

Ein Beitrag zur Kenntniss der symmetrischen Tumoren der Augenlider.

Von

Dr. Ernst Wingenroth,

I. Assistenten an Dr. Gelpke's Augenklinik zu Karlsruhe i. B.

Hierzu Taf. XIII, Fig. 1—3.

Im Jahre 1895 präsentirte sich in der Sprechstunde meines Chefs, Herrn Dr. Gelpke, eine Frau mit einer ganz eigenthümlichen symmetrischen Anschwellung aller vier Augenlider. Ich hatte Gelegenheit, Ende des Jahres 1898 die Frau bei einer wiederholten Consultation und sich daran anschliessender Operation zu beobachten, und halte es der grossen Seltenheit des Falles wegen für gerechtfertigt, denselben ausführlich mitzutheilen.

Krankengeschichte.

Mitte October 1895 kam Frau K. S. zum ersten Male zur Beobachtung.

Patientin, eine 50 Jahre alte, starke, gut genährte Frau, hat zehn Geburten durchgemacht und drei Mal abortirt. Sieben Kinder von ihr leben und sind gesund, ebenso lebt ihr Mann, welcher nie krank gewesen sein soll. Aus ihrer Ascendenz kennt sie keine ähnlichen Fälle, auch weiss sie nichts von erblichen Nervenkrankheiten in ihrer Familie anzugeben. Sie selbst will auch nie erheblich krank gewesen sein. Doch gesteht sie, dass sie gern und viel Wein trinkt, was sie auch späterhin bei ihrem wiederholten Aufenthalt im Krankenhaus vollauf bewies.

Spuren von Syphilis sind bei Patientin nicht nachzuweisen. Auch fehlen sonstige Constitutionsanomalien, insbesondere irgend welche Nervenkrankheiten. Der Urin erweist sich als klar und frei von Albumen und Saccharum.

Die Anfänge ihres jetzigen Leidens will Patientin schon vor zwei Jahren wahrgenommen haben. An den vier Augenlidern, giebt sie an, seien kleine flache Anschwellungen aufgetreten, die in ganz allmählichem Wachsthum zu ihrer jetzigen Grösse gediehen seien. Auch an den oberen Extremitäten und an der Brust hätten sich aus ganz kleinen Anfängen die jetzt ziemlich prominenten Geschwülste entwickelt. Besonders danach befragt giebt Patientin an, dass eine fieberhafte Steigerung der Temperatur von ihr während der Entwicklung der Geschwülste und beim ersten Auftreten derselben nicht bemerkt worden ist. Die Frau klagt hauptsächlich darüber, dass sie nur mit grosser Anstrengung ihre Lidspalte öffnen kann, um einigermassen sich zu orientiren, und dass sie ihre Finger nicht mehr

so gut wie früher gebrauchen kann; „ihre Hände seien von Tag zu Tag steifer geworden“. Besonders ist noch zu erwähnen, dass sie die Kälte an den von dem Leiden betroffenen Körpertheilen viel heftiger als an dem übrigen Körper empfindet. Irgend welche genaueren Angaben über eine locale oder allgemeine Ursache des Wachsthums der Geschwülste weiss sie nicht anzugeben.

Befund: Am Ober- und Unterlid eines jeden Auges zeigt sich je eine Anschwellung von etwa Wallnussgrösse. Diese Anschwellungen sind gleich gross und durchaus symmetrisch. Die Lidspalten sind durch dieselben stark verengert (cf. Taf. XIII, Fig. 1). Besser als Worte illustriren die beigegebenen Photogramme die geschilderten Verhältnisse.

Die Anschwellungen fühlen sich fest und prall an und sind gegen die Knochen nur schwer, gegen den Tarsus jeweils überhaupt nicht abzugrenzen. Es macht den Eindruck, als ob das ganze Lid inclusive Tarsus in die Geschwulst einbegriffen sei. Insbesondere lässt keine der Geschwülste sich etwa über dem Tarsus mit der Haut verschieben. Eine leichte Röthung und Druckempfindlichkeit derselben fällt auf.

Die übrigen Theile der Augen, insbesondere die Conjunctiva bulbi, sind durchaus frei von irgend welchen Anomalien. Ausserdem sind sämtliche Functionen beider Augen normal.

