

Tiere. Leipzig 1876. — Meyer, J., Über die Neubildung von Blutgefäßen in plastischen Exsudaten seröser Membranen und in Hautwunden. Annalen des Charité-Krankenhauses, Jahrg. 4, 1853, Berlin. — Marchand, F., Der Prozeß der Wundheilung. Stuttgart 1901. — Ranvier, L., Traité technique d'histologie. Paris 1889, u. Archives de Physiol. 1874. — Rouget, S. Archives de Physiologie, 1873. — Stricker, S., Handbuch der Allgem. Path. — Thiersch, K., S. in Pitha u. Billroths Handbuch der allgem. u. spez. Chirurgie, Stuttgart 1867. — Thin, G., On the formation of Blood-Vessels as observed in Omentum of young rabbits. Quarterly Journal of Microsc. Science, Vol. XVI, p. 241, 1876. — Thomas, R., Untersuchungen über die Histogenese und Histomechanik des Gefäßsystems. Stuttgart 1893. — Yamagiva, K., Über die entzündliche Gefäßneubildung, speziell diejenige innerhalb von Pseudomembranen. Virch. Arch., Bd. 132, S. 446, 1893. — Ziegler, E., Untersuchungen über pathologische Bindegewebs- und Gefäßneubildung. Würzburg 1876. — Derselbe, Lehrbuch der allgem. u. speziell. pathologischen Anatomie, 6. Aufl., Jena 1889.

III.

Beitrag zum Studium der multiplen primären Karzinome.

(Aus dem Institut für allgemeine Pathologie der Kgl. Universität Palermo.)

Von

Priv.-Doz. Dr. Santi Pusaferi.

(Hierzu 2 Textfiguren.)

Obwohl in den letzten Jahren mit einer gewissen Häufigkeit in der Literatur kasuistische Mitteilungen über die Multiplizität der Karzinome erschienen sind, bildet diese Affektion doch stets ein ziemlich seltenes Zusammentreffen.

Die verzeichneten Fälle beziehen sich am häufigsten auf Karzinome verschiedener Organe, aber in demselben System (Speiseröhre und Magen, Magen und Darm, Zunge und Pharynx usw.), oder auf entfernt liegende, aber in irgendeinem physiologischen Zusammenhang stehende Organe (Gebärmutter und Brustdrüse) oder endlich auf Organe, die keinerlei Beziehung untereinander haben.

Deshalb ist es schwierig und manchmal unmöglich, mit Sicherheit zu behaupten, daß zwei in demselben Organismus existierende Karzinome unabhängig von einander seien und es sich nicht manchmal eher um eventuell auch anomale Metastasen eines einzigen Tumors handle, zumal, wenn man sich streng an die von Billroth angegebenen Kriterien halten will, die in dem Nachweis des verschiedenen Ausgangspunktes, der verschiedenen histologischen Struktur und der getrennten Bildung der Metastasen bestehen.

Ich berichte kurz über einen Fall, der bei einer Sektion zu Turin unter meine Beobachtung kam und dem Befund nach mit großer Wahrscheinlichkeit in die Kategorie der multiplen primären Karzinome eingereiht werden dürfte.

Es handelt sich um eine 43 Jahre alte Frau, die seit sechs Monaten an Sodbrennen und Aufstoßen nach dem Essen litt und bei der Palpation in der Höhe des rechten Hypochondrium auf der Verlängerung der parasternalen Linie einen walnußgroßen harten Körper zeigte, der bei tiefem Einatmen etwas hinabstieg. Pat. starb plötzlich während eines Konvulsionsanfalles wenige Tage nach ihrer Aufnahme in die chirurgische Klinik am 16. November 1903 (Obduktions-Nr. 8483).

Bei der Nekroskopie wird gefunden: ganz frische Thrombose einiger Äste der Pulmonalis, Leber und Milz indifferent, passive Kongestion der Nieren. In der Pylorusgegend fand sich ein Tumor von runder Form, taubeneidick, $4\frac{1}{2}$ cm lang. Am Schnitt erschien derselbe von blasser Farbe, nahm diffus die ganze Magenwand ein, welche bedeutend verdickt war mit einem Durchmesser von etwa 17 mm, und rief schwere Stenose des Pyloruslumens hervor.

