen mehr diffuse Verdickungen (Infiltrationen), von denen die linke sich vom „arcus zygomaticus“ bis zum Winkel der mand. inf. zieht. Die Haut dunkelviolet. Die Infiltrate waren mit den Fingern faßbar, beschränkten sich jedoch, wie es scheint, nur auf die Haut; die Drüse selbst ist nicht angegriffen. Starker „foetor

ex ore“. Bei der Untersuchung der Mundhöhle sieht man zuerst die Veränderung auf der Schleimhaut des oberen Zahnfleisches: sie ist stark geröthet, geschwollen, uneben. Die Zähne selbst gesund. Die Schleimhaut der „palatum durum“ zeigt eine diffuse dunkelblaue Färbung. Der ganze „isthmus faucium“ ist mit dem colossalen Auswuchs in der Größe eines Hühnereies angefüllt. Der Tumor nimmt die Stelle der rechten Tonsille ein und drängt das Zäpfchen (geschwollen und geröthet, wie auch der ganze weiche Gaumen) an die linke Seite, indem er die linke etwas im longitudinalen Diameter vergrößerte Tonsille berührt. Der Tumor drängt auch den vorderen Bogen hervor, ist aber weder mit diesem noch mit dem hinteren Bogen verwachsen, so daß man ihn mit der Sonde und Finger leicht umgehen kann. Der Tumor ist beweglich, ziemlich hart; die ihn bedeckende Schleimhaut verändert, von blauer Färbung und theilweise exulcerirt. Im Centrum zwei oberflächliche Vertiefungen, narbige Einziehungen, wahrscheinlich als Spur der früheren Operationen (Incisionen). Bei der Untersuchung der Nase fand sich: *deviatio septi nasal. hypertrophia conchae mediae dextrae*, Athmung besonders an der rechten Seite beschwert. *Rhinoscopia post.* wegen Tumors unmöglich, bei der Untersuchung mit dem Finger fand ich mäßige Hyperplasie „en masse“ der Pharynx-Tonsille (Luschka) besonders an der linken Seite. Im Kehlkopfe (nach dem Emporheben des Tumors mit Hilfe des laryngoscopischen Spiegels) nichts Besonderes. Im rechten Ohre Einziehung des Trommelfelles. Leichtes subj. Geräusch, das Gehör theilweise geschwächt. Das linke Ohr gesund. Die Untersuchung der inneren Organe ergab negative Resultate. Die lymphatischen Drüsen am Halse sowie in der Achsel etwas vergrößert, indolent. Die linken inguinalen Drüsen in der Form zweier Tumoren, von Größe eines Hühnereies, auch nicht schmerzhaft. Der Urin enthält kein Albumen, sowie auch keine anderen anormalen Bestandteile. Dr. Ziemiriski (Augenarzt) hatte die Güte, die Augen zu untersuchen, fand jedoch keine Veränderung, nur geringe *Stenosis can. nasolacrimalis*.

Im ersten Augenblicke vermutheten wir, betreff der dunkelviolett gefärbten Tumoren, daß wir mit *Melanosarcoma tonsillae dextrae* zu thun hatten. Es ist natürlich, daß die eigentliche Diagnose nur auf Grund der mikroskopischen Untersuchung der Knötchen auf der Haut, sowie auch der Tumoren am Halse gemacht werden konnte. Zu diesem Zwecke führte ich am folgenden Tage in Gegenwart der Collegen Borsuk, Sawicki, Bruner etc. etc. Exstirpation des Tumors der rechten Tonsille mit Hilfe der galvanocaustischen Schlinge aus, weil die malignen Tumoren wie bekannt sehr bluten, und sogar bei den einfachen Hyperplasien der Tonsillen bei Erwachsenen wende ich nur diese Methode in der letzten Zeit an ¹⁾. Die Operation ließ sich leicht ausführen (beim Herausziehen des Tumors mit Museux'scher Zange, fast ohne Blutung, mit wenig Schmerz, nach 20% Cocainlösung.) Anfangs exstirpirte ich nur ein Drittel des Tumors zur microscopischen Untersuchung. Auf dringendes Bitten des Patienten jedoch nahm ich auch den Rest des Tumors, von der Größe eines Hühnereies heraus, worauf der Kranke sogleich große Erleichterung fühlte.

