

Patologia generale. — 14. Parla vecchio, Un caso di linfadenia aleucemica. Atti Società Italiana di chirurgia 1906 (Roma). — 15. Pichon Ramond, Epitheliom primitif de la rate. Arch. de méd. expér. 1895. — 16. Ravenna, Memorie sugli endoteliomi. Dalla Rivista Patologica 1908. — 17. Sguambati, Due endoteliomi delle vie linfatiche. Atti Società Italiana Chirurgica. Roma 1908. — 18. Tonarelli, Sopra gli endoteliomi delle ghiandole salivari. Estratto dal „Morgagni“ no. 4—5, 1903. — 19. Tusini, Sopra alcune varietà di endoteliomi. (Giubileo Durante.) Dal Istit. Chir. di Pisa 1899. — 20. Zahn, in Volkmann (Über endothel. Geschwulst.) D. Ztschr. f. Chir. 1895, Bd. 41, S. 1. — 21. Aldo-Cernezzzi, Le iperplasie, le infiammazioni croniche e i Tumori primitivi delle ghiandole linfatiche. Milano, I. Fassoti, 1907. — 22. Bruno von Willmann, Ein Beitrag zur Kasuistik der primären Lymphdrüsenkarzinome. Inaug.-Diss., München 1904.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. VI.

- Fig. 1. Durchschnitt einer Lymphdrüse der Achselhöhle. Man sieht die lymphatischen Räume, gefüllt mit neoplastischen Elementen. Das Drüsenparenchym ist an einigen Stellen erhalten. Färbung: Hämalaun-Eosin. Okul. 3, Obj. 3. Reichert.
- Fig. 2. Ein Teil der Markstränge und der Lymphräume, gefüllt mit neoplastischen Elementen; einige von diesen mit karyokinetischen Figuren. Okul. 3, Obj. 8 a.
- Fig. 3. Neoplastische Elemente, zusammengruppiert in einem Lymphraum; zwischen denselben eine typische Endothelperle. Okul. 5, Obj. 6.
- Fig. 4. Durchschnitt der Magenwand: die Zone zwischen der intakten und der von der Neoplasie durchdrungenen Schleimhaut. Okul. 3, Obj. 3.
- Fig. 5. Duodenalwand. Die Schleimhaut ist in der ganzen Ausdehnung intakt. Die Lymphräume der Submukosa sind von der Neoplasie durchsetzt. Okul. 3, Obj. 3.

Die Abbildungen wurden mit der Hellkammer von Nachet-Govi gemacht.

XXVI.

Multiple Epitheliome der Haut, mit Mischgeschwulst der Parotis.

(Aus dem Pathologischen Institute der Universität Utrecht.)

Von

Privatdozenten Dr. Th. M. van Leeuwen, Prosektor.

(Hierzu 5 Textfiguren.)

Durch die große Freundlichkeit des Kollegen Tasset, damals Assistent im Katholischen Krankenhause im Haag, wurde ich in den Stand gesetzt, eine Patientin zu sehen, welche eine ungeheure Menge Geschwülste der Haut aufwies. Diese überaus seltenen Geschwülste erregten sowohl durch ihre Anzahl als auch durch ihre Struktur großes Interesse. In der Literatur konnte ich nur 16 Fälle finden, welche dem soeben angedeutetem in klinischer und histologischer Hinsicht gleichartig zu sein scheinen.

Bei einer so geringen Frequenz verdient jeder neue Fall schon der Seltenheit wegen genau beschrieben zu werden. Dazu kommt, daß ich detaillierte Unter-

suchungen der Patientin bei Lebzeiten und nach dem Tode vorzunehmen in der Lage war und das Vorkommen einer sogenannten Mischgeschwulst der Parotis bei der Patientin sich als außerordentlich wichtig herausstellte für die Beantwortung der Frage, wozu diese merkwürdigen Geschwülste zu rechnen seien: ob zu den Endotheliomen oder zu den Epitheliomen?

