

Die innerste Schicht der dunklen abgeplatteten Kerne kann auch fehlen. Das Lumen ist teils leer, teils enthält es grobscholligen oder feinkörnigen, rosa gefärbten Inhalt.

Im Innern der Bänder kommen auch kleine Gruppen von etwa vier Zellen vor, die größer sind als die umgebenden. Der Kern von 9 μ Durchmesser, zentral gelegen, bläschenförmig, fast ohne Chromatinkörper, aber mit deutlichem Nukleolus. Der Zelleib ist farblos, hell, eine Struktur ist auch mit Olimmersion nicht zu erkennen. Die Zellgrenzen sind ziemlich deutlich als feine Linien sichtbar.

Diese epithelialen Bildungen zeigen also im Vergleich mit den im vorhergehenden Beschriebenen essentielle Unterschiede. Sie besitzen die Form von teils sehr schmalen, teils etwas breiteren Membranen, die, ohne durch eindringende Stromasepten geteilt zu werden, oft während 1½ mm Länge ununterbrochen verfolgt werden können.

Die Anordnung der Zellen ist ebenfalls eine verschiedene. Die Zellen selber sind kleiner, ohne deutliche Zellgrenzen und ohne hellen Hof in der Umgebung des Kerns. Die Kerne sind bläschenförmig, hell, rund und oval.

Einige Lumina waren ähnlich wie in den versprengten Zellhaufen der Parathyreoidea. Spärliche Zellen waren den wasserhellen Zellen entfernt ähnlich.

Wohl mit Sicherheit kann für diese epithelialen Bildungen die Parathyreoidenatur ausgeschlossen werden. Andererseits kann ich aber keine genauere Erklärung dafür geben.

V.

Ein Fall von Stenose des Rectum durch metastatisches Karzinom bei gleichzeitigem metastasierendem Myelom.

(Aus dem Pathologischen Institute zu Bonn.)

Von

Dr. H. Toyosumi,
(Tokyo, Japan).

Am 8. März 1906 kam ein Mann zur Sektion, bei dem in der hiesigen medizinischen Klinik die Diagnose auf ein Rectumkarzinom mit Metastasen gestellt worden war.

Der Fall, welchen mir Herr Professor R i b b e r t zur Veröffentlichung überlassen hat, ist, wie die Sektion ergab, in doppelter Hinsicht von Interesse. Einmal nämlich zeigte ich, daß die Stenose des Rectum nicht durch ein primäres, sondern durch ein metastatisches Karzinom bedingt war, daß sich also diese Beobachtung den seltenen Fällen von metastatischen strukturierenden Darmkarzinomen anreihet, in denen die Metastasen eher Erscheinungen gemacht hatten, als der primäre Tumor. Ein derartiges metastatisches Rectumkarzinom ist aber bisher nicht beschrieben worden. Zweitens ergab sich, daß die klinisch angenommenen Metastasen keine solchen waren, sondern, daß es sich um einen andersartigen selbständigen malignen Tumor handelte, daß also zwei bösartige Tumoren nebeneinander entstanden, und daß beide Metastasen gemacht hatten.

Ich teile zunächst das Protokoll mit.

