



Beiträge

zur

Kenntniss der malignen Lymphdrüsengeschwülste.

— * —

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

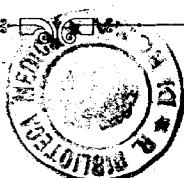
der

hohen medicinischen Facultät in Bern

vorgelegt von

Alois Herrmann, pract. Arzt

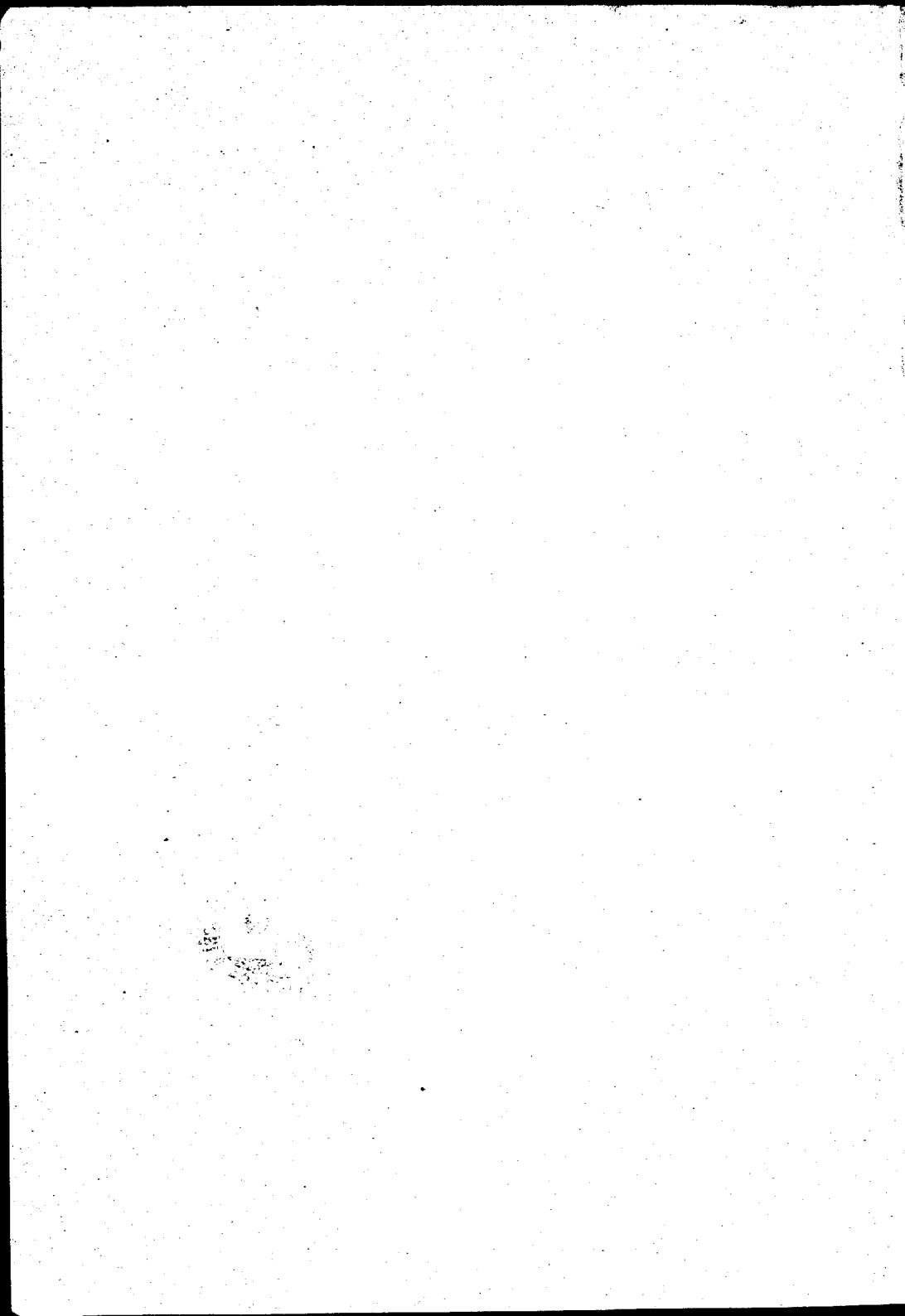
in Baar (Ct. Zug.)



