Klinischer Beitrag zur Differentialdiagnose der lateralen Halsschwellungen und -tumoren

A.

Weder

Basel

Die Embryologie und Anatomie der Halsorgane bringen es mit sich, daß kaum eine andere Körperregion eine derartige Vielseitigkeit an pathologisch und klinisch interessanten Veränderungen aufweist wie die seitliche Halsgegend. Zur Illustration dieser differentialdiagnostischen Buntheit wird hier eine Reihe verschiedener Fälle von lateralen Halsschwellungen und Tumoren berichtet, welche in den letzten Jahren an der ORL-Abteilung des St.-Clara-Spitals in Basel zur Beobachtung gelangten. Nach einigen differentialdiagnostischen Bemerkungen folgt eine tabellarische Zusammenstellung von 25 Krankengeschichten, jede mit einer andern Diagnose: 1. Fibro-neurinom des Halssympathicus; 2. Struma aberrans nodosa; 3. Malignes Papillom (lat. aberr. maligne Struma); 4. Speichelstein mit chronischer Sialoadenitis; 5. Misch tumor der Parotis; 6. Dünnwandige Parotiscyste; 7. Sezernierende Epitheliome; 8. Lympho-sarkom; 9. Lymphadenose; 10. Myeloblasten-Leukämie; 11. Lymphogranulomatose Hodgkin; 12. Retothelsarkom; 13. Schmincke-scher Tumor mit Lymphknotenmetastasen; 14. Branchiogenes Carcinom; 15. Carotisdrüsentumor; 16. Mikulicz'sche Krankheit; 17. Lymphknotenmetastasen bei Tonsillen-Ca.; 18. «Maladie des griffes de chat»; 19. Lymphomata colli tbc; 20. Lipom; 21. Dermoid-cyste; 22. Sarkom; 23. Laryngocele; 24. Branchiogene Cyste; 25. Parotis-Ca. Zu diesen 25 verschiedenen Krankheitsbildern kommen noch hinzu: das Atherom, Myom, Chondrom, Haemangiom, Lymphangiom und Aneurysma, ferner das Lymphoblastom (Brill-Symer), die Lymphadenitis Piringer, das Adenom der Epithelkörperchen, das Plasmocytom, die Blastomycose und Aktinomykose. Insgesamt sind es also weit über 30 verschiedene Dia-

448 Gesellschaft Schweiz. Hals-, Nasen- und Ohrenärzte
gnosemöglichkeiten, welche im Bereiche der seitlichen Halsregion in Betracht kommen können. Die Therapie besteht fast ausschließlich in der chirurgischen Intervention. Dabei muß bei derartigen Eingriffen immer mit Überraschungen gerechnet werden. Es wird dafür plädiert, daß alle diese Krankheitsfälle in die Hand des Halsspezialisten gelangen sollten, der mit der komplizierten Anatomie der seitlichen Halsregion und gleichzeitig mit dem Halsinnern am besten vertraut ist. Erscheint später in extenso in dieser Zeitschrift.

Die prophylaktische Halslymphknotenausräumung «en bloc».

Dr. K. WISSEL, Ohrenklinik, Basel.

Auf Grund von Beobachtungen an einem Krankengut von 403 Fällen von malignen Tumoren im ORL-Gebiet, deren Halslymphknotenmetastasen teilweise mit Röntgenbestrahlung und (oder) einfacher Lymphknotenexstirpation, teilweise durch eine totale Halsausräumung en bloc, evtl. kombiniert mit vorangehender oder nachfolgender Röntgenbestrahlung, behandelt wurden, werden folgende Schlüsse gezogen:

Bei nachweisbaren Halslymphknotenmetastasen ist die seit-liche Halsausräumung en bloc – gegebenenfalls kombiniert mit Vor- oder Nachbestrahlung ■– die Methode der Wahl.

In Fällen ohne nachweisbare Halslymphknotenmetastasen ist die prophylaktische Halsausräumung angezeigt bei Sitz des Pri-märtumors im Hypopharynx, Mesopharynx, Epipharynx und in-nerhalb der Mundhöhle, da diese Lokalisationsformen durch eine ausgesprochene Metastasierungstendenz gekennzeichnet sind; außerdem beim Vorliegen eines Larynxkarzinoms – mit Aus-nahme des einseitigen, umschriebenen Stimmbandkrebses –, da Spätmetastasen bei dieser Tumorform relativ häufig auftreten.

Die prophylaktische Halsausräumung bedingt gegenüber der Röntgenbestrahlung kein erhöhtes Risiko im Hinblick auf eine beträchtliche körperliche Behinderung infolge operativer Nervenschädigung (Accessoriuslähmung, Plexusschmerzen).

4. Für die Durchführung der prophylaktischen Halsausräumung unter den oben erwähnten Bedingungen spricht die Tat-sache

daß in keinem unserer 30 Fälle ein Rezidiv von Halslymph-