

XXVII.

Kleinere Mitteilungen.

1.

Kasuistischer Beitrag zur Multiplizität primärer Karzinome.

(Aus dem Pathologischen Institut in Berlin.)

Von

Dr. Rosenbach,
Assistenten am Institut.

Man hat die primären multiplen Geschwülste in zwei Hauptgruppen eingeteilt: Die erste von ihnen wird gebildet von den Tumoren, welche, verschiedener Gewebsart entstammend, in den Organen des Körpers zusammen vorkommen. Dieser Befund wird bei den Sektionen häufiger gemacht und die Anzahl der Tumoren ist zuweilen eine sehr große.

Seltener ist das Vorkommen der zweiten Gruppe der primären Tumoren gleicher Gewebsart in einem und demselben Organ oder Organsystem. Hierhin gehören die primären, multiplen Hautkrebse, Oesophaguscancroide und Magen-Darmkarzinome. In dieser Gruppe macht oft die Ausschließung einer etwa vorliegenden Metastasenbildung große Schwierigkeit und bei noch so gewissenhafter und ausgiebiger Untersuchung bleibt bei unserer mangelnden Kenntnis von dem Wesen der Geschwülste die Diagnose unsicher. Leichter ist die Entscheidung dann, wenn wir in einem Falle Tumoren haben, die von derselben Gewebsart abstammen, aber in der Struktur verschieden sind.

Dies gilt besonders für die Karzinome.

Billroth¹⁾ erkennt nur dann eine Multiplizität primärer Karzinome an, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

1. müssen die Karzinome verschiedene Struktur besitzen,
2. muß jedes Karzinom histogenetisch vom Epithel des Mutterbodens abgeleitet werden können, und
3. jedes Karzinom muß seine Metastasen machen.

Es werden diese Forderungen meist nicht in allen Punkten erfüllt sein und erfüllt werden brauchen, worauf sowohl in den Arbeiten von Schimmelbusch, Bucher u. a. sowie in dem Lehrbuch von Borst in eingehender Besprechung hingewiesen ist.

Ich möchte hier kurz einen Fall mitteilen, bei dem die Billroth'schen Forderungen vollkommen erfüllt sind und bei welchem zugleich der dritten Forderung in seltener Weise gerecht geworden ist. Es handelt sich um ein Cancroid des Oesophagus und einen Drüsenkrebs des Pylorus, die beide in den Organen des Körpers Metastasen gemacht haben.

¹⁾ Allgem. chirurg. Pathologie u. Therapie.

Der Patient war ein 65 Jahre alter Arbeiter, welcher etwa $\frac{3}{4}$ Jahr vor seinem Tode erkrankte. Der Vater ist am Nervenfieber, die Mutter im hohen Alter gestorben. Er selbst hat im 14. Jahr Wechselfieber gehabt, will aber sonst immer gesund gewesen sein. Vor 1864 war der Patient in einer Gasfabrik tätig, machte dann die drei Kriege hintereinander mit, wurde 1871 Leichenkutscher, weil er angeblich oft Stiche in der rechten Seite gehabt hat und der frühere Dienst ihm zu schwer war. Seit 1898 ist er Droschkenkutscher in Berlin. Gegen Weihnachten 1903 trat Appetitlosigkeit, häufiges Erbrechen und Schmerzen in der Magengegend, zuerst links, dann rechts auf. Im Januar trat er in Behandlung. Er nahm nur Flüssiges zu sich, was jedoch fast stets wieder ausgebrochen wurde. Der Stuhl soll immer sehr dunkel gewesen sein. Seit Beginn der Krankheit hat der Patient 40 Pfund abgenommen.