ZUG,

Druck von J. M. A. Blunzli.

1835.



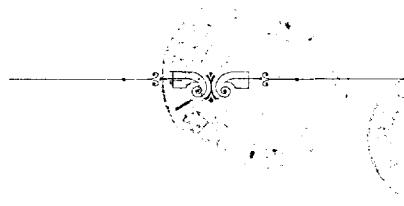
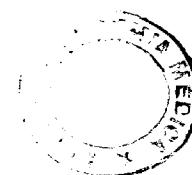
Beiträge
zur
Kenntniss der malignen Lymphdrüsengeschwülste.



Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doctorwürde
der
hohen medicinischen Facultät in Bern

vorgelegt von

Alois Herrmann, pract. Arzt
in Baar (Ct. Zug.)



ZUG,
Druck von J. M. A. Blaustchi.
1855.

Von der medizinischen Facultät auf Antrag von Herrn Prof.
KOCHER zum Druck genehmigt.

Bern, den 6. Mai 1885.

M. Nencky, h. t. Decan.

Beiträge zur Kenntniss der malignen Lymph-drüsengeschwülste.

Eines der interessantesten Kapitel der speziellen Chirurgie bilden, — nicht wegen ihrer meistens infausten Prognose, sondern wegen ihren diagnostischen Schwierigkeiten — die malignen Lymphdrüsentumoren. Während früher diese Formen von malignen Lymphdrüsengeschwülste unter den allgemeinen und vagen Begriff „Lymphdrüsencrebs“¹⁾ und „Markschämmen“²⁾ substituirt wurden, — ist es ein unverkennbares, und wesentliches Verdienst hervorragender deutscher Chirurgen und pathologischer Anatomen Licht in dieses noch etwas dunkle und schwierige Gebiet gebracht zu haben. Obwohl diese eigenthümlichen Arten der Erkrankung der Lymphdrüsen früheren Forschern wie Hodgkin, Wilks, Wunderlich etc. nicht entgangen waren, — nach denen diese Arten lymphatischer Erkrankungen „Hodgkin's disease,“ — „progressive multiple Drüsenhypertrophie“ genannt wurden, so haben doch erst die 2 letzten Dezennien die werthvollsten und bahnbrechenden Arbeiten zur Kenntniss dieser Tumoren in klinisch-diagnostischer, — sowie in pathologisch-anatomischer Hinsicht geliefert. So sind es Billroth und Lücke, welche in klinisch-diagnostischer Beziehung; Virchow, Cohnheim und Langhans, welche vom pathologisch-histologischen Gesichtspunkte aus an die Untersuchung dieser malignen lymphatischen Tumoren herantraten und Einheit und Klarheit in das Chaos der verschiedenen Definitionen und der Nomenclatur zu bringen trachteten. Billroth hauptsächlich verdanken wir die

¹⁾ Winiwarter. „Ueber das maligne Lymphom und Lymphosarkom. pag. 101.

²⁾ Billroth. „Allgemeine Chirurgie, Pathologie und Therapie“ pag. 752.

Aufstellung eines einheitlichen Krankheitsbildes für das maligne Lymphom, — während Lücke der Begründer der Lehre vom Lymphosarkom ist. Hand in Hand mit den klinischen Erfahrungen bemächtigte sich auch die pathologische Anatomie dieses Feldes und Virchow und Langhans suchten auf mikroskopisch-histologischem Wege die klinisch-diagnostischen Resultate zu erhärten. In neuerer Zeit suchte Winiwarter, ein Schüler Billroth's, in seiner in Langenbeck's Archiv, Band 18 veröffentlichten Monographie „über das maligne Lymphom und Lymphosarkom“ ein Resumé zu geben über die klinisch-diagnostischen, — wie therapeutischen Erfahrungen auf diesem Gebiete der malignen Lymphdrüsentumoren: — sowie über die Resultate der histologischen resp. pathologisch-anatomischen Forschungen.

