

erst die durch die Metastasen hervorgerufenen Störungen den Kranken dazu bewogen, ärztlichen Rat in Anspruch zu nehmen, nicht dagegen die unbedeutenden Beschwerden von seiten des Magens, über welche er schon früher zu klagen hatte.

Trotz der so gewaltigen Ausdehnung des Tumors traten die rein gastrischen Symptome — ein gewiß sehr beachtenswerter Umstand — vollkommen in den Hintergrund gegenüber den durch die Metastasen gesetzten Erscheinungen: ausgeprägt genug, um das Bild eines Mediastinaltumors mit allen einem solchen zugehörigen Störungen vorzutäuschen.

Namentlich da sich dank der Röntgendurchleuchtung die Lokalisation dieser Metastasen — in vollkommenster Übereinstimmung mit dem Sektionsbefunde — in selten deutlicher Weise erkennen ließ, lag es gewiß doppelt nahe, sie in den Mittelpunkt des Krankheitsbildes zu rücken.

VIII.

Kleinere Mitteilungen.

1.

Zur Kasuistik primärer Multiplizität maligner Tumoren.

(Aus dem Pathologischen Institut der Universität Würzburg.)

Von

Dr. A. Schmincke, erstem Assistenten am Institut.

Das Interesse an der Frage der Multiplizität maligner Tumoren ist in letzter Zeit in mehreren Arbeiten in Erscheinung getreten; ich nenne die von Rosenbach (dieses Archiv Bd. 179 XXVII. Fall von Cancroid des Oesophagus vergesellschaftet mit einem Drüsenkrebs des Pylorus), von Richter (Wien. klin. Wochenschrift 1905. Nr. 33. 5 Fälle multipler primärer Karzinome), von Oberndorfer (München. med. Wochenschrift 1905, Nr. 31. Vortrag) und von Saltykow (Centralblatt für allgem. Pathologie, 16. Bd. 1905, Nr. 14. Kombination von Großspindelzellensarkom und Adenokarzinom der Schilddrüse).

Als weiterer Beitrag zur Kasuistik primärer maligner Tumoren diene folgender hier beobachteter und zur Sektion gekommener Fall:

Es handelte sich um eine 60jährige Frau, bei der in der hiesigen Frauenklinik am 18. VII. 05 wegen Sarkoms die Amputation des Uterus

gemacht worden war. Der Uterus erwies sich in einen über kindskopf-großen Tumor verwandelt, der, im allgemeinen von derber Konsistenz, sich aus mehreren, die Serosa in knolligen Prominenzen vorwölbenden Geschwulstknoten von Nuß- bis zu Kleinapfelgröße zusammensetzte. Auch auf dem Durchschnitt ließ sich die Zusammensetzung des Haupttumors aus multiplen rundlichen Tumoren erkennen; dieselben waren von verschiedener Größe und zeigten mehr weniger eine konzentrisch geschichtete Bauart. Einige dieser kleinen Tumoren bestanden aus derbem, hellgelblichweiß aussehendem Gewebe; andere waren weicher, sahen hellgelblich bis rötlich aus und waren zum Teil reichlich durchblutet; wieder andere ließen deutliche markähnliche Beschaffenheit erkennen und waren zum Teil nekrotisch zerfallen. Der Gesamteindruck der Geschwulstmasse war ganz der einer malignen zum Teil in Zerfall begriffenen sarkomatösen Neubildung.

Am 16. VIII. 05 kam die Frau zur Sektion.

Die Sektion (Verf.) ergab folgendes:

In der Linea alba vom Nabel an bis zwei Finger breit unterhalb des oberen Randes der Symphysis oss. pub. findet sich eine lineare Narbe. Durchschnitte durch dieselbe ergeben den gewöhnlichen Befund eines weißlichen schwieligen Gewebes. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich der Magen stark gebläht, das fettreiche Netz deckt die Dünndarmschlingen; im sichtbaren Teil des rechten und des linken Leberlappens sind Knoten eines weißlichen Tumorgewebes sichtbar; dieselben sind von Kleinkirsch- bis Walnußgröße und zeigen zum Teil deutliche Nabelbildung.

