



Zur
Casuistik der Pseudoleukaemie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät
der Königl. Universität zu Greifswald

am

Freitag, den 29. Oktober 1886

Mittags 12 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Curt Tiegs

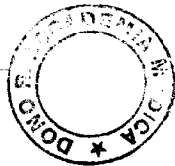
aus Pommern.

Opponenten:

Herr Drd. Ludwig Schmidt.

„ Carl Faber, cand. med.

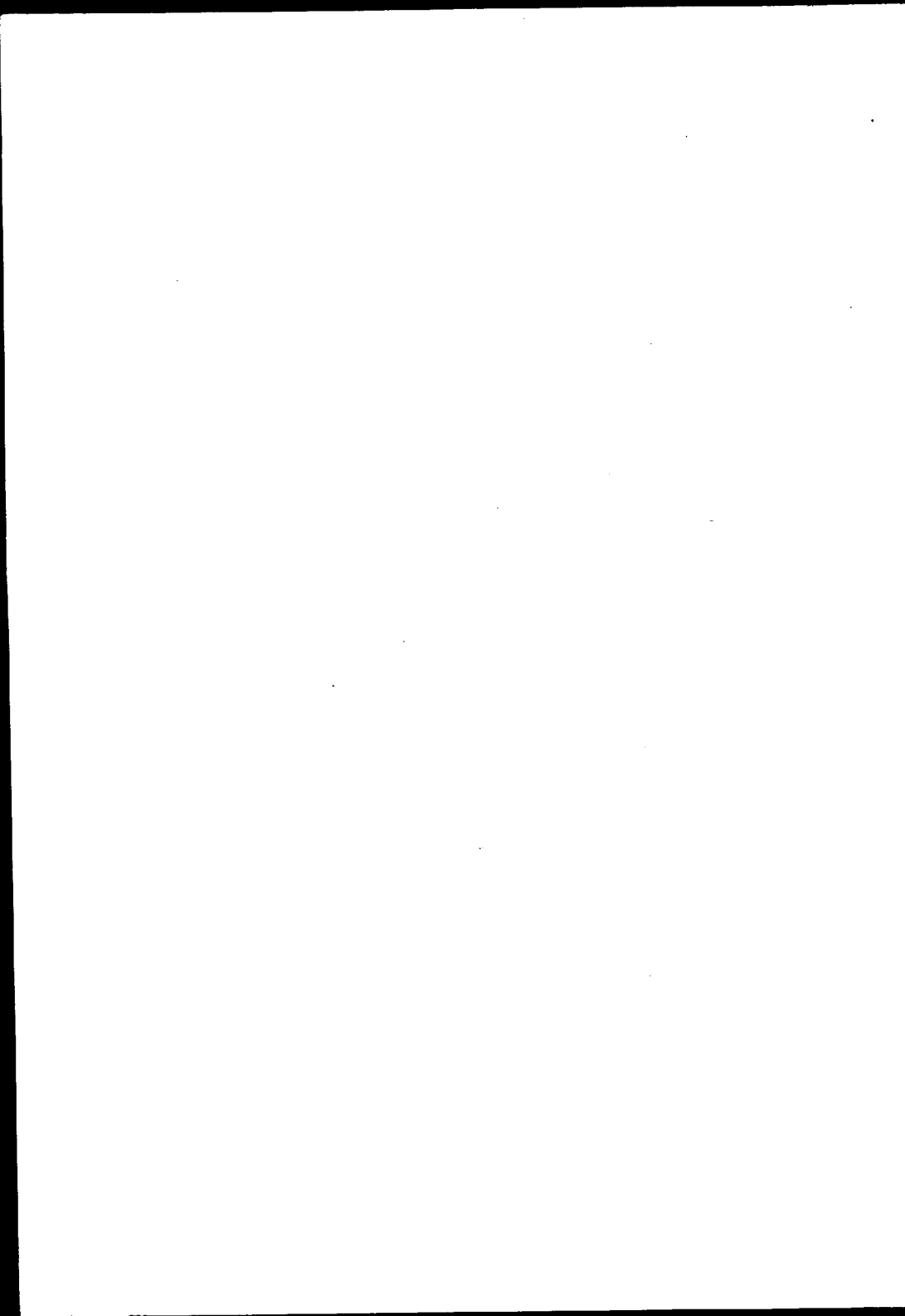
„ Wilhelm Guischar, cand. med.



Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1886.



Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Bevor ich das eigentliche Gebiet der Pseudoleukämie betrete, scheint es mir angemessen zu sein, zunächst einige geschichtliche Daten von der Leukämie zu erwähnen und über das Wesen dieser hochinteressanten Krankheit einen kurzen Ueberblick zu geben; denn da beide Krankheiten in so vielen Punkten dieselben Erscheinungen darbieten, und da uns das Wesen der Pseudoleukämie erst durch die Entdeckung der Leukämie bekannt geworden ist, so glaube ich mich um so mehr hierzu berechtigt.

Die wissenschaftliche Geschichte der Leukämie beginnt mit dem Jahre 1845, in welchem Virchow zuerst einen derartigen Fall veröffentlichte und denselben in richtiger Weise erklärte, indem er die im leukämischen Blute vorkommenden und die Krankheit charakterisirenden Körperchen für weisse Blutkörperchen hielt. Zwar finden wir bereits in der älteren Literatur Mittheilungen, die wir gegenwärtig mit Sicherheit auf die Leukämie beziehen müssen, indessen waren sämmtliche Autoren und Beobachter vor Virchow weit davon entfernt, das eigentliche Wesen der Krankheit erkannt zu haben. Theils stellte man sich zufrieden, den Befund eigenthümlich entfärbten Blutes neben Hypertrophie der Milz und

der Lymphdrüsen zu constatiren, theils verkannte man selbst bei mikroskopischer Untersuchung des Blutes, dass die Zellen, deren enorme Anzahl die weisse Farbe des Blutes bedingte, identisch seien mit den farblosen Blutkörperchen, die normaler Weise im physiologischen Blute sich befinden.

Gerade zu derselben Zeit nun, als Virchow den ersten Fall von Leukaemie veröffentlichte und mit Sicherheit den Nachweis lieferte, dass es weisse Blutkörperchen seien, welche die abnorme Beschaffenheit des leukämischen Blutes bedingten, theilte Bennet in Edinburgh gleichfalls einen ähnlichen Fall mit und erklärte die Veränderung aus einer Eiterung des Blutes (*suppuration of the blood*), welche auch unabhängig von lokaler Entzündung im ganzen Circulationssystem stattfinden könne. Auf diese Weise entstanden Prioritätsstreitigkeiten zwischen den beiden Autoren, die selbstverständlich zu Gunsten Virchow's enden mussten, da nur er sich auf der richtigen Fährte befand. Er selbst sagt über die Prioritätsangelegenheit in seinem Werke „die krankhaften Geschwülste“ folgendes: „Es ist unrichtig, wenn noch neuere Autoren die Entdeckung als eine gleichzeitige zwischen Bennet und mir theilen. Weder Bennet noch ich haben den ersten Fall von Leukämie beobachtet; als wir aber fast gleichzeitig in die Lage kamen, einen derartigen Fall zu sehen, da hielt Bennet den seinigen für eine Eiterung des Blutes — Pyämie — und erst sechs Jahre später, nachdem ich den meinigen sofort für weisses Blut —

Leukämie — erklärt, nachdem ich ferner in einer Reihe von Artikeln die Doctrin allmählich entwickelt hatte, da nahm auch er diese Doctrin an.“

Aus allem Angeführten geht hervor, dass Virchow allein das grosse Verdienst, die Leukämie entdeckt zu haben, gebührt, und ein Streit darüber kann heute nicht mehr existiren. Er ist es auch gewesen, welcher die Pathologie der Leukämie zunächst weiter förderte, indem er im Jahre 1853 mehrere Fälle publicirte, nach denen er zwei Formen der Leukämie unterschied, eine lienale und eine lymphatische, je nachdem in dem einen Falle die Milz, in dem andern Falle die Lymphdrüsen der Ausgangspunkt der Leukämie waren, und das Blut von ihnen aus sich nach und nach veränderte.

