

XXVI.

Einfacher Gallertkropf mit Metastasen.

Von Jul. Cohnheim in Breslau.

(Hierzu Taf. XII. Fig. X.)

Der nachfolgende Fall erscheint mir der Mittheilung werth, weil sich nicht unwichtige Consequenzen für die Geschwulstlehre daraus ergeben.

Es handelte sich um eine sehr schwächliche Frau von 35 Jahren, welche mehrere Wochen lang bis zu ihrem am 9. December 1875 erfolgten Tode auf der hiesigen chirurgischen Klinik behandelt worden war. Der Fall war zufolge der gütigen Mittheilungen, die Herr Prof. Fischer mir darüber gemacht hat, bei Lebzeiten nicht recht klar. Seit Ostern etwa klagte die Frau über dumpfe Schmerzen in der linken Gesäßsgegend, doch war bei der Aufnahme der Kranken, Ende October, weder bei der äusseren noch bei der inneren Untersuchung etwas Krankhaftes, besonders nicht eine Geschwulst, am Becken zu entdecken. Dagegen war das linke Kniegelenk geschwollen und auf Druck schmerhaft, und das hectische Fieber von mässiger Intensität (bis 39,5° C.) wurde um so mehr hierauf bezogen, als nach Entleerung des Kniegelenks mittelst Aspiration die Temperatur abfiel und eine Zeit lang sich niedrig hielt. Mitte November aber kehrte das Fieber wieder, jetzt liess sich auch in der Gegend der linken Ileosacraljunctur tiefe Fluctuation constatiren, und eine Incision eröffnete eine auf der Beckenschaufel gelegene kleinapf-grosse Abscessöhle, deren Grund mit bröcklichen, rothen, eigenthümlich gallertig durchscheinenden, dem Knochen unmittelbar aufsitzenden Granulationsmassen ausgekleidet war; dieselben wurden ausgekratzt. Jedoch verschlimmerte sich der Zustand der Kranken fortdauernd. Es traten dysenterische Stühle auf, aus der Incisionswunde entleerte sich dünner schlechter Eiter, decubitale Verschwärungen am Kreuzbein und den Trochanteren und anderen Stellen kamen hinzu, bis endlich die hochgradig abgemagerte, in der letzten Zeit völlig theilnahmlose Frau unter den Zeichen äusserster Erschöpfung zu Grunde ging.

Aus dem Leichenbefunde hebe ich zunächst die extreme Abmagerung des ganzen Körpers, braune Atrophie des Herzens und ausgedehnte Diphtherie des Dickdarms hervor. Der Abscess auf der Außenfläche des linken Darmbeins führte bis auf die Symph. sacroiliaca, welche völlig vereitert war, mit totalem Verlust des Knorpelüberzugs und oberflächlicher Caries der Articulationsflächen; auch an dem Os ilei konnte an der Stelle des Abscesses gegenwärtig nur eine nicht sehr tief greifende Caries constatirt werden. Alles dies war nicht gerade merkwürdig und um so weniger geeignet Interesse zu erregen, als auch durch die Autopsie der

eigentliche Ausgangspunkt dieser Vereiterung nicht nachgewiesen wurde; ich bemerke noch, dass die Person nie geboren hatte und dass der Genitalapparat nichts Abnormes darbot. Indess gab es noch eine Reihe anderer Befunde, welche schon bei der Section die Aufmerksamkeit in hohem Grade fesselten.

