

*Herrn Prof. Dr. Aebly
früher Professor in Prag.*

ZUR KENNTNISS
DER
ACCESSORISCHEN NEBENNIEREN
DES MENSCHEN.

VON

DR. H. CHIARI,
PROF. DER PATH. ANATOMIE IN PRAG.

SONDERABDRUCK AUS DER „ZEITSCHRIFT FÜR HEILKUNDE“ BD. V.
(VERLAG VON F. TEMPSKY, PRAG.)

PRAG 1884.

DRUCK DER K. K. HOFBUCHDRUCKEREI A. HAASE.



Biblioteka Główna WUM

Br.6906



000024962

ZUR KENNTNISS DER ACCESSORISCHEN NEBENNIEREN
DES MENSCHEN. ¹⁾

Von

Dr. H. CHIARI,

Prof. der pathologischen Anatomie in Prag.

(Hierzu Tafel 19. Fig. 1, 2, 3.)

Im Laufe des verflossenen Jahres hat *Marchand* im 92. Bd. des Virchow'schen Archives ²⁾ über das Vorkommen von accessorischen Nebennieren im Lig. latum uteri bei Neugeborenen und jungen Kindern berichtet. Er beschrieb daselbst in 5 Fällen den Befund kleiner, kugelig, accessorischer Nebennieren von 1—3 Mm. Durchmesser im freien Rande des breiten Mutterbandes, in unmittelbarer Nähe des Eierstockes und ausserdem in einem Falle das Vorhandensein je einer 1 Mm., resp. 1½ Mm. grossen accessorischen Nebenniere auf der rechten und linken Seite zwischen dem unteren Ende der Niere und dem Lig. latum uteri. Der erste von den 5 Fällen accessorischer Nebennieren im breiten Mutterbande betraf ein todtgeborenes, der zweite ein 3—4 Monate altes, der dritte ein neugeborenes, der vierte ein ½jähr., der fünfte ein 1½jähr. Mädchen und der Fall mit den accessorischen Nebennieren zwischen den Nieren und den Ligamentis latis einen Fötus von 5 Monaten. In allen Fällen bestanden die accessorischen Nebennieren nur aus Rindensubstanz, die sich übrigens ganz so wie normale Nebennierenrinde verhielt. *Marchand* denkt sich die Genese dieser accessorischen Nebennieren in der Art, dass eine frühzeitig abgeschnürte Zellengruppe der Nebenniere vermöge ihres innigen Zusammenhanges mit der V. spermatica interna beim Descensus der Geschlechtsdrüse und der dadurch bedingten Verlängerung der genannten Vene nach abwärts gezogen werde. Für die gewiss ganz gerechtfertigte aprioristische Vermuthung, dass aus solchen

1) Vorgetragen im Vereine der d. Aerzte in Prag am 24. October 1884.

2) p. 11. „Ueber accessorische Nebennieren im Ligamentum latum“.

aberrirten Nebennierenstückchen Geschwulstbildungen hervorgehen möchten, konnte *Marchand*, trotzdem er darauf achtete, keine Belege finden. Er neigt sich daher, da er auch bei Erwachsenen nie eine Spur derselben nachweisen konnte, vielmehr der Ansicht zu, dass diese accessorischen Nebennieren allmählig verschwinden dürften.

Durch diese Mittheilung *Marchand's* wurden sicherlich in sehr erheblicher Weise unsere früheren Kenntnisse über das Vorkommen der accessorischen Nebennieren erweitert.

Früher kannte man nämlich accessorische Nebennieren nur in der Nähe der eigentlichen Nebennieren, in deren Substanz eingebettet, an der Oberfläche der Nieren und in der Nierenrinde. So bemerkt *Rokitansky*,¹⁾ dass hirsekor-, hanfkorn- bis erbsengrosse, plattrundliche, accessorische Nebennieren in der Nähe der Nebenniere, zwischen den Strängen des Plexus solaris und renalis, in Rinde und Mark der eigentlichen Nebenniere eingeschlossen, nicht selten zugegen seien, und *Klebs*²⁾ äussert sich dahin, dass accessorische Nebennieren entweder in der Rinde der Nebenniere oder in der Nähe der Hauptdrüse lagern, oder dem oberen Ende der Niere aufliegen, in welchem letzterem Falle sie auch zwischen Kapsel und Niere, ja selbst in der Nierensubstanz eingebettet sein können.

