

Archiv

für
pathologische Anatomie und Physiologie
und für
klinische Medicin.

Bd. XLVII. (Vierte Folge Bd. VII.) Hft. 1.

I.

Ueber eine retrotracheale Retentionsgeschwulst.

Von Dr. Wenzel Gruber,
Professor der Anatomie in St. Petersburg.

(Hierzu Taf. I.)

Bei gewissen Untersuchungen, die ich seit langer Zeit über den Oesophagus im Grossen vornehme, fand ich im Februar 1869 bei der Leiche eines Mannes, der an tuberculöser Lungenphthise mit grossen Cavernen in beiden Lungenflügeln verstorben war, eine der membranösen hinteren Wand und der rechten Seitenwand der Trachea gleich unter dem rechten Lappen der in diesem Falle keinen Isthmus besitzenden Glandula thyreoides anhängende Retentions-Geschwulst von beträchtlicher Grösse.

Die Untersuchung dieser Retentions-Geschwulst der Trachea ergab Nachstehendes:

Lage. Die Geschwulst liegt zur Hälfte hinter der rechten Hälfte der hinteren membranösen Wand der Trachea, zur Hälfte darüber rechts hinaus und an der rechten knorpeligen Seitenwand derselben bis 0,9 Cm. an dieser vorwärts, gleich unter dem rechten Lappen der Glandula thyreoides zwischen der Carotis communis dextra und dem nach links verschobenen Oesophagus. Sie reicht von der Höhe des 3. bis 4. Knorpelringes der Trachea und einer Stelle derselben, die rückwärts 1,3 Cm., seitwärts 2 Cm. von der Cartilago cricoidea absteht, bis zur Höhe des

13. Knorpelringes und einer Stelle der Trachea abwärts, welche 3,5 Cm. über dem unteren Ende ihrer membranösen Wand sich befindet.

Verbindung. Die Geschwulst geht von der membranösen hinteren Wand der Trachea aus, ist mit dem rechten Lobus der Glandula thyreoides durch lockeres Bindegewebe und Fett vereinigt, mit der rechten Seitenwand der Trachea und mit dem Oesophagus aber, namentlich mit ersterer durch dichtes langes Bindegewebe fest verwachsen.

Gestalt. Die Geschwulst hat das Aussehen eines länglich-würfelförmigen Körpers, der sich beim Durchfühlen als ein verschieden dickwandiger, gefächerter und mit einer Flüssigkeit an kleinen Partien am oberen und unteren Ende völlig, übrigens mässig angefüllter Sack zu erkennen gibt, welcher, wie seine Vergrößerung beim Lufteinblasen in die Trachea beweist, mit dem Rohre der letzteren communicirt.

Grösse. Die Geschwulst misst in verticaler Richtung 4,3 Cm., in transversaler Richtung 2,7 Cm. und in sagittaler Richtung 1,8 Cm.

Oeffnungen in das Trachealrohr. Nach der Spaltung der Trachea in der Mitte ihrer vorderen Wand sind an der Schleimhaut der hinteren membranösen Wand, die Zeichen chronischer Entzündung aufweist, drei kleine Oeffnungen zu bemerken, durch welche beim Drucke der Geschwulst eine Flüssigkeit, welche sich als Schleim erweist, hervorquillt. Die Oeffnungen liegen am rechten Rande der hinteren membranösen Wand neben den Enden der Knorpelringe in gerader Linie unter einander. Die obere Oeffnung (α) sitzt in einer Vertiefung neben dem Ende des 5. Knorpelringes, die mittlere Oeffnung (β) neben dem Ende des 8. Knorpelringes und die untere Oeffnung (γ) neben dem Ende des häutigen Zwischenraumes des gablig gespaltenen 10. Knorpelringes. Die obere Oeffnung ist rundlich, die beiden anderen haben die Gestalt querrer Spaltchen. Die obere Oeffnung ist die grösste. Alle Oeffnungen sind nur so weit, um dünne Sonden oder dicke Borsten aufnehmen zu können. Bläst man Luft in die obere Oeffnung, so wird nur eine ganz kleine über dem oberen Ende der Geschwulst sitzende, damit durch Bindegewebe locker vereinigte Partie (a) derselben, bläst man Luft durch die untere Oeffnung, so wird wieder nur eine kleine, aber an der medialen Ecke des unteren Endes der Geschwulst gelagerte und damit völlig verschmolzene Partie (c) derselben, und bläst man Luft in die mittlere Oeffnung, so wird die übrige mittlere grösste Partie (b, b') der Geschwulst bis zur Prallheit ihrer Wände angefüllt. Dadurch erweisen sich die Höcker der Geschwulst theils als von einander geschiedene besondere Partien derselben, theils als Ausbuchtungen des Sackes der mittleren Partie. Die durch die obere und untere Oeffnung in die obere und untere kleine Partie der Geschwulst eingeblasene Luft entweicht von selbst wieder; die durch die mittlere Oeffnung in die mittlere grösste Partie derselben eingeblasene Luft kann daraus nur durch Druck entleert werden. Die Wände der ersteren fallen daher sogleich wieder zusammen, die Wände der letzteren aber bleiben prall gespannt.