Unter derartigen Umständen wurde das Interesse der Aerzte für die neuerkannte Krankheit immermehr erweckt, und das klinische Bild derselben nach und nach vervollständigt. Prof. Vogel in Giessen stellte zum ersten Male die Diagnose der Leukämie bei einem seiner Patienten, und mit der Zeit sammelte sich eine reiche Casuistik klinisch genau beobachteter Fälle an. Schreiber wies nach — was in pathologisch-anatomischer Hinsicht von Wichtigkeit war — dass auch die Darmfollikel zuweilen dieselben Veränderungen in der Leukämie zeigen, die man am auffälligsten an den äusseren Lymphdrüsen antrifft. Ferner wies Friedreich nach, dass die leukämische Neubildung sich nicht auf die lymphatischen Organe allein beschränke, sondern

sich auch auf die Leber, Nieren, Pleura etc. erstrecken könne. Auch die pathologische Chemie arbeitete eifrig an der Erforschung dieser interessanten Krankheit mit; doch es würde mich zu weit führen, wollte ich sämtliche Resultate des Genaueren erörtern. Besondere Erwähnung verdient noch die Entdeckung von E. Neumann, der schon früher die physiologische Bedeutung des Knochenmarkes für die Blutbildung erkannt hatte, dass dasselbe in der Leukämie ebenfalls von hoher Bedeutung sei, und nachdem diese Thatsache von Waldeyer u. A. bestätigt war, sah man sich veranlasst, neben der lienalen und lymphatischen noch eine myelogene Form der Krankheit anzuerkennen. „Auch nach klinischer Seite hin“, sagt Birch-Hirschfeld, „sind in neuester Zeit durch Herrn Geheimrath Mosler, der überhaupt durch seine vielseitigen und gründlichen Forschungen über Aetiologie, Symptomatologie und Therapie unserer Krankheit Hervorragendes geleistet, für diese myelogene Leukämie wichtige Thatsachen beigebracht worden.“

Was nun das eigentliche Wesen dieser Krankheit anbetrifft, so ist zunächst hervorzuheben, dass sie dadurch charakterisirt ist, dass die farblosen Blutkörperchen sich progressiv vermehren, und dass die Anzahl der farbigen Blutkörper eine geringere wird. Das Entstehen einer derartigen Blutbeschaffenheit kann man sich einerseits durch eine vermehrte Bildung farbloser Zellen in den lymphatischen Organen erklären, andererseits kann man sich vorstellen,

dass die Umwandlung farbloser Zellen in farbige gehemmt sei; indessen muss man sich wohl bei der zuweilen gewaltigen Vergrösserung der lymphatischen Organe für die erstere Ansicht entscheiden.

Es kann nun mitunter auch der Fall eintreten, dass die weissen Blutkörperchen bedeutend vermehrt sind, ohne dass es sich jedoch um eine wahre Leukaemie handelt. Diesen Zustand hat Virchow als Leukocytose bezeichnet und er versteht darunter eben eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen von kurzer Dauer, woraus erst dann eine Leukaemie wird, wenn die Krankheit einen dauernden und zugleich progressiven Charakter annimmt. Bei der Leukocytose ist die Zahl der farblosen Zellen zu verschiedenen Zeiten gewöhnlich erheblichen Schwankungen unterworfen, und man kann häufig die Beobachtung machen, dass das Blut mit dem Nachlass der acuten Reizung der Lymphdrüsen rasch wieder seine normale Beschaffenheit annimmt. Man kann hieraus erkennen, dass es leicht möglich ist, beide Krankheiten mit einander zu verwechseln, und es ist von grösster Wichtigkeit in Bezug auf die therapeutischen Verhältnisse, keine Irrthümer in der Diagnose zu begehen.

Soviel man bisher beobachtet hat, kommt die Leukaemie in jedem Alter, bei jedem Geschlecht und Stande vor; jedoch muss man zugeben, dass das männliche Geschlecht eine grössere Disposition für diese Krankheit zeigt; ebenso kommen die meisten

diesbezüglichen Erkrankungsfälle in den niederen und arbeitenden Bevölkerungsklassen vor.

