Aus dem Königl. Johannes-Hospital in Bonn, chirurg. Abteilung
(Geh. Med.-Rat Prof. Garrè).

Ein Fall von Lymphosarkom der Zunge.

Von Dr. R. Bayer.

In jüngster Zeit erschien unter gleichem Titel aus der Hochenegg-schen Klinik eine Arbeit von Dr. Schleinzner¹⁾. Er teilte einen Fall von histologisch einwandsfrei nachgewiesenem Lymphosarkom der Zunge mit und unternahm gleichzeitig eine kritische Sichtung der einschlägigen Fälle der Literatur. Er kam dabei zu dem Resultat, daß in der schon an und für sich kleinen Kasuistik nur zwei Mitteilungen existierten, die den Nachweis des lymphogenetischen Charakters der Geschwulst erbracht haben; dabei gründet sich die eine auf das autoritative Urteil von Kundrat, die andere bildet die Veröffentlichung von Schleinzner selbst, in der es gelang, die Provenienz des Tumors aus den subepitelialen Lymphknoten des Zungengrundes im mikroskopischen Bilde direkt abzuleiten.

Unter diesen Umständen darf wohl die kurze Veröffentlichung des vorliegenden Falles einiges Interesse beanspruchen.

Der Patient W., 40jährig, suchte am 24. IV. 1911 die Anstalt auf. Er hatte mit 13 Jahren Diphtherie, sonst war er stets gesund und arbeitsfähig. Seit einem halben Jahre klagt er über schlechtes Schluckvermögen; er hat ständig ein Kloßgefühl im Rachen, bei voluminösen Speisen in Höhe des Zungengrundes öfters Schmerzen; gleichwohl aber brachte er bis dato noch alle Speisen herunter. Im Laufe der Zeit stellte sich ein gewisses Spannungsgefühl bei Öffnung des Mundes ein, so daß er die Zahnreihen nicht mehr so weit wie früher voneinander brachte. Seit 1½ Monaten entwickelte sich eine langsam wachsende Geschwulst am linken Kieferwinkel. Beschwerden beim Sprechen, Heiserkeit der Sprache traten nicht auf; es fehlte jeder üble Geschmack im Munde, desgleichen Blutungen, Auswurf usw. Der Appetit blieb gut, keine nennenswerte Abmagerung.

Der im ganzen kräftige Mann bot folgenden Lokalbefund: Unterhalb des linken Kieferwinkels lehnt sich unmittelbar eine walnußgroße Geschwulst mit glatter Oberfläche an, von derber Konsistenz; sie ist nach der Tiefe zu verlötet, während die Haut sich über ihr verschieben läßt; auf Druck indolent. Ihr entspricht innerhalb der

1) Schleinzner. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 109, H. 3 u. 4.

Mundhöhle eine zweite Geschwulstmasse, die die linke Hälfte des Zungenbeingrundes einnimmt und nach links in das Spatium zwischen Arcus glosso-palatinus und glosso-pharyngeus sich fortsetzt. Hier grenzt die linke Tonsilla nach vorn zu an; sie trägt oberflächlich Krypten, ist wie die rechte mittelgroß, aber etwas flacher und breiter als diese, fühlt sich nicht besonders derb an. Die geringe Abflachung hängt mit der erwähnten Geschwulstentwicklung zwischen den linken Gaumenbögen zusammen, die gegenüber rechts ebenfalls flacher gewölbt, aber in ihrer Konsistenz unverändert sind. Der Tumor setzt sich auf dem Zungengrund bis über die Medianlinie hinaus fort; der vordere Rand ist bei herausgestreckter Zunge als ein 5 mm hoher Wall eben zu sehen; der hintere Rand ist vom Mund aus soeben palpatorisch erreichbar. Die Geschwulst ist derb, etwa 3-markstückgroß, rundlich, oberflächlich nur leicht höckrig; in den vorderen Abschnitten ist sie grau-rötlich, in den hinteren grau belegt, leicht ulzeriert; bei Palpation geringe Blutspuren. Im Spiegelbild ist die Epiglottis absolut frei, nicht injiziert; Kehlkopf und Stimmbänder normal. Der hintere Rand des Tumors ist scharf, etwa 1 cm über dem Grund der Valliculae epiglotticae entfernt. Die Zunge ist gut beweglich. Die Sprache hat einen geringen nasalen Beiklang, ist gut artikuliert, nicht heiser. Die Mundöffnung ist behindert. Weitere Drüsenschwellungen nicht feststellbar.

Die Diagnose wurde zwischen Carcinom und Sarkom offen gelassen, neigte aber wegen der rundlichen Gestalt, der nahezu glatten Oberfläche entschieden mehr zu letzterem.