Die Anamnese zeigte folgende Daten:

Frau S., 81 J., Witwe, hatte 4 Kinder, welche alle im frühen Alter gestorben sind. Pat. zeigte im Alter von 29 Jahren (also vor 52 Jahren), 5 Monate nach der ersten Entbindung, einen Tumor in der Gegend der linken Parotis, welcher in einigen Jahren zum gegenwärtigen Umfang heranwuchs.

Ungefähr in derselben Zeit entstand eine gleiche Geschwulst am Mons veneris, welche ebenso langsam wuchs.



Fig. 1. Siehe Text.



Fig. 2. Siehe Text.

Im Alter von 55 Jahren (also vor 26 Jahren) erschienen kurz nacheinander eine große Anzahl kleiner Geschwülste in der Haut, hauptsächlich am behaarten Kopfe, aber auch in Gesicht, Nacken und Körper. Die meisten blieben ganz klein, während einige langsam wuchsen.

Status praesens (April): Pat. ist gesund und für ihre 81 Jahre kräftig. In der Gegend der linken Parotis ist eine Geschwulst von ungefähr Mandarinengröße. Der Tumor ist glatt, mißt $8 \times 5 \times 4,5$ cm mit einem Umfange an der Basis von 21 cm. Die Haut über der Geschwulst ist nicht beweglich, dagegen die Geschwulst mit der Haut zusammen wohl frei-beweglich auf der Unterlage. Die Konsistenz ist ziemlich fest, mit wenigen etwas weicheren Stellen.

Am Mons veneris befindet sich eine Geschwulst, $4 \times 4 \times 5$ cm, mit glatter Oberfläche, welche auf der Unterlage beweglich ist, aber ein Ganzes mit der bedeckenden Haut, in welcher einige kleine Venen sich deutlich zeigen, bildet. Diese Geschwulst ist von fester Konsistenz.

Weiter werden eine große Anzahl Geschwülste von etwas anderem Aussehen gefunden:

1. An der linken Stirnseite, nahe der Haargrenze, rund, ± 5 cm im Durchmesser, höckerig, mit einem dünnen Stiele auf der Unterlage festsitzend. Die Konsistenz ist ziemlich fest; die Haut über der Geschwulst ist glatt.

2. Hinter dem rechten Ohre: Dieser gestielte Tumor hat eine Dimension von 15×8 cm, der Stiel von ungefähr 7×5 cm. Auch dieser Tumor ist höckerig und an der Ober-

fläche an verschiedenen Stellen exulzeriert und leicht blutend. In der die Geschwulst bedeckenden Haut sind kleine Venen deutlich zu sehen. Haare finden sich auf dem Tumor nicht vor.

3. Behaarte Kopfhaut: Hier findet man \pm 50 Geschwülste über den ganzen Kopf verbreitet, welche kleiner sind wie die früher beschriebenen, aber von demselben Typus. Ihre Größe wechselt von 5 cm bis $\frac{1}{2}$ und $\frac{1}{4}$ cm und noch kleiner. Alle liegen unter der Haut und sind beweglich sowohl gegen die bedeckende Haut als auch gegen die Unterlage. Ihre Konsistenz ist gleichmäßig fest; die Farbe ist lichtrosa. Auf den Geschwülsten werden keine Haare gefunden.

4. In Gesicht, Nacken, Hals, Rücken, Brust, Bauch, Armen und Beinen kommen unzählige kleine, hie und da nur eben fühlbare Geschwülste und Geschwülstchen vor, während nur sehr wenige von etwas größerem Umfange sind (z. B. am Rücken). Über den Geschwülsten ist die Haut eine Nuance roter als die bleiche Haut der Umgebung. Nirgends werden Haare auf den Tumoren gefunden. Die Geschwülste sind nicht schmerzhaft, weder spontan noch bei Berührung oder bei leichtem Drucke.

Aus dem Obduktionsprotokoll (im Oktober): Außer Bronchopneumonie und seniler Atrophie sind die Organe normal; namentlich werden nirgends Metastasen oder irgendwo andere Geschwülste gefunden.

Zur histologischen Untersuchung werden benutzt:

- a) zahlreiche Hautgeschwülste,
- b) Tumor der Parotis,
- c) Tumor am Mons veneris.

a) Geschwülste von Stirn, behaartem Kopfe, Rücken, Brust, Extremitäten.