An den Händen und Ellenbogen finden sich multiple und solitäre, leicht mit der Haut verschiebliche, flachere und prominentere Knoten und Knötchen, die hauptsächlich an den Streckseiten und hier wiederum vor Allem an den Gelenken gelegen sind, wie das beigegebene Photogramm der Hand (Fig. 3) zeigt. Daher kann Patientin nur mit Mühe ihre Finger beugen.

An sonstigen Stellen des Körpers finden sich keine Anomalien, auch nicht an den Schleimhäuten.

Einen Monat später fand Patientin sich wieder ein. Da die Geschwülste noch sichtlich an Grösse zugenommen hatten, entschloss sie sich zu der operativen Entfernung. Diese stiess auf nicht unbeträchtliche Schwierigkeiten, da sich sowohl Haut als auch Unterhautzellgewebe mit der Geschwulst vollständig verwachsen resp. verschmolzen zeigte. Besonders auffallend war, dass es nicht gelang, den Tumor glatt vom Tarsus abzulösen. Es machte den Eindruck, als ob der Tarsus ganz in den Tumor aufgegangen wäre. Wenn man nach Entfernung eines Tumors das betreffende Lid zwischen die Finger nahm, hatte man die Empfindung, eine weiche Hautfalte zwischen denselben zu haben.

Die Exstirpation ging mit einer sehr reichlichen venösen Blutung einher, die aber rasch stand, so dass Unterbindung bezw. Compression ganz überflüssig wurden. Die Geschwülste selbst schnitten sich auffallend knirschend. Auf der Schnittfläche bildeten sich schleimige Fäden, die sich bis zu $\frac{1}{2}$ m Länge ausziehen liessen. Die gallertige Menge war farb- und geruchlos.

Die quer über das Lid verlaufenden Schnittwunden wurden durch die Naht vereinigt.

Die Heilung verlief trotz grosser Unruhe der Patientin, die wohl hauptsächlich durch die ungewohnte, doch nicht ganz streng gehandhabte Abstinenz von Alkohol hervorgerufen war, glatt. Acht Tage nach der Operation wurden die letzten Suturen entfernt und Patientin konnte in ihre Heimath entlassen werden. Ihr Aussehen nach der Operation zeigt am besten das beigegebene Photogramm (cf. Taf. XIII, Fig. 2).

Lange Zeit liess Patientin, die ihren Wohnsitz ziemlich entfernt von Karlsruhe hat, nichts mehr von sich sehen, bis sie im October 1898, also etwa drei Jahre nach der Operation, wieder erschien.

Sehr interessant war der jetzige Befund. Von der früheren Verunstaltung war keine Rede mehr, da die vier Narben fast durchweg ganz fein und beinahe unsichtbar geworden waren. Nur an einigen Stellen hatten sich aus den Narben heraus kleine Geschwülste entwickelt, so besonders an der temporalen Seite der Narbe des rechten unteren und in der Mitte der Narbe des linken oberen Lides. Die Erstere war etwa haselnussgross und von fester Consistenz, die Letztere hatte eine mehr flächenförmige Gestaltung und eine Länge von $1 - 1\frac{1}{2}$ cm.

Die unteren Extremitäten, der Bauch, der Rücken, der Nacken und der Hals waren vollständig frei. Dagegen hatten sich die Geschwülste an den oberen Extremitäten sichtbar vermehrt. Solitäre und multiple, flache und mehr prominente Knoten und Knötchen waren über die ganzen Streckseiten der Arme und Hände ausgebreitet und zwar so, dass ihre Zahl am Oberarm am geringsten und an der Hand am grössten war. Wie früher zeigten sich mit Vorliebe die Gelenke befallen. Die Haut der Hände sowie die des Gesichts fühlten sich fettig an.

Das Gesicht machte im Ganzen, trotzdem die Zahl der isolirten Geschwülste eine geringe war, einen aufgedunsenen, „fetten“ Eindruck und fülte sich an manchen Stellen ziemlich hart an. Auch auf der Brust fanden sich multiple Geschwülste von flächenförmiger Gestaltung.

Patientin klagte wie früher, nur in verstärktem Masse, über lästiges Kältegefühl. Frau S. wünschte nun auch von den Nachschüben des Leidens befreit zu sein.