Die Aetiologie der Leukaemie ist in mancher Hinsicht noch dunkel. Man hat vermuthet, dass mitunter eine erbliche Disposition in Frage käme, ferner trat dies Leiden auf nach chronischen Darmkatarrhen, nach Intermittens, Syphilis. Zuweilen gingen deprimirende Gemüthsstimmungen, übermässige körperliche und geistige Anstrengungen und andauernde Aufregungen der Krankheit voraus, und oft waren es traumatische Einwirkungen, nach denen Leukaemie eintrat.

Auf die pathologische Anatomie der Leukaemie werde ich an späterer Stelle zurückkommen und ich begebe mich nun auf das Gebiet der Pseudoleukaemie, die, wie ich schon früher erwähnte, in so mancher Hinsicht Aehnlichkeit mit der Leukaemie hat, und daher glaube ich, nicht Unrecht gethan zu haben, wenn ich solange bei letzterer verweilte.

Die Pseudoleukaemie ist eine eigenthümliche Krankheitsform, welche sich vornehmlich charakterisirt durch allmählich sich ausbildende und mit der Zeit zunehmende Anschwellungen der äusseren und inneren Lymphdrüsen, woneben aber gewöhnlich auch in inneren Organen, am häufigsten in der Milz, oft auch in der Leber, weniger oft in den Nieren, den Lungen, den Follikeln und Peyerschen Plaques des Darmtractus etc. eigenthümliche derbe Ablagerungen entstehen. Diese Krankheit bildet sich meist ohne bekannte Ursache aus und ist begleitet von

einer ausgeprägten Cachexie, bei der aber die Zahl der weissen Blutkörperchen im Blute nicht vermehrt ist. Wenn die Krankheit weit vorgeschritten ist, so ist der Tod fast unvermeidlich und pflegt zeitiger einzutreten als bei der eigentlichen Leukaemie.

Englische, französische und deutsche Autoren haben diese Krankheitsform unter verschiedenen Namen beschrieben: Hodgkin's disease (Wilks), Anaemia lymphatica (Wilks), Cachexie sans leucémie (Bonfils), Adénie (Trousseau) Pseudoleukaemie (Cohnheim) Anaemia splenica (Griesinger), Lymphosarcom (Virchow), Malignes Lymphosarcom (Langhans).

Wie schon erwähnt handelt es sich also bei dieser Krankheit um eine Hyperplasie der lymphatischen Organe, ebenso wie bei der Leukaemie; es kommt jedoch nicht zu einer Vermehrung der farblosen Blutkörperchen, sondern nur zu einer progressiven Anaemie. Die Aehnlichkeit mit der leukämischen Erkrankung der blutbildenden Organe ist so gross, dass man auch hier eine lienale, lymphatische und sogar eine medulläre Form unterscheiden muss. Am häufigsten indessen kommen die Formen combinirt vor und ganz reine Formen müssen immerhin zu den Seltenheiten gerechnet werden. In einer Hinsicht jedoch steht die Pseudoleukaemie der Leukaemie gegenüber, dass nämlich bei ihr die Hyperplasie häufiger in den Lymphdrüsen beginnt und erst in zweiter Linie die Milz befällt, während bei letzterer die lienale Form häufiger die primäre Erkrankung ist.

Untersucht man bei der Pseudoleukaemie die

Lymphdrüsen und die Milz, so findet man durchaus keine Differenzen gegenüber den leukaemischen Geschwülsten. Auch hier kommen Lymphdrüsengeschwülste und Milztumoren der verschiedensten Grade vor, und man hat in denselben Organen wie bei der Leukaemie die Entwicklung heteroplastischer Lymphome beobachtet. Relativ häufig hat man letztere in der Milz gefunden, und auch ich konnte in einem gleich zu erwähnenden Falle dasselbe constatiren.

