

steht, finden sich nur hyaline Knorpelinseln. Diese Knorpelkerne verhalten sich also hinsichtlich ihrer Entwicklung ganz wie der ihnen verwandte Ohrknorpel, der auch erst in einer späteren Periode zu Netzknorpel wird. Eine solche Umwandlung ist aber bei dem unter pathologischen Bedingungen wuchernden Knorpel durchaus nicht nötig, da derselbe einmal durch irgend einen Reiz in stärkere Wucherung versetzt, den mehr embryonalen Charakter wohl beibehalten kann.

Enchondrome der Halsgegend, die in Folge ihres Sitzes oder Baues oder noch besser beider als aus Kiemenbogenresten hervorgegangen erachtet werden müssen, könnten wohl in Analogie der von Volkmann sogenannten branchiogenen Carcinomen¹⁾ als branchiogene Enchondrome bezeichnet werden.

2. Bemerkungen zu E. O. Samter's „Ein Beitrag zur Lehre von den Kiemengangsgeschwülsten“.

(Dieses Archiv Bd. 112 S. 70.)

(Hierzu Taf. I. Fig. 2 u. 3.)

Im Anschluss an vorstehende Mittheilung möchte ich hier auf eine von mir früher (Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. 1885. Bd. XXII. S. 406) veröffentlichte Beschreibung einer ihrem Bau nach höchst eigenthümlichen Geschwulst der linken Parotisgegend zurückkommen, da sie vor nicht langer Zeit in diesem Archiv von Samter anders gedeutet wurde, als ich es gethan hatte.

Bei Beschreibung eines Falles von recidivirender und metastasierender Cystengeschwulst der linken Halsgegend hat der genannte Forscher dieselbe zum Ausgangspunkt für eine Erörterung und Eintheilung der Kiemengangsgeschwülste nehmend auch der von mir seinerzeit veröffentlichten Fälle gedacht. Bei Besprechung meines 3. Falles glaubt derselbe annehmen zu dürfen, „dass es sich hier um ein Lymphangiöm gehandelt habe, das von den lymphatischen Elementen restirender Kiemengangsgebilde ausgegangen ist, während die Cylinderepithelauskleidung mittelst einer Art Einbruch in die Hohlräume gelangte. Diese Vorstel-

¹⁾ Centralblatt für Chirurg. 1882. S. 49. — S. a. C. H. Richard in P. Bruns, Beiträge zur klin. Chirurg. 1887. Bd. III. Heft 2.

lung würde durch die Angabe, dass sich zwischen je zwei papillomatösen Auswüchsen runde, stark glänzende Körperchen von verschiedener Grösse gefunden hätten, eine sehr starke Stütze finden, wenn nicht Zahn an einzelnen dieser Körperchen An deutungen concentrischer Schichtung bemerkt hätte.“

Eine solche Deutung meines 3. Falles kann ich weder auf Grund meiner Beschreibung der fraglichen Geschwulst, noch nach wiederholter Vornahme meiner früheren und zahlreicher neuer Präparate zulassen. Als einzige Entschuldigung für eine solche durchaus willkürliche und gesuchte Auslegung dürfte vielleicht der Umstand gelten, dass ich bei der anatomischen Beschreibung derselben (S. 406 u. 407) nicht ausdrücklich hervorhob, dass die Cyste eine uniloculäre war und dass der mikroskopische Be fund sich auf die Cystenwand bezog. Erstere Unterlassungssünde wird aber durch Fig. 2 von Taf. I, sowie durch den weiteren Umstand gut gemacht, dass ich die Geschwulst auf S. 412 zu den uniloculären Cysten rechne. Von der „Cystenwand“ spreche ich aber ausdrücklich auf S. 411 bei Besprechung der Geschwulst als solcher und da wo in der Beschreibung (S. 406) die Rede ist von einer (äusseren) Oberfläche bestehend aus einer dünnen, zarten Bindegewebsmembran und von einer Innenfläche, die (S. 408) durchweg mit einem sehr schönen grossen Cylinder epithel überkleidet ist, kann füglich doch auch nur die Cysten wand gemeint sein.

Obwohl mir nicht recht klar ist, wie man besagte Cystengeschwulst mit einem Lymphangiom verwechseln könnte, will ich doch zugeben, dass der allerdiugs sehr eigenthümliche und durch Worte schwer darstellbare Bau der Cystenwand fasslicher geworden wäre, wenn ich den zwei gegebenen Abbildungen noch eine dritte, den Gesamtdurchschnitt der Cystenwand betreffenden, beigefügt hätte. Um nun die Samter'sche Deutung ganz zu entkräften, zugleich aber auch zum besseren Verständniss der wohl bis jetzt in ihrer Art einzigen Geschwulst will ich dies hier thun.