Zuerst an den Lungen. Dieselben waren beide ganz lufthaltig, blass; schon aussen sah und in noch viel grösserer Menge fühlte man kleine Knoten an der Oberfläche und im Innern beider Lungen. In der That waren sie, wie auf der Schnittfläche sich ergab, von einer sehr grossen Zahl stecknadelknopf- bis erbsengrossen weichen Knoten durchsetzt, die sämmtlich scharf von dem umliegenden Gewebe abgesetzt waren. Ihre Farbe war grauweisslich, milchglasähnlich bis gräroröthlich, alle dabei ausgesprochen durchscheinend, so dass sie sofort beim ersten Anblick an eine Struma gelatinosa erinnerten. Bronchen, sowie die grösseren Blutgefäße der Lungen sämmtlich frei. Die Bronchialdrüsen linkerseits sämmtlich vergrössert, am stärksten die oberste, welche die Grösse einer Wallnuss erreichte. Der Durchschnitt derselben hat eine exquisit gallertige Consistenz und honigartiges Aussehen, das nur durch einige schwarze Pigmentstreifen unterbrochen wird; bei ihr war die Aehnlichkeit mit einer Gallertstruma so auffällig, dass ich wirklich im ersten Augenblick glaubte, ich hätte einen Lappen eines substernalen Kropfes vor mir. Aber auch die anderen kleineren Bronchialdrüsen hatten theils ganz und gar dieselbe gallertige Beschaffenheit, theils gab es wenigstens gelbe oder gelbröthliche Gallertinseln mitten in ihrem sonst rauchgrauen Gewebe. Solche fanden sich besonders in den Drüsen der rechten Lunge, die nur wenig vergrössert waren.

Kehlkopf, Gaumen, Pharynx und Oesophagus sind blass, anämisch. Beide Lappen der Schilddrüse sind vergrössert, der linke mehr als der rechte. Während rechts das Gewebe lediglich die gewöhnliche folliculäre, körnige Structur zeigt, sind links zwei grössere Knoten, von denen der kleinere bis hinter das Manubrium sterni hinunterreicht. Die Schnittfläche beider bietet ganz das gewöhnliche Verhalten des Gallertkopfes, und stimmt besonders in dem oberen, taubeneigrossen bis zur Verwechselung mit dem Aussehen der linksseitigen Bronchialdrüsen. Ein dritter Galleriknoten von Erbsengröße sitzt von der Hauptmasse der Schilddrüse getrennt oben links auf dem Schildknorpel etwas verschieblich auf. Im Uebrigen bietet die Schilddrüse absolut nichts Auffälliges, die äusseren Configurationn zeigen die durch die mässige Vergrösserung und die Kropfsknoten bedingte Abweichung von der Norm, nirgends existirt eine Verwachsung, geschweige denn ein Hineinwachsen in Nachbarorgane, die zu- und abführenden Gefässe sind nicht sonderlich weit. Bei der feineren Präparation ergiebt sich noch, dass der kleinere untere Gallertknoten mit einer kleinen, glatten, knopfförmigen Wulst in das Lumen einer grösseren, in die V. thyroid. inf. einmündenden Vene hineinragt..

Schliesslich wurde noch das Skelett durchmustert. Es fanden sich der 2., 3. und 4. Lendenwirbelkörper durchsetzt von röthlichen, ganz himbeergeteeartigen Massen, die im 2. und 3. mehr in Gestalt distinkter Knoten auftreten, im 4. die Spongiosa zum grossen Theil ersetzen. Weiterhin stiess ich in der Markhöhle des rechten Os femor. noch auf einen etwa haselnussgrossen weichen, scharf gegen die Umgebung abgesetzten Knoten von gelbrothem, ganz honigartigem

Habitus, durch den die Rinde von innen her ein Wenig usurirt war, der Art, dass der Markkanal an dieser Stelle eine flache Ausbuchtung von beinahe 3 Cm. Länge darbot. In keinem der anderen Knochen, auch nicht im Schädel wurde noch Geschwulstmasse angetroffen; dass auch im Becken davon nichts gefunden wurde, habe ich schon oben erwähnt.