Eine stark abgemagerte männliche Leiche mit stark fluktuerendem Abdomen. An der rechten und linken Seite in der Gegend der unteren Rippen sieht man je eine diffuse Hervorragung der Brustwand. Nach dem Einschneiden ergibt sich, daß jederseits in der siebenten Rippe ein Tumor vorhanden ist, der den Knochen ganz zerstört hat. Beim Einschneiden quellen auf der Schnittfläche sehr weiche, blutigrote bis gelblichgrüne Massen hervor. Die zweite Rippe rechts und die sechste links sind auch auf ähnliche Weise zerstört. Ein kindskopfgroßer, weicher Tumor von derselben Beschaffenheit wie die Geschwulst an der Brustwand befindet sich an der rechten Beckenschaufel. Auf der Pleura costalis beiderseits wie auf dem Zwerchfell sieht man flach ausgebreitete, pilzartig sich fortsetzende weiße Prominenzen von derber Schnittfläche. Die Leber und Niere ohne Besonderheit. Das Kolon mit dem Magen durch sehr derbe weiße Stränge verwachsen. Der Magen klein, die Wand überall gleichmäßig stark verdickt (beträgt über 1 cm) fühlt sich sehr derb an, die Muskulatur sulzig ödematos, etwa $\frac{1}{2}$ cm dick, die Schleimhaut überall stark wulstig hervorragend. In der Pylorusgegend sieht man in der Schleimhaut eine seichte, unregelmäßig gestaltete Geschwürnarbe von 3 cm Länge, 1,5 cm Breite, die mit derbem Randwulst versehen ist; sonst findet sich nirgends ein Defekt auf der Schleimhaut. Der Pylorus mäßig verengt, aber gut durchgängig. In dem Duodenum nichts Besonderes. Die Wand des Ileums und des Colon transversum stark sulzig verdickt. Die Schleimhaut des Rectum ganz intakt. Ungefähr 5 cm oberhalb des Anus ist das Rectum durch eine etwa 2 cm dicke, sehr derbe, weißlichgelbe Schicht umgeben, wodurch das Rectum stark zirkulär verengt ist. In der Prostata und dem Pankreas nichts Besonderes. Das Abdomen enthält vier Liter freier, gelber, klarer Flüssigkeit. Sektionsdiagnose: Diffuses Karzinom des Magens, Metastase in dem Douglas, Stenose des Rectum. Knochentumor des Beckens, Metastasen in den Rippen (Myelom?).

Aus dem Protokoll geht also hervor, daß kein primäres Rectumkarzinom vorlag, sondern ein primäres Magenkarzinom, das klinisch ohne Erscheinungen geblieben war, daß aber die Stenose des Rectum bedingt war durch ein hartes, schwieliges, narbig schrumpfendes Gewebe an der Außenseite des Rectum, das als die Metastase des Magenkarzinoms angenommen werden durfte.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigt diese Auffassung.

Die mikroskopischen Bilder, welche an Stücken aus verschiedenen Teilen der überall gleichmäßig stark verdickten Magenwand genommen wurden, zeigen fast dasselbe. Die Schleimhaut ist überall ganz intakt, zeigt weder Ulzeration, noch stärkere entzündliche Erscheinungen. Die Drüsenschläuche sind stellenweise um das Doppelte verlängert, meist aber zeigen sie normale Länge, werden durch Bindegewebsneubildung mit geringer Rundzelleninfiltration auseinander gedrängt. Die Kerne der Drüsenepithelien färben sich wie normal. In der Nähe von der Oberfläche der Schleimhaut befinden sich vereinzelt kleine Zystchen, die als Inhalt kolloide Substanz enthalten, mit einschichtigen, abgeplatteten Drüsenepithelien ausgekleidet und als Retentionszysten aufzufassen sind. Nirgends ist eine karzinomatöse Umwandlung der Drüsenelemente nachzuweisen. An der Stelle, wo die Muscularis mucosae als zusammenhängendes Band dicht dem Fundus der Drüsenschläuche anliegt, sieht man mäßige Rundzelleninfiltration. Die Muscularis mucosae ist ganz intakt. Die Submucosa zeigt eine außerordentlich starke Verdickung und besteht aus parallel verlaufenden Bindegewebsschichten, die im ganzen ein Aussehen haben, das an Narbengewebe erinnert. Zahlreiche Gefäße sind zwischen ihnen sichtbar. In den größeren Gefäßstämmen ist die Wand verdickt.