Jetzt weiss man hingegen, dass auch relativ weit entfernt von den Nebennieren accessorische Nebennieren existiren können, dass sie speciell zwischen Niere und Ovarium eingelagert vorkommen. Und jetzt haben auch die Fortschritte in der Lehre von der Entwicklung der Nebenniere das Verständniss für diese im ersten Momente vielleicht schwerer begreiflich erscheinende Localisation accessorischer Nebennieren vollkommen geklärt, indem durch die im anatomischen Institute in Strassburg ausgeführten Untersuchungen *Janosik's*³⁾ nachgewiesen wurde, dass die Nebenniere ihren Ursprung vom Peritonäalepithel, dicht neben der Anlage der Geschlechtsdrüse nimmt, also aus dem gleichen Bildungsgewebe wie diese entsteht und lange Zeit hindurch im innigsten Zusammenhange mit der Anlage der Geschlechtsdrüse bleibt, bis dass durch die Entwicklung der Blutgefässe und die Ausbildung der definitiven Niere der Zusammenhang getrennt wird. Darnach ist es gewiss sehr leicht verständlich, dass ein ursprünglich von der übrigen Nebenniere abgeschnürter Antheil ihres Keimgewebes späterhin statt, wie es allerdings am häufigsten zu geschehen scheint, zwischen Nebenniere und

1) Lehrbuch. III. B. p. 381. 1861.

2) Handbuch. I 2 p. 566. 1876.

3) Bemerkungen über die Entwicklung der Nebenniere. Archiv f. mikr. Anat. B. XXII. p. 738. 1883.

Niere, zwischen letztere und die Geschlechtsdrüse, ja unmittelbar an die Geschlechtsdrüse, z. B. wie es in den *Marchand'schen* Befunden der Fall war, an das Ovarium, zu liegen kommt, und beim Descensus des Ovariums in die Beckenhöhle geräth.

Wenn ich mir nun im folgenden erlaube, über neuerliche Befunde von accessorischen Nebennieren zwischen den Nieren und den Geschlechtsdrüsen, die ich in der letzten Zeit machte, zu berichten, so geschieht es deswegen, weil 1. meine Fälle geeignet sind, darzuthun, *dass nicht blos bei Neugeborenen und jungen Kindern, sondern auch bei Erwachsenen derartig gelagerte accessorische Nebennieren vorkommen können*, wodurch also bewiesen wird, dass nicht, wie *Marchand* nach seiner Erfahrungin der That vermuthen konnte, solche accessorische Nebennieren mit der Zeit verschwinden müssen und weil 2., meine Fälle zeigen, *dass auch beim männlichen Geschlechte zwischen der Niere und der Geschlechtsdrüse accessorische Nebennieren eingelagert sein können*.

Ferner theile ich diese Fälle aber auch noch in der Absicht mit, an der Hand derselben die Genese einer höchst eigenthümlichen Geschwulstbildung in der Gegend zwischen Niere und Geschlechtsdrüse, welche ich vor kurzem anatomisch zu untersuchen Gelegenheit hatte, zu erörtern.

Der *erste meiner Fälle* betraf eine 30jähr. an Sepsithämia p. p. verstorbene Frau. Unterhalb der rechten Niere, circa zwei Querfinger breit unterhalb des unteren Poles derselben, fand sich im retroperitonäalen Zellgewebe, dicht an der V. spermatica interna anliegend, ein etwa erbsengrosses, rundliches Knötchen von bräunlich gelber Farbe, das sofort eben durch seine Farbe an das Aussehen der accessorischen Nebennieren erinnerte. Es stand mit kleinen Arterien und Venen in Zusammenhang und zeigte auf dem Durchschnitte ganz und gar das Bild einer nur aus Rinde bestehenden Nebenniere en miniature. Im Centrum fanden sich grössere Blutgefässe. Darauf folgte die als ein brauner Streifen sich präsentirende Pigmentzone und nach aussen von dieser die übrige Rinde. Mikroskopisch liessen sich alle 3 Zonen der Nebennierenrinde als gut unterscheidbar erkennen und besaßen die Zona glomerulosa, die Zona fasciculata und die Zona reticularis die einer gewöhnlichen Nebennierenrinde entsprechende Grössenrelation zu einander. In allen Zonen, namentlich aber in der Zona glomerulosa enthielten die Parenchymzellen zahlreiche Fetttröpfchen. An der Oberfläche des Körperchens fand sich eine von den ernährenden Blutgefässen durchbrochene fibröse Kapsel, mit der das Trabekelsystem im Inneren in Zusammenhang stand. Man hatte es darnach hier wirklich mit einer accessorischen Nebenniere unterhalb der rechten Niere zu thun. Die rechte Nebenniere selbst