Schon in Bezug auf die äussere Beschaffenheit der Geschwülste kann man zwei Formen unterscheiden: eine weiche und eine harte. Erstere haben eine zuweilen fast fluctuirende, jedoch keineswegs zerfliessende Consistenz und sehen aufgeschnitten weisslich markig aus, letztere dagegen sind derb, und haben ein dichtes, zuweilen geradezu fibröses, gelbliches Aussehen. (Virchow). Bei den weichen Formen ist eine intensive Zellenwucherung das Wesentliche, während bei den harten das Bindegewebe prävalirt.

Ich hatte nun Gelegenheit, im hiesigen pathologischen Institute einzelne Organe eines unter den Erscheinungen der Pseudoleukämie gestorbenen Mannes zu untersuchen, und es sei mir gestattet, meine hierbei gewonnenen Resultate mitzuthemen.

Die Präparate, an das hiesige pathologische Institut während grosser Hitze übersandt, waren stark durch Fäulniss verändert angekommen, sodass ich über das makroskopische Bild nicht ganz ausreichende Angaben machen kann; indessen lässt sich an den

gehärteten Objecten immerhin ein ziemlich vollständiger Eindruck gewinnen.

Die Hauptmasse der Geschwulst hat ihren Sitz rings um die Trachea; letztere ist dadurch so platt gedrückt worden, dass sie in ihrem unteren Theile, dicht oberhalb der Bifurkation der Bronchien, wie eine Säbelscheide aussieht. Die Knorpel und Schleimhäute sind nirgends von Geschwulstgewebe durchwuchert. Auch auf den oberen Abschnitt der beiden Hauptbronchien setzt sich der Tumor fort, doch scheint es, als sei hier abgeschnitten, und ein Theil der Neubildung, der vielleicht zum Hilus der Lungen ging, zurückbehalten. Sollte dies nicht der Fall sein, so würden vom rechten Bronchus 5 cm, vom linken 2 cm von dem Tumor umwachsen sein.

Von den übrigen übersandten Präparaten ist ein sehr merkwürdiges Object die Milz. Das Organ ist in toto stark vergrössert, am gehärteten Präparat misst es 15 cm in die Länge, 10 cm in die Breite und 4,5 cm im Dickendurchmesser. Die Consistenz ist ungemein weich, vielleicht mit durch die Fäulniss bedingt. In der Milz finden sich dicht unter der Oberfläche zwei kugelige, wallnussgrosse Knoten von 2,5 resp. 3 cm Durchmesser, welche durch eine grau-weiße Farbe und mehr noch durch eine sehr derbe, nahezu knorpelige Consistenz sich scharf gegen das pulpöse Milzparenchym absetzen. Sie sind beide schon äusserlich von faseriger Schnittfläche, beim Abspülen lassen sie sich leicht von der Milzpulpa isoliren. Eine Kapsel ist an ihnen nicht erkennbar.

Mikroskopisch ergeben alle Tumoren übereinstimmend gleiche Bilder. Sie bestehen im Wesentlichen aus derbem Bindegewebe, mit so starren, hyalin glänzenden Fasern, dass ich mehrmals mit Jod die Probe auf Amyloidentartung zu machen mich veranlasst sah; eine echte Reaction trat aber nicht ein, sodass es sich wohl um diejenige Entartung handelte, die v. Recklinghausen als „hyalin“ bezeichnet.

Zellenreiche, im engeren Sinne lymphatische Stellen liessen sich nicht auffinden, sodass man die Tumoren zu den derben, harten Formen der Lymphosarcome zählen muss, deren Ausgang aller Wahrscheinlichkeit nach die Halslymphdrüsen bilden.

Was überhaupt die Lokalität der vornehmlich ergriffenen Lymphdrüsen anbetrifft, so kann man eine allgemein geltende Regel nicht angeben; indessen sind die Lymphdrüsen des Halses der Lieblingssitz der Geschwulstbildung. Ausserdem kommen die Axillardrüsen, die Inguinaldrüsen und Bronchialdrüsen, seltener die Mesenterialdrüsen hauptsächlich in Betracht. In vielen Fällen hat man auch eine enorme Vergrösserung der Thymusdrüse beobachtet, und wie ich schon oben kurz andeutete, sind auch die Follikel und Peyer'schen Plaques des Darmtractus zuweilen der Sitz hochgradiger Neubildung.

