

III.

Mittheilungen aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Genf.

Von Prof. F. Wilh. Zahn.

1. Ueber congenitale Knorpelreste am Halse.

(Hierzu Taf. I. Fig. 1.)

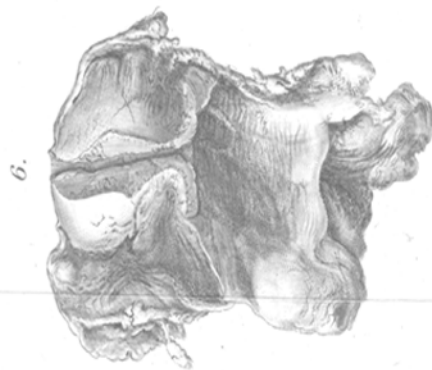
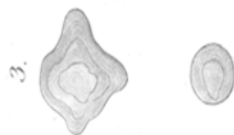
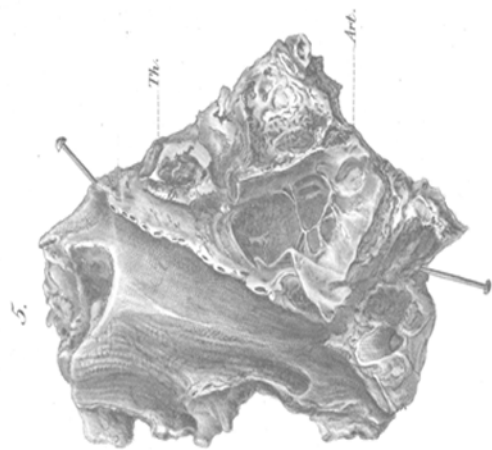
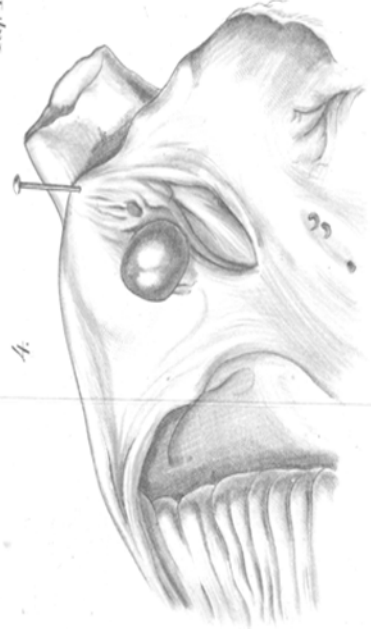
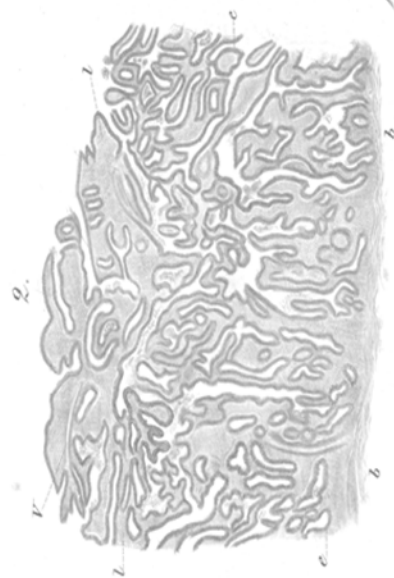
In Band 106 S. 206 dieses Archivs hat P. Buttersack über zwei Fälle von congenitalen Knorpelresten am Halse berichtet, nemlich über einen sehr interessanten, weil doppelseitigen, von ihm, und einen einseitigen, von Lossen beobachteten. Bei der Seltenheit derartiger Befunde will ich nicht unterlassen drei solcher von mir gemachten Beobachtungen nachstehend mitzutheilen.

Der erste Fall betraf eine 26 Jahre alte weibliche Leiche, die ich am 26. December 1885 secirte. Die betreffende Person war in Folge chronischer Lungentuberculose und tuberculöser Ostitis des linken Darmbeinkamms mit starker, langdauernder Eiterung und hochgradiger amyloider Entartung der Milz, Leber, Nieren und des Darmes zu Grunde gegangen.