Es wurden vor allen Dingen die beiden solitären Knoten an den Augenlidern entfernt. Des Interesses halber, welches der Fall bot, entnahmen wir noch einige Stücke von den oberen Extremitäten, so besonders einen solitären Knoten vom rechten Daumen und ein längliches Stück aus der Nähe des rechten Ellenbogengelenkes. Die Heilung verlief, wie früher, glatt. Auch diesmal konnte constatirt werden, dass Patientin nach wie vor dem Alkohol in jeglicher Gestalt sehr ergeben war. Die exstirpirten Stücke wurden theils frisch an Zupf-, Schnitt- und Quetschpräparaten untersucht, theils in Alkohol, Müller'scher Flüssigkeit und Formol zur Härtung gebracht. Von den Stücken der primären Geschwülste, welche bei der ersten Operation im Jahre 1895 gewonnen waren, konnten noch hinreichende, gehärtete Theile zur mikroskopischen Untersuchung mit benutzt werden.

Mikroskopischer Befund: Die Stücke wurden theils nach Marchi, theils nach van Gieson, theils nach Weigert, theils mit Hämatoxylin-Eosin, theils mit Orcëin gefärbt und sämmtlich in Celloïdin eingebettet.

Die Zupf- und Schnittpräparate aus den relativ jungen, unmittelbar nach der Excision untersuchten Stücken zeigen massenhaft Fettzellen, untermischt mit glasig-schleimigem Gewebe. Nur undeutlich sind ganz feine Bindegewebszüge wahrzunehmen. Daneben finden sich viele rothe Blutkörperchen, Lymphzellen und grössere kernhaltige Zellen, die wohl als Drüsenepithelien anzusprechen sind. Zahlreiche Gefässstämchen ziehen durch das Gewebe. Nach Zusatz von Essigsäure sieht man reichliche elastische Fasern.

Die eingebetteten Stücke, welche theils den Lidtumoren, theils denen

an den Extremitäten entnommen waren, zeigen mit kleinen Unterschieden folgenden Befund:

In den meisten Schnitten lassen sich die Merkmale der äusseren Haut noch deutlich erkennen. Man sieht Epidermis, Papillen, einzelne Haare und deren Drüsen, zahlreiche Nerven und Gefässstämmchen. Die Haut ist an keiner Stelle nachweisbar stark verdickt. Das Unterhautzellgewebe hat fast überall das physiologische Aussehen verloren und bietet folgendes Bild:

In der Hauptsache theils langgestreckte, theils sehr schön sternförmige Bindegewebszellen mit langen Ausläufern in äusserst lockerer Anordnung. Dazwischen ein feines Reticulum, welches sich immer feiner und weiter verzweigt, was bei starker Vergrösserung besonders schön zu sehen ist. Zwischen diesem Reticulum kein Vacuum, sondern eine fein granulirte Masse, id est Mucin.

In allen Präparaten zwischen dem Gewebe theils einzelne grössere und kleinere Fettzellen und an einigen Stellen Fettzellen noch zu ganzen Conglomeraten vereinigt, welche das charakteristische Aussehen bei den verschiedenen Färbemethoden darbieten. Unterhalb des beschriebenen Gewebes lassen sich deutlich elastische Faserzüge wahrnehmen. Je älter der betreffende Tumor ist, desto mehr findet sich die schleimige Entartung gegen die Oberfläche hin fortgeschritten, so dass in den von den ältesten Tumoren gewonnenen Stücken von Hautpapillen nichts mehr wahrgenommen werden kann. Die Papillen sitzen an anderen Stellen theils dem pathologischen Gewebe auf, theils scheinen sie gleichsam völlig im Schleimgewebe aufgelöst.

In allen Schnitten beherbergt das Schleimgewebe massenhafte grössere und kleinere, dicht mit Blutkörperchen gefüllte Gefässe, an deren Adventitia grösstentheils eine deutliche Verdickung und Degeneration nachgewiesen werden kann.

In manchen Schnitten finden sich vereinzelte Nervenstämmchen, deren Scheide und Zwischengewebe Zeichen von Wucherung darbieten. An anderen Stellen sehen wir auch zerfallene Nervenbündel. Einige anscheinend normale Nervenstämmchen schliessen sich der im Uebrigen geringen Zahl von degenerirten an.

Sehr interessant ist das Verhalten der Muskelfasern des Orbicularis, welche grösstentheils in dem schleimig degenerirten Unterhautzellgewebe verlaufen. Sie sind an mehreren Stellen durch bindegewebige Wucherungen auseinandergesprengt und zeigen hier ein atrophisches Aussehen. Eine Degeneration fettiger oder schleimiger Natur kann auch mit starker Vergrösserung nicht nachgewiesen werden.

