

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik Jena. — Direktor: Prof. Dr. Gulecke.)

Carcinom bei einem 3 jährigen Kinde.

Von

Dr. Paul Rostock,
ehemaliger Assistent der Klinik.

Mit 2 Textabbildungen.

(Eingegangen am 15. November 1927.)

Carcinome bei jugendlichen Leuten sind nicht häufig. Hin und wieder werden derartige Fälle in der Literatur beschrieben. Erst kürzlich ist dies wieder von *Uhlhorn*⁵ geschehen, der dabei einen Überblick über die wichtigste, vorliegende Literatur gibt. Die von ihm selbst beobachteten Fälle standen immerhin in einem Alter von 12—27 Jahren. Während man bisher häufiger im frühesten Kindesalter Sarkome beobachtet hat, so sind doch Carcinome in diesem Alter sehr selten, so daß sich die kurze Veröffentlichung eines einschlägigen Falles rechtfertigt.

Zunächst seien die wesentlichsten Angaben der Krankengeschichte mitgeteilt.

3jähriges Mädchen aus gesunder Familie. Die Eltern gaben an, daß sich von der Geburt an eine kleine Geschwulst auf dem Rücken befunden habe, die nach einem Fall 2 Monate vor der Klinikaufnahme erheblich gewachsen wäre. Das Kind normal entwickelt, in leidlichem Ernährungszustand. Über dem Kreuzbein etwas links von der Medianlinie, eine etwa apfelgroße Neubildung. Auf der Kuppe der Geschwulst eine dreimarkstückgroße Fläche gerötet, hier Fluktuation nachweisbar. Die Geschwulst selbst war von weicher Konsistenz. In ihrer Umgebung vermehrte Venenzeichnung. Die Geschwulst ist gegen die Unterlage nicht verschieblich. Rectale Untersuchung ergab, daß das Gewächs sich etwa in derselben Ausdehnung wie außen zwischen Mastdarm und Kreuzbein entwickelt hatte.

Das Röntgenbild zeigte keine Veränderungen, in Sonderheit keine Spaltbildung der Knochen.

18. III. 1927 Operation (Prof. *Nieden*). Das von einer dicken Kapsel umgebene Gewächs ist verhältnismäßig leicht freizumachen, doch reißt beim Versuch des Ablösen vom Steißbein die Geschwulstkapsel an einer Stelle ein. Aus dem Riß quellen reichliche Mengen eines weichen, rötlich-grauen Gewebes hervor. Dann wird das Gewächs von der Mastdarmhinterwand, die bis auf 6 cm Länge freigelegt werden muß, und vom Kreuzbein stumpf gelöst. Auch der obere Pol, der tief ins kleine Becken hereinreicht, läßt sich freimachen. Schließlich kann die fast mannsfaustgroße Geschwulst vollkommen entfernt werden. Heilungsverlauf regelrecht. Da der Verdacht bestand, daß das Gewächs nicht bis auf die Wurzel entfernt war, wurde am 1. IV. eine prophylaktische Röntgenbestrahlung vorgenommen.

Nach dem makroskopischen Befunde wurde das Gewächs als ein Sarkom angesprochen. Die histologische Untersuchung ergab jedoch, daß es sich um eine infiltrierend wachsende, epitheliale Geschwulst von

drüsigem Bau handelte. Gerüstgewebe war mittelreichlich vorhanden. Das Gewächs muß demnach als *Adenocarcinom* bezeichnet werden. Auf Grund der Zelleigenschaften wurde er für sehr bösartig gehalten.

Nachstehend seien einige Mikrophotographien wiedergegeben:

Die Abb. 1 zeigt einen stromareichen Abschnitt des Tumors, während auf Abb. 2 Drüsenschläuche deutlich zu sehen sind.

Somit hat es sich um ein Adenocarcinom der Steißgegend gehandelt. Man kann das Gewächs nicht als Mastdarmkrebs im gewöhnlichen Sinne bezeichnen, denn er hat ja nicht seinen Ausgang von der Schleimhaut genommen. Aber *Kraske*³ hat schon darauf hingewiesen, daß in ganz seltenen Fällen ein Mastdarmkrebs nicht von der Schleimhaut, sondern außerhalb derselben von versprengten Resten des Schwanzdarms entsteht, der beim Menschen in frühen Entwicklungszeiten vorkommt.

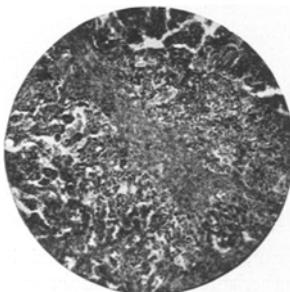


Abb. 1. Phoku-Zeiss mit 16 mm Apochrat.

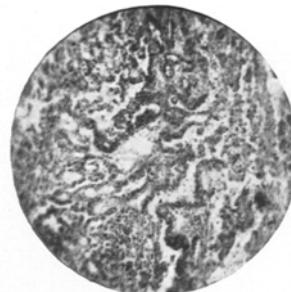


Abb. 2. Phoku-Zeiss mit 16 mm Apochromat.

Um einen derartigen Fall hat es sich bei dem Kinde zweifellos gehandelt. Die letzten großen Mastdarmkrebsstatistiken (*Mandl*⁴ und *Eickhoff*¹) erwähnen ein derartiges Vorkommen nicht. *Kraske*³ konnte es in seinem Material zweimal beobachten. Anscheinend hat auch *Galletly*² einen solchen Fall gesehen und beschrieben.

2 Monate nach der Operation kam das Kind in schlechtem Allgemeinzustand wieder in die Klinik mit einem inoperablen Rezidiv im kleinen Becken und Lymphstauung im linken Bein. Arrosion der Beckenknochen durch das Gewächs ließ sich nicht nachweisen. Es wurde eine erneute Röntgenbestrahlung vorgenommen. Kurze Zeit darauf ist das Kind zu Hause gestorben. Eine Autopsie hat nicht stattgefunden.

Literaturverzeichnis.

¹ *Eickhoff*, Beiträge zur Chirurgie des Rectums. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. **125**. — ² *Galletly, A.*, Präakrale Tumoren kongenitalen Ursprungs. Journ. of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. Empire **31**. 1924. Ref.: Zentralorg. f. Chir. **29**, 439. — ³ *Kraske, P.*, Erfahrungen über den Mastdarmkrebs. Samml. klin. Vorträge Nr. 183—184. 1897. — ⁴ *Mandl, Felix*, Über den Mastdarmkrebs. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. **168**. — ⁵ *Uhlhorn*, Über Carcinome im jugendlichen Alter. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. **193**. 1925.