Bei der Inspection der aufs Aeusserste abgemagerten Leiche bemerkte ich sofort an der rechten Halsseite, etwa zwei Finger breit oberhalb des Schlüsselbeins über dem rechten *Musc. sternocleidomastoideus* gelegen und bedeckt von der übrigens unveränderten Haut eine kleine umschriebene Hervorragung. Da die Abmagerung eine ausserordentlich hochgradige war, konnte ich durch Betasten derselben leicht feststellen, dass sie leicht beweglich und also weder mit dem Muskel, noch mit der Haut inniger verwachsen war.

Nach Ablösung der Haut zeigte sich, dass dieses Gebilde in der That weder mit dieser, noch mit dem *Musc. subcut. colli*, noch aber auch, wie sich bei genauerem Zusehen ergab, mit dem *Musc. sternocleidomastoideus* zusammenhing, sondern in der diesen letzteren Muskel bedeckenden, etwas verdickten *Fascia cervicalis infrahyoidea* eingeschlossen war. Sein unteres Ende befand sich etwa 26 mm oberhalb der *Clavicula*. Es lag nach aussen von der Mittellinie des Muskels und seine Längsaxe verlief dessen Längsaxe annähernd parallel.

Dasselbe bestand aus einem breiteren dünneren unteren und aus einem ihm gestielt aufsitzenden schmäleren, aber dickeren oberen Theil. Seine Gesamtlänge betrug 20 mm, diejenige des unteren Abschnittes 10, dessen



Breite 8 und seine Dicke 2,5 mm. Das Mittelstück war 5 mm lang, 2,5 breit und 4,5 dick. Der obere Theil war 5 mm lang, ebenso breit und 5,5 dick.

Die Oberfläche war, wie bereits bemerkt, uneben in Folge mehrerer hier vorhandener kleiner Höcker. Ich unterlasse dieselben einzeln zu beschreiben, da die ziemlich getreue, nur etwas zu sehr im Profil aufgenommene Abbildung sie genugsam erkennen lässt.

Einige vom oberen Theil angefertigte mikroskopische Schnitte liessen aussen ein ziemlich stark entwickeltes Perichondrium erkennen, bestehend aus einem dichten Gefüge fibrillären Bindegewebes mit reichlichen elastischen Fasern. Nach innen zu waren in den Maschen des Bindegewebes stellenweise zahlreiche kleine Knorpelzellen vorhanden, von denen manche schon eine deutliche Kapsel hatten. Weiter nach innen zu fand sich dann durchweg der schönste Netzknorpel, mit grossen Kapseln und Zellen. Die Knorpelkapseln waren stark glänzend und verhältnissmässig dünn. An einer Stelle, nahe dem Perichondrium, bestand beginnende schleimige Erweichung.

Der zweite Fall betraf eine wohlgeformte zeitweilig an Bronchialasthma leidende 33 Jahre alte Frau, die ich am 29. October 1887 zu untersuchen Gelegenheit hatte. Bei derselben fand sich am inneren Rande des rechten *Musc. sternocleidomastoideus* etwa 4 cm oberhalb dessen Clavicularansatzes eine ungefähr hanfkorn-grosse, seine Umgebung etwas überragende Verdickung. Beim ersten Anblick hatte man den Eindruck, als ob sich daselbst eine Narbe befände, bei näherem Zusehen jedoch zeigte sich die Haut ganz normal. Trägerin gab auf Befragen an, dass sie an der betreffenden Stelle nie eine Verletzung gehabt und dass diese Verdickung von jeher und stets in der gleichen Grösse bestanden habe, auch sei sie bereits oft von den sie untersuchenden Aerzten darüber befragt worden.

Bei genauerer Untersuchung fühlte man hier unter der Haut, dieser etwas anhaftend und in die Tiefe sich fortsetzend einen anscheinend im Unterhautbindegewebe liegenden, harten Körper mit unregelmässiger Oberfläche. Von einer Herausnahme behufs Untersuchung desselben wollte Trägerin selbstverständlich und mit Recht nichts wissen. Trotzdem glaube ich nicht zu irren, wenn ich annehme, dass es sich hier um einen dem in vorigem Fall beschriebenen gleichen Knorpelkern handelte.

