



Sonderabdruck

aus dem

Archiv für Laryngologie.

[c. 1897]

WV B351ei 1897

Z- 140189

Akc. zI. 2024 nr. 217

(Aus der laryngologischen Abtheilung des Prof. Pieniżek
in Krakau.)

Ein gestielter Drüsenkrebs des weichen Gaumens.

Von

Doc. Dr. **Alexander Baurowicz**, Universitäts-Assistent.

Der Zufall wollte es, dass kurze Zeit, nachdem ich in diesem Archive den seltenen Fall eines gestielten Krebses des Kehldeckels mitgetheilt habe, mir wieder ein Fall einer gestielten bösartigen Geschwulst zur Beobachtung kam, welche aber zu ihrem Sitze den weichen Gaumen nahm. Klinisch unterschied sich dieser Fall dadurch, dass ich anfangs glaubte, es mit einer gutartigen Geschwulst zu thun zu haben, aber schon nach dem Durchschneiden der exstirpirten Geschwulst fasste ich den Verdacht, eine bösartige Neubildung vor mir zu haben, was mir die spätere mikroskopische Untersuchung vollständig klar machte.

Anfangs Juli v. J. erschien in unserem Ambulatorium ein Kranker, 67 Jahre alt, der mit schwer verständlicher Aussprache erzählte, dass er seit 14 Jahren etwas Bewegliches im Halse verspüre, was ihm das Schlucken erschwerte und im Schlafe störte; Schmerzen verspüre er keine. Patient, kleiner Statur, sah sonst ziemlich gut aus und ich schenkte kaum der Angabe seines Alters Glauben, denn ich schätzte ihn höchstens auf 50 Jahre. Als ich den Kranken untersuchen wollte, machte dieser einige Bewegungen, als möchte er etwas, was ihm auf der Zunge liegt, nach vorne schieben. Nachher öffnete er erst den Mund und ich sah eine Geschwulst in der Grösse eines Hühneries, welche auf der Zunge lag und an den harten Gaumen anstieß, so dass man weiter nach hinten nichts überblicken konnte. Es war mir natürlich noch ganz unklar, wo die Geschwulst ihren Sitz hatte und ich wollte zuerst die Zunge niederdrücken, um der Besichtigung mehr Raum zu schaffen. In diesem Augenblicke aber machte der Kranke wieder einige Schluckbewegungen und ich sah jetzt den Zungenrücken frei, dagegen bemerkte ich eine Geschwulst, welche vom weichen Gaumen ausging. Die Besichtigung zeigte, dass die Geschwulst mit einem kurzen Stiele links am freien Rande des weichen Gaumens neben dem Zäpfchen sitzt, dasselbe nach rechts drängend, nach links dagegen über den vorderen Gaumenbogen herausragt. Die Geschwulst, nach ihrer Gestalt und Grösse einem Hühnerie ähnlich, lag mit ihrer unteren Fläche an der Zungenwurzel. Wie die folgende Zeichnung (Fig. 1) zeigt, ist die Oberfläche der Geschwulst mit ziemlich tiefen Einkerbungen in einige flache Höcker getheilt, welche stellenweise uneben, mit nekrotischen Massen bedeckt sind; im

Ganzen aber erschien die Oberfläche der Geschwulst des Epithels nicht beraubt. Da ich mich von dem Sitze der Geschwulst genauer überzeugen wollte, führte ich den Zeigefinger der linken Hand hinter die Geschwulst gegen den Nasenrachenraum und fühlte wie dieselbe am kurzen, schmalen Stiele links am freien Rande des weichen Gaumens sass. Während dem aber bekam der Kranke plötzlich Athemnoth, was ja nur ihre Ursache in dem Herunterdrücken des Kehldeckels durch die Geschwulst haben konnte, ich ging darum eiligst mit dem zweiten Finger in den Rachen, um die Geschwulst emporzuheben. Da ich aber den schmalen kurzen Stiel der Geschwulst kannte, riss ich mit ganz geringer Kraft die Geschwulst von ihrem Sitze und löste sie vollständig ab. Die Stelle, welche dem Sitze der Geschwulst entsprach, blutete sehr gering und zeigte in einigen Fetzen die Reste des Stieles. Die Schleimhaut sah sogar in der nächsten Umgebung des Stieles sowohl vorne wie bei der Rhinoscopia posterior ganz normal aus; um aber diese merkwürdige Art der Entfernung der Geschwulst entsprechend zu beenden und um für mich die Ueberzeugung zu gewinnen, dass ich die Geschwulst, wenn sie auch gutartig sein sollte, gänzlich entfernte, fasste ich mit einer Kornzange den Rest des Stieles und schnitt diesen mit der gebogenen Scheere von beiden Seiten aus.

Fig. 1.