Während der klinischen Behandlung wurde zunächst durch Sondierung ein Hindernis in der Höhe von 39 cm von der Zahnreihe ab gemessen, konstatiert. Bei Röntgenuntersuchungen konnte man im Lungenhilus einen größeren Schatten entdecken. Die Oesophaguskopie war insofern negativ, als man von Tumormassen nichts bemerken konnte. Auch sind solche nie erbrochen worden. Die Stenose wurde zeitweise nach Sondierung wieder durchgängig und der Patient erholte sich zwischendurch unter Zunahme des Körpergewichtes, starb aber schließlich unter rapidem Verfall des Körpers am 8. September 1904. Die Leiche wurde uns mit der Diagnose Oesophaguskrebs zur Sektion übergeben.

Die Sektion ergab in kurzem folgendes:

G. Sch., Droschkenkutscher, 65 Jahr, obduziert 9. Sept. 1904.

Kachektisch aussehender älter Mann.

Die Leistendrüsen sind beiderseits bis zu Bohnengröße geschwollen.

Zwerchfellstand links: 4. Interkostalraum, rechts: unterer Rand der 4. Rippe.

Beide Lungen sind mit der Brustwand durch feste, flächenhafte, fibröse Adhäsionen verbunden.

Im Herzbeutel mehrere Eßlöffel klarer, bernsteingelber Flüssigkeit. Herz klein, der Muskel von braungelblicher Farbe und ziemlich weicher Konsistenz. Das Endokard und der Klappenapparat sind ein wenig verdickt. 2 cm oberhalb der Herzspitze vorn an dem Septum ventriculorum unter dem Perikard des linken Ventrikels ein erbsengroßer, prominenter, grauweißer, derber Knoten. Ein gleich großer befindet sich im Bereich des rechten Vorhofs dicht oberhalb vom Ansatz des mittleren Tricusspinalsegels unter dem Endokard, welches durch ihn vorgebuckelt wird. Schließlich bemerkt man einen dritten Knoten von gleicher Beschaffenheit mitten im Herzmuskel des linken Ventrikels, der jedoch in der grauweißen Tumormasse bereits regressive Veränderungen aufweist.

Die Lungen sind in beiden Oberlappen collabiert, während die unteren Lappen durchtränkt sind mit seröser Flüssigkeit.

In dem oberen Teile des rechten Unterlappens befindet sich eine

talergroße Partie, die von fester Konsistenz und grauschwärzlicher Farbe ist und eine Dissemination von grauweißen miliaren Knötchen zeigt.

Bronchialschleimhaut mit schaumiger Flüssigkeit bedeckt und gerötet.

Bei der Eröffnung des Oesophagus gelangt man etwa 3 cm oberhalb der Stelle, wo die Kardie sich befinden müßte, auf eine zerfallene, weiche und nekrotische Gewebspartie von grünlich schmutziger Farbe, welche teilweise ulceriert und von mehreren Blutcoagula durchsetzt ist. Dieselbe setzt sich etwa 2 cm auf den Magen hin fort und schneidet hier mit einer scharfen, gewulsteten Randpartie von der Schleimhaut des Magens ab. Oberhalb dieses Gewebsgeschwürs ist die Oesophagmuskulatur hypertrophisch. Am Übergang von der normalen Schleimhaut in die zerfallenden Massen und auch innerhalb der nekrotischen Gewebsfetzen ist makroskopisch von größeren Tumormassen nichts zu sehen. Innerhalb dieser nekrotischen Masse finden sich zwei Pflaumen- und mehrere Weintraubenkerne.

Die Magenschleimhaut ist geschwollen, von grauer, etwas durchscheinender Farbe. Etwa in der Mitte der kleinen Kurvatur befindet sich ein linsengroßes seichtes Geschwür in der Schleimhaut. Die Pylorusgegend ist ringförmig eingenommen von einer hühnereigroßen, markig grauweiß aussehenden Geschwulstmasse, die in das Innere des Magens mehrere kirschgroße Tumoren vorsendet, die zum Teil bereits geschwürig zerfallen sind. Die Pylorusbukkalatur ist von der Geschwulst ebenfalls stark verdickt. Der Pylorus ist für einen dünnen Bleistift noch durchgängig, auch hier liegen zwei Pflaumen- und ein Kirschkern in den geschwürigen Partien. An der hinteren Wand der Kardie und mit derselben verwachsen, befindet sich ein bis mandarinengroßes Drüsenpaket, das auf dem Durchschnitte ein grauweißes, festes Stroma zeigt, in welchem mehr graugelbliche, breiige Massen sich befinden, die sich leicht auspressen lassen.