(Technik: Formol, Alkohol, Toluol, Paraffin. Schnitte von 5 μ .)

Die kleinsten Geschwülstchen werden bei der mikroskopischen Untersuchung in der Nähe von größeren, zur Untersuchung ausgeschnittenen Tumoren gefunden; von den größeren Tumoren wird der an der Stirn untersucht (nur dieser wurde bei Lebzeiten der Pat. exzidiert).

Alle Geschwülste zeigen ungefähr dieselbe Struktur und Unterschiede nur in unwichtigen Einzelheiten. Die Geschwülste liegen in der Cutis. Die Epidermis und das Stratum papillare über den Geschwülsten sind normal, wo nicht die interpapillären Epithelleisten verschwunden sind, die Epidermis also durch Ausdehnung über den größeren Geschwülsten abgeplattet ist.

Zwischen dem Tumorgewebe und dem Bindegewebe der umgebenden Cutis besteht nur hie und da einige Verbindung; obgleich von Abkapselung nicht gesprochen werden darf, ist der Zusammenhang mit der Umgebung in dem Maße lose, daß wiederholt bei der Bearbeitung der Paraffindurchschnitte der Tumoranteil ausfiel. Auch die Tumoren sind meistens in toto ohne Mühe aus der Umgebung herauszunehmen. Die Geschwülste bestehen aus einem Parenchym von Zellalveolen und einem Stroma von fibrillärem, ziemlich kernreichem Bindegewebe, das in breiteren oder schmäleren Streifen zwischen den Zellalveolen sich vorfindet.

Die Zellen der Zellalveolen sind von vielfach wechselnder Größe und Form; aber in jedem Zellkomplexe besteht eine bestimmte Regelmäßigkeit: die Zellen an der Peripherie, an der Grenze des Stromas, sind kubisch und in regelmäßiger, pallisadenförmiger Reihe geordnet, während die zentrumwärts folgenden Zellen ganz unregelmäßig nebeneinander liegen, meistens etwas größer und weniger dunkel gefärbt sind.

Während bei der van Gieson-Färbung ziemlich große Alveolen im Stroma zu liegen scheinen, zeigt sich bei der Bindegewebsfärbung nach v. Bielschowsky, daß feine Bindegewebsfibrillen vom Stroma aus in die großen Zellalveolen eindringen, diese in eine Anzahl kleinerer Alveolen von ohne Zwischensubstanz aneinandergereihten Zellen zerteilend, welche jede für sich die oben beschriebene typische regelmäßige Anordnung der meist peripheren Zellreihe zeigen. Nur wenige Geschwülste aber zeigen dieses ziemlich einfache Bild unverändert: in den meisten Geschwülsten findet man nämlich mehr oder weniger starke Veränderungen, welche ein sehr eigenartiges, für diese Tumoren typisches histologisches Bild geben.

Zuerst, weil am meisten auffallend, bespreche ich die Veränderung eines Teiles des Bindegewebes, nämlich eine hyaline Degeneration. Wir sehen in der Mehrzahl der Geschwülste, daß das Stroma um die Zellalveolen bei der van Gieson-Färbung eine homogenrote Farbe annimmt, so daß alle Zellalveolen von einem roten Saume umgeben sind. Außerdem erscheinen zwischen den Zellen Kugeln und Säulen einer gleichgefärbten, homogenen Substanz. Nirgends wird irgendeine Andeutung gefunden, daß die Zellen gleiche degenerative Prozesse zeigen. Wir sind also gezwungen, anzunehmen, daß wir hier ein Degenerationsprodukt des Bindegewebes vor uns haben; und nachdem wir bewiesen haben, daß auch feinste Bindegewebsfibrillen in den scheinbar großen Alveolen vorkommen, braucht das Vorkommen der hyalinen Kugel u. dgl. zwischen den Zellnestern uns keine Schwierigkeiten zu bereiten.

