

VII

Pathologisch-anatomische Mittheilungen.

Von Dr. Richard Schulz,
Prosector am herzgl. Krankenhouse zu Braunschweig.

(Hierzu Taf. VII.)

Zur Beobachtung des Herrn Dr. Völker hierselbst, welchem ich die klinischen Data verdanke, und zu meiner Untersuchung kamen die nachstehenden beiden Fälle, deren Mittheilung ihrer Seltenheit wegen mir geboten erscheint.

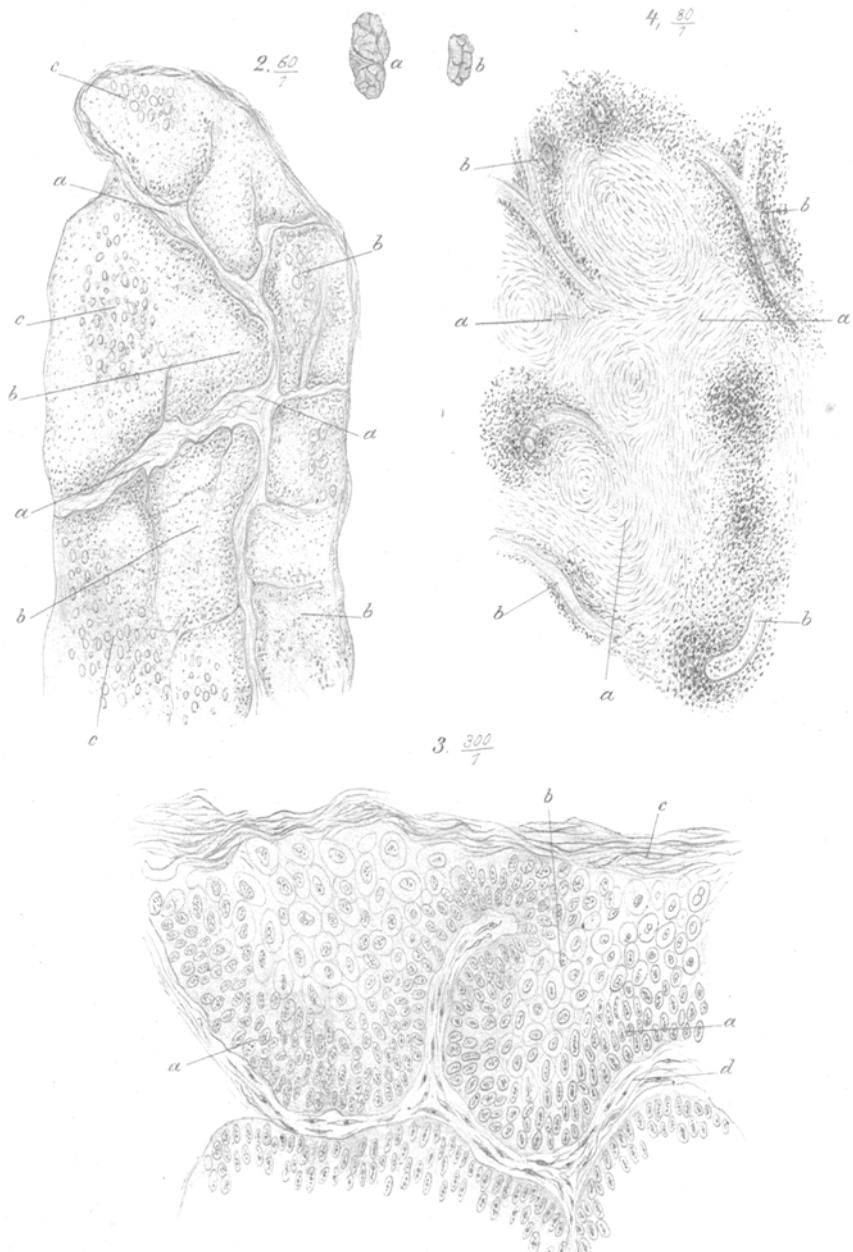
I. Embryonale Abschnürung von Epidermis.

