

X.

**Mischgeschwulst der Niere
(Chondromyosarcom.)**

(Aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Leipzig.)

Von Dr. A. W. Hoisholt aus San Francisco.

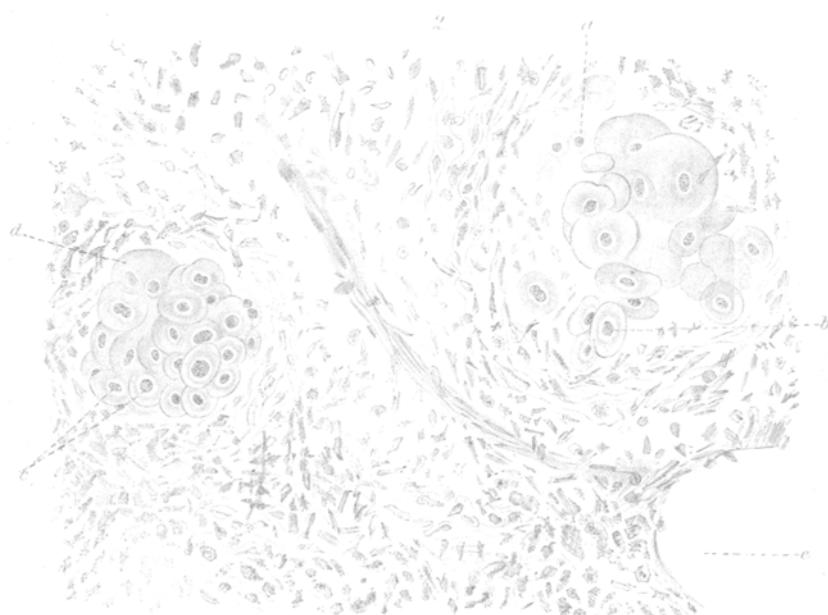
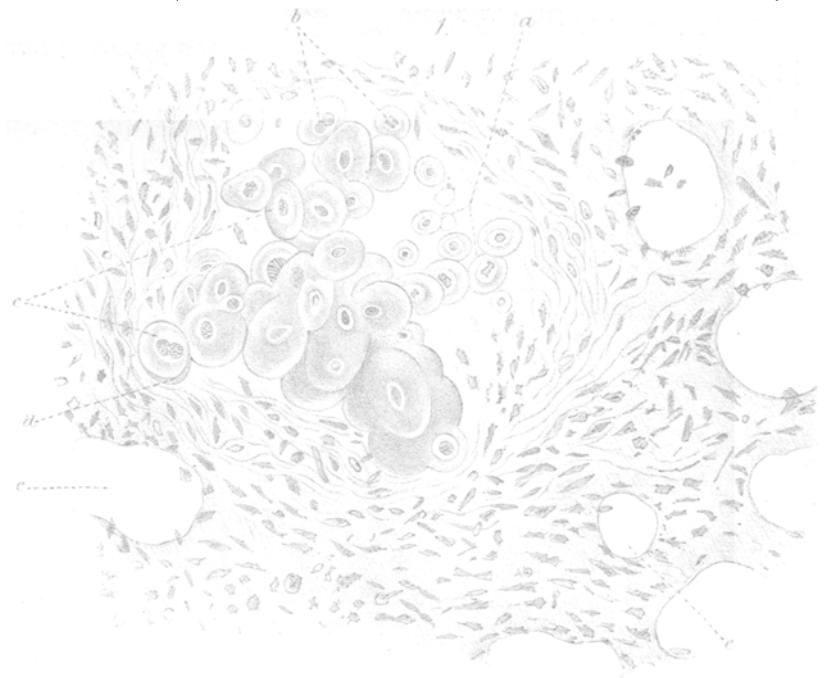
(Hierzu Taf. IV.)

Nachstehend zu beschreibende Geschwulst wurde mir von Hrn. Dr. Huber, 1. Assistenten des pathologischen Instituts, dem ich meinen besten Dank für seine freundliche Unterstützung hier ausdrücken möchte, im Monat März 1885 zur Untersuchung übergeben.

