

Über eine Geschwulst von eigenartigem Bau (Reticuloma s. Adenoidoma)*).

Von

Dr. Witold Komocki (Warschau),

vorm. Vorstand der Anstalt für Wutschutzimpfungen, bakteriologischen und pathologisch-anatomischen Laboratoriums in Minsk.

Mit 3 Textabbildungen.

(Eingegangen am 27. Oktober 1923.)

Neubildungen der Art, wie die des nachstehenden Falles habe ich schon mehrmals angetroffen, aber in keiner von diesen war der Bau so charakteristisch wie diesmal, deshalb habe ich mich entschlossen, den Fall zu veröffentlichen.

Es handelt sich um eine Patientin des Kollegen *E. Lewenstein* (Warschau), der mir gütigst die folgende kurze Krankengeschichte übersandte.

Im Juli 1920 befragte ihn eine 67jährige Frau; sie klagte über Schmerzen und Schwellung der linken unteren Extremität. Es fanden sich enorm entwickelte Krampfadern am linken Unterschenkel und dem unteren Drittel des Oberschenkels. Die Pat. gab auch an, daß sie seit etwa 10 Jahren zuckerkrank sei. Im Oktober desselben Jahres entstanden an der medialen Seite des Beines, am Verlaufe der Venen zahlreiche sich kreuzende, fast fingerdicke Thrombosen mit einer Entzündung der umgebenden Haut. Die Körpertemperatur war deutlich erhöht. Im Verlaufe von einigen Wochen zeigte sich eine Vergrößerung der Leisten- und Oberschenkellymphknoten. Nach einigen weiteren Wochen vereiterte eine der Lymphdrüsen — etwa taubeneigroß — und eröffnete sich von selbst: es entleerte sich eine spärliche Menge schleimigen Eiters. In dieser Zeit betrug die Zuckermenge im Harn 0,5—1,5%. Der langsame Verlauf der Drüseneiterung zeigte eine gewisse Ähnlichkeit mit Tuberkulose. Im weiteren Verlaufe erweichten und zerfielen auch andere Lymphknoten derselben Gegend, und es bildeten sich kraterförmige Geschwüre mit einer Infiltration der umgebenden Haut. Gleichzeitig nahm die Haut des oberen Teiles des Oberschenkels eine elephantiasisähnliche Verdickung an. Anfang Februar 1921 war die Geschwürsfläche ungefähr handtellergroß; ihre Ränder bildeten einen den Geschwürsgrund 2 cm hoch überragenden infiltrierten Hautwall. Das Ganze machte den Eindruck einer krebsigen Neubildung. In örtlicher Betäubung wurde ein Stück des Hautwalles samt Geschwürsgrund ausgeschnitten. Makroskopisch trat eine Verdünnung der Oberhaut und eine Hypertrophie des Unterhautgewebes hervor. Der Fall war zweifellos ein inoperabler; auf Wunsch aber der Angehörigen der Pat. wurde am 1. III. operiert,

1) Der Fall wurde am 21. II. 1922 in der Warschauer med. Gesellschaft demonstriert.

obwohl man überzeugt war, daß eine vollständige Entfernung des erkrankten Gewebes ausgeschlossen sei. Das Geschwür wurde etwa 2 cm weit von seinen Rändern umschnitten; der Schnitt ging durch die ganze Dicke der Haut und des Unterhautzellgewebes bis auf die Sehnenhaut; auf diese Weise drang man 3 cm tief ein. Viel schwieriger gestaltete sich die Entfernung des Geschwürgrundes. Es war keine Spur von irgendwelchen Neubildungen der entarteten Drüsen vorhanden: stumpf vordringend, entfernte man aufgelockertes Gewebe, das keine bestimmte Begrenzung hatte. Da der Geschwürgrund genau über der Verlaufsstelle der großen Gefäße lag, sah man sich gezwungen, um diese nicht zu verletzen, nach Entfernung nur desjenigen Krankhaften, was sich ohne Nebenverletzungen entfernen ließ, die Operation abzubrechen. Im Verlaufe der ganzen Beobachtungszeit wurde keine Vergrößerung der Lymphknoten an irgendwelcher anderen Körperstelle bemerkt. Schon 2 Wochen nach der Operation sah die Wundfläche wie vorher aus: die aufgeworfenen Hautränder bildeten eine den Geschwürsgrund immer mehr überragende geschwürige Fläche, die ausgebreitete „Elephantiasis“ wurde knorpelhart, ohne sich irgendwo von der gesunden Haut scharf abzugrenzen. Im Liegen trat die Schwellung des Unterschenkels und des unteren Drittels des Oberschenkels vollständig zurück. Unter immer mehr zunehmender Kachexie starb die Pat. im Juni desselben Jahres. Die Sektion wurde von den Angehörigen verweigert.