Lassen wir jetzt die Gelenkvereiterungen, wegen deren die Kranke auf der chirurgischen Abtheilung Hülfe gesucht, ganz aus dem Spiel, so hat die Autopsie das Vorhandensein multipler Geschwülste in verschiedenen Organen des Körpers aufgedeckt. Ich selbst hielt, als ich die Lungenknoten und die gallertigen Infiltrationen der Lymphdrüsen gesehen, es zunächst für das Wahrscheinlichste, dass es sich um Metastasen eines Gallertcarcinoms handele, und gerade mit Rücksicht auf diese Vermuthung unternahm ich, nachdem die Abwesenheit jedes primären Krebsgeschwürs oder Tumors in der Haut, den Brüsten und dem übrigen Genitalapparat, der Verdauungsorgane und sämmtlicher Drüsen, endlich auch im Centralnervensystem und seiner Hüllen, sicher gestellt war, die detaillierte Durchmusterung des Skeletts. Nun gelang es wirklich, wie oben berichtet, Knoten von ganz ähnlichem Habitus, wie die Lungen-tumoren, an verschiedenen Stellen der Wirbelsäule und am Os femoris aufzufinden: indess keiner derselben machte, wie Jeder mir zugeben wird, den Eindruck eines primären Heerdes, vielmehr musste für alle erst recht der Charakter der Metastasen in Anspruch genommen werden. Die evidente Aehnlichkeit der diversen Knoten mit gelatinöser Struma war zwar, wie ich mehrfach hervorgehoben, mir selbst und anderen, bei der Section anwesenden Collegen von vorn herein lebhaft aufgefallen, indess glaubte ich bei der verhältnissmässigen Kleinheit und scheinbaren Unschuld des vorgefundenen Kropfes — eines Kropfes, wie er in dieser Grösse und Form ganz ausserordentlich häufig in Schlesien vorkommt — ein besonderes Gewicht auf diese Aehnlichkeit nicht legen zu sollen.

Als ich nun aber zur mikroskopischen Untersuchung der Geschwülste schritt, war ich doch nicht wenig erstaunt, als gleich der erste mikroskopische Schnitt aus einer der Lungenmetastasen das vollständige und typische Bild des Schilddrüsengewebes darbot. (Vgl. auf Taf. XII. Fig. X die Abbildung eines Schnittes aus einer der gallertig infiltrirten Bronchialdrüsen.) Dicht aneinander gedrängt und nur durch schmale, nur an wenigen Stellen breitere, gefäss-

haltige Bindegewebszüge von einander getrennt lagen die schönsten geschlossenen Follikel, die meisten annähernd kreisrund, einige elliptisch und selbst etwas in die Länge verzogen, in der Grösse schwankend zwischen 0,025—0,5 Mm. Durchmesser. Alle sind umschlossen von einem einschichtigen, flachen Cylinderepithel, bestehend aus niedrigen Zellen mit je einem runden granulirten Kern, und enthalten zum bei Weitem grössten Theil eine den Innenraum ganz ausfüllende gelblich gefärbte, hyaline Gallertmasse. Nur einzelne der kleinsten Follikel schienen auch im Innern ganz mit Epithelzellen erfüllt zu sein, obschon es hierbei nicht ganz leicht war, eine Verwechslung mit solchen Follikeln zu vermeiden, die durch den Schnitt nur gerade an ihrer Oberfläche getroffen waren. Bei anderen, gleichfalls vereinzelten stiess man auch auf kleine Epithelzellenhaufen mitten in dem Colloid. Häufiger dagegen fanden sich mitten in der Gallertmasse Haufen von rothen Blutkörperchen und ferner orange bis bräunliche Pigmentschollen, welche zweifellos kleinen Blutungen in die Follikel ihren Ursprung verdankten. Und zwar ergaben sich alle diese Verhältnisse in durchaus gleichmässiger Weise in allen Tumoren, denen der Lunge, als auch denen in den Lymphdrüsen und den Knochen; dass vollends die Kropfsknoten der Schilddrüse selber genau ebenso beschaffen waren, bedarf nicht erst der Erwähnung. Für die geringfügigen Differenzen in der Breite der Interstitien, die Schwankungen in dem Durchmesser der Gallertfollikel etc. fand sich aber auch nicht einmal irgend ein gesetzmässiges Verhältniss in den verschiedenen Organen; die Tumoren glichen einander so, dass es factisch unmöglich war, mikroskopische Schnitte aus einem der Lungenknoten oder der Schilddrüse selbst oder der Knochen von einander zu unterscheiden. — Aber auch die bröckligen, rothen, eigenthümlich durchscheinenden Granulationsmassen, welche, wie Eingangs erwähnt, aus dem Grunde der eröffneten Beckenabscesshöhle ausgekratzt worden, hatten, was sich bei der so charakterischen Beschaffenheit der Neubildung unschwer feststellen liess, durchaus den gleichen Bau. Herr Dr. Viertel, Assistent der chirurgischen Klinik, hatte die Güte, mir von jenen ausgekratzten Massen, die er in absolutem Alkohol erhärtet hatte, mikroskopische Präparate vorzulegen, und ich constatirte daran sogleich die Schilddrüsenstructur, die auch Hrn. Viertel selber nicht wenig frappirt hatte.