Aus der Krankengeschichte, welche mir durch die Güte des Herrn Geheimrath Prof. Wagner freundlichst zur Verfügung gestellt wurde, entnehme ich Folgendes:

K. K., 18 Jahre alt, aus Annaberg, Sachsen, wurde am 9. Juni 1884 in's Krankenhaus, St. Jacob, zu Leipzig aufgenommen. Der Vater und 7 Geschwister sollen alle gesund sein; die Mutter ist an einer Magenkrankheit gestorben. Patient selbst will bis Ostern 1884 immer gesund gewesen sein, als er zum ersten Mal eine Anschwellung des einen Hodens bemerkte und ziehende, stechende Schmerzen in der linken Seite bekam, welche nach vorn und unten hin ausstrahlten. Zugleich trat eine Anschwellung des Leibes mit „Verhärtung“ an einer umschriebenen Stelle ein.

Als der Patient in's Hospital kam, klagte er nur über dumpfen Schmerz in der Milzgegend; der Stuhlgang war in Ordnung, der Appetit gut, es waren keine Oedeme da. In der linken Regio mesogastrica unterhalb des Nabels war ein stark vortretender, sehr harter Tumor zu fühlen, der in Form eines glatten, kindskopfgrossen Höckers vorsprang und bis zur Gegend der linken Niere sich herauf erstreckte. Der Umfang des Leibes betrug über die höchste Kuppe 81 cm. Die Percussion ergab gedämpften Schall über dem Tumor, der von der Leberdämpfung durch einen tympanitischen Bezirk getrennt war. Milzdämpfung war in der Rückenlage nicht nachweisbar. Der rechte Hoden fühlte sich verhältnismässig klein an; der linke war stark geschwollen, nicht schmerhaft; äusserlich keine Prominenzen, nirgends Verwachsungen mit der Haut. Der Harn war von gewöhnlicher Beschaffenheit. Bei Punction des kranken Hodens wurden 150 g einer wasserhellen Flüssigkeit entleert. Da eine Exstirpation des abdominalen Tumors nicht zulässig war, ging der Patient nach Hause, kehrte aber nach ungefähr 3 Monaten am 30. October wieder zurück.



In der Zwischenzeit hatte der Tumor an Grösse zugenommen, es stellten sich allmählich Schmerzen im Leibe ein, sowie Schlaflosigkeit und Stuhlbeschwerden, welche letzteren aber im October wieder nachliessen. Bei der Wiederaufnahme war der Patient gegen früher sehr anämisch und hatte starke Schmerzen im Kreuz und beiden Seiten, selbst bei flacher Rückenlage. Der Appetit war mässig; keine Kurzathmigkeit; Hochstand des Zwerchfells; dasselbe bewegte sich bei der Athmung nur sehr gering. — Von Ende October nahmen die Beschwerden noch weiter zu. Der Umfang des Leibes war von 81 cm (im Juli) auf 94,5 cm gestiegen. Bedeutendes Oedem machte sich am linken Beine bemerkbar, während das rechte Bein frei blieb. Durchfälle traten auf und der Patient ging an Erschöpfung am 16. November 1884 zu Grunde.

Section am 17. November 1884.

Das Bezugliche aus dem Protocoll lautet folgendermaassen: Der Unterleib ist ungemein aufgetrieben. Bei Eröffnung desselben entleert sich eine nur geringe Menge röthlichgelber Flüssigkeit. Die Auftriebung ist bewirkt durch einen mächtigen Tumor, der sich von hinten nach vorn vorwölbt. Unter demselben verläuft, etwas links von der Mittellinie, das Colon descendens; das Colon transversum liegt am oberen Rande des Tumors, etwas nach hinten; das Colon ascendens und die Dünndärme sind ganz nach rechts hinüber gedrängt. Der Tumor nimmt die ganze hintere Bauchwand ein bis zur Gegend der rechten Niere, die etwas nach rechts verschoben erscheint. Das Zwerchfell steht rechts an der 3. Rippe, links in dem 3. Intercostalraum. Leber und Milz zeigen nichts Abnormes. Das Herz mit Ausnahme einer kleinen, schwieligen Pericardialverdickung gleichfalls ohne Besonderheiten. Die linke Lunge lufthaltig, ohne Verwachsung oder Heerderkrankung. Die rechte Lunge ebenfalls frei, zeigt aber an dem unteren vorderen Theil des Oberlappens einen über wallnussgrossen, scharf umschriebenen, rundlichen, graurothen Knoten, der in der Mitte weich, von dunkelrother Farbe und mit Blutmassen durchsetzt ist, am Rande etwas derber erscheint. Er ist an der Grenze des Mittellappens durch die Pleura hindurch auf den letzteren übergegangen.