¹⁾ Vide meine Arbeit: „*Kilka uway w kwestyi stosowania galvanokaustiky is chorobach gardta, hitani, nosa i uszow*“. *Kronika Lekarska* 1892, (Ref. in *Jour. of Laryng.* 1892.)

Der Tumor zeigte auf den Durchschnitt ein speckiges Aussehen (sarcoma), gefärbt nur in den oberflächlichen Schichten. Nach der Erhärtung im Alcohol und Einbettung in Paraffin habe ich ihn unter dem Microscop untersucht, wobei es sich zeigte, daß wir es mit „lymphosarcoma“ zu thun hatten. Die obige Diagnose wurde von den bekannten Anatomopathologen Prof. Brodowski und Pizewoski bestätigt. Der Verlauf nach der Operation war sehr günstig, so daß man schon nach einigen Tagen zur Exstirpation eines der Haut-Knötchen schreiten konnte. Dies wurde durch Dr. Borsuk ausgeführt. Am rechten Arm exstirpirte er ein Knötchen von der Größe einer Haselnuß; die Ränder der Wunde wurden durch eine Naht verbunden, Heilung per primam. Auf den Durchschnitt zeigte sich, daß nicht nur die Haut, sondern auch das Unterhautzellgewebe einbezogen war. Die Pigmentation beschränkte sich jedoch nur auf die oberflächlichen Schichten der Haut. Microscopisch zeigte der Tumor analoge Veränderungen, nämlich: Infiltration mit kleinen und runden Zellen, welche denen im Tumor der Tonsillen sehr ähnlich waren. Die anatomisch-pathologische Diagnose lautete: sarcoma parvo- et globocellulare. Sie wurde auch bei den obengenannten Prof. Brodowski und Pizewoski bestätigt. Ich füge hier noch hinzu, daß ich zur Genauigkeit, weil man Verdacht auf Lepra in diesem Falle haben konnte (natürlich auf Grund der multiplen Infiltrationen auf der Haut, abgesehen jedoch von den Tumoren am Beine und am Halse, welche nur für sarcomatöse Neubildungen gehalten werden konnten), die Untersuchung in dieser Richtung unternahm, Bacilli Leprae jedoch (Färbung mit Ziel-Neelsen's Lösung, Entfärbung in 25% HNO₃, schließlich Nachfärbung mit Methylenblau), weder in Schnitten des Tumors der Tonsillen, noch in Haut-Knötchen vorhanden waren. Dem Kranken wurden vom ersten Tage an Arsenik (Sol. Fowleri) verordnet, wobei man schon in zweiter Woche des Aufenthaltes des Kranken im Spital zur größten Verwunderung eine beständige Verkleinerung der Knötchen wahrnehmen konnte. Diese Verkleinerung, obgleich langsam, unterlag jedoch keinem Zweifel, was nicht nur von mir allein, sondern auch von vielen anderen Aerzten (Borsuk, Sawicki, Paslawski und Anderen) nachwiesen wurde. Am 7. Juni, also ca. 3 Wochen nach dem Eintritt des Kranken im Spital, stellte ich diesen ungemein interessanten Kranken in einer Sitzung der Warschauer medicinischen Gesellschaft vor.

Wegen der unzweifelhaft erfolgten Verkleinerung der Knötchen bei unserem Kranken untrief man die primäre Absicht totaler Exstirpation des Tumors am Beine und zweier linken inguinalen Drüsen und entschloß sich, ihm weiter Arsenik innerlich zu geben. Auf diese Weise blieb der Kranke noch einen Monat im Spital, indem er von mir wie auch von anderen Collegen (Chirurgen) beständig beobachtet wurde. Ende Juni wurde er ohne bekannte Veranlassung von otitis media acuta sin. mit Perforation des Trommelfelles befallen. Man verordnete Tropfen mit ac. carbolicum (10% in Glycerin), später Luftentreibungen. Am 9. Juli l. e. nach 7 Wochen, verließ der Kranke das Spital. Sein Zustand war damals der folgende (Untersuchung zusammen mit Dr. Sawicki): Der Tumor am Beine verkleinerte sich wenigstens um $\frac{1}{3}$ seiner früheren Größe; er zeigt zwei einzelne Verdickungen (ziemlich tief greifende) von der Größe je einer Wallnuß; die Haut in den

