

Ein tiefes auriculares Dermoid des Halses.

Von Rud. Virchow.

Der nachstehende Fall war mir desshalb von besonderer Bedeutung, weil er Beweise für die Richtigkeit einer Ansicht brachte, die ich mir theoretisch über die Entstehung mancher sogenannter Atherome des Halses gebildet hatte. Heusinger (dieses Archiv Bd. XXIX. S. 370. Bd. XXXIII. S. 178, 441) hat das Verdienst, für gewisse einfache Hygrome und für Cystenhygrome es höchst wahrscheinlich gemacht zu haben, dass dieselben aus krankhaften Störungen in der Umbildung der Kiemenspalten des Fötus hervorgehen. Nun schien es mir aber um so mehr zulässig, auch gewisse Atherome in ähnlicher Art zu erklären, als ich in der Beschreibung eines Falles von Halskiemenfistel (Fistula colli congenita) die unmittelbare Verbindung dieser Fistel mit Auricularanhängen, also mit abgetrennten und verrückten Theilen des äusseren Ohres gezeigt hatte (dieses Archiv Bd. XXXII. S. 518), und als bekanntermaassen die Bildung des äusseren Gehörganges selbst aus der Haut der Kiemenspalte geschieht.

Am 1. Septbr. 1865 wurde die 24jährige Näherin Anna Koppen aus Daber in Pommern wegen einer grossen, sehr entstellenden Geschwulst des Halses auf meine Krankenabtheilung aufgenommen. Sie wollte die erste Wahrnehmung davon in ihrem 14. Jahre gemacht haben; schon damals habe die Geschwulst die Grösse und auch die Gestalt einer Haselnuss gehabt. Beschwerden brachte dieselbe nicht hervor; nur bei Druck sei sie etwas empfindlich gewesen. Erst vor etwa einem Jahre sei sie plötzlich unter lebhaften Schmerzen gewachsen; unter einer Einreibung hätten sich die Schmerzen verloren, aber die Geschwulst sei weicher geworden. Im Uebrigen sei ihr Gesundheitszustand bis auf eine vor 9 Jahren überstandene Lungenentzündung stets gut gewesen.

Bei der Aufnahme fand sich links zwischen dem Angulus maxillae und dem Proc. mastoideus eine Gänseeigrosse, vollkommen unschmerzhaft, rundliche, glatte Geschwulst, über welcher die dünne, aber sonst unveränderte Haut sich etwas verschieben liess. Sie fühlte sich weich an, gab ein zweifelhaftes Gefühl von Fluctuation, fast wie ein weiches Lipom, zeigte jedoch weder Pulsation, noch irgend ein Geräusch. Gegen die Tiefe hin schien sie fester und etwas lappig zu sein, und obwohl sie sich längs des Kieferrandes ein wenig verschieben liess, so war sie doch nicht wesentlich von demselben zu entfernen, gleichsam als ob sie mit der Parotis zusammenhinge.

Die benachbarten Lymphdrüsen waren etwas vergrössert, die Schilddrüse normal, dagegen fand sich dicht oberhalb des Manubrium sterni, etwas näher an dem inneren Rande des linken Sternomastoides eine flachrundliche, unter der verdünnten Haut dicht anliegende, jedoch verschiebbare unschmerzhaft Geschwulst von etwa $\frac{1}{2}$ Zoll Durchmesser, fester Consistenz und gelblicher Farbe, über welcher die Haut einzelne vergrösserte Talgdrüsen zeigte. Ueber die Dauer dieser Geschwulst wusste die Kranke nichts anzugeben. Ohr und Unterkiefer waren normal. Am Rumpfe sehr ausgedehnte Pityriasis versicolor.