Die linke Bauchhälfte ist von dem erwähnten, vom Peritonäum überkleideten, mächtigen Tumor eingenommen, welcher sich nur schwer von der Umgebung ablösen lässt. Die linke Niere liegt an seinem oberen Ende; vorn über denselben spannt sich der linke Ureter, der ungefähr parallel mit dem Colon descendens herunterläuft. Das Colon descendens ist locker verschieblich. Der linke Ureter hingegen liegt der Wand innig an, ohne jedoch mit ihr verwachsen zu sein. Der Umfang des linken Ureters beträgt in der Mitte 1,5 cm. In der Nähe der Harnblase löst er sich vom Tumor etwas ab, liegt demselben nicht mehr prall auf und hat hier einen Umfang von 1 cm. Unmittelbar am Nierenbecken ist der Umfang 3 cm. Das Nierenbecken selbst ist weich. Im oberen Theile ist die Niere stark comprimirt bis auf 7 mm der gesammten Dicke; im unteren Theile dagegen ist dies nicht so stark der Fall, doch sind die Papillen auch hier abgeplattet. Am unteren Ende der

Niere geht an einer umschriebenen Stelle von 1 cm Breite und 5 cm Länge das Gewebe derselben unmittelbar in den noch innerhalb der Kapsel gelegenen Tumor über. In den übrigen Theilen ist die Niere gegen den Tumor scharf abgesetzt. Der Tumor besteht zum grössten Theile aus Massen von weicher Consistenz und gleichmässig blossrother Farbe. Rechts oben zeigt das Gewebe in der Grösse eines Kindskopfes eine mehr verwischte braunrothe Farbe und eine noch etwas weichere Beschaffenheit; in dasselbe sind einige dunkelrothe Stellen eingesprengt. Von Knorpel-, Knochengewebe u.s.w. ist makroskopisch nichts wahrzunehmen. Der Tumor hat eine Höhe und Breite von 25, eine Dicke von 12 cm: sein grösster Durchmesser geht von links oben nach rechts unten und beträgt 35 cm. Auf dem Peritonäum in der Gegend der Plica recto-vesicalis sitzen einigen bis erbsengroße Knoten.

Rechte Niere: Die Kapsel leicht abtrennbar; Grösse die gewöhnliche — 12,5 cm lang, 5,5 breit —; Zeichnung deutlich; Farbe gelblichroth. Der Umsang des Ureters beträgt 1,5 cm in der Mitte. Harnblase intact. Beide Nebennieren von ganz normalem Verhalten, leicht aus der Umgebung abzulösen, insbesondere auch die linke, welcher die Kuppe des Tumors locker ansitzt. Der rechte Hoden zeigt nichts Abnormes, ebenso die beiden Vasa deferentia. Der linke Hoden enthält in seinen dem Nebenhoden anliegenden Theilen einige bis taubeneigroße Cysten, so dass er einen Umfang von 7 cm Höhe, 5 cm Breite und 4 cm Dicke erreicht. Die Cysten sind theils mit einer klaren, wasserähnlichen Flüssigkeit gefüllt, theils mit einer gelben, puriformen Masse. In der letzteren findet man bei der mikroskopischen Untersuchung nur Fett und Cholesterin. — Die Vena cava inferior ist mit dem Tumor überall fest verwachsen und mit wandständigen, festen, geschichteten Thrombusmassen gefüllt.

Anatomische Diagnose: Tumor der linken Niere mit vereinzelten Metastasen am Bauchfell und im rechten oberen Lungenlappen; Thrombose der Vena cava inferior; Cysten im linken Hoden.