Bei einem halbjährigen Kinde fanden sich in der rechten Achselhöhle zwei kleine, von gerötheter Haut überzogene Geschwülstchen, auf deren Spitze sich aus einer kleinen Oeffnung eine serös-eitrige Flüssigkeit entleerte. Dieselben wurden für vereiterte Atherome gehalten. Statt des erwarteten Atherominhalts sprangen bei Druck die weiter zu beschreibenden Geschwülstchen heraus. Dieselben waren von bohnenförmiger Gestalt, die grössere $\frac{3}{4}$ cm dick, $1\frac{1}{2}$ cm breit, 2 cm lang, die kleinere $\frac{1}{2}$ cm dick, 1 cm breit, $1\frac{1}{2}$ cm lang, von gelblichweisser Farbe und zeigten lappigen drüsensartigen Bau (Fig. 1 a und b, Querschnitt durch die Geschwülstchen in natürlicher Grösse). Nach Härtung in absolutem Alkohol wurden dieselben an mit Hämatoxylin gefärbten Mikrotomschnitten mikroskopisch untersucht. Statt des erwarteten Drüsengewebes (es konnte sich eventuell um adenomatöse Entartung von Talg- oder Schweißdrüsen handeln) ergab sich der überraschende Befund, dass wir es mit einer eigenthümlich gefalteten epidermisartigen Bildung zu thun hatten.

In der Mitte aller einzelnen Läppchen, von denen Fig. 2 bei 60facher Vergrösserung eines wiedergiebt, ziehen sich spärliche, wellige Bindegewebsfasern mit deutlichen Spindelzellen, spärliche, oft nur eine Capillare führend, hin (bei a, a, a). An dieselben, gewissermaassen als Stamm, lagern sich ringsum Epithelzapfen an (bei b, b, b). Zwei dieser Epithelzapfen mit einem Theil der gegenüberliegenden giebt Fig. 3 bei 300facher Vergrösserung wieder.

Dieselben gleichen bis in's Kleinste den Epithelzapfen der menschlichen Haut, wie sie sich zwischen die Papillen des Corium hineinsenken.

Wir schen bei a, a Fig. 3 mehr längliche Epithelzellen mit grossem länglichen Kern, pallisadenartig aufgestellt, die Zellen werden dann nach der Mitte des Zapfens zu grösser, von unregelmässiger Gestalt (b Fig. 3). Diese Schichten entsprechen dem Rete Malpighi der Epidermis. Nach der



Oberfläche des Läppchens zu platten sich die Zellen wieder mehr und mehr ab, sie werden schüppchenartig (Fig. 3 c). Diese Schicht entspricht dem Stratum corneum der Epidermis. In der Mitte der grösseren Zapfen und nach der Oberfläche zu erscheinen die Zellen stellenweise geschwollen, kernlos. Es kommt auf diese Weise hier eine honigwabenartige Fächerung zu Stande, ähnlich denjenigen bei der Pockenpustelbildung. Zwischen beiden besteht aber der Unterschied, dass bei der letzteren die Fächerung durch eine Transsudation zwischen die Zellen zu Stande kommt, während sie hier auf einer schleimigen Degeneration des Epithelzelleninhalts beruht. Diese Degeneration kam jedenfalls zu Stande wegen ungenügender Ernährung des Epithelzapfens, die von der oft nur einzigen Capillare in der Mitte des Läppchens nicht ausreichend besorgt werden konnte.

Nach dem Mitgetheilten kann meiner Meinung nach keine andere Auffassung Platz greifen, als dass es sich im vorliegenden Falle um eine im embryonalen Zustande stattgehabte Epidermisabschnürung mit minimalem bindegewebigem Grundstock (Fig. 2a, Fig. 3 d) handelte. Von Bestandtheilen des Corium ist nur etwas Bindegewebe vorhanden, welches gewissermaassen den Corumpapillen entspricht, ohne jedoch in der Form derselben in Erscheinung zu treten. Alle übrigen Bestandtheile des Corium, wie Talg- und Schweißdrüsen fehlen. Es handelt sich also lediglich um eine Epithelabschnürung, um einen versprengten Epithelkeim, aus welchem sich im späteren Leben, falls derselbe nicht ausgestossen wäre, eventuell eine carcinomatöse Bildung hätte entwickeln können.