Auf den dringenden Wunsch der Kranken wurde die Operation vorgenommen. Ich machte am 6. Septbr. zuerst eine Probepunction mit einem feinen Explorativtroicart; es entleerte sich nichts, wohl aber enthielt die zurückgezogene Canüle ein wenig eines dicklichen fettigen Breies. Es wurde nunmehr die Haut gespalten und vorsichtig von der Oberfläche der Geschwulst abgelöst. Letztere erwies sich dabei als vollständig glatt und ohne allen Zusammenbang mit der Parotis, welche freilich bis dicht an dieselbe heranreichte. Bei weiterer Isolirung ergab sich aber, dass die Geschwulst bedeutend in die Tiefe reichte, und es wurde daher, um nicht die Nachbartheile zu sehr zu verletzen, die Geschwulst angeschnitten. Es entleerte sich dabei sofort eine grosse Masse einer dickbreiligen, schmierigen, gelblich weissen Substanz; die nicht sehr dicke Wand fiel zusammen und es war nun möglich, die Ablösung rings umher bis auf den hintersten Theil der Geschwulst zu vollenden. Hier sass sie sehr fest unmittelbar auf der Carotis auf. Da inzwischen mehrere kleinere Arterien ziemlich stark bluteten, so schnitt ich zunächst die Cyste mit Zurücklassung der Ansatzstelle ab und unterband die kleineren Arterien. Es zeigte sich dann nach Stillung der Blutung, dass gerade in der Ansatzstelle ein flacher, hart anzufühlender Körper lag, und es gelang mir, auch diesen durch vorsichtige Schnitte im Zusammenhange von der Scheide der Carotis abzutragen.

Die Heilung der sehr grossen Wunde ging Anfangs gut von Statten. Das Fieber stieg in den nächsten Tagen Abends bis auf 38—38,6° C. und 96—104 Schläge, es stellten sich geringe Schlingbeschwerden ein; nur trat am 13. nach einer geringfügigen psychischen Erregung ein so heftiges Nasenbluten ein, dass dasselbe nur durch einen mit Liq. Ferri sesquichlorati befeuchteten Tampon gestillt werden konnte. Im Uebrigen ging jedoch die Füllung der Wunde mit Granulationen regelmässig vor sich und in der letzten Woche des Septembers war auch das Allgemeinbefinden ganz hergestellt. Erst am 24. Octbr. klagte die Kranke plötzlich über heftige, zuweilen pulsirende, beim Druck sehr stark zunehmende Schmerzen vor dem Tragus des linken Ohres; am 25. trat ein $\frac{3}{4}$ stündiger Schüttelfrost mit nachfolgender Hitze und Schweiss auf; Temper. 39,6, Puls 104. Die Gegend vor dem linken Ohr und die Wand des Gehörganges selbst schwellen an und es entleerte sich aus dem letzteren eine geringe Menge einer gelblichen Flüssigkeit; beim Valsalva'schen Versuch empfand die Kranke einen lebhaften Schmerz in der Tiefe. In der nächstfolgenden Nacht ein neuer Schüttelfrost von 1stündiger Dauer, Morgens Temper. 39,8, Puls 100, die Anschwellung vor dem Ohr stärker und empfindlicher, dagegen die Theile zwischen der Wunde und dem Tragus ganz unschmerzhaft und frei. Die Bewegung des Kiefers erschwert, aber das Gelenk scheinbar frei. Der äussere Gehörgang geschwollen und mit klebriger, gelblicher Flüssigkeit gefüllt. Nach einer örtlichen Blutentziehung, Ausspritzung des Gehörganges und Breiumschlägen allmählicher und dauernder Nachlass, so dass am 4. November nach vollständiger Heilung die Entlassung der Kranken erfolgen konnte. Die tiefeingezogene Narbe lag unter und hinter dem Kieferwinkel, so dass von vorne her keinerlei Entstellung bemerkbar war. — Die kleine Geschwulst über dem Brustbein wollte die Kranke sich nicht extirpiren lassen.