Bedeutung. Die Geschwulst ist aus drei der vielen an der hinteren Wand der Trachea zwischen dieser und dem Oesophagus



frei liegenden grossen Retrotrachealdrüsen zusammengesetzt, welche zu drei mit einander vereinigten Follicularcysten — Schleimcysten — mit drei besonderen offenen Orificien entartet sind. Die an und über dem oberen Ende der Geschwulst an der membranösen Wand der Trachea zwischen dem Oesophagus und dem rechten Lobus der Glandula thyreoides liegende, von der Geschwulst isolirte und damit nur locker vereinigte kleine Partie ist die cystische obere Retrotrachealdrüse (a) der Geschwulst. Diese hat eine ovale Form, ist in verticaler Richtung 7 Mm., in transversaler Richtung 6 Mm. und in sagittaler Richtung 4 Mm. dick. Ihr Parenchym erweist sich als hypertrophirte Drüsenmasse. Ihre cystenartig ausgedehnte kleine Höhle ist mit dickerem Schleim angefüllt und mündet durch die runde obere Oeffnung der Geschwulst in die Trachea. Die an der medialen Ecke des unteren Endes der Geschwulst sitzende, damit verschmolzene etwas grössere andere Partie gehört der cystischen unteren Retrotrachealdrüse (c) der Geschwulst an. Diese hat eine ovale Form, ist 1,1 Cm. lang, 0,9 Cm. breit und 4,5 Mm. dick. Ihr Parenchym erweist sich ebenfalls als hypertrophirte Drüsenmasse. Ihre cystenartig erweiterte Höhle ist auch mit dickerem Schleim angefüllt und mündet durch die spaltförmige untere Oeffnung der Geschwulst in die Trachea. Die zwischen genannten beiden kleinen Partien gelagerte allergrösste mittlere Partie der Geschwulst gehört zur cystischen dritten und mittleren Retrotrachealdrüse (b, b') der Geschwulst. Diese ist zu einer grossen Follicularcyste entartet, welche Wände aufweist, die an einzelnen Stellen dünn, an anderen und den meisten dick, vielfach und verschieden ausgebuchtet sind, welche in Folge verschieden dicker und breiter, durchbrochener und nicht durchbrochener Septa eine Haupthöhle und damit communicirende Nebenhöhlen besitzt, also gefächert erscheint. Ihre Wände bestehen aus entarteter Drüsensubstanz, die nur am Umfange eines grossen Nebensackes der lateralen Ecke des unteren Endes der Geschwulst eine dem Parenchym einer hypertrophirten Drüse analoge Anordnung (b) aufweist. Ihre gefächerte Höhle hat glatte Wände und enthält eine Quantität dünnflüssigen Schleimes mit einzelnen Epithelialzellen, vielen Kernen und Fetttropfen. Abgesehen von zwei grossen ovalen Oeffnungen ($\delta\delta$) in der Mitte breiter Septa, welche

in grosse Nebensäcke der Cyste führen, ist an der medialen Hälfte der vorderen Wand derselben über der Mitte der Höhe der letzteren in einer Vertiefung eine kleine ovale Oeffnung (β') von der Grösse des Kopfes einer grossen Stecknadel zu sehen, welche in einen kurzen gegen die Trachea verengten Kanal führt, der durch die spaltförmige mittlere Oeffnung der Geschwulst in die Trachea mündet. Keine der drei die Geschwulst zusammensetzenden Cysten communicirt mit der anderen.

Entstehung. Die die Retentionsgeschwulst bildenden drei retrotrachealen Follicularcysten mit offenen Orificien haben sich aus drei Retrotrachealdrüsen entwickelt, welche wohl in Folge der auf sie von der Schleimhaut der Trachea aus verbreiteten chronischen Entzündung hypertrophirt waren. Wahrscheinlich durch die mit Entzündung einhergehende Schwellung und dadurch bedingte Verengung ihrer kleinen Ausführungsgänge wurde der Abfluss des reichlichen Secretes aus ihrer Höhle auch in verschiedenem Grade behindert. Durch diese Behinderung trat Retention des Secretes und zwar in verschiedenem Grade auf, welche allmählich zur Umbildung der drei Retrotrachealdrüsen zu drei in verschiedenem Grade entwickelten Schleimcysten mit offenen Orificien in die Trachea geführt hatte.