Neben diesen hyalinen Änderungen des Bindegewebes kommen in einigen Geschwülsten Degenerationen anderer Art vor: hie und da entstehen in den Zellalveolen Hohlräume, offenbar durch Nekrobiose von Zellen, deren Überreste an verschiedenen Präparaten deutlich zu sehen sind (mit schwächeren Vergrößerungen bekommt man

Fig. 3. Durchschnitt durch einen kleineren Tumor des behaarten Kopfes; oben das Epithel der Haut, unten das subkutane Bindegewebe, dazwischen der Tumor, worin zwei Haarfollikelchen zu sehen sind. Vergrößerung $26\frac{1}{2}$.



Fig. 4. Detail desselben Tumors: Zellnester mit hyalinen Säumen; dazwischen Stroma. Vergrößerung 275.

den Eindruck, an diesen Stellen Drüsengewebe zu sehen). Zum Schlusse erwähne ich eine weniger häufige Degeneration von Zellen und Stroma, durch welche einige Stellen des Tumors ein homogenes Aussehen bekommen, mit nur hie und da einer Andeutung von Zellen und Stroma; eine spezifische Färbung dieses Degenerationsproduktes ist nicht zu erzielen; mit der van Gieson-Färbung zeigen diese Stellen eine leicht gelbliche Farbe.

Über das Vorkommen anderer Gewebe in den Tumoren ist das Folgende zu bemerken:

Elastische Fasern werden nur spärlich am Rande der Tumoren gefunden. In einigen der Geschwülste zeigen sich außerdem Faserknäuel, die sich nach Weigert ebenso wie Elastin färben lassen, mit

U n n a s Oreein-polychrom. Methylblau-Tannin-Methode eine blaue Farbe annehmen, also als Elacin anzusehen sind.

Haare kommen nur ausnahmsweise in einigen Geschwülsten vor. In diesen Fällen zeigen die Haare keine bemerkenswerten Änderungen: sie liegen mit ihren Talgdrüsen und Arrectores pilorum zwischen den Tumorelementen. Talgdrüsen werden nur da getroffen, wo in den oben erwähnten Fällen auch Haare gefunden werden. Die Blutgefäße im Stroma zeigen nichts Besonderes. Lymphgefäße, mit Endothelzellen, sind von verschiedener Größe im Stroma der Tumoren sehr zahlreich. Nirgends zeigt sich aber irgendwelcher Zusammenhang zwischen diesen Lymphräumen und den Tumorzellen.

b) Tumor der Parotis.

Die Parotisgeschwulst zeigt im großen ganzen dieselbe Struktur wie die oben erwähnten Hautgeschwülste: ein gleicher hyaliner Saum umgibt die Zellnester, welche auch in dieser Geschwulst an vielen Stellen zwischen den Zellen hyaline Kugeln und Säulen aufweisen. Doch bestehen einige Unterschiede:

1. In der Parotisgeschwulst ist der Anteil des Bindegewebes (Stroma) viel kleiner, die Geschwulst also relativ zellreicher; die hyalinen Säume zweier nebeneinanderliegenden Zellalveolen berühren einander an den meisten Stellen, nur stellenweise durch ein kleines Blutgefäß oder einige wenige längliche Bindegewebskerne geschieden.

2. Neben der erwähnten hyalinen Degeneration kommen andere Degenerationsprodukte viel mehr in der Parotisgeschwulst als in den Geschwülsten der Haut vor; außerdem zeigt ein Teil dieser degenerierten Stellen Verkalkung (schon makroskopisch waren diese nekrotischen, teilweise verkalkten Stellen im Tumor zu sehen).

3. Durch die ganze Geschwulst zerstreut finden sich Zellnester vor, welche zweifelsohne als Zellen epithelialer Herkunft anzusehen sind (Epithelfasern sind schon bei der van Gieson-Färbung sehr deutlich zu sehen und werden nach der Kromayer sehen Epithelfaserfärbung ebenso nachgewiesen). Im Zentrum dieser Zellnester wird öfters Verhornung leichten Grades gefunden.