Die genauere Untersuchung der operirten Geschwulst ergab, dass deren Inhalt fast ganz aus Schmeerabsonderung bestand: kleinere und grössere, mit feinen Epi-

dermisschüppchen gemengte und zum Theil in Zellen enthaltene Tropfen eines etwas zähen Fettes setzten den ganzen Inhalt zusammen. Die Geschwulst selbst bestand aus einer einzigen Cyste, deren Wand in dem vorderen, grösseren Umfange dünner, in dem hinteren gegen den Ansatz an der Carotis dicker war, jedoch nirgends mehr als $1-1\frac{1}{2}$ Linien stark war. Sie bestand aus einer ziemlich glatten, mit Epidermis bekleideten Cutis, in der nach vorn spärlich, gegen den Ansatzpunkt dichtgedrängt grosse und schön entwickelte Talgdrüsen lagen. Die harte Platte in der Ansatzstelle erwies sich als fester Knorpel und zwar als vollständig ausgebildeter Netzknorpel von dem bekannten Bau der Ohrknorpel.

Es scheint mir darnach kaum zweifelhaft, dass wir es hier mit einer congenitalen Missbildung zu thun haben, die sich Anfangs langsam und unbemerkt, später schneller und sehr auffällig entwickelt hat. Die Entwicklung ist offenbar abhängig gewesen von der stärkeren Schmeerabsonderung und den Talgdrüsen der Cystenwand, und es ist wohl möglich, dass die (ihrem Stoffe nach nicht bekannte) Einreibung den Secretions-Reiz abgegeben hat. Die gleichzeitige, oberhalb des Manubrium sterni bestehende Geschwulst mag eine ähnliche Bedeutung haben.

Es wird ferner zugestanden werden, dass eine solche Verbindung von einem Dermoidsack mit überwiegend öligter Absonderung und einer in der Tiefe, dicht vor der Carotis gelegenen Platte von Netzknorpel eine Art von Reproduction der dem äusseren Ohr angehörigen Theile: des äusseren Gehörgangs mit seiner Ohrschmalzabsonderung und den Netzknorpeln des Tragus etc., darstellt. Muss man diese Reproduction als eine teratologische, als ein Vitium primae formationis annehmen, so wird das Ganze nach meiner Terminologie als ein auriculares Teratom zu bezeichnen sein.

B. v. Langenbeck (Archiv f. klin. Chir. Bd. I. S. 54) hat den tiefen Atheromen des Halses eine genauere praktische Würdigung zu Theil werden lassen und ihre Beziehungen zu den Gefässscheiden mit besonderer Rücksicht auf die dadurch bedingten operativen Schwierigkeiten erörtert. Lücke (Ebendas. S. 357) hat einen der von Langenbeck (S. 14) beschriebenen Fälle genauer untersucht und nachgewiesen, dass die Geschwulst von einer Lymphdrüse ausgegangen war. Indess war diess kein einfacher Dermoidsack, sondern eine zusammengesetzte Bildung, von der es fraglich sein dürfte, ob sie nicht besser zu den Kankroiden zu rechnen ist. Dagegen scheint mir der andere von Langenbeck (S. 25) angeführte, sowie die von ihm citirten Beobachtungen von Thiele und Adelman in dieselbe Kategorie mit meinem Falle zu gehören. Ist diess richtig, so wäre die Bezeichnung dieser Bildungen als „Geschwülste der Gefässscheiden“ besser aufzugeben, da man immer geneigt sein wird, dieser Bezeichnung eine genetische Bedeutung beizulegen, während sie eigentlich nur den praktisch freilich sehr wichtigen Hinweis auf die Nähe grösserer Gefässe enthält. Es handelt sich hier offenbar um Geschwülste verschiedenen Ursprungs, von denen ein Theil den Lymphdrüsen und möglicherweise anderen Nachbartheilen zuzuschreiben, ein anderer dagegen als Geschwülste der Kiemenspalten zu bezeichnen ist. Den letzteren auf das nächste verwandt sind die congenitalen, namentlich die atheromatösen Ranulae, sowie möglicherweise gewisse zusammengesetzte Cystoide der Kieferknochen.