Ziehen wir jetzt die Summe dessen, was die grobe und feine anatomische Untersuchung ergeben hatte, so haben wir die Anwesenheit einer Anzahl untereinander völlig übereinstimmender Geschwülste in verschiedenen Organen, den Lungenlymphdrüsen, etlichen Knochen und der Schilddrüse festgestellt. Wie ist nun das Ganze zu deuten? wo der Ausgangspunkt der Erkrankung, die Primärgeschwulst zu suchen? Grösse oder Beschaffenheit der Tumoren gaben, wie mehrfach hervorgehoben, keinerlei Anhaltspunkt in unserem Falle; es sind eben alle völlig gleichartig. Soll man sich, da Lungen und Lymphdrüsen von vorn herein, nach dem ganzen Habitus der Knoten, ausser Frage kommen, soll man sich wirklich entschliesse, ein primäres Gallertercarcinom der Knochen, also etwa des linken Os ilei¹⁾), anzunehmen, welches die Metastasen an all den anderen Orten nach sich gezogen hat? Aber schwerlich wird sich Jemand entschliessen, eine Geschwulst von dem Bau der vorliegenden und auf Taf. XII. Fig. X völlig naturgetreu wiedergegebenen, bestehend aus geschlossenen, von einem einschichtigen, niedrigen Epithel ausgekleideten, innen mit Gallert gefüllten Follikeln, eine solche Geschwulst, sage ich, für ein Carcinom zu halten. Es giebt eben nur eine Geschwulst, die solchen Bau hat, das ist das Adenoma gelatinosum der Schilddrüse oder, wie wir es gewöhnlich bezeichnen, der Gallertkropf. Wollen wir also nicht das gänzlich Wunderbare annehmen, dass hier auf Grund primärer Verirrungen in der ursprünglichen Anlage des Individuum Strumakeime an den heterogensten Stellen des Körpers zur Entwicklung gekommen seien, so bleibt meines Erachtens Nichts übrig, als die Consequenz zu ziehen, dass das einfache gelatinöse Adenom, welches sich bei dieser Frau in der Schilddrüse gebildet hatte, Metastasen in anderen Organen, und zwar den Lungen, Lymphdrüsen und Knochen, gemacht hat.