Das Gleiche gilt vom dritten Fall, welchen ich ebenfalls beim Lebenden beobachtete. Obgleich auch hier die strenge Beweisführung der anatomischen Untersuchung mangelt, bin ich doch fest überzeugt, dass es sich bei ihm um ein gleiches Gebilde handelte.

Dasselbe fand sich bei einem 25 Jahre alten an Pharyngitis und Laryngitis leidenden Fräulein, Studentin, das ich am 29. December 1887 untersuchte. Bei derselben bemerkte ich an der Vorderfläche des rechten *Musc. sternocleidomastoideus* eine von vollkommen normaler Haut bedeckte halbkuglige Hervorragung. Dieselbe war in senkrechter Richtung 25 mm vom oberen Clavicularrand und in schiefer, der Muskelaxe paralleler Richtung 35 mm vom Sternoclaviculargelenk entfernt. Beim Betasten constatirte man das Vorhandensein eines leicht ovalen Knötchens von harter Beschaffenheit,

fast gleichmässiger, glatter Oberfläche, das der darüber leicht verschieblichen Haut jedenfalls nur sehr lose anhaftete, dagegen um so fester der Vorderfläche des Muskels, gegen den es nicht verschieblich war. Sein Sitz war etwas nach aussen von der Mittellinie der Vorderfläche des Muskels. Beim Betasten des inneren Randes dieses Knötchens hatte man den Eindruck, als ob es sich hier in den Muskel hinein fortsetzte. Sein ungefährer Querdurchmesser betrug 5 mm, sein Höhendurchmesser 4 mm und seine Dicke mag fast eben so gross gewesen sein. Nach Aussage einer älteren Schwester, bei der ich Erkundigungen einziehen konnte, war gleich nach der Geburt der Inhaberin an der betreffenden Stelle ein kleines Knötchen bemerkt worden, das sich später ziemlich vergrösserte. Den Zeitpunkt, wann dies geschah, konnte sie nicht bestimmt angeben. Die Ohren der Trägerin besagten Gebildes waren vollkommen normal geformt und der Kehlkopf war, wie sowohl die äussere Betastung, als auch die innere Inspection zeigten, durchaus symmetrisch gebaut.

Die Zahl derartiger Beobachtungen ist, wie aus den Angaben von Buttersack (s. o.) erhellt, sehr klein. Es sind nach ihm bis jetzt ihrer 7, 2 von Heusinger, 1 von Santesson, 1 von Manz¹⁾, 1 von Duplay und 2 von Buttersack selbst mitgetheilte Fälle. Nach meinem Dafürhalten dürften hieher noch zu rechnen sein: ein Fall von Max Schultze²⁾ und ein solcher von R. Virchow³⁾. Ersterer fand an der Leiche eines 3 Wochen alten Knaben mit doppeltem Wolfsrachen beiderseitig warzenförmige Auricularanhänge von denen je ein grösserer „einen halben Zoll vor und etwas nach unten von der äusseren Ohröffnung“ sass. Im Innern dieser warzenförmigen Gebilde fand sich ein aus Netzknorpel gebildeter Axenkörper. Diese Knorpel hingen mit „dem Ohrknorpel oder anderen knorpeligen oder knöchernen Theilen nicht zusammen“. Virchow fand in der Wand einer von ihm exstirpirten Kiemengangscyste, entsprechend deren Ansatzstelle auf der Carotis eine harte Platte,

¹⁾ Bei dem von Buttersack erwähnten Fall von Manz handelte es sich nicht um eine „8 Zoll“, sondern blos „etwa 8 Linien“ langen „knorpeligen, vielleicht theilweise knöchernen Gegenstand“, der sich bei einem 11 Jahre alten Knaben zunächst dem vorderen Rand des linken M. sternocleidomastoideus fand und der den Verschiebungen der Haut nicht folgte. S.: C. F. Heusinger, Zu den Halskiemenbogenresten. Dieses Archiv 1865. Bd. 33. S. 177.

