

## 2.

**Myxoma lipomatodes malignum.**

Von Rud. Virchow.

Die Mittheilung des Hrn. Dr. Waldeyer veranlasst mich, auch meinerseits eine Beobachtung von Myxoma lipomatodes mit ausgemachten Metastasen zu veröffentlichen, welche ich vor etwa einem Jahre zu machen Gelegenheit hatte.

In den ersten Tagen des April 1864 erhielt ich aus Bethanien von Hrn. Dr. Schönborn im Auftrage des Hrn. Geh. Sanitätsrathes Dr. Wilms einige Präparate von Geschwülsten innerer Organe zugesendet, welche bei der Section eines Mannes gefunden waren, dem früher wegen einer grösseren Geschwulst das Bein abgenommen worden war. Dem äusseren Ansehen nach hatte man die Geschwülste für Sarkome gehalten. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ausgezeichnete Myxome mit Neigung zur Fettzellenbildung handelte.

Leider war das Bein mit der ursprünglichen Geschwulst nicht mehr zu erlangen. Hr. Dr. Edm. Rose hat mir nachträglich die Krankengeschichte mitgetheilt, die ich hier folgen lasse:

„Joh. K. Friedrich Hüter, geboren den 19. Juli 1818 in Düben, Schneidermeister hier in Berlin, verheirathet, Vater einer Tochter, wurde am 4. März 1863 mit einer colossalen Geschwulst des rechten Kniees in Bethanien aufgenommen, die erst im letzten halben Jahr so gross geworden sei, jedoch schon ungefähr 20 Jahre bestanden habe. Die Geschwulst mass in jedem Durchmesser mindestens 1 Fuss und war mit faustgrossen, jedoch nirgends ulcerirten Knoten besetzt. Diese letzteren hatten ein sehr verschiedenes Aussehen, namentlich war einer davon blauroth,

Am 8. März wurde der sehr fahl und anämisch aussehende Kranke durch die Amputation in der Mitte des Oberschenkels von dieser Last befreit. Die Geschwulst umgab die Gefässe und den Knochen von allen Seiten. Sie drang nicht in den Knochen und hatte die Gelenkkapsel nicht durchbrochen. Wegen ihrer Ausdehnung musste der doppelte Lappenschnitt, ein grosser äusserer, ein kleiner innerer gemacht werden. Trotz zahlreicher und sorgfältiger Unterbindungen trat doch eine Nachblutung ein, welche die Lösung der Nähte veranlasste.

Der Stumpf wurde bis zum Lig. Poupartii ödematös, der Knochenrand nekrotisirte, die Fascien im Stumpf eiternten aus.

Am 17ten bekam der Kranke Schmerzen im linken Knie, wo sich eine Eiterung einstellte, am 19ten im linken Ellenbogen, später im rechten. Der erste Schüttelfrost trat in der Nacht vom 24sten zum 25sten ein, dem mehrere andere bis zum Tode am Abend des 29sten folgten.

Die Section zeigte, dass die Pyämie von der Fasciennekrose ausging; das Knochenmark war nur hyperämisch, die Hüftgelenkkapsel frei. Die Vena femoralis selbst frei. Die Inguinaldrüsen nicht sonderlich vergrössert.

Die Lungen zeigten ausser pyämischen Abscessen etc. jene ganz platten und

in die Lungensubstanz selbst hineingedrückten polypenartigen Wucherungen. Keine Flüssigkeit in den Pleurasäcken.

Eine feste Neubildung fand ich an der hinteren Seite des Brustbeins, eine andere getrennt davon an der unteren Seite des hinteren Endes des Aortenbogens.

Die Kniegelenksaffection links beruhte auf ausgedehnter Eiterung, welche nicht durch eine Neubildung hervorgerufen oder damit verbunden war.

Die Organe in der Brusthöhle und Bauchhöhle sind alle herausgenommen worden, boten jedoch nicht zu einer weiteren Bemerkung-Anlass.

Die mir zugesendeten Präparate waren die Lunge, die Lymphdrüsen an der Aorta und das Sternum mit der Mediastinalgeschwulst, letztere wohl auch von einer Lymphdrüse ausgegangen. Die Lunge war mit zahlreichen, bis kleinhühnereigrossen Geschwülsten besetzt, von denen ein grosser Theil oberflächlich an der Pleura sass, und manche sich wie polypös über die Oberfläche hervorschoben. Letztere waren dann regelmässig abgeplattet. An allen theilnehmenden Stellen stellten die Geschwülste sehr weiche, fast fluctuirende, leicht zerdrückbare Bildungen von hellgelbweissem, an den meisten Theilen undurchsichtigem Aussehen und leicht lapiger Anordnung dar. Gefässe waren im Ganzen wenige sichtbar, nur an den pleuralen, fungös hervorwuchernden Knoten zeigte sich eine grössere Zahl von der Basis her in sie eintretender Gefässe. An sehr wenigen Stellen, meist mehr am Umfange grösserer Knoten und zwar sowohl an der Lunge, als an den Lymphdrüsen sah man gallertige (colloide) Stellen von ganz durchscheinendem, lichtgelblichem Aussehen, welche von gelben, undurchsichtigen Netzen und Zügen durchsetzt waren und dadurch theilweise ein areoläres, ja fast cystoides Aussehen bekamen. Mikroskopisch zeigten sich hier sehr grossmaschige Fasernetze mit Fettzellen, letztere von sehr verschiedener Grösse und Entwicklung, während die Maschenräume ein schleimiges Gallertgewebe mit spärlichen Spindel- und Rundzellen enthielten. Die chemische Untersuchung ergab sehr reichen Schleimgehalt. Die undurchsichtigen Stellen enthielten fast nur grosse Fettzellen mit deutlichen Membranen und Kernen, neben denen kleinere Zellen mit vielen Fettkörnchen hie und da zu sehen waren. Schleimige Intercellularsubstanz war an diesen Stellen nur spärlich vorhanden.

Diese beiden Fälle, der des Hrn. Waldeyer und der meinige, schliessen sich an den früher (dieses Archiv Bd. XI. S. 282. Krankhafte Geschwülste Bd. I. S. 433) von mir mitgetheilten, unter der Form von Neurom aufgetretenen Fall von malignem, multiplem Myxoma lipomatodes an. Es ergibt sich daraus, dass selbst diese, dem Lipom so nahestehenden und scheinbar gutartigen Formen eine ausgemachte Generalisation erfahren und unter dem Bilde dyskrasischer Geschwülste auftreten können. Wahrscheinlich ist unter dem Sammelnamen der Sarkome früher manches Aehnliche beschrieben worden, und es lässt sich nicht leugnen, dass der gallertige Antheil den Myxosarkomen nahe genug steht. Aber gerade mein Fall zeigt deutlich, dass auch da, wo dieser gallertige Antheil kaum in Spuren vorhanden ist und der fettgewebige überwiegt, die Vervielfältigung in wahrhaft metastatischer Gestalt eintreten kann.