II. Sarcomatöse Regeneration einer Flexorensehne.

Ein schwächlicher Arbeiter consultirte Herrn Dr. Völker wegen einer Entzündung am 4. Finger der linken Hand. Derselbe, an beiden Händen behaftet mit starker Schwielenbildung und habituell verkrümmten Fingern, zeigte den 4. Finger der linken Hand stark geschwollen und geröthet, die Haut vom 1. Interphalangealgelenk bis zur peripherischen Volarfurche der Hand ebenfalls geröthet und geschwollen, wie bei Panaritium. Bei forcirter Streckung des Fingers erschien am 1. Interphalangealgelenk ein quer verlaufender Riss, auf dessen Grunde die Sehne erschien. Ueber die Entstehung des Risses wusste Pat. nichts anzugeben, vermutlich entstand er durch Einreissen einer Schwiele. Aus dem Riss entleerte sich serös-eitrige Flüssigkeit. Durch Spaltung wurde die Sehne vom Riss ab bis zur nächsten Volarfurche der Hohlhand freigelegt, sie erschien gelblich getrübt, von normalen Dimensionen. Antiseptischer Verband. Nach einigen Tagen erschienen im Sehnengewebe feinste rosa Strichelchen (jedenfalls reichliche Capillarenent-

wicklung), welche sich nach und nach so verbreiterten, dass die Sehnenzeichnung zu Grunde ging. Ueppige Granulationen entwickelten sich und im Laufe von 14 Tagen bildete sich die zu beschreibende Geschwulst. Der Pat. wurde im ärztlichen Verein vorgestellt und bot. an diesem Abend folgendes Bild. Der 4. Finger der linken Hand stand leicht gekrümmmt, vom 1. Interphalangealgelenk erstreckte sich bis zur Hohlhand eine circa 5 cm lange, 2 cm breite, nach der Hohlhand spindelförmig zulaufende, stark vor-springende, hochrothe Geschwulst, an der Oberfläche zahllose Wärzchen, wie bei Caro luxurians, zeigend und eitrige Flüssigkeit absondernd. Die Ge-schwulst wurde allgemein für ein Granulom sarcomatösen Charakters gehalten. Der Finger wurde einige Tage später von Herrn Dr. Völker ex-articulirt und die Sehne oberhalb des Ansatzes des M. lumbric., wo sie voll-ständig normal erschien, abgeschnitten. Von dem in Alcohol. absol. gehärteten Präparat wurden von drei verschiedenen Stellen Mikrotomschnitte entnommen und mit Hämatoxylin gefärbt 1) durch die Dicke der Geschwulst, 2) durch eine Stelle, wo die Geschwulst schon strangförmig wurde, und 7 mm breit war, 3) durch eine Stelle, wo die Sehne schon annähernd normal erschien und 4 mm breit war. Auf diese Weise glaubte ich am eingehendsten die Entwicklung der Geschwulst studiren zu können.

Präparate von Stelle 3 zeigten die Querschnitte der Sehnenbündel vollständig normal, tief tingirt, glänzend und um dieselben herum spärliches Granulationsgewebe mit einzelnen Capillaren.

Präparate von Stelle 2 zeigten im Wesentlichen dasselbe Bild, nur war die Entwicklung des Granulationsgewebes eine viel reichlichere, ebenso die der Capillaren. An den Sehnenbündeln selbst zeigten sich noch keine formative Veränderungen, keine Spur von Zellen. Anders an Präparaten von Stelle 1 (Fig. 4). Hier war die Entwicklung des Granulationsgewebes eine ganz ausserordentlich massive, von zahlreichen, mit Blutkörperchen gefüllten Capillaren durchzogen. Mehr nach der Mitte der Geschwulst zu fanden sich Züge von schön entwickelten Spindelzellen (Fig. 4 a, a, a) kreuz und quer verlaufend, zwischen sich wieder Granulationsgewebe zeigend mit bald quer, bald längs durchschnittenen Capillaren (Fig. 4 b, b) versehen, um welche herum eine reichlichere Anhäufung von Rundzellen stattgefunden hatte.

Nach diesem Befunde kann es nicht zweifelhaft sein, dass wir es mit der Entwicklung eines Spindelzellensarcoms aus dem Sehnengewebe mit reichlicher, umliegender Granulationsbildung zu thun haben und scheint es mir wahrscheinlich zu sein, dass durch die Granulationsbildung mit ihrer reichen Vascularisation auf das Sehnengewebe selbst ein formativer Reiz ausgeübt wor-den ist. In Folge dieses Reizes sind die spindelförmigen Bindegewebskörperchen der Sehne zu neuem Leben erwacht und haben durch Massenproduction zu der Geschwulstbildung geführt.