Auf diese relative Intactheit des Muskelapparates dürfte wohl auch die Thatsache zurückzuführen sein, dass nach der Excision der Lidtumoren die Muskelaction in keiner Weise gestört war und speciell der Lidschluss in durchaus normaler Weise stattfand.

Welche Diagnose sollen wir nach vorliegendem klinischen und mikroskopischen Befund nun stellen? Ganz abgesehen davon, dass eine strenge Classificirung derartiger Geschwülste selbst für den Anatomen zu den grossen Schwierigkeiten gehört, für den, der sich nur wenig mit derartigen Problemen befassen kann, fast unmöglich ist, glaube ich,

dass ziemlich verschiedene Auffassungen über die Deutung der hier behandelten Geschwulstform berechtigt sind.

Vor allem müssen wir uns vor Augen halten:

Es handelt sich in der Hauptsache um einen myxomatös entarteten symmetrischen Tumor aller vier Augenlider, mit welchem gleichzeitig eine multiple Tumorenbildung an anderen Körperstellen aufgetreten ist, welche ihrerseits grosse Aehnlichkeit mit den Lidtumoren bezüglich ihrer Structur und ihres Entstehens aufweist. Die Tumoren sind ohne entzündliche Erscheinungen im höheren Alter aufgetreten, haben sich langsam entwickelt und sind von Parästhesien der Haut begleitet.

Welches war nun die Grundform der myxomatös entarteten Tumoren?

Von vorn herein ausschliessen möchte ich die Diagnosen Myxödem und Akromegalie.

Als ernstlich für die Diagnose in Betracht kommend halte ich folgende drei Erkrankungen:

1. Elephantiasis,
2. Multiples Neurofibrom resp. plexiformes Neurom,
3. Multiples und insbesondere symmetrisches Lipom aller vier Augenlider.

Ich wurde auf eine Arbeit Becker's (20) hingewiesen, welcher einen Fall von Elephantiasis des rechten oberen Lides acht Fällen anderer Autoren anreihet. Alle diese Fälle zeigen eine gewisse Aehnlichkeit mit dem unseren. Besonders das Auftreten von Bindegewebe in fast allen Stadien der Entwicklung, das bei jenen beobachtet ist, erinnert sehr an unsere Geschwulst. Wir vermissen jedoch bei unserem mikroskopischen Befund durchaus die Neubildung und das das ganze Bild beherrschende häufige Auftreten von Lymphgefässen und Lymphspalten. Letzteres ist zwar nach Virchow (8) das Secundäre, erscheint jedoch nach den in der Literatur bekannt gegebenen Fällen als sehr charakteristisch. Nach Becker (cf. l. c.) kommen auch Fälle vor, welche mit erheblicher fibrillärer Neoplasie complicirt sind; hierdurch sind die Lymphräume durch derbe Bindegewebsbündel zu einem mehr oder weniger engen Lumen zusammengedrängt, ja dieselben sollen sogar ganz fehlen können. Wir konnten in unsern Präparaten kein engstes Lumen selbst nachweisen; auch fehlte durchgängig eine erhebliche Verdickung der Haut.

Gesetzt, es handle sich in unserm Fall um ein ganz atypisches Bild leichtester Elephantiasis in mikroskopischer Hinsicht, so stimmt das klinische Auftreten dieser Hyperplasien mit den in unserm Fall

beobachteten in mancher Hinsicht nicht überein und bietet sogar manche erhebliche Abweichungen.

Die Elephantiasis ist ein chronischer Entzündungsprocess. Unter schubweise auftretenden acuten Anschwellungen soll sich das Volumen der Geschwülste vergrössern, um hierauf öfters wieder zusammenzufallen. Dass dies bei unserer Patientin nicht der Fall war, erhellt aus der Krankengeschichte.

Wenn ferner in unserem Fall an manchen Stellen eine diffuse Schwellung äusserlich zu constatiren ist, wie ja hauptsächlich besonders das Gesicht einen gedunsenen Eindruck macht, so beherrschen doch das Bild die solitären Knoten und Knötchen.

Nahe liegt es auch, bei dem theilweisen symmetrischen Auftreten unserer Geschwulst daran zu denken, dass dieselbe mehr neuromatösen Charakters sei. Auch die klinisch beobachteten Parästhesien der Haut könnten zu einer solchen Annahme auffordern.