Seltenheit des Vorkommens und anscheinende Wichtigkeit der Kenntniss. Die Retentionsgeschwulst unseres Falles, was den hohen Grad der Entwicklung anbelangt, erinnert nur an die grosse Retentionsgeschwulst, welche C. Rokitsky¹⁾ 1832 bei einem 39jährigen Manne beobachtet und abgebildet hat. Ob das Individuum unseres Falles im Leben von der Geschwulst irgend welche Beschwerden gehabt habe oder nicht, ob die Geschwulst im Leben des Individuums eine Untersuchung und Diagnose veranlasst hatte oder nicht, konnte nicht erfahren werden. Gewisse Beschwerden beim Schlingen dürften kaum gefehlt haben. Wäre die Geschwulst im Leben erkannt worden, so hätte sie für Verschiedenes genommen werden können,

¹⁾ Ueber die divertikel-ähnliche Erweiterung des Luftröhrenkanals. Oesterr. medic. Jahrb. Bd. 25 (16 neuester Folge). Wien, 1838. S. 382. Fig. 3. Anm. des Herausgebers: Man vergleiche mein Werk über die Geschwülste. Bd. I. S. 265. V.

z. B. für eine tief sitzende Struma, reine cystische Trachektasie, ganz neu gebildete Cyste u. s. w. Hätte das Individuum länger gelebt, so würden sich wahrscheinlich auch die zwei kleinen Cysten der Geschwulst durch das retinirte Secret allmählich dilatirt und dadurch Zunahme der Geschwulst an Volumen mit der Zeit bedingt haben. Die Geschwulst hätte durch leicht mögliche Atresie der kleinen Oeffnungen ihrer Cysten sogar ganz geschlossen werden können. Sie würde sich in diesem Falle zu einem grossen dünnwandigen vielfächerigen, aus drei Hauptcysten zusammengesetzten Sack haben umbilden können, der den Eindruck einer retrotrachealen selbständigen Cyste machen könnte.

Verhalten der Glandula thyreoidea, Trachea und Bronchi. Die Glandula thyreoidea (B B') besteht aus zwei isolirten nicht grossen Lappen. Die Lappen sind durch einen 1,3 Cm. breiten Raum, in welchem der Anfang der Trachea frei zu Tage liegt, von einander geschieden. Ihr fehlt der Isthmus. Von der oberen Ecke des medialen Endes des rechten Lappens (B) erhebt sich ein schmales, kurzes, bandförmiges accessorisches Lappchen (d), das durch Bindegewebe an dem unteren Rande der Cartilago thyreoidea angeheftet und dem mittleren Lappen vieler Fälle mit Existenz des Isthmus analog ist. Trotz des Mangels des Isthmus communicirten nicht nur die Venen, sondern auch die Arterien der von einander getrennten Lappen der Glandula thyreoidea und zwar erstere durch starke, letztere durch schwache Zweige vor der Trachea miteinander. Die Trachea hat 15—16, der rechte Bronchus 4—5 und der linke Bronchus 8—9 Knorpelringe. Trachea und Bronchi zeigen nirgends eine Erweiterung. Die Schleimhaut derselben trägt aber, wie schon gesagt, die Zeichen chronischer Entzündung an sich.

Erklärung der Abbildungen.

Tafel I.

- Fig. 1. Zunge, Larynx, Trachea, Pharynx und Oesophagus (Ansicht von vorn).
 Fig. 2. Dasselbe Präparat (Ansicht von hinten).
 Fig. 3. Oberer Theil der Trachea und des Oesophagus (Ansicht von rechts und hinten).

Bezeichnung für alle Figuren.

- A Retrotracheale Retentionsgeschwulst.
 B Rechter Lappen } der Glandula thyreoidea mit Mangel des Isthmus.
 B' Linker Lappen }
 a Obere kleinste Partie (obere cystische Retrotrachealdrüse) der Retentionsgeschwulst.
 b Mittlere grösste Partie (mittlere cystische Retrotrachealdrüse) derselben.
 b' Mit hypertrophirter Drüsensubstanz umgebenes unteres Ende dieser Partie.
 c Untere kleine Partie (untere cystische Retrotrachealdrüse) der Retentionsgeschwulst.
 d Accessorisches Lappchen des rechten Lobus der Glandula thyreoidea.
 α Orificium der Cyste der oberen kleinsten Partie (oberen cystischen Retrotrachealdrüse) der Retentionsgeschwulst.
 β Orificium des kurzen Kanales der Cyste der mittleren grössten Partie (mittleren cystischen Retrotrachealdrüse) derselben in die Trachea.
 β' Orificium desselben Kanales in den Cystensack.
 γ Orificium der Cyste der unteren kleinen Partie (unteren cystischen Retrotrachealdrüse) der Retentionsgeschwulst in die Trachea.
 δ δ Orificia des Cystensackes der mittleren Partie der Retentionsgeschwulst in Nebensäcke.