Ist dem aber so, so ist durch den vorliegenden Fall der Nachweis geführt, dass eine Geschwulstform, von der bisher Niemand gemeint hat, dass sie andere als local bedingte Nachtheile herbeiführen könne, die deshalb ihrem Geschwulstcharakter nach für eine

¹⁾ Ob die Eiterung auf der Aussenfläche der Darmbeinschaufel mit dieser Geschwulst im Zusammenhang und in welcher Beziehung sie zu der Vereiterung der Symph. sacroiliaca gestanden, darüber vermag ich Nichts auszusagen.

exquisit gutartige gehalten worden ist, auch einmal eine Malignität erlangen kann, welche sie den typischesten Sarcomen und Krebsen ebenbürtig an die Seite setzt. Denn man beachte wohl: es liegt hier kein primäres Carcinom der Schilddrüse vor, wie sie öfters gesehen und noch neuerdings in besonders eingehender und sorgfältiger Weise von W. Müller besprochen worden sind¹⁾; und eben-sowenig eine Umwandlung von einfachem Adenom der Schilddrüse in Krebs, für welche von Virchow in seinem Geschwulstwerk, von Lücke in seiner Monographie der Schilddrüsenkrankheiten, von W. Müller²⁾ u. A. beweisende Beispiele beigebracht worden sind; sondern es ist eine ganz einfache, anscheinend absolut unverdächtige Struma gelatinosa und obendrein von ganz geringfügiger Grösse, welche hier metastasirt hat. Damit reiht sich nunmehr auch das Schilddrüsenadenom unter die merkwürdigen und für die ganze Geschwulstlehre so interessanten Geschwulstformen, welche, für gewöhnlich durchaus gutartig, doch gelegentlich einmal einen entschieden bösartigen Verlauf nehmen können. Für die Enchondrome, auch die Myxome, ist das längst bekannt; auch für das Lipom liegt eine derartige Beobachtung aus der Baum'schen Klinik vor, deren von Gernet gegebene Beschreibung allerdings zu wünschen übrig lässt³⁾; jetzt kommt, wie gesagt, hierzu auch der einfache Gallertkropf. Wie aber das möglich ist, dass eine Geschwulst, ohne in ihrem morphologischen Charakter sich irgend wie zu ändern, plötzlich einen ganz anderen Verlauf nimmt, als ihr gewöhnlich eigen ist, das ist selbstverständlich daraus, dass es sich um eine Geschwulst, d. i. etwas als sich vom physiologischen Typus des Organismus Abweichendes handelt, nicht zu begreifen. Auch möchte ich auf das in unserem Falle nachgewiesene Hineinwachsen eines Kropfknottens in eine Vene nicht zu grosses Gewicht legen, da das ein Ereigniss ist, das bei Geschwülsten aller Art gar nicht so selten vorkommt, und jedenfalls, selbst bei supponirter Abreissung

¹⁾ Jenaische Zeitschr. f. Medicin u. Naturwiss. Bd. VI. S. 456 ff.

²⁾ Ebendas.

³⁾ Dieses Archiv Bd. XLI. S. 534. Dagegen möchte ich bezweifeln, ob der von Carafí beschriebene Fall von Metastasirung von Balggeschwüsten (ref. im Med. Centralbl. 1876. No. 3) wirklich hierher zu rechnen ist, und ob hier nicht vielmehr zunächst eine cancroide Entartung des ursprünglichen Atheroms der Metastasirung vorangegangen ist.

von Geschwulstpartikeln durch den Blutstrom, nicht ausreicht, die Entwicklung grosser metastatischer Knoten an entlegenen Orten zu erklären. Nur soviel scheint mir aus dem Umstand, dass Geschwülste von identischem Gewebscharakter bei den meisten Menschen nicht, gelegentlich aber doch bei einem Individuum metastasiren, mit Evidenz hervorzugehen, dass die Bedingungen hierzu nicht in dem Wesen der Geschwulst an sich liegen, sondern für einmal in äusseren Verhältnissen, zu denen ich das Eindringen in Lymph- und Blutwege rechne, vor Allem aber in den Einrichtungen, der Constitution des befallenen Individuums begründet sind.