war von gewöhnlicher Beschaffenheit, ebenso die linke. Eine sonstige accessorische Nebenniere wurde bei dieser Frau nirgends, auch nicht in der unmittelbaren Umgebung der eigentlichen Nebennieren, wo man dieselben doch so häufig sieht, gefunden.

In *dem zweiten Falle* handelte es sich um eine 48jähr. Frau mit hochgradiger Lungen- und Darmtuberculose. Hier lagerte rechts eine etwas über hanfkorn-grosse accessorische Nebenniere vor dem Plexus venosus spermaticus int. zwischen diesem und dem Peritonäum parietale in der Höhe der Linea terminalis des Beckens, und links fanden sich eine miliare und dicht daran eine submiliare accessorische Nebenniere im freien Rande des Lig. latum uteri, dicht unter dem Ovarium, also gerade an derselben Stelle, an der die von *Marchand* beschriebenen accessorischen Nebennieren in seinen 5 Fällen situirt waren. Sie sprangen hiebei an der vorderen Fläche des Lig. latum vor, indem sie eben näher dem vorderen als dem hinteren Peritonäal-platte lagerten. Auch in diesem Falle konnte bereits makroskopisch die Diagnose auf accessorische Nebennieren gestellt werden, was dann durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt wurde. Das Körperchen rechts zeigte die starke dunkelbraune Pigmentation nur in der centralsten Zone, die der Zona reticularis der gewöhnlichen Nebenniere entsprach, die accessorischen Nebennieren links liessen zwar auch die durch die Anordnung der Zellen gesonderten 3 Zonen wahrnehmen, doch waren die Parenchymzellen in allen diesen Zonen durchwegs ziemlich intensiv pigmentirt. Sämmtliche Körperchen waren mit einer Kapsel aus fasrigem Bindegewebe versehen. Die Präparation der beiden eigentlichen Nebennieren erwies an ihnen selbst keine weitere Abweichung, doch fand sich in der Nähe der rechten Nebenniere in dem sie umgebenden Fettgewebe eine halb erbsengrosse weitere accessorische Nebenniere.

In *dem dritten Falle* fand sich bei einem 34jähr. Manne, der mehrere accessorische Nebennieren in der unmittelbaren Umgebung der beiden sonst nicht weiter veränderten Nebennieren aufwies, eine halb erbsengrosse accessorische Nebenniere 2 Querfinger breit unter dem unteren Pole der rechten Niere ganz nahe dem Ureter und der V. spermatica interna. Diese accessorische Nebenniere zeigte mikroskopisch ganz die gleiche Beschaffenheit wie die des 1. Falles. Nur war die Fettinfiltration der Parenchymzellen besonders hochgradig entwickelt.

Der *vierte Fall* endlich bezog sich auf einen 23jähr. in Folge einer traumatischen Perforation des Pharynx verstorbenen Mann. Die accessorische Nebenniere war auf der rechten Seite situirt und zwar etwa 3 Ctm. unterhalb des unteren Nierenpoles. Sie hing gleich-

falls mit dem Plexus spermaticus int. zusammen und grenzte einerseits an diesen, andererseits an das Peritonäum parietale. Ihre Grösse war gering. Der Durchmesser betrug $2\frac{1}{2}$ Mm. Auch bei diesem Falle verdankte ich es nur der eigenthümlichen bräunlich gelben Farbe des Körperchens, dass ich dasselbe durch das Peritonäum hindurch in dem Momente, als ich die rechte Niere herausnehmen wollte, bemerkte. Ueber den mikroskopischen Befund habe ich auch hier nichts weiter zu berichten, da er sich ganz ähnlich dem im ersten und dritten Falle verhielt. Weitere accessorische Nebennieren konnten nicht gefunden werden, trotzdem ich wie in den früheren Fällen die Nebennieren und ihre unmittelbare Umgebung wie auch die Nieren daraufhin genau untersuchte. Auch in den Funiculis spermaticis waren keine anderen accessorischen Nebennieren eingeschlossen.

