

II. Ein Spindelzellensarkom des Mesenteriums.

In der patholog.-anat. Sammlung zu Genf fand sich eine Geschwulst vor, die wegen ihrer Grösse, ihres Ausgangspunktes von dem Mesenterium und wegen des Mangels fast aller Metastasen auffallend war. Da nun gerade in den letzten Jahren die Diagnostik und Operation der Bauchtumoren so rege Theilnahme gefunden hat, ein ähnlicher Fall aber wie der vorliegende sich in der Literatur (soweit dieselbe mir zur Verfügung stand) nicht beschrieben findet, und zum Theil deshalb zum Theil aus anatomischen Gründen in unserem Falle die Diagnose nicht möglich gewesen war, so möge derselbe hier kurz beschrieben werden.

Von der Krankengeschichte, die Herr Prof. Julliard mir gütigst zur Publikation überliess, ist Folgendes das Wichtigste:

J. B., Ackersmann, unverheirathet, 48 Jahre alt, giebt an, stets gesund gewesen zu sein, ebenso seine Angehörigen. Er bemerkte im August 1881, dass sein Bauch allmählich anschwell, während er seinen Appetit verlor und zugleich abmagerte. Die Beschwerden nahmen zu und Patient suchte daher Hülfe in der Poliklinik. Hier wurde eine Probepunction gemacht und dabei einige Tropfen einer blutig-serösen Flüssigkeit entleert. Am 26. November wird Patient in die chirurgische Klinik der hiesigen Universität aufgenommen. Er klagt vor Allem über das Spannungsgefühl nach den Mahlzeiten und isst und trinkt daher stets wenig. Patient ist muskulös, mager, das Gesicht etwas cyanotisch. Die Respiration ist frequent und etwas kurz, der Bauch aufgetrieben, Präputium und Beine stark ödematös. Bei der Percussion und Auscultation finden sich Herz und Lunge normal. Das Abdomen ist besonders auf den Seiten stark ausgedehnt, gespannt und im Allgemeinen hart, am festesten in dem unteren Theile. Fluctuation ist nicht vorhanden. Eine Handbreit rechts vom Nabel findet sich eine pflaumenkern-grosse, platte, weiche, unter der Haut bewegliche Geschwulst, links 2 weitere ungefähr gleiche. Etwas oberhalb des Nabels fühlt man einen harten, quer-verlaufenden Wulst. Die Härte wird geringer nach den Seiten und nach abwärts, setzt sich aber bis zum Schambein fort. Der Percussionsschall ist bei der Rückenlage auf den Seiten vom Becken bis zum Rippenrand gedämpft, und zwar absolut bis etwa 5—6 cm oberhalb beider Spinae anter. super. In der Mitte reicht die absolute Dämpfung etwa ebenso hoch hinauf. Die Auscultation des Abdomens ergiebt nichts Abnormes. Zwei Explorativ-punctionen geben nur einige Blutstropfen. Der Urin ist trübe, röthlich, sehr spärlich (580 ccm). Der Bauchumfang ändert sich in nächster Zeit nicht (1,03 m). Dyspnoe stellt sich ein. Fieber ist nie vorhanden. Die Geschwulst wird langsam grösser und ebenso die Beschwerden. Der Kranke steht zuletzt nur noch des Morgens und des Abends auf, um zu Stuhle zu gehen. Den

5. Januar 1882 Abends schwankt Patient plötzlich, nachdem er sich erhoben hat, und klagt, er erstickte. Reichliche kalte Scheweisse, cyanotische Gesichtsfarbe, Dyspnoe, fadenförmiger Puls, Tod um 9½ Uhr Abends.

Section den 7. Januar 8¼ Uhr Morgens von Prof. Zahn gemacht:

Kleiner Mann mit starkem Oedem der unteren Extremitäten, des Penis und Scrotums. Starke Auftreibung und Spannung der Bauchdecken. Auf der rechten Brusthälfte unten 3 rothe Flecken von trockenen Schröpfköpfen herrührend. Starke Cyanose des Gesichts, leicht gelbliche Färbung der Conjunctiven. Haut im Allgemeinen blass. Todtenstarre ziemlich stark. Starkes Oedem des subcutanen Bindegewebes des Thorax, aber nicht desjenigen der Bauchwand.