Auch die epigastrischen und retroperitonealen Drüsen sind markig, bis zu Bohnengröße geschwollen und auf dem Durchschnitt mehr von grauweißer, homogener Farbe.

Die Leber, von brauner Farbe, zeigt eine große Anzahl über die Oberfläche hervorragender bis walnußgroßer, zum Teil typisch gedellter Knoten von grauweißer Farbe mit gelblichen Einsprengungen. Durch einen Horizontalschnitt wird ein größerer Pfortaderast freigelegt, an dem ein walnußgroßer Geschwulstknoten liegt, der etwa auf eine Länge von 1 cm die Intima des Gefäßes vorbuchtet und das Lumen verengert hat. Von hier aus geht ein etwa ebenso langer, grauweißer, der Wand leicht anhaftender Thrombus aus. Das Lebergewebe der Umgebung ist von dunkelbraunroter Farbe. Gallengänge durchgängig.

Milz von weicher Konsistenz, Pulpa dunkelbraunrot, zerfließlich.

Linke Niere: Kapsel schwer abziehbar, die Oberfläche zeigt mehrere narbige Einziehungen und vereinzelte sagokorngroße, graugelbe, feste Knötchen. Sonst ist das Parenchym von graurötlicher Farbe, ohne weiteren pathologischen Befund.

Die linke Nebenniere ist in einen pflaumengroßen, derben Tumor verwandelt. Auf dem Durchschnitt erkennt man an dem oberen Pol der ovalen Geschwulst noch einen Rest des Nebennierengewebes. Die Geschwulst zeigt grauweiße Partien neben gelbgefärbten, weiche- ren Herden.

Die rechte Niere und Nebenniere sind ohne pathologischen Befund.

Das Pankreas zeigt an seinem Kopf einen taubeneigroßen Tumor von derselben Beschaffenheit wie die Knoten in der Leber. Im Douglas befinden sich mehrere über linsengroße, derbe, grauweisliche Knötchen, zu denen das Bauchfell in strahligen, narbenförmigen Zügen hinzieht. Der Darm ist frei von Veränderungen.

Von den paraoesophagealen Lymphdrüsen wurden gleich bei der Sektion Gewebstückchen frisch untersucht und es fanden sich massenhaft Plattenepithelzellen und Hornperlen, weswegen ich nicht anstand, mit Bestimmtheit ein Oesophaguscancroid zu diagnostizieren. Die Diagnose wurde durch die nunmehr kurz zu beschreibende mikroskopische Untersuchung vervollständigt und erweitert.

Bei dem starken Zerfallsprozeß in der Oesophagusgeschwulst mußte es von vornherein zweifelhaft erscheinen, daß wir viel vom gut erhaltenen Gewebe bekommen würden. In der Tat zeigten die verschiedenen, aus allen Teilen herausgeschnittenen Stücke vielfach totes Schleimhaut- und Muskelgewebe. In allen Schnitten aber waren größere gut färbbare Komplexe von atypisch gewuchertem Pflasterepithel mit starker Verhornung der Zellen, ausgedehnter Perlkugelbildung mit Kalkablagerung und einer Flora der jetzt so heiß umstrittenen Einschlüsse vorhanden. Die Übergangsstelle von annähernd gesundem Gewebe in die Nekrose zeigte selbst kein Cancroid. Es scheint der nekrotisierende Prozeß weit über den Tumor hinaus zu reichen, während die Geschwulst größtenteils zerfallen und entfernt ist. Das angrenzende Schleimhautgewebe ist stark mit Leukocyten und Lymphocyten infiltriert. — Ganz anders verhält sich die mikroskopische Struktur der Pylorogeschwulst. Man hätte hier an eine von anderen Seiten bereits beschriebene Plattenepithelkrebsmetastase denken können, jedoch sprach schon das Makroskopische nicht dafür. Es handelt sich denn auch mikroskopisch um einen typischen adenomatösen Krebs, der überall in die Tiefe durch die Muskulatur bis dicht an die Serosa hingedrungen ist und nach oben polypös über die angrenzende Magenschleimhaut hinwegwuchert. Nach der Serosa zu findet man Teile des Tumors in schleimiger Degeneration begriffen.