Aus diesen soeben beschriebenen Befunden geht hervor, dass accessorische Nebennieren zwischen Niere und Geschlechtsdrüse auch bei erwachsenen Personen und selbst Individuen reiferen Alters vorkommen können und dass sie nicht blos beim weiblichen Geschlechte, sondern auch bei Männern anzutreffen sind, welche beide Momente sich übrigens auf Grund der Publication *Marchand's* gewiss schon a priori erwarten liessen. Weiss man ja doch, dass die wahrlich nicht seltenen anderen accessorischen Nebennieren, so die in der Nähe der eigentlichen Nebennieren, auch bei erwachsenen und alten Personen nachgewiesen werden können, und liegt andererseits kein Grund dagegen vor, dass so wie mit der weiblichen Geschlechtsdrüse auch mit der männlichen ein abgeschnürter Nebennierenkeim nach abwärts sich verschieben soll.

Indem ich nun zur Schilderung der oben erwähnten eigenthümlichen Geschwulstbildung im Unterbauchraume zwischen Niere und Geschlechtsdrüse, die ich vor kurzem zu seciren in die Lage kam, übergehe, will ich gleich an dieser Stelle bemerken, dass ich sie deswegen an die voranstehende Mittheilung anreihe, weil ich der Ueberzeugung bin, *dass diese Geschwulst sich mit grosser Wahrscheinlichkeit in ihrer Genese auf eine accessorische Nebenniere zurückführen lässt* und zu erwarten sein dürfte, dass durch die folgende Auseinandersetzung vielleicht auch andere Beobachter zur genaueren Untersuchung ihnen etwa schon vorgekommener ähnlich situirt gewesener Geschwülste in dieser Richtung angeregt werden.

Den Fall secirte ich am 5. October d. J. von der Klinik des Herrn Prof. *Gussenbauer*. Er betraf einen 44jähr. Mann, der auf der genannten Klinik am 18. Februar d. J. wegen einer Geschwulst in

der rechten Hälfte des Unterbauchraumes laparotomirt worden war. Die circa mannskopfgrösse Geschwulst hatte damals zwischen der rechten Niere und dem kleinen Becken, vor dem unteren Abschnitte des M. quadratus lumborum und dem M. iliacus internus, hinter dem Coecum und dem Peritonäum parietale der Fossa iliaca interna und nach aussen von dem M. psoas gesessen und war allenthalben von einer mit der Nachbarschaft allerdings inniger zusammenhängenden Kapsel umgeben gewesen. Im Centrum hatte der eiförmige Tumor eine mächtige Höhle gezeigt, in der sich bei der Operation derselbe Inhalt ergab, wie er schon früher durch wiederholte Punctionen constatirt worden war i. e. frischeres und älteres Blutextravasat. Nach aussen von der Höhle zwischen dieser und der Kapsel fand sich dann die gegen die centrale Höhle nicht scharf abgegrenzte eigentliche Aftermasse, ein gelblich weisses medullares ziemlich brüchiges Gewebe, das auch von Hämorrhagien durchsetzt erschien. Die Operation war in der Art ausgeführt worden, dass nach der Laparotomie und Incision der vorderen Geschwulstfläche das Blutextravasat und die Aftermasse soviel als möglich ausgeräumt wurden und die Kapsel grösstentheils ausgeschnitten wurde. Behufs Anlegung einer Gegenöffnung hatte man den rechten Darmbeinteller trepaniren müssen. Das Resultat dieser schweren Operation war ein sehr gutes gewesen, indem bereits am 12. April der Patient geheilt hatte entlassen werden können. Leider trat jedoch sehr bald locale Recidive ein und konnte schon im August an der Operationsstelle wieder ein Tumor constatirt werden, der gerade so wie die ursprüngliche Geschwulst ungemein rasch wuchs und auch wieder den Patienten durch die Drucksymptome auf den Plexus cruralis und die Schenkelgefässe schwer afficirte. Als die Recidive Anfangs October abermals Mannskopfgrösse erreicht hatte, wurde am 4. October zum zweitenmal die Laparotomie ausgeführt, um die Geschwulst neuerdings zu exstirpiren. Da zeigte sich jedoch, dass dieselbe ihre frühere scharfe Begrenzung verloren hatte, dass sie bereits in die angrenzenden Theile so namentlich in die Gefässscheide der Vasa cruralia und das Mesenterium des unteren Ileum hineingewuchert war, weshalb nur Partien des Tumors entfernt werden konnten, der grösste Theil desselben hingegen zurückgelassen werden musste. Sechs Stunden nach dieser 2. Operation trat unter Collapserscheinungen der Tod ein.