So sieht es zunächst aus, als handelte es sich nur um eine erhebliche Zunahme des submukösen, narbig umgewandelten Bindegewebes, um einen chronischen entzündlichen Prozeß. Aber die genauere Untersuchung ergibt mehr. Man sieht hier und da in den engen Spalten des Bindegewebes reihenförmig angeordnete, gleichmäßig große, protoplasmareiche Zellen, die durchaus wie Epithelzellen aussehen und an einzelnen Stellen auch haufenweise genau so gelagert sind, wie wir es von Krebsalveolen kennen. Es sind im ganzen rundliche Zellen. Aber sie sind in den engen Lücken vielfach so zusammengedrückt, daß sie ihre Form ändern, länglich, schmal, spindelförmig werden, und von den Bindegewebsszellen manchmal schwer zu unterscheiden sind. Wo die Spalten weiter sind, sind die Zellformen regelmäßiger, und in den größeren Haufen sind die Epithelien alle gut ausgebildet. Diese Epithelzellgruppen haben meist ihren Sitz in der Umgebung der Blutgefäße mit sklerosierter Wand, wo das Bindegewebsstroma etwas locker angeordnet ist. Es scheint mir, daß die Epithelzellen hier in die abnorm erweiterten perivaskulären Lymphräume eingedrungen sind.

Zwischen die Bündel der Muskulatur schiebt sich das verbreiterte Bindegewebe von der Submucosa hinein und trennt sie so, daß die Muskelbündel in

den der Submucosa zunächst liegenden Partien in einzelne ganz kleine Felder, gegen die Serosa in größere Abschnitte zerlegt sind. In diesen gewucherten Bindegewebszügen liegen die Epithelzellen in der Form von Gruppen. Oft finden sich breitere Zellzüge, die zwischen den Muskelbündeln straßenförmig verlaufen. Die Epithelzellen sind hier meist gut entwickelt. Vereinzelt sieht man dazwischen große Zellen, deren riesenhafte Kerne unregelmäßig zerschnürt sind. An den Muskelementen ist keine pathologische Veränderung zu erkennen.

Die Serosa ist teils unverändert, teils in manchen Teilen des Magens auch mehr oder weniger verdickt. In diesen bindegewebig verdickten Abschnitten finden sich manchmal besonders große Alveolen, zumal in der Nähe der größeren Blutgefäße.

Auf Grund dieser mikroskopischen Untersuchung muß demnach die Diagnose auf einen ungewöhnlich epithelarmen, aber bindegewebsreichen Skirrhus gestellt werden. Von ganz besonderem Interesse ist die völlige Intaktheit der Schleimhaut des ganzen Magens (bis auf die geschwürtige Ausgangsstelle). Das Karzinom ist ausschließlich in der Submucosa gewachsen und von hier zwar in die Muscularis bis zur Serosa, aber nicht in die Schleimhaut hineingedrungen. Letztere ist an der Ausbreitung des Tumors in keiner Weise beteiligt. Der Fall liefert also ein ausgezeichnetes Beispiel dafür, daß die Karzinome ausschließlich durch Vermehrung ihrer eigenen Bestandteile wachsen.

Was den primären Herd anbetrifft, so ist er offenbar in jenem vernarbenden unregelmäßigen Geschwür der Pylorusgegend zu suchen. Es ist flach, mit unregelmäßig zackig, wallartig vorspringendem Randwulst versehen, der sich nach außen allmählich zur normalen Schleimhaut abflacht. Die Gestalt und Beschaffenheit des Randes entsprechen einem zentral vernarbenden Karzinom. Jedenfalls ist die ganze Geschwulst von dieser Stelle aus entwickelt, und von Anfang an in die Submucosa hineingewuchert, dann weiter flächenförmig ausgebreitet, ohne irgendeine geschwürtige Zerstörung oder knotige Prominenz auf der Schleimhaut zu erzeugen. Wenn es nun nach der mikroskopischen Untersuchung noch eines weiteren Beweises bedürfte, daß es sich bei der Magenveränderung um ein Karzinom und nicht etwa um eine entzündliche Zirrhose handelte, so wäre es in dem Verhalten der Wand des Rectum gegeben.