Katz (21) hat im Archiv für Ophthalmologie über einen Fall von Rankenneurom der Orbita und des oberen Lides berichtet. Abgesehen von der überwiegend myxomatösen Structur der Geschwülste in unserm Fall zeigt der mikroskopische Befund auch einige Aehnlichkeit im Allgemeinen mit dem Katz'schen Fall sowohl als auch mit dem in Lehrbüchern der pathologischen Anatomie allgemein beschriebenen Bild der Neurofibrome. Im Wesentlichen ist bei diesen hypertrophirtes Bindegewebe vorhanden, welches durch seinen grossen Gefässreichthum besonders auffällt. Ueberall aber in diesem gefässreichen Bindegewebe werden Nervenfaserbündel beobachtet, welche von concentrischem Bindegewebe umhüllt sind. Dies letztere aber ist es, was in unseren Präparaten nicht zu finden ist; vielleicht ist an manchen Stellen eine Andeutung davon vorhanden, indem das Scheiden- und Zwischengewebe an den wenigen Nervenbündeln, die beobachtet sind, Zeichen von Wucherung darbieten. Trotz wiederholter, genauer Untersuchung mittels spezifischer Färbemethoden konnte bei einer ganzen Reihe von Schnitten in dieser Beziehung kein positives Resultat erzielt werden.

Möglich wäre es ja, dass der überwiegend myxomatöse Process in unserm Fall die Schuld daran trägt, dass wir ein Bild, wie es z. B. Katz (cf. l. c.) beschreibt, heute in unserem Falle nicht mehr constatiren können.

Was jedoch das ganze mikroskopische Bild neben der myxomatösen Entartung am wesentlichsten beherrscht, das ist das Verhalten der Fettzellen in unserem Fall. Wie schon im mikroskopischen

Befunde angegeben, finden wir dieselben in den Dauerpräparaten zwar nicht in erdrückender Menge, aber immerhin aussergewöhnlich viele, darunter grössere erhaltene und kleinere zerfallene, bald in ganzen Gruppen, bald vereinzelt.

Besonders prävalirten dieselben aber bei der Untersuchung der frischen Stücke, so dass schon nach der ersten Operation im Jahre 1895 Herr Dr. Gelpke die Diagnose auf eine lipomatöse Beschaffenheit der Tumoren stellte, welche von den Herren Geh. Rath Manz und Prof. von Kahlden in Freiburg dahin ergänzt wurde, dass es sich wohl um ein schleimig entartetes symmetrisches Lipom aller vier Augenlider handle.

Nach der zweiten Operation im Jahre 1898 hatte ich selbst Gelegenheit, mich an den frischen Präparaten von dem oben geschilderten Verhalten zu überzeugen.

Im Laufe der weiteren Discussion wird sich finden, dass im Vergleich mit der Literatur der symmetrischen Lipome unser Fall in klinischer Beziehung besonders viel Aehnlichkeiten mit diesen darbietet.

Man könnte besonders bezüglich der Tumoren an den Lidern einwenden, dass es sich nicht um einen Tumor im engeren Sinn des Wortes handle, da die Wucherung ohne scharfe Grenze in den Tarsus übergeht. Sollte aber an einem gewissen Aufgehen des Letzteren in die Geschwulst nicht wiederum die myxomatöse Degeneration des ganzen Gewebes die Schuld tragen? Ganz abgesehen hiervon fanden sich aber an anderen Stellen des Körpers, wie schon erwähnt, neben diffusen plaquesähnlichen Formationen auch ganz abgegrenzte solitäre Knoten. Auch der eine recidivirende Knoten am rechten unteren Augenlid war vollständig abgegrenzt und musste ausgeschält werden. Es sind im Übrigen in der Literatur auch diffuse Lipome beschrieben worden.

Gegen die in der Literatur beschriebenen Fälle von symmetrischem Lipom der Augenlider sowohl als auch die von Myxo-Lipom ist schon eingewendet worden, dass es sich vielleicht gar nicht um Geschwülste handelte, die einen solchen Namen verdienen. Das ist aber bei einerseits so seltenen und andererseits bei Geschwulstarten, die ein so complicirtes mikroskopisches Bild darbieten, nicht zum Verwundern. Auch andere Geschwulstarten und Hyperplasien, so auch die Elephantiasis, sind in der Literatur des Öfteren nicht ganz bestimmt diagnosticirt worden (u. a. der Fall Becker's cf. loc. cit.).