Die heteroplastischen Lymphome in den verschiedenen Organen sind zuweilen nur von der Grösse eines Hirsekornes, bisweilen jedoch werden sie wallnussgross, wie die von mir untersuchten, in der Milz vorhandenen Knoten beweisen.

Dass man ferner auch bei der Pseudoleukämie eine medulläre Form annehmen muss, dazu sind wir durch die Beobachtung mehrerer Fälle gezwungen, in denen das Knochenmark ganz charakteristische Veränderungen eingegangen war. Erwähnen will ich nur einen von R. Schulz veröffentlichten Fall, in dem das Knochenmark der Rippen, des Sternums und der Wirbelkörper einzelne eigenthümliche, gallertige, gleichmässig röthlichgelb gefärbte Herde enthielt. Leider wurden diese Knochen mikroskopisch nicht untersucht, doch kann man wohl annehmen, dass sich in denselben dasselbe Neubildungsgewebe wie in den anderen von der Krankheit ergriffenen Organen befunden hat. —

Da ich nun Gelegenheit hatte, in der Greifswalder medicinischen Klinik einen Fall von Pseudoleukämie zu beobachten, so gestatte ich mir, denselben an dieser Stelle näher zu beschreiben, nicht etwa, weil ich glaube, damit etwas besonders Interessantes zu bieten, sondern lediglich, um damit einen Beitrag zur Casuistik der Pseudoleukämie zu liefern.

Krankengeschichte.

Der Schlächter Karl Dinse aus Wieck bei Eldena, 23 Jahre alt, giebt an, dass er von gesunden Eltern abstamme. Sein Vater lebt noch als Gärtner in Wieck, ist 60 Jahre alt und erfreut sich guter Gesundheit. Seine Mutter ist im Alter von 40 Jahren am Typhus gestorben. Patient hat drei Geschwister, welche sämmtlich noch leben und gesund sind. Er selbst erkrankte mit 4 Jahren an den Masern, die



er gut überstand; im 10. Jahre überfiel ihn eine Pneumonie, die ihn sechs Wochen lang ans Lager fesselte, und nach der er sich völlig wieder erholte. Welche Lunge damals erkrankt war, vermag er sich nicht mehr zu entsinnen. Im Sommer 1884 bekam Patient, wie er meint, durch starkes Bewegen der Arme und Schwitzen beim Grasmähen, in beiden Axillargruben je zwei taubeneigrosse, schmerzhaft, von gerötheter Haut überdeckte Tumoren, aus denen sich, als der Vater des Patienten Incisionen machte, reichlicher Eiter entleerte. Die Wunden heilten gut.

Im Uebrigen war das gute Wohlbefinden seit jener Lungenentzündung niemals gestört, und Patient wurde erst im August 1885 zum ersten Male wieder krank und arbeitsunfähig. Er klagte über starke Schmerzen rings um das Abdomen in der Gegend der unteren Lungengrenzen, welche besonders heftig in beiden Seiten auftraten und ihn zwangen, das Lager aufzusuchen. Jedes Bücken, Husten und Niesen war ungemein schmerzhaft, starke Luftbeklemmung und profuse Schweissabsonderung bestand daneben.

Die Ursache seines Leidens, glaubt Patient, seien Erkältungen und Ueberanstrengungen gewesen, denen er sich ziemlich häufig in seinem Berufe ausgesetzt habe. Er consultirte zwei Aerzte, welche ihm Einreibungen verordneten, die jedoch nicht die gewünschte Wirkung hatten. Im October desselben Jahres hörten die Schmerzen allmählich auf und Patient fühlte sich wieder relativ wohl, sodass er

seinem Berufe, wenn auch nicht so gut wie früher, doch wieder nachgehen konnte. Von Zeit zu Zeit traten nach anhaltendem Arbeiten oder auch nach längerem Gehen Anfälle von Brustbeklemmung auf.