Entsprechend der rechten Brustdrüse bestand ein Tumor von der Größe einer kleinen Mandarine, halbkugelförmiger Form, mit dem größten Durchmesser von etwa 6 cm und dem kleinsten von etwa 3 cm. Der Tumor war aufs innigste verbunden mit dem Brustdrüsengewebe und am Schnitt von diffus weißlich-grauer Farbe. An der rechten Achselhöhle fand sich eine infiltrierte haselnußgroße Drüse.

Mikroskopischer Befund. Der histologische Befund des *Mammatumors* entspricht dem des gewöhnlichen tubulären Adenokarzinoms mit Zylinderepithel.



Fig. 1. Adenocarcinoma mammae. (Mikr. Koristka Ob. 3, Ok. 3).

Ein aus ziemlich dichtem, fibrösen, kernarmen Bindegewebe bestehendes Stroma grenzt verschieden große alveoläre Räume ab, die in der Mehrzahl durch mehrschichtiges hohes Zylinderepithel mit rundem oder länglich ovalem Kern ausgekleidet sind.

An vielen Punkten ist das Bindegewebsgerüst invadiert durch bald isolierte bald zu runden oder länglichen Gruppen vereinigte epitheliale Elemente. Hier und da finden sich inmitten des Bindegewebes perivasale kleinzellige Infiltrationsherde. In ziemlicher Anzahl werden karyokinetische Formen beobachtet, die Blutgefäße sind ziemlich abundant. In der Achseldrüse sind keine Elemente des Tumors vorhanden.

Die den Pylorustumor bildenden neoplastischen Elemente weichen von denjenigen der Brustdrüse durch Form und Größe ab. Sie haben eine größere Entwicklung in der Höhe der Submukosa —, erstrecken sich einerseits bis an die Tunica propria und infiltrieren andererseits die hypertrophische Muskularis, indem sie sich bis an die Serosa schieben. Gebildet sind sie durch

Epithelzellen, welche im allgemeinen polygonale oder kubische Form haben mit großem zentralen, vorwiegend runden chromatinreichen Kern mit großem Protoplasmahof. In anderen Teilen, besonders inmitten der Muskularis, sind es zylindrische Elemente mit rundem oder ovalem, der Zellbasis genäherten, chromatinreichen Kern und großem homogenen, intensiv mit Eosin färbaren Protoplasmahof. Letztere Elemente sind häufig in Strängen und zuweilen zu konzentrischen Gruppierungen mit einem kreisrunden zentralen Hohlraum angeordnet und erinnern an den Querschnitt eines Drüsenschlauches der Magenschleimhaut.

Zahlreich sind die karyokinetischen Bilder.

Die genaue Untersuchung des Pylorustumors führt zur Überzeugung, daß er wegen der Größe, Form und Anordnung der neoplastischen Elemente kein Abkömmling des Mammatumors ist. Die beigelegten Abbildungen dürften, glaube ich, bezeugend sein [s. Textfig. 1, 2 (A, B)]. Außerdem würde eine Metastase des Brust-

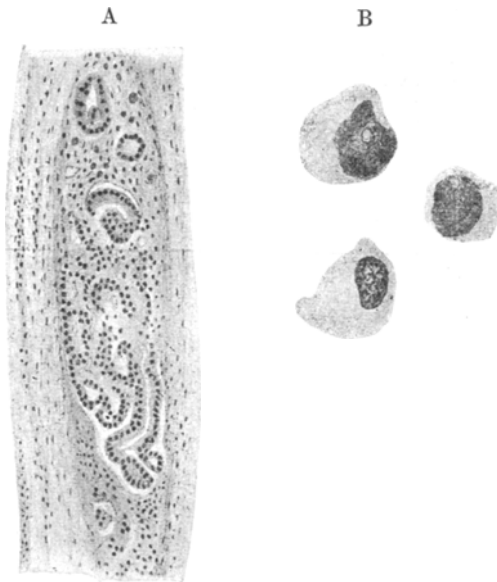


Fig. 2. Krebs des Pylorus: A Stelle von adenomätösem Aussehen inmitten der Tunica muscularis (Koristka, Ob. 3, Ok. 3). B Geschwulstzellen desselben Tumors (Koristka, Ob. 4, Ok. 8*).

drüsentumors am Pylorus, wenn sie auch nicht absolut ausgeschlossen werden kann, eine große Ausnahmeerscheinung darstellen.