Indem ich nicht bezweifle, dass auch andere Deutungen, so besonders die von mir oben näher besprochenen, der Tumoren unseres

Falles eine gewisse Berechtigung haben, so möchte ich doch nach eingehendem Studium der mikroskopischen und klinischen Verhältnisse meines Falles sowie der in Betracht kommenden Literatur mich dem Urtheil der obengenannten Herren anschliessen und annehmen, dass der Fall S. mit aller Wahrscheinlichkeit als myxomatös entartetes symmetrisches Lipom aller vier Augenlider, einhergehend mit multipler Lipomatosis an anderen Körperstellen, zu deuten ist.

Wir sehen, dass bei unserer Patientin die Geschwülste, abgesehen von häufiger vorkommenden Prädispositionsstellen der Lipome, wie obere Extremitäten und Brust (6. u. a.) an den Augenlidern aufgetreten sind, was zu den Seltenheiten gehört (1. 6. 7. u. a.).

Die Beobachtungen und Publicationen solcher und ähnlicher Fälle sind demgemäss in der Literatur sehr spärlich vertreten. Eine eingehendere Zusammenstellung aus der neuesten Zeit verdanken wir Vossius (1), welcher im Anschluss an einen selbst beobachteten Fall von echtem Lipom des oberen Augenlides ein Referat über die von anderen Autoren beobachteten ähnlichen Tumoren giebt. Daraus entnehmen wir, dass in den Lehr- und Handbüchern der Ophthalmologie sowie in der Literatur übereinstimmend der Thatsache Ausdruck gegeben ist, dass wahre Lipome der Augenlider sehr selten sind.

Vossius (cf. l. c.) hat ausser dem erwähnten keinen einschlägigen Fall gesehen. Die Durchsicht der Jahresberichte hat dies für andere Ophthalmologen wie Alexander, Dürr, Pagenstecher, Stefan u. A. ebenfalls ergeben. In dem Jubiläumsbericht der Baseler Augenheilstalt, welcher sich über 25 Jahre erstreckt, ist nur ein Fall von Lipom der Lider angeführt. Knapp erwähnt in seinem Jahresbericht 1891 einen Fall von Fibrolipom. Wicherkiewicz giebt im Jahr 1881 einen Fall, im Jahr 1883 drei Fälle und im Jahre 1886 einen Fall an. Schreiber in Magdeburg hat in den ersten elf Jahresberichten keinen Fall verzeichnet, der zwölfte enthält deren drei; ob sie histologisch untersucht sind, ist nicht angegeben. Mooren beobachtete in den fünf Lustren seiner ophthalmologischen Wirksamkeit unter 108000 Patienten 24 Mal ein Lipom der Lider.

Ich kann dem hinzufügen, dass ich in den Journalen der Gelpke'schen Klinik sowohl wie der privaten Clientel keinen derartigen Fall verzeichnet fand.

Auch in den grösseren statistischen Arbeiten über Lipom von Grosch (18), Henningsen (1), Plettner (1), Stoll (7) u. A. finden sich nur ganz vereinzelte oder gar keine Fälle von Lipom der Augenlider.

Besonders selten sind vollends symmetrische Lipome der Augenlider.

Vossius (1) weiss nur von zwei Fällen zu berichten. Auch ich habe in der Literatur keinen weiteren finden können.

Armaignac (2) beobachtete bei einem 21jährigen Mädchen in der oberen und äusseren Gegend der Orbita unter der Haut der Lider beider-

seits eine kleine, harte, bewegliche Geschwulst, welche seit der Kindheit stationär geblieben war und wahrscheinlich einem Lipom entsprach.

Dujardin (1) sah bei einer 48jährigen Frau eine seit der Geburt bestehende, vollkommen symmetrische Anomalie der oberen Augenlider. Im äusseren Drittel derselben fand sich eine weiche, mandelgrosse Geschwulst, welche leicht in die Orbita zurückzudrängen war, keine bestimmten Contouren durchfühlen liess und die er deshalb für eine abnorme Fortsetzung des Orbitalfettgewebes erklärte.

Was die schleimige Entartung der Geschwülste in unserem Fall betrifft, so betrachte ich dieselbe lediglich als interessante klinische und pathologische Zuthat, da sie ein Vorkommniss ist, das bei jedem Lipom, ja bei den meisten Geschwülsten auftreten kann.