Die in 10 proz. Formalinlösung zweimal uns zugesandten mehreren Gewebsstücke aus der Neubildung zeigten makroskopisch jedesmal dasselbe Bild: die Konsistenz war nicht sehr hart, ziemlich elastisch, die Durchschnittsfläche mäßig glänzend, von einer grau-weißen Verfärbung; wir fanden keine größeren Gefäße, Blutergüsse, nekrotische Herde und keine anderen nennenswerten Besonderheiten. Das makroskopische Bild war sehr eintönig und in allen Gewebsstücken dasselbe. Ebenso eintönig und gleichartig erwies sich das auf Grund zahlreicher Schnitte von den verschiedenen Teilen der Neubildung gewonnene *makroskopische Bild*.

Der Bau ist aus den Abb. 1 und 2 (größere und kleinere Vergrößerung) zu ersehen. Wir finden einen fast dem des retikulären Gewebes ähnlichen Bau mit

fortsatzreichen Zellen, dabei verbinden sich die Fortsätze der einen Zellen mit denen der benachbarten. Die Zellkerne haben entweder eine runde oder ovale oder wieder ganz unregelmäßige Form; es sind auch Kerne von dreieckiger Form zu sehen. Die Blutgefäße sind spärlich, sehr dünnwandig. Einige der Netzwindingen sind erweiterten Gefäßcapillaren sehr ähnlich, man trifft aber in ihren Lumen weder Erythrocyten, noch Leukocyten oder eine feinkörnige Eiweißmasse.

Die Präparate (siehe Abb. 1 u. 2) wurden mit Eisenhematoxylin und nach van Gieson gefärbt, dabei nahmen die Zellen und ihre Fortsätze eine gelbliche Verfärbung an. In den mit Haematoxylin-Eosin gefärbten Präparaten ist das Bild ähnlich; selbstverständlich mit dem Unterschied, daß die Zellen und Zellfortsätze sich intensiv mit Eosin färbten. In der Neubildung fanden sich keine elasti-

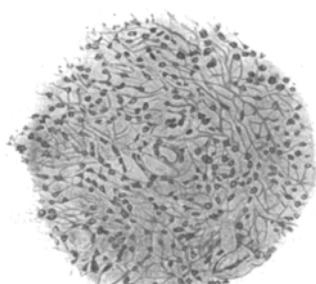


Abb. 1. Reichert Ok. 4, Obj. 4b.

schen Fasern. Nirgends, abgesehen von ganz oberflächlichen und nekrotischen Teilen der Neubildung, waren Entzündungsscheinungen, wie kleinzellige Infiltration, polynukleäre Leukocyten, nekrotische Herde, Blutergüsse zu sehen. Die zahl-