Zwerchfell steht hoch, rechts im 4. I. R., links oberer Rand der 4. Rippe. Vorderfläche des rechten Herzens zeigt Sehnenflecke; starke Entwicklung des subepikardialen Fettgewebes. Das Herz, normal groß, fühlt sich schlaff an, die Muskulatur des rechten Ventrikels ist fast vollständig durch Fett substituiert; es findet sich nur noch die Trabekelschicht. Beide Ventrikel gering erweitert; im Aortenostium atheromatöse Verdickungen. Klappen intakt. Muskulatur des Herzens von schmutzig-gelblichbrauner Farbe. Lungenränder gebläht. Unter der Pleura des linken Unterlappens in der Nähe der Incisura interlobaris finden sich zwei etwa haselnußgroße Geschwulstknoten; dieselben sind kuglig und bestehen aus einem weichen, gelblichroten, markähnlichen Gewebe. Linke Lunge luft-haltig, o. B. rechte Lunge: Zeigt im Bereich des Oberlappens geringgradige Verdickung der Pleura, sonst luft-haltig, o. B. das Peritoneum parietale sowie viscerales weist multiple Pigmentierung von grauschwärzlicher Farbe auf. Im Bereich des unteren Ileum finden sich bandartige Verwachsungen der Serosa der Darmschlingen mit dem Peritoneum parietale. Dasselbe ist hier schwielig verdickt und stärker grauschwärzlich pigmentiert. Magen sehr groß; Schleimhaut blaß, zeigt feine Granulierung. Beim Einführen des Fingers in den Pylorus fühlt derselbe eine ringförmige Stenose. Dieselbe gehört, wie sich beim Aufschneiden ergibt, dem oberen Teil des

Duodenum an. Die Valvula pylori grenzt die verdickte, tumorhaft infiltrierte Wand des Duodenum scharf gegen die intakte Magenschleimhaut ab. In der seitlichen Wand der Pars descendens des Duodenum findet sich eine Öffnung, durch sie gelangt man in einen buchtigen Hohlraum; es ist dies offenbar das stark verkleinerte Lumen der Gallenblase. Hier zeigt sich die Schleimhaut derselben nur noch an einzelnen Stellen schiefbrig pigmentiert und grünlich verfärbt erhalten; im übrigen ist die Wand der Blase stark verdickt, geschrumpft und in derbes, weißliches, an der Innenfläche zerfallenes Tumorgewebe verwandelt.

Die an der Porta hepatis befindlichen Drüsen sind stark vergrößert, derb und infiltriert, auf dem Durchschnitt von gelblichweißer Farbe. Ductus choledochus gering erweitert; die Einmündungsstelle des Duct. cysticus läßt sich nicht eruieren; ebenso gelingt es nicht, von der Gallenblase aus in den Ductus zu gelangen. Durchschnitte durch das Pankreas ergaben normalen Befund. Auch die Drüsen in der Umgebung des Pankreaskopfes sind stark vergrößert und derb; auf dem Durchschnitt gaben sie ein Bild, das ganz dem einer krebsigen Infiltration gleicht (wie auch das der Drüsen der Porta hepatis) und von dem Bilde der in der Lunge gefundenen Knoten verschieden ist.

Die Leber ist groß; auf der Oberfläche des rechten sowie des linken Lappens sieht man die oben beschriebenen Tumoren; auf dem Durchschnitt zeigt sie sich von multiplen kugeligen Geschwulstknoten durchsetzt, dieselben sind von Erbsen- bis zu Kleinapfelgröße.

Die paraortalen Drüsen zeigen makroskopisch nichts Anormales.

Nieren klein; Kapsel leicht löslich; sonst o. B.