Wie aus dem Sektionsprotokolle hervorgeht, ist diese Wand 5 cm oberhalb des Anus stark verdickt; sie bildet hier ein dick-

wandiges, starres Rohr, dessen Stenose die Diagnose auf primäres Rectumkarzinom veranlaßte. Innen aber ist an der Schleimhaut keine Veränderung zu erkennen; die Verdickung betrifft die Serosa und erstreckt sich von da in die Muscilaris hinein und in die Submucosa. Epithelzellen finden sich in der Submucosa und Muskel-schicht. In den Bindegewebssepta der inneren Muskelschicht zeigen die Epithelzellen starke Anhäufung. Dort sind die Bindegewebszüge überall bis zu kleinsten Ästen von Epithelzellen durch-setzt. Ihre Anordnung zeigt dasselbe Verhältnis wie an der Magen-wand. Alles in allem zeigt das Bild das Verhalten eines parenchym-armen bindegewebsreichen, daher harten und derben Karzinoms, eines Skirrhus. Es handelte sich also um die Metastase eines außer-ordentlich derben Skirrhus des Magens.

Solche Metastasen eines nicht bemerkten primären Magenkarzinoms sind sehr interessant und praktisch wichtig. Sie können unter Umständen zu Operationen führen, in der Meinung, daß es sich um primäre Tumoren handelt. So teilt mir Herr Professor Ribbert mit, daß er einmal eine karzinomatöse Struktur des Dünndarmes untersuchte, die exstirpiert worden war und die sich bei der später folgenden Sektion als eine von mehreren Metastasen eines Magenkarzinoms herausstellte. Solche Erfahrungen sind möglich, weil sich Krebs-metastasen sehr gern gerade an der Ansatzstelle des Mesenteriums entwickeln und von da aus durch Schrumpfung den Darm verengen.

In der Literatur fand ich folgende Angaben über karzinomatöse, durch Metastase eines Magenkarzinoms bedingte Strukturen des Darmes.

Brosch¹⁾ publizierte einen Fall von multiplen karzinomatösen Strukturen des Dünndarmes. Es handelte sich um einen 40 jährigen Mann, der seit 9 Monaten an starken Magenschmerzen und Erbrechen kaffeesatzähnlicher Flüssigkeit litt. Es fand sich ein Tumor an der Pylorusgegend. Da aber die Radikaloperation wegen der festen Verwachsung des Magens mit dem Pankreas und der Metastasen in dem rechten Leberlappen unausführbar war, so wurde die Probelaparotomie gemacht. Bei der Autopsie fand man ein großes Karzinomgeschwür am Magen mit Perforation,

¹⁾ Brosch, Ein seltener Fall von multiplen, karzinomatösen Strukturen des Darmes. Arch. f. klin. Med., Bd. 57, 1896, S. 606.

Metastasen in Lymphdrüsen und Leber, ferner 5 cm oberhalb der Valvula Bauhini eine für einen Bleistift durchgängige Struktur bei intakter Schleimhaut, $\frac{1}{2}$ m höher eine zweite unbedeutende des Ileums, hervorgerufen durch Knoten in der Serosa, drittens eine hochgradige ringförmige Verengerung am Wurmfortsatz. Mikroskopisch wurde nachgewiesen, daß die strukturierenden Darmabschnitte karzinomatös waren.

Kaufmann¹⁾ schreibt in seinem Lehrbuch, daß er bei einer 39 jährigen Frau das gleichzeitige Vorkommen eines stenosierenden skirrhösen (rundzelligen) Pyloruskrebses und eines histologisch ganz mit demselben übereinstimmenden, gleichfalls stenosierenden Dickdarmkrebses untersucht hatte.