übrigen Theilen der früheren Infiltration nur wenig verdickt. Als Spur der früheren Veränderungen blieb nur die dunkle Färbung der Haut, welche glatt und glänzend ist. Die centrale Vertiefung ebnete sich fast gänzlich. Auch die übrigen Knötchen verkleinerten sich, indem sie sich auf die Haut beschränkten (Infiltrationen); teilweise verschwanden sie gänzlich, braune Pigmentirung zurücklassend. Die Haut zeigte sich wegen der zahlreichen Ecchymosen mosaikartig. Am hartnäckigsten hielten sich die Knötchen am rechten Arme, obgleich sie auch da flacher sind. Die Drüsen in regione inguinali sin. verkleinerten sich wenigsten bis zur Hälfte ihrer früheren Größe. Die Drüsen am Halse und in der Achsel sind viel kleiner. Dasselbe gilt für die Knoten am Gesicht, die früheren Verdickungen in regione parotidea sind mehr flach, besonders die linke. Die Gegend des Unterkieferwinkels ist jetzt ganz frei von Infiltration. Die Knötchen nicht schmerzhaft. Foetor ex ore geschwunden; in der Mundhöhle, an der Stelle des früheren Tumors, zeigt sich die Höhle zwischen beiden Bogen an der rechten Seite. Keine Spur von Recidiv. Die linke Tonsille, welche im Anfange sich etwas vergrößerte und blau verfärbt war, was uns auf die Idee führte, daß sich dort auch der sarcomatöse Proceß zu entwickeln beginnt — ich wollte sie exstirpiren — obgleich nicht bedeutend, doch sichtbar verkleinert. Sie ragte nicht über den Bogen hinaus. Die sie bedeckende Schleimhaut etwas blau gefärbt. Ich muß hier hinzufügen, daß die Verkleinerung der Tonsille erst seit kurzem datirt (einige Tage). Athmung und Schlingen frei. Im nasopharynx (rhin. post.) eine ziemlich bedeutende, diffuse Hyperplasie der pharyngealen Tonsille (Luschka), hauptsächlich an der linken Seite. Eine bedeutende Verdickung der Schleimhaut am hinteren Ende des Septums (vomer). Athmung freier, Schleim geringer, Blutung im Anfang sehr häufig fast ganz aufgehört, schließlich status idem in der Nase. In larynge nichts besonderes. Im rechten Ohr dasselbe (i. e. Einziehung des Trommelfelles), im linken Ohr Perforatio parva im vorderen und unteren Theile des Trommelfelles, unbedeutender eiteriger Ausfluß. Kein Schmerz, nur geringes Geräusch, das Gehör geschwächt. In den inneren Organen nichts Besonderes. Dem Kranken wurde ferner der Gebrauch des Arseniks (innerlich) und Carbolsäure fürs Ohr verordnet. Ich gab ihm auch einen Brief an einen dortigen Arzt mit der Bitte, um weitere Pflege des Patienten und Informationen von Zeit zu Zeit über den weiteren Verlauf dieses interessanten Falles.

Der obige Fall liefert Gelegenheit für einige Bemerkungen. Vor Allem ist die von vielen Aerzten beobachtete Verkleinerung und Verschwinden des Sarcoma cutis, sowie auch der vermuthlichen lympho-sarcoma der linken Tonsille während des siebenwöchentlichen Aufenthaltes des Kranken im Spital bemerkenswerth. Was ist die Ursache dieses Verschwindens? Es scheint nicht dem geringsten Zweifel zu unterliegen, daß man in diesem Falle diese günstige Wirkung dem innerlich angewandten Arsenik zuschreiben muß. Es ist um so wahrscheinlicher, als unser Fall nicht vereinzelt dasteht; wenn auch nur wenige, so existiren dennoch in der Literatur einige Beobachtungen, welche die nicht anzuzweifelnde günstige Wirkung dieses Mittels auf Sarcomata (resp. Lympho-sarcomata) cutis bewiesen. So z. B. im Jahre 1883 veröffentlichte Köbner¹⁾ einen

¹⁾ No. 2 Berl. Klin. Woch.

Fall von allgemeiner Sarcomatosis der Haut, geheilt durch subcutane Arsenik-Injektionen. Ferner im Jahre 1887 veröffentlichte auch Babel¹⁾ einen Fall dieser Krankheit, geheilt (nach $3\frac{1}{2}$ Jahren kein Recidiv) durch Anwendung des Arsens. Schließlich beschrieb in diesem Jahre (1892) Romberg²⁾ aus Leipzig einen Fall, bei welchem Metastasen in der Haut (der wahrscheinliche Ausgangspunkt war lymphosarcoma mediastini) fast gänzlich unter dem Einflusse des Arsens verschwanden. Die Menge des gebrauchten Mittels (innerlich) betrug in diesem Falle 500 Tropfen von Liq. Kali arsenic. = 0,255 acidi arsenicosi.