Obwohl diese Epithelzellen den andern bei weitem nachstehen, sind sie doch ziemlich zahlreich. Das allmähliche Übergehen dieser Epithelzellen in die andern Tumorzellen wird öfters deutlich gesehen.

c) Die Geschwulst über der Symphysis bot in einigen Punkten Unterschiede von den oben erwähnten Tumoren der Haut dar. Der Tumor zeigte sich zugleich mit der Parotisgeschwulst sehr lange bevor die andern Tumoren sich zu entwickeln anfangen. Der Tumor war (wie die Parotisgeschwulst) breitgestielt, eins mit der überliegenden Haut, mit glatter, nicht höckeriger Oberfläche und fester sowie härter als die Hauttumoren.

Mikroskopisch zeigen sich hingegen nur Differenzen unbedeutender Art: die Zellen sind

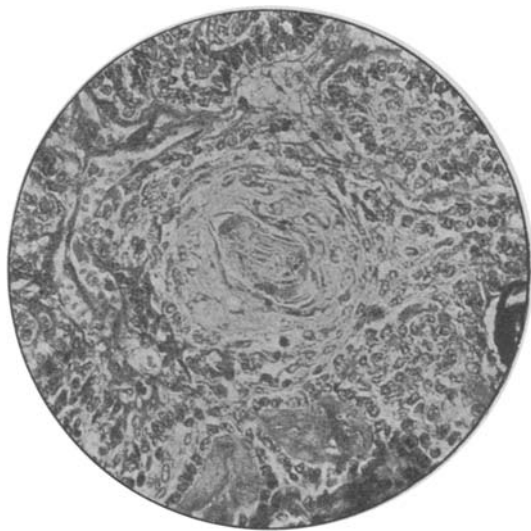


Fig. 5. Parotisgeschwulst; im Zentrum epitheliale Zellen mit Verhornung und Epithelfasern. Rechts: Übergang von diesen Zellen zu den andern Tumorzellen. Die Zellen an der Peripherie der Nester zeigen reihenförmige Anordnung; im Zentrum der unteren Nester hyaline Degeneration. Vergrößerung 275.

meistens kleiner und regelmäßig rund; sie haben die Größe und ungefähre Form von Lymphozyten; aber die Anordnung in Zellalveolen, umgeben und durchsetzt von hyalinen Massen, zwischen denen nur spärliches Bindegewebe liegt, ist die gleiche. Der Tumor hält also die Mitte zwischen den übrigen Hauttumoren und der Parotisgeschwulst: er hat weniger Stroma als erstere und weniger Degeneration als letztere; dagegen keine Zellen deutlicher epithelialer Herkunft.

Zum Schluß soll die Frage Beantwortung finden: Welcher Art sind die genannten Geschwülste?

Beim Bestimmen eines Tumors hat man zurückzugreifen: 1. auf die Histogenese; 2. auf die Morphologie; 3. auf die vergleichende Morphologie (Vergleichung mit andern Geschwülsten bekannter Art); 4. auf die Biologie (klinische Daten).

Ad 1. Schlußfolgerungen zu ziehen aus dem Verhalten zur Umgebung von Geschwülsten, welche schon viele Jahre bestanden, ist erfahrungsgemäß unmöglich. Aber auch die Untersuchung von kleinsten, möglicherweise nur seit kurzer Zeit bestehenden Tumoren ergab in dieser Hinsicht gar keine Erklärung der Entstehung: einen Übergang zwischen Endothelzellen der Lymphbahnen aus der Umgebung eines wachsenden Tumors und Geschwulstzellen habe ich nirgends sehen können; solcher scheinbare Übergang hat sich außerdem zu oft als trügerisch erwiesen, um ihn hier verwerten zu können.

In den sehr zahlreichen von mir untersuchten Schnitten konnte ich nie einen Übergang von Tumorzellen zu den Epithelzellen der Epidermis finden. Dubreuilh und Auché haben einen direkten Übergang von Epidermis- in Geschwulstzellen an einigen Stellen der von ihnen untersuchten Geschwulst, welche der von mir betrachteten überaus ähnlich ist, zeigen können; aber eine solche seltene Erfahrung an nur einigen Stellen ist für mich kein Beweis für den epithelialen Ursprung dieses Tumors. Außer von diesen Autoren ist ein gleicher Übergang in den auf Seite 337 genannten identischen Fällen nie beschrieben worden. Ebensowenig war ein Zusammenhang der Tumorzellen mit Haarfollikeln, Talg- oder Schweißdrüsen zu sehen.