Nach sorgfältiger Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich eine schwach gelbliche, klare Flüssigkeit. Die Därme sind nach oben bis zum Rippenrand hinaufgedrängt. In der Bauchhöhle selbst findet sich eine grosse, der vorderen Bauchwand mehrfach adhärende Geschwulst, die mit einer einer Serosa ähnlichen Membran bedeckt ist. Das Zwerchfell reicht rechterseits bis zum unteren Rand der 3. Rippe, linkerseits bis zum oberen Rand der 5. Im oberen Theil der Bauchhöhle findet sich eine grosse Menge klarer, gelblicher Flüssigkeit, in welcher kleine Flöckchen schwimmen. Die Menge beträgt mindestens 1 l.

Nach Eröffnung des Thorax zeigt sich in den Pleurahöhlen, so weit sie vorhanden sind, nichts Besonderes. Die Lungen gut zurückgezogen. Die rechte nach aussen und oben stark verwachsen. Im Herzbeutel findet sich wenig gelbliche Flüssigkeit. In den beiden Vorhöfen wenig schwarzes flüssiges Blut. Linke Kammer fest zusammengezogen. Die Aortenklappen schliessen gut. Das Foramen ovale ziemlich weit offen, sonst nirgends irgend welche Veränderungen an Klappen, Endocard oder Herzfleisch. Aus den grossen Gefässen entleert sich nach Herausnahme des Herzens eine grosse Menge flüssigen, schwarzen Blutes. Die linke Lunge ist schwer, dunkel, zeigt keine Veränderungen an der Oberfläche. Aus dem linken Bronchus entleert sich eine grosse Menge schaumiger Flüssigkeit. Im unteren Lappen starke Blutfülle und Oedem. Die Bronchialschleimhaut leicht hyperämisch. In der rechten Lunge das Oedem noch stärker als linkerseits. An der Basis an mehreren Stellen Atelectase.

Die Geschwulst in der Bauchhöhle ist zweilappig. Der linke Lappen ist kleiner als der rechte. Die Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand sind stellenweise ziemlich fest. Beim Versuch, sie zu lösen, treten Zerreiassungen der Geschwulst ein. Das grosse Netz ist ebenfalls mit der Geschwulst verwachsen. Die Milz ist vergrössert, nach innen etwas verwachsen, die Kapsel verdickt, Follikel sehr gross, Pulpa von guter Consistenz. Die Eingeweide enthalten gasförmigen und flüssigen Inhalt. In den Chylusgefässen ist eine ziemlich grosse Menge Chylus enthalten. Der Darm kann nur stückweise losgelöst werden, ein Theil des Dünndarms und Coecums sind mit der Geschwulst verwachsen. Beim Versuch, die Verwachsungen abzulösen, bilden sich Zerreiassungen. Die rechte Nebenniere ist normal, ebenso

der rechte Ureter. Aus der Vena spermatica int. entleert sich viel flüssiges Blut. Die rechte Niere hat normale Grösse; Kapsel löst sich leicht. An der Oberfläche und Schnittfläche nichts Besonderes. Die linke Niere und Nebenniere verhält sich wie die rechte. Nichts Besonderes in der Leber. Es besteht blos eine leichte Verdickung der Kapsel. Die Darmschleimhaut ist durchweg normal. In der Blase wenig Urin, sonst nichts Besonderes. Die linke Niere wird in Verbindung mit der Geschwulst gelassen. Der Pylorus ist durchgängig. Im Magen eine grosse Menge von Speiseresten. Veränderungen sind nicht vorhanden. Nachdem die Verwachsungen zwischen der Geschwulst, den Eingeweiden und dem Mesenterium gelöst sind, lässt sich die Geschwulst empor und aus der Bauchhöhle herausheben. Der Douglas'sche Raum ist frei und enthält wenig Flüssigkeit.

Das Gewicht der Geschwulst beträgt 9 kg. Dieselbe ist von fester Natur, von einem weisslichen, durchscheinenden Gewebe gebildet, stellenweise etwas erweicht in der Form von ödematösen Heerden. Die Consistenz ist durchweg eine gute. Von der Schnittfläche entleert sich keine Flüssigkeit. Auf dem grossen Tumor sitzen da, wo er mit dem Mesenterium in Verbindung steht, einige kleinere Tumoren als Höcker auf; zum Theil sind sie mit der grossen Geschwulst nur so locker verbunden, dass man sie als gesonderte kleine Tumoren betrachten kann. Sie haben die Form von Lymphdrüsen und etwa die Grösse einer kleinen Kirsche bis zu einer starken Nuss. Die Geschwulst ist ganz vom Peritonäum bedeckt, welches an den meisten Stellen sich ziemlich leicht ablösen lässt. Die Mesenterialdrüsen in der Nähe der Geschwulst sind zum Theil leicht vergrössert.