Paylor²⁾ beschrieb drei Fälle von gleichzeitiger Stenosierung von Pylorus und Darm. Bei einem Falle hat er wegen eines stenosierenden Carcinoma pylori Gastroenterotomie ausgeführt. Außerdem wurde durch eine stenosierende Metastase in die Flexura sigmoidea die Colotomie notwendig. Im zweiten Falle handelte es sich um eine 32 jährige Frau, bei der die Diagnose auf Stenosis recti, Paraproctitis und Parametritis chronica gestellt worden war. Obwohl in diesem Falle schon im Leben gewisse Erscheinungen des Magenkrebses, monatelang bestehende Magenbeschwerden und rapide Abmagerung, vorhanden waren, war die Diagnose auf Magenkrebs nicht festzustellen. Bei der Sektion konstatierte man Skirrus des Rectum und des Pylorus, dazu hochgradige Stenose an beiden. Die histologische Untersuchung der beiden zur Stenose des Pylorus und Rectum führenden Tumoren, die von Eppinger gemacht wurde, ergab identisches Karzinom an beiden Stellen. Ob es sich bei dem Rectumkarzinom um einen primären Tumor oder um eine sekundäre Metastase des Magenkarzinoms handelte, blieb unentschieden. Der dritte Fall betraf einen 73 jährigen Mann, der einmal wegen karzinomatöser Pylorusstenose, durch relativ kleinen harten Tumor bedingt, gastroenterostomiert wurde. Eine das Colon transversum betreffende Stenose trat als Folge einer Krebsmetastase im Ligamentum gastrocolicum ein.

1) Kaufmann, Lehrbuch der spez. path. Anatomie, 2. Aufl., 1901, S. 385.

2) Payor, Über gleichzeitige Stenosierung von Pylorus und Darm. Langenbecks Arch. f. klin. Chirurgie, Bd. 75, 1905, S. 291.

Pa y r führte noch eine Reihe Literatur an, die ich übergehe, da kein dem unsrigen analoger Fall darunter ist.

In neuerer Zeit wurden zwei Fälle von karzinomatösen Strukturen des Darms, welche als sekundäre Metastasen des primären Magenkarzinoms angenommen wurden, von B e n s a u d e und O k i n c z y c¹⁾ beschrieben. Bei einem Falle hat man Gastroenterotomia anterior ausgeführt, und bei der Sektion fanden sich im ganzen sechs Stenosen in Dünn- und Dickdarm. Die mikroskopische Untersuchung erwies einerseits an der Magenwand diffuse karzinomatöse Infiltration mit kolloider Degeneration, andererseits an der Darmwand ebenso karzinomatöse Veränderung in der tiefen Schicht mit relativ intakter Schleimhaut. In dem anderen Falle handelte es sich um einen Mann, der Coecosigmoidotomie durchgemacht hatte; bei der Autopsie fanden sich eine karzinomatöse Stenose in dem Colon transversum und Karzinom des ganzen Magens.

Beide Autoren haben in ihrer Arbeit viele ähnliche bisher beschriebene Fälle zusammengestellt. Darunter fand ich einen, der sehr große Ähnlichkeit mit dem meinigen hatte und von G r i f f o n und N a t t a n - L a r r i e r veröffentlicht wurde. Die Haupterscheinung war eine starke Kachexie, erst nach der Sektion waren diffuse karzinomatöse Umwandlung der Magenwand und starke karzinomatöse Infiltration des Rectum nachgewiesen²⁾.

Unser Fall ist aber noch nach anderer Richtung von Interesse. Der Kliniker hatte Metastasen des Karzinoms in dem Knochensystem angenommen. Es zeigte sich aber, daß die K n o c h e n t u m o -

¹⁾ B e n s a u d e et O k i n c z y c, Retrécissements cancéreux multiples de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif. Arch. de méd. expériment. et d'anatom. path., Bd. 18, 1906, S. 526.