Anfangs December bemerkte er, dass seine Lymphdrüsen in den Axelhöhlen anschwellen und innerhalb vier Wochen ungefähr die Grösse eines Enteneies erreichten. Es waren jederseits zwei Tumoren, die ihn nur beim Bewegen der Arme schmerzten, sich weich anfühlten und von normal gefärbter Haut überdeckt waren. Patient kam zur Greifswalder Poliklinik, wo durch die Untersuchung noch eine Vergrösserung der Leber und der Milz constatirt wurde. Es wurden ihm Tropfen verordnet, und Patient begab sich wieder nach Hause.

Nach vier Tagen jedoch, innerhalb deren Patient keine Besserung seines Zustandes bemerkt hatte, liess er sich am 2. Januar 1886 in das Greifswalder Königl. Universitäts-Krankenhaus aufnehmen. Er bekam hier Arsen zum Einnehmen und ausserdem wurden ihm parenchymatöse Injectionen von Solutio arsenicalis Fowleri in die affizirten Lymphdrüsen gemacht.

Das Volumen der axillaren Drüsen nahm bedeutend ab, und Patient wurde am 21. Januar wiederum entlassen.

Als Patient wieder aufs Neue zu arbeiten anfang, nahmen die Drüsen an Volumen sehr schnell wieder zu und hatten zu beiden Seiten fast die Grösse einer Mannesfaust erreicht. Infolgedessen

liess sich Patient Ende März in der chirurgischen Abtheilung des vorerwähnten Krankenhauses aufnehmen. Er machte hier Einreibungen mit *sapo viridis* und *spiritus sapon. kalin.*, ohne indessen eine Verminderung der Tumoren dadurch zu erreichen. Im April wurde er entlassen.

Die Exstirpation der Drüsen soll wegen Anaemie des Patienten damals unterlassen worden sein.

In jener Zeit wurde er nachmittags immer von Fieber befallen, eine Erscheinung, die er auch später, als er wieder zu Hause war, an sich bemerkte. Die schon oben erwähnten, zeitweiligen Luftbeklemmungen blieben auch jetzt nicht aus. Auch fiel es ihm auf, dass die Brust vorne sich stärker aufwölbte. Er hütete nun beständig das Bett und liess sich, da sehr starke Athembeschwerden hinzutraten, am 17. Mai 1886 wiederum in das Greifswalder Königl. Universitäts-Krankenhaus aufnehmen.

Status praesens vom 18. V. 86. Patient ist von kleiner Statur, leidlich kräftig gebaut; der *panniculus adiposus* ist gering, die Wangen sind geröthet, die sichtbaren Schleimhäute blass. Der Thorax ist von sogenannter Fassform.

In beiden Axillargruben findet man harte faust-grosse Tumoren von nicht ganz glatter Oberfläche. In der rechten Supra- und Infraclaviculargrube fühlt man mehrere kleinere, rundliche Lymphome von Erbsen- bis Wallnussgrösse; in der Mitte des Sternum an dessen linkem Rande ebenfalls ein

erbsengrosses Lymphom, desgleichen ein etwas grösseres unter dem rechten Kieferrand.

Vom Digestionstractus und Uropoetischen System, ebenso vom Circulationsapparat ist nichts abnormes zu erwähnen.

Die rechte Lunge ragt vorn bis zur 7. Rippe nach unten, die Percussion ergibt hier hellen Schall. Der Percussionsschall ist links in der Supra- und Infraclaviculargegend abgekürzt tympanitisch gedämpft. Das Athmen ist rechts und links unten verschärft, in der linken Infraclavicularregion unbestimmt; der Pectoralfremitus ist daselbst nicht zu fühlen. Hinten ist die Athmung links und rechts oben verschärft, rechts unten unbestimmt, hier der Pectoralfremitus stark abgeschwächt, der Percussionsschall gedämpft.

In der Brustwarzenregion gemessen, erweist sich der rechte Thoraxumfang 5 cm. grösser als der linke.

Die Leberdämpfung ist nach unten verschoben, sie beginnt an der 7ten Rippe und ragt relativ weit unter den Rippenbogen. Die Palpation des unteren Leberrandes ist schmerzhaft. Die Milz ist etwas vergrössert.

Patient hat Abends Fieber, stark beschleunigte Athmung, wenig Husten mit geringem, weisslich schaumigem Auswurf.