Bei der mikroskopischen Untersuchung ergibt sich Folgendes: Der Tumor besteht fast ausschliesslich aus ziemlich grossen Spindelzellen, die bald sehr breit, bald sehr fein und lang gestreckt, bisweilen auch an den Enden gablig gespalten sind. Die Kerne sind meist gross, oval und deutlich; nur da, wo die Zellen sehr fein und lang sind, werden auch die Kerne fein und fast stäbchenförmig. An manchen Stellen findet man die Zellen in fettiger Degeneration begriffen und an den weicheren Stellen auch schon ganz zerfallene Massen zwischen den noch erhaltenen Zellen. Das Peritonäum ist in seinen äusseren Schichten gar nicht vom Tumor ergriffen, die tieferen Lagen dagegen enthalten reichlich Zellen, die zum Theil spindelförmig, zum Theil klein und rund sind. Die stärker geschwollenen Mesenterialdrüsen zeigen dieselben Verhältnisse wie der Haupttumor. Die Drüsen dagegen, die nur wenig oder gar nicht geschwollen sind, verhalten sich — eventuell abgesehen von der Vergrösserung — ganz normal. Bei einzelnen ist die Kapsel etwas verdickt.

Vorliegender Fall ist wohl vorwiegend von klinischem Interesse. Die Geschwulst, ein Spindelzellensarkom ist höchst wahrscheinlich in den Mesenterialdrüsen entstanden und zwar muss der Haupttumor bei seiner glatten, ebenen Oberfläche und seiner gleichmässigen Struktur auf der Schnittfläche von einer einzelnen

Drüse ausgegangen sein. Der Fall ist dadurch merkwürdig, dass der Tumor so rasch gewachsen ist, trotz seines malignen Baues und der dreimaligen Punction gar keine Metastasen mit Ausnahme der zunächst gelegenen Lymphdrüsen gemacht und das Peritoneum, in seinen äusseren Schichten wenigstens, ganz unverändert gelassen hat. In Folge dessen hätte er vielleicht bei einem etwaigen chirurgischen Eingriffe einige Aussicht auf Heilung geboten, wenn ein solcher nicht wegen der Unmöglichkeit einer sicheren Diagnose unausführbar gewesen wäre. Man sollte glauben, es müsste sich aus der Beweglichkeit etc. einigermaassen diagnosticiren lassen, ob der Tumor von den Därmen, Mesenterium oder Netz oder von den anderen Bauchorganen resp. der Bauchwand ausgehe. Allein in unserem Falle fehlte die Beweglichkeit des Tumors wegen der Adhäsionen vollständig. Dazu erschwerte der Ascites und die starke Spannung der Bauchdecken die Palpation. Ferner sind derartige Fälle von einem so enormen primären Sarkom des Mesenteriums ohne Metastasen noch nicht beschrieben. Ich habe wenigstens vergeblich die Literatur danach durchsucht. Die Tumoren der Mesenterialdrüsen sind metastatischer Natur oder treten wie bei den malignen Lymphomen zugleich mit Tumoren in den anderen Lymphdrüsen auf. Der einzige Fall von Sarkom, bei welchem der primäre Sitz der Geschwulst vielleicht in den Mesenterialdrüsen zu suchen ist, ist das erstere der beiden von Weber¹⁾ beschriebenen Spindelzellensarkome. Die Tumoren des Mesenteriums bestanden jedoch aus „conglomerirten“ Sarkomen der Lymphdrüsen und ausserdem ging die Hauptmasse des Tumors von den linken Lumbo- und Inguinaldrüsen aus. Der primäre Sitz ist also zweifelhaft. Jedenfalls unterscheidet sich der Fall in wesentlichen Punkten von dem unsrigen.

Zum Schluss ergreife ich mit Freuden die Gelegenheit, Herrn Prof. Dr. Zahn für die Liebenswürdigkeit, mit der er mir das Material zu diesen beiden Mittheilungen zur Verfügung gestellt und mir bei der Anfertigung derselben geholfen hat, meinen aufrichtigsten Dank zu sagen.

Genf, im August 1883.

¹⁾ C. O. Weber, Chirurg. Erfahrungen und Untersuchungen. Berlin 1859.