Während jedoch einerseits kein Zweifel über den Ursprung des Mammatumors bestehen kann, gelingt es andererseits nicht, mit absoluter Sicherheit den Ausgangspunkt des Pylorustumors nachzuweisen. Indessen scheint mir die Annahme nicht unbegründet, daß er vielleicht aus den Epithelien der glandulären Cul de sac habe entstehen können, zumal wenn man berücksichtigt, daß die Produktion der neoplastischen Elemente größere Entwicklung in der Höhe der Mukosa zeigt.

Auf Grund des mikroskopischen Befundes und dieser Betrachtungen glaube ich, daß die beiden Geschwülste als unabhängig voneinander betrachtet und zur Kasuistik der multiplen primären Karzinome verschiedener Organe in demselben

Organismus, namentlich zu den bisher von Veilchenfeld¹⁾ und Fischer-Defoy und Lubarsch²⁾ veröffentlichten Fällen von simultan in der Brustdrüse und im Magen aufgetretenen Krebsen hinzugefügt werden können.

Literatur.

Kaufmann, Virch. Arch. 1879. — Beck, Prag. med. Wschr. 1883. — Gerhardt, Ztbl. f. Gyn. 1892. — Lannois, Lyon Médical 1896. — Zilliacus, Ztschr. f. klin. Med. Bd. 49, S. 147, 1903. (Scirrus Mammae und Adenocarcinoma nasi bei derselben Kranken.) — Ravenna, Policlinico, Sez. chir. 1906. — Manzardo, Riforma medica 1907.

IV.

Über einen Fall von Adenocarcinoma papilliferum mammae mit papillarer Metastase in den Achseldrüsen.

(Aus dem Pathologischen Institut der Kgl. Universität Palermo.)

Von

Dr. Santi Pusateri, Privatdozenten.

(Hierzu Taf. I.)

Q. A., 39 Jahre, Hausfrau aus Rocca Canavese.

Eintritt in die chirurgische Klinik zu Turin am 27. Februar 1902 wegen Affektion der linken Brustdrüse.

Die Mutter ist an Uteruskarzinom gestorben und eine Schwester leidet an Uteruskrankheit mit Metrorrhagien.

Regelmäßig menstruiert im Alter von 13 Jahren, verheiratete sie sich im 17. Lebensjahr und hatte acht Schwangerschaften, die alle ausgetragen wurden mit physiologischer Entbindung und normalem Wochenbett.

Zur Zeit der letzten Entbindung vor 2½ Jahren bemerkte Pat., daß die linke Brustdrüse an Größe und Konsistenz zugenommen hatte und schmerzhaft war.

Nach dem Stillen blieb diese größer als die rechte Mamma, und vor ungefähr 8 Monaten gewahrte Pat. gleich unterhalb der Brustwarze die Anwesenheit eines Geschwülstchens, welches langsam bis zur gegenwärtigen Größe heranwuchs.

Die Gegend war der Sitz von Schmerzen, welche zuweilen bis in den Rücken ausstrahlten.

Objektive Untersuchung: Frau von regelmäßigem Knochenbau, Fettpolster und Muskulatur ziemlich entwickelt, sichtbare Schleimhäute von normalem Aussehen. Puls, Atmung, Temperatur normal, nichts Bemerkenswerthes an den inneren Brust- und Bauchorganen.

Bei der Inspektion erscheint die linke Brustdrüse etwas größer als die der entgegengesetzten Seite: Brustwarze bedeutend retrahiert. Bei der Palpation erkennt man eine Anschwellung von Form und Größe einer Mandarine, derb fibröser Konsistenz, unregelmäßiger Oberfläche mit nicht

¹⁾ Veilchenfeld, Karzinom der Mamma und Karzinom des Magens. Cit. bei Hanse-mann. Das gleichzeitige Vorkommen verschiedener Geschwülste bei derselben Person. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. I, S. 188.

²⁾ Fischer-Defoy u. Lubarsch, Carcinoma cylindroepitheliale solidum des Magens und Plattenepithelkarzinom der Mamilla. Multiplizität der Karzinome. Erg. der allg. Path. u. path. Anat. 1906 vol. 17, p. 924.