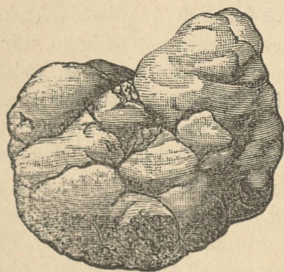
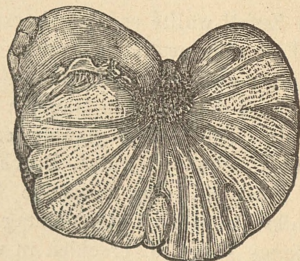


Fig. 2.

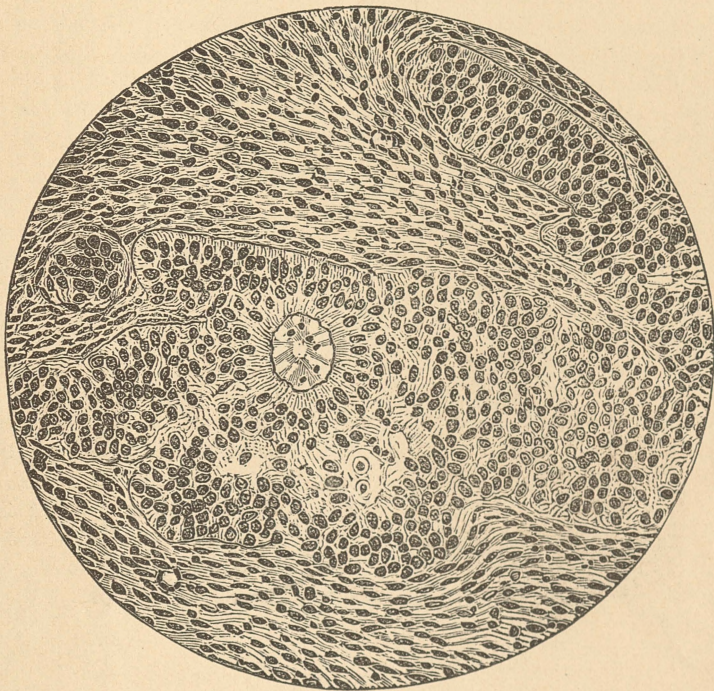


Ich dachte anfangs eine gutartige Geschwulst, nämlich Fibrom, vor mir zu haben, wozu das Aussehen der Geschwulst, Fehlen der vergrösserten Drüsen in der Submaxillargegend und auch die Angaben des Kranken berechtigten. Als ich aber die Geschwulst durchschnitt, bemerkte ich neben dem Bindegewebe, welches fächerförmig vom Stiele aus gegen den Umfang zieht und die Hauptunterlage der Geschwulst bildet, dazwischen Stellen wie gekörnt, mehr rosa gefärbt (Fig. 2). Es war also ein typisches Bild einer zweifachen Structur der Geschwulst und dadurch lenkte sich mein Verdacht auf die Bösartigkeit derselben. Die Geschwulst, welche wir oben im Ganzen abgebildet sehen und nun am Durchschnitte ihren zweifachen Bau deutlich erkennen, hat genau gemessen in ihrer Breite 3,4 cm, in der Höhe 2,5 in der Dicke 7,7 und in ihrer grössten schiefen Ausdehnung 3,9 cm. Die vertiefte Stelle an der oberen Fläche der Geschwulst entspricht dem Stiele, von welchem kaum bemerkbare Reste am Rande des weichen Gaumens blieben, welche ich, wie erwähnt, sammt den umgebenden Theilen des weichen Gaumens herausgeschnitten habe.

Der Kranke, welcher von der Provinz zugereist war, verliess dann unser Ambulatorium und zeigte sich nicht mehr, was ja in diesem Falle nicht ohne Interesse geblieben wäre.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt uns neben einer beträchtlichen Entwicklung des Bindegewebes, welches den Haupttheil des Schnittes bildet, zahlreiche Nester von epithelialen Zellen (Fig. 3), welche vom Epithel der Drüsen ihren Ausgang nehmen; da ausserdem auch gewöhnliche Adenomstructur stellenweise zu sehen war, bot sich selbst die Erklärung dar, welche mit der klinischen Beobachtung stimmen konnte, dass hier wahrscheinlich zuerst ein Fibroadenom vorlag,

Fig. 3.



in welchem es erst später zur atypischen Wucherung der Epithelzellen kam. Ueberall im Schnitte sah man sonst im Bindegewebe zahlreiche runde Zellen, was dafür sprach, dass die Neubildung in regem Wachsen war. Der vermuthliche Uebergang des Adenoms in ein Adenocarcinom scheint mir sehr wahrscheinlich. Ein Adenom des weichen Gaumens diente auf diese Weise der späteren krebssigen Entartung als Grundlage.

Meinem hochverehrten Chef Herrn Prof. Pieniżek für die gütige Zuweisung des Falles zur Publikation und Herrn Prof. Browicz für die Erklärung der vorgelegten mikroskopischen Präparate spreche ich meinen besten Dank aus.