Die mikroskopische Untersuchung, welche an Objecten aus verschiedenen Stellen der Geschwulst vorgenommen wurde, ergab Folgendes: Die Hauptmasse des Gewebes bestand aus Zellen von runder Gestalt mit grossem, bläschenförmigem Kerne, welche vielfach durch amorphe Zwischensubstanz von einander getrennt waren. An einzelnen Stellen waren noch ausserdem kurze, spindelförmige Zellen vorhanden; andere Stellen waren mitunter durchzogen von ziemlich breiten Zügen anderer Zellformen, welche sich von diesen durch ihre mehr längliche Gestalt, ihren längsovalen Kern, — kurz, ihr plattspindeliges Aussehen scharf abhoben und alle Charaktere glatter Muskelfasern zeigten. Eine deutliche Querstreifung gelang es mir nirgends nachzuweisen. An vereinzelten Stellen fanden sich Zellen von mehr schlauchförmiger Anordnung; dieselben gingen jedoch regellos in die Umgebung über. Ausser diesen Gewebelementen fand sich noch Knorpelgewebe in Form von grösseren und kleinen Inseln. Einzelne von diesen nahmen das Sehfeld seiner ganzen Ausdehnung nach ein, andere nur Bruchtheile desselben (Taf. IV. Fig. 1—2). Die kleineren von ihnen traten unter der Form von

Nestern auf, welche von einer viereckigen oder rundlichen Form waren, letztere besonders in der Anordnung der Zellen an die des Rippenknorpels erinnernd. Die Zellen selbst waren stark glänzend, variirten in ihrer Grösse, und zeigten einen an einzelnen ziemlich breiten, an anderen äusserst schmalen, kapselähnlichen Hof. Die Kerne waren häufig in Theilung begriffen und von einem weissglänzenden, schmalen Saum umgeben. Von Zwischensubstanz zwischen den einzelnen Zellen war nirgends etwas zu bemerken. Die Zellgruppen zeigten in der Umgebung nichts von Perichondrium, dagegen war um die grösseren der Inseln das Sarcomgewebe concentrisch gelagert; die kleineren aber gingen regellos in dieses über. In der Nähe der Knorpelinseln waren noch grössere und kleinere Hohlräume von regelmässiger oder unregelmässiger Gestalt vorhanden, über deren Natur ich keine genaueren Angaben machen kann. Knochen- und Schleimgewebe wurde nicht beobachtet.

Vergebens habe ich in der Literatur nach einem ähnlichen Falle gesucht. Das Vorkommniss von isolirten Knorpelinseln in primären Geschwülsten der Niere scheint bis jetzt noch nicht beschrieben zu sein. Und gerade letzteres Verhalten macht den Fall noch weiter interessant, sofern es, bei dem vollständigen Mangel derartiger Elemente in der normalen Niere und andererseits bei dem embryonalen Charakter des Knorpelgewebes in der Geschwulst, besonders scharf darauf hinweist, ob hier nicht die Geschwulstanlage auf eine Abschnürung embryonaler Keime zurückzuführen sei im Sinne der von Cohnheim so nachdrücklich vertretenen Theorie. Man müsste dann annehmen, dass sie sammt den übrigen Theilen, welche zur Geschwulstbildung Veranlassung gaben, beim Aufbau des Organismus in der Niere eingeschlossen worden seien. Somit würde sich unser Fall an die Seite stellen dem von Cohnheim beschriebenen¹⁾), der seinerseits für das quergestreifte Muskelsarcom auf eine derartige Genese aufmerksam machte und seinen Fall für die embryonale Hypothese zu verwerthen suchte.

Erklärung der Abbildungen.

Tafel IV.

Fig. 1. Eine isolirt liegende Knorpelinsel. a Junge Knorpelzellen. b Kerne in Theilung begriffen. c Weissglänzender Saum. d Kapselähnlicher Hof. e Hohlräume (Blutgefässer?).

Fig. 2. Zwei isolirte, kleine Knorpelinseln. (Obj. 7, Oc. 1 von Leitz.)

¹⁾ Dieses Archiv Bd. 65. S. 64.