Am 1. V. 1911 wurde in Lokalanästhesie ($\frac{1}{2}$ Proz. Novokain-Adrenalin) die Tracheotomia inferior ausgeführt; ihr folgte am 9. V. in Äthertropfnarkose die Exstirpation der Geschwulst. Zuerst wurde über der Höhe des am linken Kieferwinkel gelegenen Tumors eingegangen. Nach Spaltung des Platysma und Ligatur der oberflächlichen Venen wird die Kapsel der walnußgroßen Drüse freigelegt. Sie reicht nach hinten unten bis an die Art. carot. ext. heran, läßt sich aber von ihr ohne weiteres stumpf abschieben; dagegen bestehen festere Verlötungen mit der Unterseite des Proc. mastoid., so daß hier scharfe Trennung nötig wird. Nach Eukleation der Drüse primäre Hautnaht. Nunmehr Pharyngotomia suprahyoidea: 7 cm langer, quer angelegter Hautschnitt oberhalb des Zungenbeins. Unter dem gespaltenen Platysma trifft man mehrere erbsengroße, nicht eben derbe Drüsen an, die entfernt werden. Spaltung der Muskul. mylohyoideus, stylohyoideus und darunter geniohyoideus. Dabei wird der linke Nerv. hypoglossus durchtrennt. Ligatur der Art. und Vena hyoidea; nach außen liegt die Art. maxillar. ext. im Wundbett. Weiter in der Tiefe trifft man den M. genioglossus, der aber vom Tumor durchwachsen ist; er wird im Gesunden quer reseziert. Nach rechts zu Eröffnung der Pharynx. Die Epiglottis liegt unmittelbar vor, wird mit

Kocherklemme gefaßt und vorgezogen. Unter Einführung des Fingers in den Pharynx gelingt es leicht, den Zungengrund vorzuluxieren und den überwalnußgroßen Tumor, den man jetzt bequem übersehen kann, allseitig im Gesunden zu exstirpieren. Auf diese Weise fällt etwa die Hälfte der Zunge fort. Nach der linken Seite, den Gaumenbögen zu, wird die Pharynxschleimhaut bis zur Tonsille reseziert, diese selbst aber intakt gelassen. Die gesunde Pharynxschleimhaut wird mit einigen Nähten adaptiert; der Zungenrest in sich vernäht und mit einer Naht an den M. mylohyoideus fixiert. Nach gründlicher Blutstillung wird Fascie und Haut primär vernäht.

Der weitere Wundverlauf war glatt. Am 16. V. Decanulement; die Tracheotomiewunde und Drüsenincision schlossen sich glatt. Dagegen blieb infolge Dehiscenz der Pharynxschleimhautnaht eine kleine Fistel im linken Wundpol des im übrigen primär verheilten Pharyngotomieschnittes eine Zeitlang bestehen, aus der sich Mundspeichel entleerte. Die Ernährung geschah anfänglich ausschließlich durch Nährklysmen; schon in den ersten Tagen wurde aber mit Schluckversuchen begonnen. Am 14. VI. konnte der Patient als geheilt entlassen werden. Sämtliche Wunden waren fest vernarbt; die Nahrungsaufnahme ging per os recht gut in breiiger oder weich gekauter Form. Die Sprache war dagegen noch wenig artikuliert, nur eben verständlich. Laryngoskopisch war ein normaler Befund zu erheben; die Zungenwunde war vernarbt; außer der Narbe nirgends eine resistente, tumorverdächtige Stelle zu fühlen.

Das Präparat stellte einen runden, über die Zungenoberfläche flach prominierenden Tumor dar, dessen Durchschnitt ein blaßrötliches, markiges, fast homogenes Aussehen hatte; Blutungen, Nekrosen fehlten makroskopisch. Die Schnittfläche war vollkommen analog derjenigen der Kieferlymphdrüse; dagegen boten die exstirpierten Drüsen von der Kinngegend nichts Besonderes auf dem Durchschnitt und waren auch mikroskopisch normal. Die beiden Tumoren ergaben nun bei mikroskopischer Untersuchung den Bau eines Lymphosarkoms. In der Kieferdrüse war die Lymphdrüsenstruktur in eine gleichmäßige Aussaat von mittelgroßen Lymphocyten aufgegangen, ohne daß aber — soweit festzustellen — die Kapsel durchbrochen war. Der Zungentumor wurde von Plattenepithel überzogen, das stellenweise durch die Geschwulstexpansion recht abgeflacht, stellenweise auch von Lymphocytenherden durchsetzt war. In der eigentlichen Geschwulst konnte man mit Malloryfärbung ein weitverbreitetes Retikulumnetz erkennen, in dessen Maschen gleichmäßig runde, mittelgroße Zellen verteilt waren; stellenweiße Verdickung des Retikulums. Starke Vaskularisierung in Form feiner Gefäßramifikationen; im Innern der Gefäße häufig Konglomerate derselben Tumorzellen. Auch mikroskopisch fehlten Blutextravasate in stärkerer Form, ebenso Nekrosen. Auf Muskelsubstanz traf man