Ad 2. Die Parotisgeschwulst zeigt hauptsächlich die Struktur der als „Mischgeschwülste“ beschriebenen Tumoren (wohl gibt es hier kein knorpelartiges Gewebe; aber ich bin mit Fick u. a. der Meinung, daß auch Tumoren ohne dergleichen Gewebe zu der Gruppe der Mischgeschwülste gerechnet werden dürfen).

Über die Art dieser Parotismischgeschwülste besteht noch gar keine Einstimmigkeit und wird die Behauptung, sie seien Endotheliome, in den letzten Jahren wieder kräftig seitens der Autoren, welche die Geschwülste zu den Epitheliomen rechnen, bestritten. Es gibt nun ein sehr starkes Argument, das mich nötigt, den letztgenannten Autoren mich anzuschließen und die Parotisgeschwulst zu den Epitheliomen zu rechnen, nämlich die durch den ganzen Tumor zerstreuten Zellnester, welche sich durch die Epithelfasern, Verhornung und Form zweifelsohne als von epithelialer Herkunft erweisen, während ein allmählicher Übergang zu den anders gearteten Tumorzellen der Umgebung hie und da zu sehen ist.

Von vielen Forschern ist die große Bedeutung dieser epithelialen Zellen hervorgehoben worden; z. B. konnte E. Ehrlich das Vorkommen dergleicher Zell-

nester in 10 der 20 von ihm untersuchten Parotisgeschwülste und in 4 der 6 Submaxillarisgeschwülste zeigen. Auch J. Fick betont nachdrücklich die außerordentliche Wichtigkeit dieser epithelialen Gebilde; er meint, daß alle unter den Namen „Mischgeschwülste der Speicheldrüsen“ beschriebenen Geschwülste Epitheliome seien. Ebenso kommt Krompecher auf anderem Wege zu der Schlußfolgerung, daß die sogenannten Mischgeschwülste der Parotis Epitheliome seien, nämlich Basalzellenkarzinome mit hyaliner und muzinöser Degeneration.

Von den zahlreichen andern Tumoren aus den übrigen Teilen der Haut mit ebensolcher Gewißheit wie bei der Parotisgeschwulst zu zeigen, welcher Art sie sind, ist mir nicht gelungen.

Ad 3. Zur Einteilung dieser Geschwülste bin ich also beschränkt auf die vergleichende Morphologie. Ich meine aber, dieser ausreichenden Argumente entlehnen zu können, um auch diese zahlreichen Tumoren der Haut als Basalzellenkarzinome ansehen zu dürfen.

Die Struktur vieler Hautgeschwülste ist der der Parotisgeschwulst außerordentlich ähnlich, in Form und Anordnung der Zellnester und des Stromas, in hyalinen und mucinösen Degenerationen, in Bildung von Pseudozysten usw. Diese Übereinstimmung ist eine so große, daß ich deswegen auf ihre Gleichartigkeit glaube schließen zu können. Außerdem gibt es einige Basalzellenkarzinome des Gesichtes, welche eine gleiche Struktur und gleiche Degenerationsprodukte wie die oben erwähnten Geschwülste zeigen (allerdings ohne die typisch-hyalinen Säume); bei diesen Tumoren ist aber die epitheliale Herkunft der Zellen zweifellos nachweisbar (Krompecher).

Wenn ich von der Parotisgeschwulst ausgehend, durch die vergleichende Morphologie die Art der Hautgeschwülste bestimme, verfolge ich denselben Weg, welchen Krompecher in entgegengesetzter Richtung ging, als er die Übereinstimmung mit als solche bekannten, wenn auch seltenen, hyalinen und mucinösen Basalzellenkarzinomen als Argument benutzte, um die epitheliale Herkunft der sogenannten Mischgeschwülste der Parotis zu beweisen. Auch noch andere Forscher haben eine solche Analogie hervorgehoben. So Anitschkow, der einen Tumor capillitii als eine Übergangsform zwischen Basalzellenkarzinom und Mischgeschwulst der Parotis beschreibt; ebenso Möller, Hedinger. Reitman glaubt, viele der aus der Literatur bekannten (dem meinigen ähnliche) Tumoren seien Basalzellenkarzinome; auch Dubreuilh und Auché, Nasse.