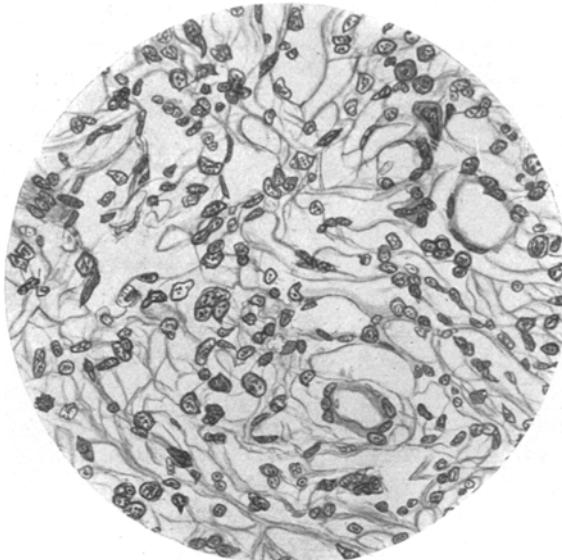


Abb. 2. Reichert Ok. 4, Obj. 7 a.

reichen Gewebsschnitte waren in ihrem mikroskopischen Bau dem in den Abb. 1 u. 2 vorgestellten ähnlich. Abb. 3 (Lupenvergrößerung) stellt einen Teil der Neubildung vor, die aus der Tiefe kommend, in das Unterhautzellgewebe und endlich in die Haut hineinwächst; die letzte ist noch nicht ganz durchwuchert. Auch in diesem Falle finden wir keine Entzündungsscheinungen; der Bau der Neubildung ist auch hier dem obenbeschriebenen ganz ähnlich.

Wir möchten bemerken, daß die in den Abb. 1 u. 2 abgebildeten Schnitte ca. 8μ dick waren.

Wenn auch einige von den Geschwulststellen viel größer waren, als die anderen, fand man sie im allgemeinen nicht häufig; von einer Polymorphie oder einer Atypie größeren Grades kann man in diesem Falle nicht sprechen.

Im Jahre 1911—1913 kamen *Jolly* und *Mollier* auf Grund ihrer Untersuchungen wieder zu der Auffassung, daß den Epithelien im Bau des lymphadenoiden Gewebes der Mandeln und der Darmschleimhaut eine große Bedeutung zukommt, da sie das Grundgewebe selbst — das retikuläre Gewebe — bilden.

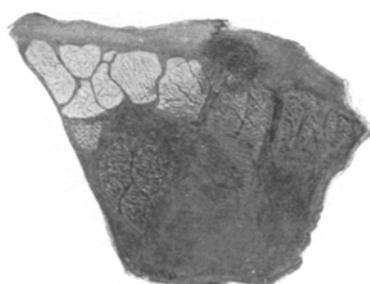


Abb. 3. Lupenvergrößerung.

Die Frage über die Beteiligung der Epithelien am Bau des lymphadenoiden Gewebes ist nicht neu, da schon im Jahre 1887/88 *Dawidoff* und *Retterer* die Lymphocyten dieses Gewebes von den Epithelien ableiteten, nämlich von den Nebenkernen der Zellen. Aber im Jahre 1891—1893 kamen *Stöhr* und *Czermack*, an der Hand ihrer Untersuchungen über die Entwicklung der Mandeln und der Darmlymphknötchen, zu einem ganz entgegengesetzten Ergebnis, nämlich, daß die Epithelien am Bau des lymphadenoiden Gewebes dieser Organe sich gar nicht beteiligen. Im Jahre 1921 beschrieb *Schmincke* in den „Zieglers Beiträgen“ einige Neubildungen der Mandeln, die nach dem Typus des retikulären Gewebes mit größerer oder geringerer Beteiligung der Lymphocyten gebaut waren. Die Untersuchungen von *Jolly*, *Mollier* und *Hartmann* in Be tracht ziehend, nennt er ebenfalls die Neubildungen: Lymphepithelioma, dabei macht er auf das diffusinfiltrierende Wachstum, weitgehende Zell- und Kernatypie aufmerksam, und spricht direkt von Carcinoma mit gewisser Beteiligung der Lymphocyten. Wenn wir die Abbildungen (die leider nicht sehr deutlich sind) in *Schminckes* Arbeit betrachten, so sehen wir wirklich ein atypisches retikuläres Gewebe; auf den Abb. 1, 2 und 4 fällt auf die sehr geringe Zahl von kleinen Zellen, die man als Lymphocyten erkennen kann.