²⁾ In meiner pathologisch-anatomischen Diagnostik, VI. Aufl., S. 483 heißt es von den metastatischen Implantationskrebsen des Bauchfells der Excavatio recto-vesicalis bzw. -uterina: „Durch Zusammenfluß der Geschwulstknötchen kann eine brettharte Infiltration des serösen und subserösen Gewebes entstehen, welche bis zum Mastdarm, ja in seine Wand hineinreichen kann, wodurch, besonders im Leben, der Anschein einer Mastdarmgeschwulst entstehen kann.“ Ich besitze ein Präparat, in welchem ein solcher sekundärer Implantationskrebs bei Magenkrebs sogar bis in die Mastdarmschleimhaut hineingewachsen war. Auch hier war am Lebenden der stenosierende Mastdarmkrebs diagnostiziert worden.

ren einem völlig anders gearteten malignen Tumor entsprachen, nämlich einem Myelom.

Bei der Obduktion bemerkte man, daß die Tumoren in den unteren Rippen und an der Beckenschaufel ein eigenartiges Aussehen zeigten. Sie waren sehr weich, und beim Einschneiden quollen blutigrote bis gelblichgrüne Massen auf der Schnittfläche hervor. Wegen ihrer hämorrhagischen Beschaffenheit und weichen Konsistenz, ferner wegen ihrer Lokalisation im Knochensystem entsprachen sie einem zuerst von R us t i z k y¹⁾ als Myelom beschriebenen Tumor. Ich habe ein kleines Stück von der Mitte des Tumors an der Beckenschaufel herausgeschnitten und nach der Entkalkung ein mikroskopisches Präparat angefertigt.

Der Tumor besteht aus verschiedenartigen Gewebsbestandteilen, teils aus zellreichem, dichtem Gewebe, teils aus grobfaserigem, lockerem Bindegewebe, welch letzteres von Knochenbälkchen, die bald inselartig isoliert sind, bald netzförmig miteinander in Verbindung stehen, mehrfach durchsetzt ist. Die Grundsubstanz der Knochenbälkchen zeigt netzförmiges faseriges Aussehen, das man bei dem neugebildeten Knochen sieht. Ihre Ränder sind häufig tief ausgehöhlt und sehen wie zernagt aus. In diesen Höhlen findet man oft Osteoclasten. Der eigentliche Tumor besteht aus runden, den Myelocyten entsprechenden Zellen von gleicher Größe und Gestalt. Sie sind sehr protoplasmareich und einkernig, meist dicht Zelle an Zelle angeordnet; hier und da sieht man, daß die Zellen infiltrierend in das benachbarte Gewebe hineinwuchern, wie im Falle von A b r i k o s s o f f²⁾. Stellenweise finden sich hämorrhagische Herde. Das Bild entspricht in jeder Hinsicht dem eines Myeloms. Auf die feineren histologischen Einzelheiten gehe ich nicht ein.

Die bindegewebigen und knöchernen Bestandteile des Beckentumors gehören nicht eigentlich zur Geschwulst. Sie sind aufzufassen als sekundäre Produkte, veranlaßt durch die Gegenwart des Myeloms in demselben Sinne wie auch irgendein anderer Tumor

¹⁾ R u s l i z k y, Multiples Myelom. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 3, 1873, S. 162.

²⁾ A b r i k o s s o f f, Über einen Fall von multiplem Myelom mit diffuser Verbreitung im Knochenmark. Dieses Archiv, Bd. 173, 1903, S. 335.

des Knochensystems das Periost zur Wucherung und zur Knochenneubildung bringt.

Die Myelome des Beckens und der Rippen sind nicht alle als primäre Tumoren aufzufassen, denn das Myelom des Beckens ist offenbar der ältere Tumor. Das geht aus seiner Größe und daraus hervor, das es mit den relativ umfangreichen Knochenneubildungen versehen ist, die in den Rippentumoren fehlen. Wir werden den Beckentumor daher als den primären, die anderen als metastatische Neubildungen ansehen. Man hat freilich in ähnlichen Fällen auch eine multiple primäre Genese annehmen wollen, aber R i b b e r t¹⁾ hat bereits für seinen Fall angenommen, daß einer der Knoten der primäre, die anderen die sekundären sein müßten.