Die am nächsten Tage von mir vorgenommene Section ergab hochgradigen universellen Marasmus, acutes Lungenödem, auf die 1. Operation zu beziehende partielle Verwachsungen der Viscera abdominalia, von der 2. Operation herrührendes frisches Blutextravasat in der Bauchhöhle und den nachfolgenden Befund in Bezug auf den Tumor:

An der rechten Seite der Lendenwirbelsäule vor dem M. quadratus lumborum und M. iliacus int., hinter dem Coecum und Colon ascendens und dem Peritonäum parietale der Fossa iliaca int., zwischen der stark nach aufwärts verdrängten rechten Niere und dem Lig. Poupartii lagerte eine im ganzen eiförmige Geschwulst von 22 Ctm. Länge, 14 Ctm. Breite und 16 Ctm. Dicke, welche nur zum kleineren Theile, nämlich nur nach aussen und hinten, noch mit einer Art Kapsel versehen war, sonst hingegen keine scharfe Begrenzung mehr zeigte, sondern in die benachbarten Gebilde, so in die Gefässscheide der Vasa cruralia, in die Wand des Coecum und Colon ascendens und in das Mesenterium des unteren Ileum mit zahlreichen Fortsätzen hineingewuchert war. An ihrer vorderen Fläche zeigte sie die von dem Operateur gemachte Incision, durch welche die centralen Geschwulstmassen ausgeräumt worden waren. Die noch vorhandene Aftermasse war auch wieder von gelblich weisser Farbe und medullarer Consistenz. Im Bereiche der noch mit einer Kapsel versehenen Tumorpartien grenzte an die medullare Neubildung eine ziemlich mächtige Lage fibrösen Gewebes, welches eben die Kapsel formirte, sonst verhielt sich das Neoplasma an seiner Aussenfläche vermöge seines allmäligen Ueberganges in die Nachbarschaft so wie etwa carcinomatöse Geschwülste medullaren Charakters. Diese mangelhafte Abgrenzung trat besonders dort hervor, wo die Neubildung auf anliegende Gebilde übergriffen hatte. Metastasen konnte ich nirgends finden. Mehrere kleine weissliche Herde in der rechten Niere, welche zuerst als secundäre Ablagerungen des Neoplasmas imponirten, erwiesen sich dann bei der mikroskopischen Untersuchung als junge Abscesse in der Niere, welche wohl im Anschluss an eine Cystitis catarrhalis vielleicht im Zusammenhange mit der durch die Compression des rechten Ureters bedingten Harnstauung in der rechten Niere entstanden sein mochten. Einen genetischen Zusammenhang des grossen Tumors mit irgend einem Organe des Bauchraumes, so mit der rechten Niere oder Nebenniere, war ich nicht im Stande nachzuweisen, ebensowenig wie die etwaige Entwicklung der Geschwulst aus einem bestimmten Bindegewebslager z. B. der Gefässscheide der Vasa cruralia oder dem Bindegewebe des Plexus cruralis, so dass ich zunächst diesen Tumor als einen sogenannten freien Zollgewebstumor aufzufassen mich genöthigt sah, wenn auch die selbst an der Recidivgeschwulst noch partiell wahrnehmbare Kapselbildung nicht recht mit dieser Annahme stimmen wollte.

Als ich nun die genauere histologische Untersuchung der Geschwulst und zwar sowohl der durch Herrn Prof. *Gussenbauer* gütigst

zur Verfügung gestellten Primärgeschwulst als auch der Recidive vornahm, stiess ich auf Details in der Textur der Geschwulst, welche zusammen mit anderen Momenten eben den Gedanken erweckten, es möchte diese Geschwulst auf eine accessorische Nebenniere zurückzuführen sein.