Ad 4. Die Untersuchungen bei Lebzeiten und nach dem Tode haben ergeben, daß alle erwähnten Tumoren sehr lange Zeit bestanden hatten, und ein nur äußerst langsames und beschränktes Wachstum zeigten, daß keine Metastasen bestanden, daß die Gesundheit von den zahlreichen Geschwülsten nicht geschädigt wurde: woraus zur Genüge die Gutartigkeit der Geschwülste erhellt.

Die gleichzeitige Entstehung so zahlreicher Tumoren in einem Organe (der Haut) zwingt zu der Annahme, daß alle diese Geschwülste aus versprengten Keimen sich entwickelt haben.

Vergleich mit anderweit beschriebenen Geschwülsten übereinstimmender Art.

Obwohl es sehr schwierig ist, selbst aus einer eingehenden Beschreibung sich ein richtiges Bild von dem beschriebenen zu machen — eine Beschreibung ist fast immer zugleich eine in bestimmte Richtung weisende Erklärung, die geringfügige Unterschiede in den Vordergrund treten läßt und die übereinstimmenden Punkte vernachlässigt —, während man sich aus der Prüfung von Präparaten ein viel besseres Urteil bilden kann als aus einer Beschreibung derselben, wie ja auch der Anblick einer Person einen weit nachhaltigeren Eindruck gibt als das beste Signalement¹⁾; so will ich doch nachfolgend alle Fälle aus der Literatur, die mit dem meinigen übereinstimmen, kurz aufzählen:

Autor	Anzahl der Fälle	Geschwülste kommen vor auf:
1. Nasse (1892)	1	behaartem Kopf, Nacken, Gesicht.
2. Barrett and Webster (1892)	3 (in einer Familie)	behaartem Kopf, Gesicht und Brust,
3. Mulert (1897)	1	behaartem Kopf.
4. Seitz (1898)	1	behaartem Kopf.
5. Spiegler (1899)	3(2 in einer Familie)	Haupt und Körper.
6. Aitken (1899)	1	Kopf hauptsächlich.
7. Dubreuilh and Auché (1902)	2 (in einer Familie)	Kopf hauptsächlich.
8. Haslund (1906)	1	behaartem Kopf.
*9. Koulnieff (1895)	1	Kopf, Rücken, Brust.
*10. Rafin (1896)	2 (in einer Familie).	
<u>16 Fälle.</u>		

* Diese Fälle sind mir nur aus Referaten bekannt.

Außerdem sind eine Anzahl Geschwülste beschrieben, die histologisch vollkommen den obengenannten gleichen, sich jedoch klinisch davon unterscheiden, weil sie solitär sind.

1. Nasse (1892)	1	Tumor capillitii.
2. Möller (1902)	1	Tumor capillitii (Naevus giganteus).
3. Anitschkow (1909)	1	Tumor capillitii.
4. Hedinger (1910)	1	Tumor capillitii.

Z u s a m m e n f a s s u n g.

In der Literatur ist eine Anzahl Fälle beschrieben, wonach in der Haut zahlreiche gutartige Geschwülste entstanden, die langsam sich ausbreiteten und niemals Metastasen nach sich zogen. Von vielen Autoren werden sie zu den Endotheliomen gerechnet, indes andere sie als Epitheliome bezeichnen (Dubreuilh und Auché, Nasse, Reitman).

¹⁾ Ein Beispiel hierzu: Haslund beschreibt einen Fall von „multiple Endotheliome der Kopfhaut“ und kommt zu der Schlußfolgerung, daß die Fälle von Spiegler, Mulert, Koulnieff mit dem seinen identisch sind; während Reitmann, über die gleichen Fälle sprechend, die er nur aus Beschreibungen kennt, der Ansicht ist, daß es sich hier um Basalzellenkarzinome handelt und ausdrücklich hinzufügt, daß Haslunds Geschwulst, deren Präparate er sah, kein Epitheliom ist.