Nach Ziegler (5) ist zwischen gallertigen, ödematösen Fibromen und Lipomen und dem, was man Myxom nennt, eine scharfe Grenze nicht zu ziehen. In Anbetracht des in unseren Präparaten so reichlich auftretenden Bindegewebes ist man wohl zu dem Schluss berechtigt, dass die Grundform der Geschwülste in unserem Fall vielleicht ein Fibrolipom gewesen sei.

Auch bei unserer Patientin können wir der Geschwulstbildung ebenso wie bei anderen Lipomen eine relative Gutartigkeit zusprechen. Wenn sich auch an den Operationsnarben wieder neue Geschwülste entwickelt haben, so kann von einer Malignität in dem Sinne wie bei wirklich bösartigen Tumoren nicht die Rede sein.

Eigentliche Beschwerden hat Patientin auch nicht von ihrer Krankheit gehabt; natürlich war, abgesehen von der Verunstaltung des Gesichtes, der einige Zeit bestehende, unfreiwillige Lidschluss sehr unangenehm. Es wurden jedoch im Verlauf der Krankheit Parästhesien der Haut beobachtet, wie sie des Näheren in der Krankengeschichte beschrieben sind. Nach Goebel (9) u. A. sollen diese Parästhesien, die sich hauptsächlich in subjectiven Kälteempfindungen an den von der Affection betroffenen Hautstellen äussern, öfters als Begleiterscheinungen der Lipome auftreten. Manche Autoren haben ihnen ganz besondere Bedeutung, vor Allem für die Aetilogie der Lipomatosis, beilegen wollen.

In Bezug auf Letztere finden sich in der Literatur eine ziemliche Anzahl von Hypothesen, wobei die symmetrischen Formen im Vordergrund des Interesses stehen. Es werden als ätiologische Momente angenommen solche congenitaler Natur, Trophoneurose (Ehrmann (4), Stoll (7), Grosch (18), Langer (10)), ererbte oder erworbene örtliche Prädisposition oder erworbene Dyskrasie, z. B. durch Abusus alcoholi, (Virchow (8)), ferner persistirende embryonale Keimanlage (Cohn-

heim (7) S. 598), Erblichkeit (Goebel (9), Blaschko (15)) und Trauma (Poulet (13)). Vossius (1) erschien es bei Erklärung seines citirten Falles möglich, dass die Geschwulst aus präformirtem Fettzellgewebe um den Nervus supraorbitalis entstanden sei. Eine ähnliche Erklärung geben Alsberg (11) und Madelung (12), welche die Frage aufwerfen, ob die ersten Lipomzellen nicht etwa von Nerven resp. vom Endoneurium herkommen und späterhin unter Umwachsung der Nerven entlang denselben in den Gefässen und Muskelscheiden weiter wachsen. Endlich versuchte Vedeler (14) als wahrscheinliche Erreger in ähnlicher Weise wie für Carcinom, Sarkom und Myxom spezifische Lipom-Protozoen nachzuweisen.

In unserem Fall liegt, so weit wir der Anamnese Glauben schenken dürfen, krankhafte vererbte Anlage nicht vor, ebenso wenig litt Patientin nach Anamnese und Untersuchungsbefund an Lues; ferner hat Trauma nicht stattgefunden. Dagegen bleibt uns als immerhin nicht zu verachtendes ätiologisches Moment der Abusus alcoholi vielleicht in Verbindung mit anderen dyskrasischen Momenten, die sich unserer Beobachtung entziehen. Wir können daher als ätiologisches Moment erster Kategorie mit einiger Wahrscheinlichkeit den Abusus alcoholi (cf. Krankengeschichte) bezeichnen, und als solches zweiter Kategorie eine auf Grund desselben entstandene Trophoneurose.

Wie sich die Lipome an den Lidern speciell entwickelt haben, darüber können wir nur Muthmassungen äussern.

Entweder entwickelten sie sich im orbitalen Theil der Lider und schoben sich dann keilförmig jeweils nach der Lidspalte vor, oder aber wir geben den vielen Talg- und Schweissdrüsen die Schuld, indem wir annehmen, dieselben seien in Folge Störung der Innervation im Sinne einer Secretverminderung die eigentlichen Urheber, oder ferner denken wir an präexistirende Keime, und endlich an die Entstehung aus dem Endoneurium. Ich möchte eine stricte Entscheidung zu Gunsten einer dieser Erklärungen nicht fällen.