²⁾ Missbildung im Bereiche des ersten Kiemensbogens. Ebd. 1861. Bd. 20. S. 378.

³⁾ Ein tiefes auriculares Dermoid des Halses. Ebd. 1866. Bd. 35. S. 208.

die sich als ein fester Knorpel erwies und zwar „als vollständig ausgebildeter Netzkorpel von dem bekannten Bau der Ohrknorpel“.

Ueber die Herkunft dieser, wie es scheint stets aus Netzkorpel bestehenden, Bildungen dürfte wohl kaum ein Meinungsunterschied bestehen. Ihr charakteristischer, den Kiemenspalten entsprechender Sitz, ihre, wenn beiderseitig vorhanden, symmetrische Lage (M. Schultze, Duplay, Buttersack), ihr Vorkommen in der Wandung von Kiemengangsfisteln (Heusinger, Manz) und Kiemengangscyste (Virchow) beweisen zu Genüge, dass sie Abkömmlinge der Kiemenbögen sind.

Eine andere Frage ist, ob diese Knorpelkerne insofern eine praktische Bedeutung haben, als sie entweder stetig fortwachsend, oder durch irgend einen Grund in plötzliche Wucherung versetzt, ein bedeutendes Volumen erreichen, zu Knorpelgeschwülsten heranwachsen können.

Ein stetiges, aber mässiges Wachsthum scheint bei denselben vorzukommen. Dafür spricht der Fall von Santesson, bei dem das betreffende Gebilde doch eine ziemliche Grösse, etwa 1 Zoll Länge, erreicht hatte. Ferner auch unser erster Fall, bei dem sich im Perichondrium, zunächst dem bereits fertigen Knorpel, junge Knorpelherde vorfanden, ein Befund, der für ein stetiges, wenn auch langsames Fortwachsen spricht. Endlich war bei unserm dritten Fall ausdrücklich angegeben worden, dass er zu einer leider nicht bestimmbaren Zeit (Pubertätsperiode?) sich plötzlich vergrössert habe. Höchst wahrscheinlich hat aber auch bei allen anderen ein solches Wachsthum stattgefunden.

Ob solche Knorpelkerne durch Wucherung zu wirklichen Enchondromen heranwachsen können, ist nicht bestimmt festzustellen. Liegegebliebene Knorpelreste der Knochen mögen nach Virchow¹⁾ zuweilen die Matrix für Enchondrome abgeben und möglicherweise hat dies auch seine Gültigkeit für die Knorpelreste der Kiemenbögen. Eine solche Wucherung kann durch einmaliges oder wiederholtes Trauma bedingt werden oder auch in der für angeborne Geschwülste so kritischen Pubertätsperiode stattfinden.

¹⁾ R. Virchow, Die krankhaften Geschwülste. Bd. I. S. 485. 1863.

Von den oben angeführten 12 Fällen hatten 6, also gerade die Hälfte, diese gefährliche Wachstumsperiode, in welcher Enchondrome sich ganz besonders gerne entwickeln, überschritten. Dieselben mögen an der betreffenden Stelle manches Trauma erlitten haben, sei es durch unwillkürliches oder willkürliches Anfassen der betreffenden Gebilde, bei dem ersten Buttersack'schen Falle ist sogar ausdrücklich angegeben, dass dies häufig und in heftiger Weise geschah, aber eine stärkere Wucherung ist danach nicht eingetreten.