Die Hauptmasse der Geschwulst bestand aus ziemlich grossen bis 50 Mikren im Durchmesser haltenden epithelioiden Zellen mit grossen Kernen, die dicht in eine sehr zarte theils schleimige, theils feinfaserige Zwischensubstanz eingelagert waren. Dabei war das Protoplasma oft nicht scharf gegen die Zwischensubstanz abgegrenzt, so dass die Contouren der einzelnen Zelle nicht immer genau festgestellt werden konnten. Wo dies aber der Fall war, erschienen die Zellenleiber meist polygonal. Die Kerne färbten sich nach den gewöhnlichen Kern-Tinctionsmethoden sehr intensiv und zeigten dieselben, wohl entsprechend dem raschen Wachsthum der Geschwulst, zahlreiche Mitosen. Die Fig. 1 auf Taf. 19 gibt recht gut eine Ansicht der genannten Gewebsformation.

An vielen Stellen waren jedoch ausserdem noch kleinere und grössere zum Theile einen centralen Hohlraum enthaltende Gruppen von Zellen in umfänglichere Maschenräume des Zwischengewebes eingeschlossen, wodurch an solchen Stellen das Neoplasma einen drüsigen Charakter bekam. Die einzelnen Zellenindividuen in diesen Zellengruppen waren dabei meist nur undeutlich von einander getrennt, enthielten in sich hie und da bräunliches körniges Pigment und oft eine grosse Zahl von Fetttropfen, so dass das Bild derartiger Abschnitte sofort an das Aussehen von Nebennierenrinde und zwar der Zona glomerulosa oder der quergeschnittenen Zona fasciculata derselben erinnerte (vide Fig. 2 und 3 auf Taf. 19). Am reichlichsten fanden sich die Zellengruppen in der Nähe der noch erhaltenen Kapsel, während sie in den centraleren Partien des Tumors und namentlich in den in die angrenzenden Organe hineingewucherten Abschnitten der Geschwulst nur sehr spärlich waren.

Auf Grund dieses histologischen Befundes in der Geschwulst schien es mir nun zulässig, zu supponiren, dass die vorliegende Geschwulst in der That aus einer accessorischen Nebenniere hervorgegangen sein mochte, resp. aus atypisch gewuchertem Nebennierengewebe bestünde, in welchem Falle sie dann wohl als ein Carcinom derselben benannt werden müsste.

Die Gründe, welche ich, alles zusammengefasst, für diese meine Annahme vorbringen könnte, wären folgende:

1. Die Geschwulst liegt an einer Stelle, wo sich nach den neueren Erfahrungen in der That sowohl beim weiblichen als beim männlichen

Geschlechte, sowohl im Kindesalter als auch bei Erwachsenen, und wie es scheint nicht gar so selten, accessorische Nebennieren finden.

2. Die Geschwulst besass ursprünglich eine complete Kapsel, wie dies bei zellenreichen, rasch wachsenden Geschwülsten eben nur dann vorzukommen pflegt, wenn sie in einem mit einer Kapsel versehenen Organe sich entwickeln, nicht aber, wenn sie im sogenannten freien Zellgewebe entstehen. Dass die Geschwulst später in ihrer Recidive die Kapsel durchbrach und auf benachbarte Organe übergrieff, ändert natürlich nichts an der Bedeutung der Thatsache, indem das offenbar nur als ein secundäres Ereigniss bezeichnet werden muss.

3. Aus accessorischen Nebennieren entwickeln sich in der That Geschwülste, wie dies in der neueren Zeit durch die Untersuchungen *Gravit's* ¹⁾ erwiesen wurde, der darthat, dass wohl viele der sogenannten Nierenlipome nichts anderes seien, als aberrirte Nebennierenstrumen und dass aus solchen aberrirten Nebennierenkeimen i. e. accessorischen Nebennieren in der Niere auch umfänglichere zu Metastasirung führende Geschwülste dieses Organes entstehen können.