Bei der von mir beobachteten Patientin fand ich außer den über den ganzen Körper verbreiteten Hautgeschwülsten (die vollkommen mit den vorhin genannten der andern Forscher übereinstimmen) die noch nicht beschriebene Verbindung mit einer Parotisgeschwulst.

Ich glaube nun mit ziemlich großer Sicherheit nachgewiesen zu haben, daß alle diese Geschwülste als gutartige Epitheliome, wahrscheinlich aus versprengten Keimen (Naevi) entstanden, anzusehen sind.

L i t e r a t u r.

A i t k e n, British med. Journ. 1899, I., S. 1533. Case of multiple Adenomata of the Skin. — A n i t s c h k o w, N. N., Zur Kenntnis der subkutanen Epitheliome der Kopfgegend. Ztbl. f. allg. Path. 1909, Bd. 20, S. 865. — B a r r e t t and W e b s t e r. British medical Journal 1892, I., S. 272. Multiple sudoriparous adenomata on the scalp and face in 3 members of the same family. — D e B e u r m a n, Tumeurs de la face et du cuir chevelu à type de cylindrome. Annal. de Dermat. 1911, S. 577. — D u b r e u i l h et A u c h é, Annal. de Dermat. 1902, III., S. 545. Epithéliomes bénins multiples du cuir chevelu. — E h r i c h, Prof. E., Zur Kenntnis der Speicheldrüsentumoren. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 51, S. 368, 1906. — F i c k, Dr. J o h., Virch. Arch. Bd. 197, S. 472, 1909. Zur Kenntnis der sog. Mischgeschwulst der Parotisgegend und zur Endotheliomfrage. — H a s l u n d, P., Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 82, 1906, S. 247. Multiple Endotheliome der Kopfhaut. — H e d i n g e r, Prof. E., Ztbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 21, S. 1041. Gutartiges Epitheliom der behaarten Kopfhaut. — K o u l n i e f f (Referat bei D u b r e u i l h et A u c h é). — K r o m p e c h e r, Dr. E., Zieglers Beitr. Bd. 44, S. 51 u. 88. Zur Histogenese und Morphologie der Mischgeschwülste der Haut sowie der Speichel- und Schleimdrüsen. — M ö l l e r, M., Naevus giganteus capillitii im Vergleich mit einigen andern Geschwulstbildungen der behaarten Kopfhaut. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 64, S. 199, 1902. — M u l e r t, D., Arch. f. klin. Chir. Bd. 54, S. 658, 1897. Ein Fall von multiplen Endotheliomen der Kopfhaut. — N a s s e, D., Arch. f. klin. Chir. Bd. 44, S. 233, 1892. Die Geschwülste der Speicheldrüsen und verwandte Tumoren des Kopfes. — R a f i n, Lyon Médical 1896, p. 15. (Referat D u b r e u i l h.) — R e i t m a n, K., Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 99, S. 125. Zur Kenntnis der Talgdrüsen und der von ihnen ausgehenden Wucherungs- und Neubildungsprozessen. — S e i t z, H., Inaug.-Diss., München 1898. Ein Fall multipler Zylindrome der behaarten Kopfhaut. — S p i e g l e r, Ed., Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 50, S. 163, 1899. Über Endotheliome der Haut.

XXVII.

Zur Kenntnis der Nebennierenzysten.

(Aus dem Pathologisch-anatomischen Institute der Universität Lemberg.)

Von

Dozenten Dr. W. N o w i c k i.

(Hierzu 3 Textfiguren.)

Unter den verschiedenartigen Nebennierenzysten gehören die aus den Lymphgefäßen gebildeten zu selten gefundenen Veränderungen. In der Literatur sind nur wenige derartige Fälle aufgezeichnet, von denen einige dazu noch unberechtigtweise den Lymphzysten zugeteilt worden sind. Ihre Seltenheit sowie ihre bis jetzt noch nicht ganz aufgeklärte Entstehungsart bestimmten mich zur Beschrei-