Um kurz zu recapituliren, so haben wir es in dem Fall Frau S. zu thun mit einer theils symmetrisch an den Lidern, theils allgemein multipel auftretenden Geschwulstart oder Gewebshyperplasie, welche ein sehr complicirtes mikroskopisch-histologisches Bild darbietet, bei dessen Betrachtung zumeist die myxomatöse Entartung auffällt. Die Deutung ist nicht leicht und es stehen mehrere Diagnosen offen, nämlich:

1. Elephantiasis leichteren Grades,
2. Multiples Neurofibrom oder plexiformes Neurom,

3. Myxomatös entartetes symmetrisches Lipom aller vier Augenlider und multiple Lipombildung an anderen Körperstellen.

Das klinische Auftreten und der Verlauf des Falles, die zumeist für die letztgenannte Diagnose sprechen, sowie der mikroskopische Befund, besonders der bei den im frischen Zustand untersuchten Stücken der Geschwülste bestimmt mich, wie des näheren ausgeführt, diese mit einer gewissen Reserve allerdings zu acceptiren.

Ich reihe somit den Fall S. in die Literatur über die symmetrischen Tumoren der Augenlider ein als myxomatös entartetes symmetrisches Lipom aller vier Augenlider.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Chef, Herrn Dr. Gelpke in Karlsruhe, für die gütige Ueberlassung des hochinteressanten Falles, sowie ihm und meinem verehrten Lehrer, Herrn Prof. Greeff in Berlin, für gütigst ertheilten Rath bei Bearbeitung desselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

- 1) Vossius, Ein Fall von echtem Lipom des oberen Augenlides. Bericht üb. die XXIV. Versammlung der ophthalm. Gesellschaft Heidelberg 1895.
- 2) Armaignac, Tumeurs lipomateuses symétriques probablement congénitales aux deux paupières supérieures. *Revue clin. d'Oculiste.* p. 153. 1892.
- 3) Michel, Krankheiten der Lider. *Graefe-Saemisch.* Bd. IV.
- 4) Ehrmann, Ueber multiple symmetrische Xanthelasmen und Lipome. *Beitr. zur klin. Chirurgie von Bruns.* IV. 2. 1889.
- 5) Ziegler, *Lehrbuch der allgemeinen pathol. Anatomie.* Jena 1892.
- 6) Thoma, *Lehrbuch der allgemeinen pathol. Anatomie.* 1894.
- 7) Stoll, Beiträge zur Casuistik der Lipome. *Beitr. zur klin. Chir.* VIII. 3. 1892.
- 8) Virchow, Die krankhaften Geschwülste. Bd. I.
- 9) Goebel, Multiple Lipome. *Centrabl. f. allgem. Pathologie.* 1892.
- 10) Langer, Zur Casuistik der multiplen symmetrischen Lipome. *Arch. f. klin. Chirurgie.* XVI. 4. 1893.
- 11) Alsberg, Ueber Neurolipome. Ein Beitrag zur Kenntniss der falschen Neurome. *Inaug.-Diss.* Berlin 1892.
- 12) Madelung, Ueber den Fetthals. *Langenbeck's Arch.* Bd. XXXVII.
- 13) Poulet, Mémoire sur les lipomes acquis de la main et des doigts. *Revue de chir.* VI. 8. 1886.
- 14) Vedeler, Das Lipomprotozoon. *Centralblatt für Bakteriologie* XIX. 8. 1896.
- 15) Blaschko, Eine seltene erbliche Lipombildung. *Virchow's Arch.* CXXIV. 1. 1891.
- 16) Koettnitz, Ueber symmetrisches Auftreten von Lipomen. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* XXXVIII. 1. 1893.
- 17) v. Kahliden, Technik der histologischen Untersuchung pathologisch-anatomischer Präparate. 1895.
- 18) Grosch, Studien über das Lipom. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* XXXVI. 1887.
- 19) Schulz, Ueber die chemische Zusammensetzung des Lipoms. *Arch. für die ges. Physiologie.* LV. 5 u. 6. 1893.
- 20) Becker, Beitrag zur Kenntniss der Augenlidtumoren. *v. Graefe's Arch. f. Ophthalm.* XLI. 13.
- 21) Katz, Ueber ein Rankenneurom der Orbita und des oberen Lides. *v. Graefe's Arch. f. Ophthalm.* XLV. 1.



I.



II.



III.

Lichtdruck von C. G. Röder, Leipzig.