Kürzlich — nämlich 1923 — beschrieb *P. Derigs* eine bösartige metastasierende Geschwulst des Rachens von einem ebenfalls retikulären Bau, und bezeichnete diese Neubildung: lymphoepitheliales Carcinom. Die in der Arbeit von *Derigs* angebrachten Abbildungen sind sehr undeutlich; sie zeigen ebenfalls keine größere Zahl von Lymphocyten auf.

Da die Anschauungen von *Dawidoff* und *Retterer* von seiten *Czermacks* und *Stöhrs* keine Bestätigung erfuhren, muß man in bezug auf die Arbeiten von *Jolly* und *Mollier* eine abwartende Stellung annehmen in der Hoffnung, daß die nächstfolgenden Arbeiten anderer Forscher die Sache endgültig klären werden.

Was unseren Fall anbelangt, denke ich, daß die oben beschriebene Neubildung ihren Anfang in den Leistenlymphknoten nahm; es kam nämlich zu einer blastomatösen Wucherung des retikulären Gewebes dieser Drüsen. Von irgendwelcher Beteiligung der Epithelien am Bau dieser Neubildung kann selbstverständlich keine Rede sein. Die von uns beschriebene Neubildung, wie es zu ersehen ist, wäre als eine an der Grenze zwischen gut- und bösartigen Geschwülsten zu stellen.

Für ähnliche gutartige Neubildungen dürfte die Bezeichnung Reticuloma s. Adenoidoma, für bösartige — Sarcoma reticulare s. adenoidale die beste sein.

Literaturverzeichnis.

- ¹⁾ *Czermack*, Einige Ergebnisse über die Entwicklung, Zusammensetzung und Funktion der Lymphknötchen der Darmwand. *Arch. f. mikroskop. Anat.* **42**. 1893.
—²⁾ *Dawidoff*, Untersuchungen über die Beziehungen des Darmepithels zum lymphoiden Gewebe. *Arch. f. mikroskop. Anat.* **29**. 1887. —³⁾ *Derigs*, Lymphoepitheliales Carcinom des Rachens mit Metastasen. *Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.* **244**. 1923. —⁴⁾ *Hartmann*, Neue Untersuchungen über den lymphoiden Apparat des Kaninchendarmes. *Anat. Anz.* **47**, 3/4. 1914. —⁵⁾ *Jolly*, La bourse de Fabricius et les organes lymphoepitheliaux. *Cpt. rend. de l'assoc. des anatomistes* 1911. —⁶⁾ Jahresberichte d. Anatomie und Entwicklungsgeschichte **17** (Literat. 1911, Refer. *Jollys Arbeit*). —⁷⁾ *Mollier*, Die lymphoepithelialem Organe. *Sitzungsber. d. Ges. f. Morphol. u. Physiol.*, München 1913. —⁸⁾ *Retterer*, Origine et évolution des amygdales chez les mammifères. *Journ. de l'anat. et de la physiol.* 1888. —⁹⁾ *Retterer*, Origine et developpement des plaques de Peyer chez le lapin et le cobaye. *Cpt. rend. des séances de la soc. de biol.* 1892. —¹⁰⁾ *Retterer*, Du tissu angiothelial des amygdales et des plaques de Peyer. *Mém. de la soc. de biol.* 1892. —¹¹⁾ *Schmincke*, Über lymphoepithiale Geschwülste. *Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.* **68**. 1921. —¹²⁾ *Stöhr*, Die Entwicklung des adenoiden Gewebes der Zungenbälge und der Mandeln des Menschen. *Festschr. f. Nägeli u. Kölliker* 1891. —¹³⁾ *Stöhr*, Über die Entwicklung der Darmlymphknötchen. *Arch. f. mikroskop. Anat.* **51**. 1898.
-