innerhalb der Geschwulst nicht, wenn nicht einzelne hyaline, leicht geschlängelte Bänder als degenerierte Muskelbündel zu deuten waren; dagegen fand man in der Zirkumferenz der Geschwulst gequollene Muskulatur, deren Interstitien von den gleichen Tumorzellen infiltriert waren. Mit Methylgrün-Pyronin ergab sich, daß die Zellen durchweg ein basophiles, rot tingiertes Plasma trugen; eine Identifizierung als Lymphocyten gelang aber einwandsfrei mit Schridde-Altmanfärbung, insofern dabei die perinukleären fuchsinophilen Granula außerordentlich deutlich zu sehen waren.

Damit reiht sich der vorliegende Fall als mikroskopisch nachgewiesenes Lymphosarkom den beiden von Schleinzner zitierten an. Er hat im übrigen mit den zwei anderen klinisch manche Ähnlichkeit, spez. in der Lokalisation, in der Drüsenmetastase; auch hier mußte man den Tumor genetisch auf die Tonsilla lingualis mit ihrem subepithelialen lymphadenoiden Gewebe zurückführen. Zu der Frage der Heilungschancen kann selbstverständlich aus diesem Fall noch nicht Stellung genommen werden.

Herrn Geheimrat Garrè danke ich für die liebenswürdige Überlassung des Materials.

Nachtrag bei der Korrektur. Die weitere Beobachtung des obigen Falles gab uns Recht in der von vornherein nicht zu euphemistischen Beurteilung eines operativen Dauerresultates, das ja Schleinzner für die Lymphosarkome des Zungengrundes als Regel aufstellen möchte. Es will uns scheinen, als ob die Prognose quoad recidivum zum mindesten in dem Moment eine zweifelhafte sein muß, wo sich das Lymphosarkom bereits über die regionären Lymphdrüsen ausgebreitet hat. Ist es doch zur Genüge bekannt, wie gern sich diese Art Tumor in den Lymphdrüsen einer radikalen operativen Entfernung widersetzt.

So zeigte sich auch bei unserem Patienten einen Monat nach der Entlassung eine walnußgroße Geschwulst in der alten Narbe der Kieferdrüse und außerdem eine haselnußgroße derbe Lymphdrüse in der linken Supraclaviculargrube. Dagegen war in der Zungengrundnarbe kein Rezidiv entstanden; sie war wohl derb, aber glatt und reaktionslos; die Tonsillen normal groß. Die Drüsengeschwulst drückte auf den linken N. facialis und hatte geringe Parese zur Folge; gleichzeitig wölbte sie die entsprechende Partie der seitlichen Rachenwand leicht vor. Von einer nochmaligen Operation wurde Abstand genommen; vielmehr der Patient täglich mit einem von Prof. Östreich angegebenen Chondroitinschwefelsäurepräparat „Antituman“ injiziert, um nachfolgend mit Röntgenstrahlen behandelt zu werden.

Die mit Antituman gemachten Erfahrungen werden in einer besonderen Arbeit berücksichtigt werden; hier sei nur so viel erwähnt, daß der Patient anfanglich nach jeder Injektion typische Schmerzen

in der Geschwulst äußerte, daß jedoch die Geschwulst weiteres Wachstum zeigte und sich auch nicht in der Konsistenz änderte. Dagegen trat nach einmaliger Bestrahlung (eine volle Erythemdosis) eine so eklatante Besserung ein, daß man sich des Gedankens nicht erwehren kann, als ob die Antitumaninjektionen ein besonderes Adjuvans der Röntgenstrahlenwirkung waren. Die Geschwulst am Kieferwinkel war abgeflacht, die Facialisparesie zurückgegangen und die Supraclaviculardrüse kaum mehr erbsengroß — und das alles am 3. Tag nach der erfolgten Bestrahlung. Der Patient steht heute noch in Behandlung und soll, da die Drüsengeschwulst wieder gewachsen, noch weiter bestrahlt werden.

Wir können also heute den Fall keineswegs als geheilt betrachten; wenn wir auch Schleinzner recht geben müssen, daß am Ort des Primärtumors ein Rezidiv ausblieb, so ist von einer operativen Dauerheilung des Falles sensu strictiore keine Rede.