Diese Abbildung zeigt (Taf. I Fig. 2), dass nach innen von der äusseren fibrillären Bindegewebsschicht (b) eine breite lymphatische Gewebsschicht vorhanden ist, die nur wenige Gefässe (v) erkennen lässt. Dieselbe ist aber nicht continuirlich,

wie dies bei den sonstigen Kiemengangsgeschwülsten gewöhnlich der Fall ist, sondern durchsetzt von zahllosen zumeist in senkrechter oder schiefer Richtung verlaufender bald engeren, bald weiteren, häufig sich theilenden und mitunter auch miteinander communicirenden Kanäle, die überall mit dem schönsten Cylinderepithel (e) ausgekleidet sind. In diesen Kanälen finden sich (hier nicht eingezzeichnet) die früher (a. a. O. S. 407) erwähnten „stark glänzenden Körper“ von verschiedener Grösse, die kleineren vollkommen homogen, die grösseren aber concentrisch geschichtet (Fig. 3), so dass sie „ganz wie Amyloidkörper aussehen“ ohne jedoch deren Reaction zu geben. Solche rein hyaline Kugeln kommen in Geschwülsten bekanntlich nicht gar selten vor¹⁾ und auch die concentrisch geschichteten sind in Geschwülsten epithelialer Abkunft schon mehrmals beobachtet und beschrieben worden²⁾.

Meine Annahme, „dass der drüsähnliche tubulöse Bau der Wandung durch Epithelsprossung entstanden war“ (a. a. O. S. 411), muss ich auch noch heute Samter gegenüber als richtig aufrecht erhalten. Sie stützt sich auf die Thatsachen, dass die drüsähnlichen Kanäle an vielen Orten deutliche durch Epithelsprossen bedingte Buckeln und Ausbuchtungen zeigten und dass „direct unter den Epithelien überall etwas fibrilläres Bindegewebe vorhanden ist und zwar häufig in Form einer fortlaufenden Faser, so dass es einer Membrana limitans täuschend ähnlich sieht“ (S. 407). Eine solche Membrana limitans müsste aber fehlen, wenn das Epithel durch Einbruch in Lymphgefässe gelangt und dies ausgekleidet hätte. Von erweiterten Lymphgefässen, oder von Uebergängen der drüsähnlichen Kanäle in lymphatischen Räumen ähnlichen Bildungen fand sich in meiner Geschwulst auch nicht die Spur. Wäre letzteres der Fall gewesen, so hätte ich sie nicht als einfache Cyste bezeichnen dürfen, sondern hätte sie nach dem Vorgange von Thiersch, Waldeyer u. A. Epithelialcarcinom nennen müssen, trotzdem sie nicht recidivirt ist,

¹⁾ F. von Recklinghausen, Deutsche Chirurg. 1883. Bd. 1. Lief. 2 u. 3. S. 410, 413.

²⁾ Th. Billroth, Beitr. z. path. Histol. 1858. S. 186 u. ff. — Th. Langhans, dieses Archiv. 1867. Bd. 38. S. 494. — E. Steudener, ebend. 1874. Bd. 59. S. 424. — Aoyama, ebend. 1886. Bd. 106. S. 575.

noch Metastasen verursacht hat, wie die Samter'sche Cystengeschwulst. Der Umstand, dass hier nicht wie in meinem 1. Fall in Folge der Epithelsprossung secundäre Cysten entstanden sind, ist keineswegs ein Beweis für die Unrichtigkeit meiner Vermuthung über die Entstehung des drüsähnlichen Baues der Wandung wie Samter anzunehmen geneigt ist (a. a. O. S. 82), sondern das Fehlen solcher secundärer Cysten beweist nur, dass hier die Wachstumsenergie der Epithelien durchweg grösser war, als diejenige des unterliegenden lymphatischen Bindegewebes und dass keine Schwankungen zu Ungunsten der ersten und zu Gunsten der letzteren, wodurch allein Abschnürungen und secundäre Cystenbildungen hätten zu Stande kommen können, stattgefunden haben. Vielleicht wurde dies dadurch bedingt, dass bei diesem Falle nicht wie in dem Lücke'schen und meinem ersten vor der Exstirpation der Geschwulst ein reizender Eingriff vorgenommen wurde.

3. Ueber einen Fall von Phlebectasie im rechten Vorhof.

(Hierzu Taf. I. Fig. 4.)

Phlebectasien im rechten Vorhof wurden, soviel mir bekannt bis jetzt nur einmal beschrieben und zwar von E. Wagner¹⁾. Derselbe fand bei einem 59jährigen an chronischer Lungentuberkulose und linksseitigem Pneumothorax zu Grunde gegangenem Manne „am linken Rande der Membrana foraminis ovalis eine Reihe untereinander zusammenhängender gegen erbengrosser Varices, welche durch enge Gänge untereinander zusammenhingen und ausser flüssigem Blute graugelbe ödematöse Gerinnsel, sowie einen vollkommen runden, $\frac{1}{2}$ Linie grossen, graugelben, steinarten Körper enthielten. Ein Zusammenhang der Varices mit grösseren Coronarvenenästen wurde nicht entdeckt. Am entgegengesetzten Rande der Membrana obturatoria ein rundes, $1\frac{1}{2}$ Linien im Durchmesser haltendes Loch. Gröbere Aeste der Herzgefässe normal.“

¹⁾ Arch. d. Heilk. 1861. Bd. II. S. 364.