Die linke V. spermatica int. ist in der Nähe ihres Eintritts in die Adnexe thrombosiert. Der Uterus fehlt. In der Nähe der Lin. innominat. rechts und links ist das Peritonaeum parietale äußerst derb und schwielig. Hier fühlt man in demselben Narbenzüge. Im linken Parametrium findet sich ein apfelgroßer knolliger Tumor, der auf dem Durchschnitt sich aus kleineren, kugeligen Tumoren zusammengesetzt erweist, Konsistenz derb; die Geschwulstmasse sieht im allgemeinen gelblichweiß aus; an einigen Stellen deutliche Zerfallsherde.

Pathol.-anat. Diagnose: Cor adiposum, Dilatio, myodegeneratio cordis, Emphysema pulmonum. Tumores metastatici (sarcomatosi?) lob. inf. pulm. sin. Gastrectasia, Gastritis chronica. Tumor (Carcinoma?) vesicae felleae in duodenum progrediens et perforans. Metastases lymphoglandularum regionarium. Tumores metastatici hepatis. Status post Hysterectomiam. Tumor (sarcomatosus) parametrium sin.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich folgendes:

Tumor der Gallenblase. Von der normalen Struktur der Gallenblasenwand ist nichts mehr zu sehen; dieselbe ist ganz von Tumormasse durchsetzt. Überall finden sich im mikroskopischen Bild Drüsenschläuche mit mehr weniger gewundenem Luminibus. Diese Schläuche sind mit einem zylindrischen Epithel ausgekleidet, das, bei verschiedener Höhe der

einzelnen Zellen, bald in einer, bald in mehreren Lagen übereinander geschichtet ist. Durch Berühren und Konfluenz besonders stark gewucherter Epithelien werden zum Teil die Hohlräume unter Brückenbildung durchquert. An einzelnen Drüsenlumina ist ein deutlich papillöser Charakter zu konstatieren. Hier hat sich das Bindegewebe den epithelialen Wucherungen angeschlossen und sich in zierlichen Papillen erhoben. Die Lumina weisen schleimigen Inhalt auf, der zum Teil mit nekrotischen Zellen durchsetzt ist. Alles in allem bietet sich das typische Bild des Zylinderepithelkrebses.

Die Metastasen der Leber und der Lymphgefäße weisen die gleiche Bauart wie der Gallenblasentumor auf; auch hier finden sich die charakteristischen drüsigen Wucherungen; an den größten Knoten sieht man einen zentralen Zerfall.

Der Uterustumor zeigt den Charakter eines vorwiegend aus spindeligen Zellen zusammengesetzten Sarkoms. Neben langen, schön ausgebildeten spindeligen Zellelementen mit einem und mehreren Kernen finden sich jedoch auch rundliche Zellen in allen Größen bis zu Riesenzellen mit vielen Kernen. Auch hier findet sich zum Teil reichlicher Zerfall. Denselben Bau des Spindelzellensarkoms zeigt auch der metastatische Knoten im linken Parametrium. Auch die Lungenmetastasen erweisen sich mikroskopisch als sarkomatös; nur ist hier ein viel weitergehender Polymorphismus im Ausbau der einzelnen Zellen zu bemerken; hier sind rundliche Zellen der Zahl nach vorherrschend, Spindelzellen traten im Vergleich zum Primärtumor zurück; die Metastase ist anaplastischer als die Muttergeschwulst.

Es handelt sich also in dem oben Beschriebenen um das gleichzeitige Bestehen zweier primärer maligner Tumoren, um einen Zylinderepithelkrebs der Gallenblase und um ein Sarkom des Uterus — letzteres ist wohl aus einem Myom durch sarkomatöse Degeneration entstanden — die beide Metastasen gemacht haben.

2.

Über Befunde am chromaffinen System bei Hitzschlag.

(Aus der III. med. Abteilung des k. k. Kaiser Franz Josef-Spitals in Wien.)

Von

Josef Wiesel.

(Hierzu Tafel V.)

Es handelte sich um folgenden Fall: Pat. L. J. wurde am 5. Juli 1905 in bewußtlosem Zustand auf die Abteilung gebracht. Anamnestisch ließ sich durch seinen Begleiter folgendes erheben: Patient, ein 36 jähriger Tagelöhner, sei beim Ziehen eines Handkarrens auf der Straße plötzlich