In der mir zugänglichen Literatur von Knorpelgeschwülsten am Halse fand ich nur einen, der möglicherweise von einem solchen Kiemenbogenknorpel ausging. Die betreffende Geschwulst wurde von H. J. Schäffer einem jungen Menschen von der Seite des Halses exstirpiert und von C. O. Weber untersucht und beschrieben¹⁾. Dieselbe war hühnereigross, „lag beweglich unter der Haut, war seit mehreren Jahren schmerzlos gewachsen und stand, obwohl sie über dem unteren Ende der Parotis an der Seite des M. sternocleidomastoideus aufsass doch mit dieser Drüse in keinem näheren Zusammenhange“. Die „theils hyaline, mehr oder weniger körnige Grundmasse ging an mehreren Stellen in eine faserige Grundmasse über. Die Fasern derselben waren verworren und kreuzten sich stellenweise. In der Grundsubstanz zerstreut, lagen mehr oder weniger dicht gedrängt, theils einfache, theils auch in endogener Wucherung begriffene Knorpelzellen.“ Dieser Beschreibung und besonders der beigegebenen Abbildung nach scheint die Geschwulst, wenigstens stellenweise aus wirklichem Netzknorpel bestanden zu haben, was die Wahrscheinlichkeit ihrer Abkunft von einem solchen präexistirenden Halsknorpelkern nur erhöht. Ueber die Anamnese dieses Falles ist leider nichts angegeben.

Das Fehlen von Netzknorpel in einem Halsenchondrom könnte nach meinem Dafürhalten keineswegs als Beweis dafür gelten, dass dasselbe nicht von einem solchen angeborenen Knorpelkern abstamme, da ja, wie unser erster Fall zeigt, richtiger Netzknorpel erst im Innern, wo keine Neubildung mehr statt hat, vorkommt. An der Peripherie aber, wo eine solche noch be-

¹⁾ Die Knochengeschwülste etc. Bonn 1866. S. 79. Beobacht. 15. Taf. III. Fig. 5.

steht, finden sich nur hyaline Knorpelinseln. Diese Knorpelkerne verhalten sich also hinsichtlich ihrer Entwicklung ganz wie der ihnen verwandte Ohrknorpel, der auch erst in einer späteren Periode zu Netzknorpel wird. Eine solche Umwandlung ist aber bei dem unter pathologischen Bedingungen wuchernden Knorpel durchaus nicht nöthig, da derselbe einmal durch irgend einen Reiz in stärkere Wucherung versetzt, den mehr embryonalen Charakter wohl beibehalten kann.

Enchondrome der Halsgegend, die in Folge ihres Sitzes oder Baues oder noch besser beider als aus Kiemenbogenresten hervorgegangen erachtet werden müssen, könnten wohl in Analogie der von Volkmann sogenannten branchiogenen Carcinomen¹⁾ als branchiogene Enchondrome bezeichnet werden.

2. Bemerkungen zu E. O. Samter's „Ein Beitrag zur Lehre von den Kiemengangsgeschwülsten“.

(Dieses Archiv Bd. 112 S. 70.)

(Hierzu Taf. I. Fig. 2 u. 3.)

Im Anschluss an vorstehende Mittheilung möchte ich hier auf eine von mir früher (Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. 1885. Bd. XXII. S. 406) veröffentlichte Beschreibung einer ihrem Bau nach höchst eigenthümlichen Geschwulst der linken Parotisgegend zurückkommen, da sie vor nicht langer Zeit in diesem Archiv von Samter anders gedeutet wurde, als ich es gethan hatte.

Bei Beschreibung eines Falles von recidivirender und metastasirender Cystengeschwulst der linken Halsgegend hat der genannte Forscher dieselbe zum Ausgangspunkt für eine Erörterung und Eintheilung der Kiemengangsgeschwülste nehmend auch der von mir seinerzeit veröffentlichten Fälle gedacht. Bei Besprechung meines 3. Falles glaubt derselbe annehmen zu dürfen, „dass es sich hier um ein Lymphangiom gehandelt habe, das von den lymphatischen Elementen restirender Kiemengangsgebilde ausgegangen ist, während die Cyliinderepithelauskleidung mittelst einer Art Einbruch in die Hohlräume gelangte. Diese Vorstel-

¹⁾ Centralblatt für Chirurg. 1882. S. 49. — S. a. C. H. Richard in P. Bruns, Beiträge zur klin. Chirurg. 1887. Bd. III. Heft 2.