4. Der histologische Befund bei meiner Geschwulst war ein derartiger, dass er als recht ähnlich dem übrigens bisher meist nur wenig ausführlich erörterten histologischen Verhalten mancher wirklich unzweifelhaft aus Nebennierengewebe hervorgegangener Tumoren bezeichnet werden kann. So beschreibt *Klebs* ²⁾ den mikroskopischen Befund eines von ihm secirten primären Carcinoms in den Nebennieren eines 11jähr. Knaben in der Art, dass er ein in seinem Falle allerdings derbes fibröses Gerüst erwähnt, in dessen Maschenräume sehr zarte rundliche und etwas eckige Zellmassen eingelagert waren. Und ebenso erwähnt *Birch-Hirschfeld* ³⁾ von einem primären Carcinom der rechten Nebenniere bei einer 54jähr. Frau, dass die epithelialen Zellen in ziemlich regelmässiger Weise in den Alveolen eines gefässreichen Stromas eingeschlossen waren. Einigermassen stimmt auch der histologische Befund in meinem Tumor wenigstens an den die oben genannten Zellengruppen in reichlicherer Menge enthaltenden Stellen mit der von *Gravit* ⁴⁾ gegebenen allerdings mehr schlauchartige Zellengruppen zeigenden Abbildung seines aus Nebennierengewebe entstandenen Nierentumors überein, wenn man speciell berücksichtigt, dass auch in meinem Falle die Zellen der Zellengruppen zumeist Fett in sich enthielten (vide Fig. 3).

1) Die sogenannten Lipome der Niere. Virch. Arch. 93. Bd. p. 39. und Die Entstehung von Nierentumoren aus Nebennierengewebe. Arch. f. klin. Chir. XXX. B. p. 825.

2) Handbuch I, p. 580.

3) Lehrb. p. 583.

4) Virch. Arch. 93 B. Taf. III. Fig. 6.

Endlich möchte ich aber noch 5. besonders betonen, dass derartige pigmentirte und mit Fett infiltrirte Zellengruppen drüsigen Aussehens, wie sie in meiner Geschwulst sich fanden, an und für sich kaum in das Gefüge einer der anderen uns bekannten Geschwulstformen sich einreihen lassen dürften.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel 19.

FIG. 1. Schnitt von einer die Textur der Hauptmasse des Tumors zeigenden Stelle. Die Zwischensubstanz theils feinkörnig, theils feinstreifig. In den Kernen zahlreiche Mitosen.

FIG. 2 und FIG. 3. Partien des Tumorgewebes mit den im Texte erwähnten Zellengruppen. In Fig. 3 zwei derselben mit zahlreichen Fetttropfen versehen.

Sämmtliche Figuren wurden mit Reichert Obj. 8A Ocul. 3 gezeichnet.

Fig. 1.

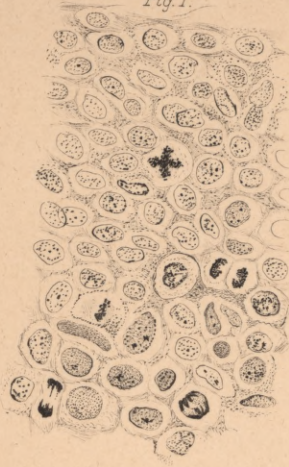


Fig. 2.



Fig. 3.



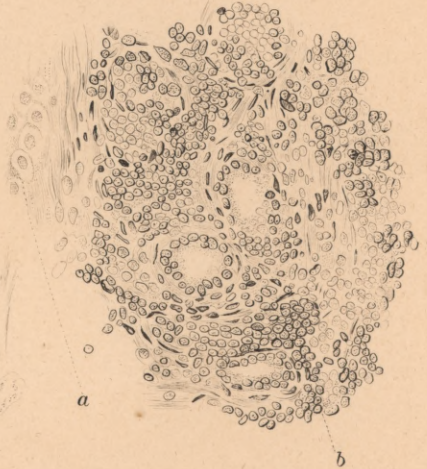
Fig. 4.



Fig. 6.



Fig. 5.



Verlag von F. Tempsky, Prag.

K. K. Hofbth. z. A. Huase, Prag.

Prof. Dr. H. Chiari: Zur Kenntniss der accessorischen Nebennieren des Menschen. Fig. 1, 2, 3 und
Dr. H. Beck: Zur Kenntniss des primären Bronchialkrebses. Fig. 4, 5, 6.



Biblioteka Główna WUM

Br.6906



000024962



www.dlibra.wum.edu.pl