So haben wir also bei einem Individuum *zwei maligne Tumoren* vor uns, die beide Metastasen gemacht haben. Die Kombination von Karzinom und Myelom ist bisher nicht beschrieben worden, was uns insofern nicht wunderbar erscheint, weil das Myelom ja eine seltene Geschwulst ist. Kombination von Karzinom und Sarkom wird häufiger beobachtet.

In einem von L a n d a u²⁾ mitgeteilten Falle handelte es sich um gleichzeitiges Vorkommen von Karzinom und Sarkom; derselbe sah bei einem 38 jährigen Manne einen kleinhandtellergroßen Tumor in der rechten Mamma, der im mikroskopischen Bilde die Struktur eines Fibrosarkoms besaß, und gleichzeitig fand er bei demselben Individuum ein Adenokarzinom des Rectum.

V e s z p r e m i³⁾ sah bei einer 70 jährigen Frau ein typisches Adenokarzinom des Pylorus neben dem Fibrosarkom des Omentum minus, welch letzteres Metastasen in der Milz, in den Lungen, den Nieren und in der Magenschleimhaut gemacht hatte.

G r a w i t z⁴⁾ teilte einen Fall mit, bei welchem er neben multiplen Uterusmyomen ein Myosarkom des Ligamentum latum

¹⁾ R i b b e r t, Über das Myelom, Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat., Bd. 15, 1904, S. 337.

²⁾ L a n d a u, Krebs und Sarkom am gleichen Menschen. Münch. Med. Wochenschr., 1905.

³⁾ V e s z p r e m i, Sarkom des kleinen Netzes, kombiniert mit Karzinom des Magens. Sitzungsber. der mediz. naturw. Sektion des Esdelyi Museum Egylet, Koloszwar, 1903.

⁴⁾ G r a w i t z, Über multiple Primärtumoren. Deutsche Med. Wochenschr., 1904, Nr. 49, S. 1794.

und einen Dünndarmkrebs 1 m oberhalb der Ileocoecalklappe nachwies.

Schmincke¹⁾ berichtete einen Fall von gleichzeitigem Bestehen zweier primärer maligner Tumoren, von denen der eine ein Zylinderzellenkrebs der Gallenblase und der andere ein Sarkom des Uterus gewesen waren die beide Metastasen gemacht haben.

Saltykow²⁾ sah einen interessanten Fall von Karzinom und Sarkom in der Schilddrüse. Eine 52jährige Frau, die an einem langsam wachsenden Kropfknoten der linken Seite erkrankt war, wurde wegen eines Adenokarzinoms der Mamma operiert. Bei der Sektion fand man eine maligne Struma mit walnußgroßer Metastase am linken Lungenhilus. Die Vena jugularis war durch die Geschwulst zerstört und thrombosiert. Bei mikroskopischer Untersuchung konstatierte man im linken Lappen und im Isthmus ein Spindelzellensarkom, dagegen in dem rechten Lappen ein multizentrisches Karzinom. Saltykow hielt beide Tumoren nicht für eine Mischgeschwulst, sondern für zwei primäre Geschwülste.

Weitere Literatur findet sich in der Arbeit von Haberer³⁾.

Zusammenfassend betone ich nochmals, daß mein Fall von Interesse ist: erstens, weil es sich klinisch um ein primäres Rectumkarzinom handelte, anatomisch aber um die Metastase eines nicht diagnostizierten Magenkarzinoms; zweitens, weil gleichzeitig ein anderer metastasierender maligner Tumor, ein Myelom, vorhanden war.

¹⁾ Schmincke, Zur Kasuistik primärer Multiplizität maligner Tumoren. Dieses Archiv, Bd. 183, 1906, S. 160.

²⁾ Saltykow, Über das gleichzeitige Vorkommen des Sarkoms und des Karzinoms in der Schilddrüse. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat., Bd. 16, 1905, S. 547.

³⁾ Haberer, Sarkom und Karzinom bei demselben Individuum. Langenbecks Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 73, 1904, S. 609.