Sollte aber Jemand für die Struma sich damit trösten, dass die Malignität derselben jedenfalls ein Ereigniss von unerhörter Seltenheit sei, so dürfte vielleicht auch dieser Trost hinfällig sein. Wenigstens finde ich — auch abgesehen von einer verwandten Beobachtung Eberth's bei einem Hunde¹⁾ — in der Literatur der jüngsten Zeit noch einen Fall, der, wie ich glaube, ein Seitenstück des obigen ist. Es ist das der von M. Runge²⁾ beschriebene Fall von Tumor des Atlas und Epistropheus, dessen mikroskopische Untersuchung von Recklinghausen herrührt. Letzterer erklärte die Geschwulst auf Grund ihres alveolären Baues für eine krebsige, und da nirgend im Körper ein anderes Carcinom gefunden, für einen primären Knochenkrebs; doch hebt er ausdrücklich die Aehnlichkeit etlicher Stellen mit Schilddrüsengewebe hervor, und die Beschreibung von Höhlungen von rundlich regelmässiger Gestalt, die „mit je einem Ballen hyaliner Substanz (Colloid) gefüllt“ sind, macht diese Aehnlichkeit noch anschaulicher. Die zu dem Aufsatze gegebene Abbildung (Taf. XVI) konnte mich in meiner Vermuthung nur bestärken, da sie wirklich mit meinen Wirbelmetastasen grosse Uebereinstimmung verräth, abgesehen freilich von der centralen Verflüssigung, die aber für eine Strumametastase ganz und gar nichts Auffälliges hat. Rechne ich nun dazu, dass dieser Atlas-Tumor bestimmt seit $3\frac{1}{4}$ Jahren bestanden, und besonders, dass in der stark vergrösserten Schilddrüse mehrere Adenome bei der Section nachgewiesen worden sind, so scheint es mir nicht zu gewagt, den Fall gleichfalls als Gallertkropf mit Metastase in Wirbelkörpern zu deuten.

¹⁾ Dieses Archiv Bd. LXVI. S. 366.

²⁾ Dieses Archiv Bd. LV. S. 254.

Dass durch diese Auffassung der Runge-Recklinghausen-sche Fall seine Beweiskraft für die Existenz eines primären Knochen-carcinoms verliert, braucht nicht erst angedeutet zu werden¹⁾.

Erklärung der Abbildung.

Taf. XII. Fig. X.

Schnitt aus einer rechtsseitigen, gallertig infiltrirten Bronchialdrüse. Hartnack Oc. 3, Obj. 5. a Anscheinend ganz mit Zellen erfüllte Follikel, alle übrigen Gallert-follikel.

XXVII.

Pigmentirtes Rhabdomyom (Rhabdomyoma melanodes).

Von N. Kolessnikow.

(Hierzu Taf. XIII.)

(Aus dem pathol.-anatom. Institut des Herrn Prof. Rudnew in St. Petersburg.)

In der Lehre vom Rhabdomyom finden sich viele dunkle Stellen nicht nur in Bezug auf den ursprünglichen Gang seiner Entwicklung, sondern auch in Bezug darauf, ob man diese Geschwulst immer als gutartige Neubildung ansehen kann, oder ob man sie zu den bösartigen zählen soll, da in etlichen Fällen sehr zellenreiche Rhabdomyome als sehr rasch wachsende Geschwülste beobachtet sind, fähig nach der Exstirpation zu recidiren und Metastasen zu bilden. In solchen Fällen mindestens muss man ihnen die Bösartigkeit zusprechen.

In der vorhandenen Literatur sind diese Fragen noch nicht gelöst. Dieses kann der geringen Zahl und der Unvollständigkeit der Beobachtungen zugeschrieben, zum Theil auch vielleicht dadurch erklärt werden, dass diese Geschwülste recht selten vorkommen, aller Wahrscheinlichkeit nach oft übersehen oder mit anderen Ge-

¹⁾ In diesem Sinne ist die hier ausführlich mitgetheilte Beobachtung schon in der Dissertation von L. Szumann: Die bösartigen ossificirenden Geschwülste periostealen und parostealen Ursprungs, Breslau 1876, S. 37 f. verwortheht worden.