Eine Probepunktion erweist als Grund der Dämpfung rechts unten hinten und des abgeschwächten Pectoralfremitus daselbst den Bestand einer Pleuritis exsudativa.

Am folgenden Tage wurde mit einem Troicart

das Exsudat abgelassen. Patient fühlte sich danach sehr viel wohler; die Dämpfung hinten ist um mehr als zwei Intercosträume gesunken.

Eine Untersuchung des Blutes ergab, dass die weissen Blutkörperchen an Zahl nicht vermehrt waren.

Aus dem gesammten Krankheitsbilde, welches der Patient darbietet, muss also mit Sicherheit die Diagnose auf Pseudoleukaemie gestellt werden.

Dass die Prognose bei dieser Krankheit absolut ungünstig zu stellen ist, beweist auch dieser Fall wieder auf das Klarste. Trotz der angewandten Therapie, welche sich auf Darreichung von Arsen, Chinin und auf eine symptomatische Behandlung erstreckte, war das Befinden des Patienten ein schlechtes. Am 12. Juni verliess er das Krankenhaus und begab sich zu seinen Eltern. Auch hier ist sein Befinden ein durchaus schlechtes und er siecht allmählich dahin. Bei meinen zeitweisen Besuchen fand ich wohl mitunter, dass die Kräfte des Patienten etwas zugenommen hatten, indessen sein Grundleiden hatte sich bedeutend verschlimmert. Die Grösse der intumescirten Lymphdrüsen hat zugenommen; es sind jedoch neue Lymphdrüsen, soweit es sich durch die Palpation feststellen lässt, von der Krankheit nicht befallen.

Den Patienten weiter zu beobachten, ist mir leider nicht möglich; der exitus letalis ist aller Wahrscheinlichkeit nach in kurzer Frist zu erwarten.

Zum Schlusse sage ich Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Mosler und Herrn Prof. Dr. Grawiz für ihre gütige Unterstützung bei dieser Arbeit meinen besten Dank.



L i t e r a t u r.

Mosler, v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie.

R. Schulz, Archiv der Heilkunde XV.

Wundertlich, Archiv der Heilkunde VII.

Virchow, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Band V.

Virchow, Geschwülste II.

Birch-Hirschfeld, Gerhard's Handbuch der Kinderkrankheiten.

Lebenslauf.

Curt Tiegs, am 20. Dezember 1862 zu Ravensburg, Kreis Bublitz, geboren, evangelischer Confession, genoss seinen ersten Unterricht in der Bürgerschule zu Bublitz. Alsdann besuchte er daselbst eine Privatknabenschule, welche er zu Michaelis 1874 verliess, um sich auf das Gymnasium zu Neustettin zu begeben. Dieses absolvierte er in acht Jahren und erhielt am 25. September 1882 das Zeugniß der Reife. Er widmete sich darauf dem Studium der Medicin auf der Universität Greifswald, bestand am 28. Juli 1884 die Vorprüfung für Aerzte, studierte dann zwei Semester in Berlin und begab sich zur Beendigung seines Studiums wieder nach Greifswald zurück. Das Examen rigorosum bestand er am 21. Oktober 1886.

Während seiner Studienzzeit besuchte er die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

In Berlin:

*Virchow, Leyden, Bardeleben, Hirsch, Früntzel, Gurlt,
Gabriel, Lewin, Martin.*

In Greifswald:

*J. Budge, A. Budge, Sommer, Landois, v. Feilitzsch, Holtz,
Gerstücker, Limpricht, Münter, Mosler, Schirmer, Krabler, Strübing,
Peiper, Helferich, Rinne, Lökner, Pernice, v. Preuschen,
Grohé, Grawitz, Arndt, Schondorff, Beumer, Haeckermann.*

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Empyemoperation ohne Rippenresection erfüllt ihren Zweck nicht.

II.

Bei der Behandlung chronischer Durchfälle, insbesondere bei Kindern, ist der Eichelcacao ein vollkommen zweckentsprechendes Nähr- und Heilmittel.

III.

Bei conträindicirter Radicaloperation der Uterusmyome ist die Behandlung mit Ergotin am Platze.