Ganz unerwartet fiel die mikroskopische Untersuchung der Metastasen aus. Die Herzmuskelknoten zeigen große Massen Plattenepithels, ebenfalls starke Verhornung, Perlkugelbildung, auch hier mit zahlreichen Einschlüssen. Daneben ist der Herzmuskel atrophisch. Ganz denselben Charakter besitzt die Nebennierengeschwulst und die Nierenknötchen. Auch die Lebermetastasen zeigen den Typus des Plattenepithelkrebses mit starker Verhornung. Die Leberzellen selbst sind atrophisch und mit braunem Pigment beladen.

Der Knoten am Pankreas stellte sich als eine vom Pankreas scharf abgegrenzte, vom Cancroid vollkommen durchsetzte Lymphdrüse heraus.

Allein die kleinen Knoten im Douglas bestehen aus epithelialen Zellen, die einen drüsigen Bau erkennen lassen. Dieselben sind eingebettet in ein zum Teil zelliges, zum Teil festes, fertiges Bindegewebe.

Alles in allem haben wir also zwei primäre Karzinome vor uns, die histogenetisch von ihrem Mutterboden abstammen, verschiedene Struktur haben, und von denen jedes, besonders aber das Cancroid, seine Metastasen gemacht hat. Was das Alter anbetrifft, so muß wohl das Cancroid nach seiner Ausdehnung, dem starken Zerfall und der weitgehenden Metastasenbildung der älteste Tumor sein. Die in der Anamnese erst links, dann rechts angegebenen Schmerzen stehen vielleicht zeitlich in Proportion mit dem Wachstum der Geschwülste. Von dem Cancroid müssen sich öfters größere Geschwulstmassen abgestoßen haben. So erklärt sich, daß wir makroskopisch und mikroskopisch keine größere Knoten gefunden haben. Ferner stimmt damit überein die zeitliche Durchgängigkeit des Oesophagus für Speisen. Der Röntgenschaten muß nach dem Sektionsbefund durch die Drüsenpakete an der Kardia erklärt werden.

Für die Ätiologie und Disposition und weitere wichtige Fragen bietet der Fall nichts besonders Hervorzuhebendes. Es könnte die Frage aufgeworfen werden, ob beide Tumoren durch die gleiche schädliche Ursache entstanden sein können, oder ob nicht vielleicht die schädlichen Zerfallsprodukte des Oesophagus-cancroids als Reizmoment bei dem Entstehen des Pyloruskarzinoms mitgewirkt haben. Selbstverständlich kann die Ätiologie der beiden Tumoren auch ebensogut durch die Annahme erklärt werden, daß Entwicklungsstörungen bei der Anlage des Magendarmkanals die Grundlage abgegeben haben.

2.

Notiz zu C. Martinottis Abhandlung: „Su alcune particolarità di struttura della fibra muscolare striata in rapporto colla diagnosi di acromegalia“¹ und J. Schaffers Bemerkungen hierzu.²

Von

Privatdozent Dr. Egmont Münzer, Prag.

(Hierzu Taf. XVI.)

Die Beobachtungen J. Schaffers und C. Martinottis, auf welche mich Herr Professor Sigmund Mayer in lebenswürdiger Weise aufmerksam machte, decken sich mit den von mir im Jahre 1886 erhobenen, 1892 veröffentlichten Befunden.³