Der obige unsere Fall ist auch noch in anderer Richtung bemerkenswerth. In diesem Falle nämlich waren wir im Stande, den colossalen Tumor der Tonsillae (lymphosarcoma) durch den Mund zu entfernen. Es ist nur möglich dort, wo der pathologische Proceß nur auf die Tonsille selbst sich beschränkt. Solche Fälle sind selten. Jurasz (s. dessen neuestes Buch: Die Krankheiten der oberen Luftwege, Heidelberg 1892) sah bei seinem reichen Material keinen einzigen solchen Fall. Newman aus Glasgow³⁾ Verfasser der soeben erschienenen, vortrefflichen Monographie über bösartige Tumoren der Tonsillen, beschreibt nur einen Fall (p. 10) dieser Krankheit (sarcoma), welcher gleichfalls von der Mundhöhle aus operirt wurde.

Ich füge hier noch hinzu, daß in solchen Fällen nur die galvanocaustische Schlinge zweckmäßig ist, um bedeutende Blutungen zu vermeiden.

Ebenso hat Wolfenden (London) sarcoma der linken Tonsille bei einer ungefähr 50jährigen Frau erfolgreich in meiner Gegenwart vor 3 Jahren operirt. In den meisten Fällen indeß breitet sich der Tumor auf die benachbarten Theile (Bogen, Rachen etc.) aus. Die Drüsen sind auch meistens angegriffen und die Operation ist durch die Mundhöhle unausführbar. In solchen Fällen machen die Chirurgen (vide Muhulier's Fall in seinem und Michelson's vortrefflichen Atlas der Krankheiten der Mundhöhle etc., Berlin 1892) gewöhnlich die Resection der Unterkinnlade nach vorheriger Trocheotomie. No.h auf einen Punkt will ich aufmerksam machen. Es ist möglich, daß das Lymphosarcoma auf die Tonsille beschränkt, eine einfache Hypertrophie dieses Organes vortäuscht. Diese Verwechslung kann sogar microscopisch stattfinden, wie es Luc's⁴⁾ Fall (aus Paris) beweist.

Es handelte sich um einen 50jährigen Mann, bei welchem ungeachtet des bösartig aussehenden Tumors der Tonsille die Diagnose bei zwei bekannten Anatomopathologen auf Grund der Untersuchung zweier (in paarmonatlichen Intervallen herausgenommenen) Stückchen des Tumors auf die

²⁾ Bruns Beiträge zur klin. Chir. II.

³⁾ Deut. Med. Woch. 19. „Zur Kenntniss der Arsenikwirkung auf das Lymphosarcom.“

⁴⁾ „Malignant Disease of the tonsils with ten illustrative cases the statistics and the Bibliography of the Subject.“ (The Amer. Jour. of med. Sciences. May 1892.)

¹⁾ „Sarcome de l'amygdale. Difficultés du diagnostic histologique.“ (Rev. de Lar. etc. 11. 1892.)

einfache Hypertrophie der Tonsille festgestellt wurde. Erst nach dem dritten Mal zeigte sich: es sei lymphosarcoma. In unserem Falle schien es bei oberflächlicher Untersuchung auch, als ob wir es mit hypertrophia tonsillae simplex zu thun hätten, erst die genaue Untersuchung ergab die eigentliche Natur des Tumors, i. e. lymphosarcoma. — Meiner Meinung hat Gombaut, einer der besten Anatomopathologen in Paris, recht, wenn er sagt (vide Luc's Fall): „En fait, la structure des fragments, que vous m'avez adressés est très analogue à celle du tissu conjonctif soumis à certaines causes d'irritation chronique et, en pareil cas, pour décider, qu'il y a tumeur, c'est à dire développement d'éléments anatomiques en quelque sorte spontané, dépendant d'une évolution anormale, indépendante de toute cause extérieure surajoutée, il n'est que prudent de faire appel à toutes les sources de renseignements et de ne pas se fier à ceux, que peut donner l'histologie laissée à ses propres ressources.“