Unter „malignem Lymphom“ (Billroth.) „Pseudoleukaemie“ (Cohnheim), „malignes Lymphosarkom (Langhans), „metastasirendes Lymphon“, „Lymphadenom“, „Adenie“ — verstehen Billroth wie Virchow solche Lymphdrüsentumoren, welche auf einer Hyperplasie der Lymphdrüsenelemente beruhen „mit einer charakteristischen Persistenz der Gebilde, — mit progressivem, raschem Wachsthum — und mit Neigung zu Metastasenbildung in andern Organen.“ — Die Structur der Lymphdrüse, der Lymphdrüsentypos bleibt also bei dieser Geschwulstform erhalten, während beim Lymphosarkom (Lücke) heteroplastische Elemente die normalen Lymphdrüsen-elemente verdrängen und als essentialles, characteristisches Moment die Sarcomzelle an deren Stelle tritt. Die malignen Lymphome haben durch Virchow¹⁾ eine Untereintheilung erlitten in „weiche, medullare“ und in „harte, fibröse“ Formen, welche Eintheilung auch Langhans acceptierte, obwohl eine solche strenge klinisch nicht durchführbar ist, indem bei einem und demselben Falle Uebergangsformen von weichen zu harten Tumoren vorhanden sein können. Langhans gibt dies selbst zu, wenn er schreibt: „Allein in andern Fällen zeigt sich, wie schon oben erwähnt, in der Consistenz ein allmäßiger Uebergang zu der weichen Form.“ Diese Unterscheidung gründet sich auf histologische Veränderungen.

¹⁾ Vide „Virchow's Archiv“ — Band 54, pag. 518. Langhans. „Ueber das maligne Lymphosarkom.“ (Pseudoleukaemie.)

Makroskopisch zeigt die weiche Form des malignen Lymphom's eine grauröthliche Schnittfläche von homogenem, markigem Aussehen; — Mikroskopisch zeigt die Drüse einen Complex von Lymphzellen; eine Hyperplasie der lymphatischen Elemente finden wir in den Alveolen, den Trabekeln, den Capseln der Alveolen und der Sinusnetze. Auders ist es bei der harten, indurativen Form der malignen Lymphome, welche Langhans in oben citirtem Werke beschreibt. Bei dieser herrscht eine mehr weissliche, fasrige, fibröse Schnittfläche vor; die Consistenz der Drüse ist eine mehr derbe, feste — oft knorpelharte; — während die der weichen mehr eine prall-elastische, oft pseudofluctuierende ist. Histologisch lässt sich die Drüsensubstanz nicht mehr nachweisen und eine mehr bindegewebige Wucherung in Form von peripher-schalig angeordneten Faserzügen, welche mit der Capsel verwachsen sind, ist an Stelle der lymphatischen Elemente getreten. Langhans (pag. 520. loc. cit.) führt die fibröse Entartung der Lymphdrüsen und Follikel „auf eine Vermehrung der Lymphzellen mit vorwiegender Betheiligung resp. Verdickung des Reticulum's zurück, mit wirklicher Bildung von Bindegewebe.“ — Die Umgebung wird nicht mit inbegriffen, sondern leidet nur durch Druck. Winiwarter (pag. 109. loc. cit.) ist geneigt, — bei Besprechung der histologischen Verhältnisse der genannten beiden Geschwulstformen, — die harte Form anzunehmen als eine Metamorphose der in den weichen Formen prägenderen lymphoiden Elemente resp. Zellen und als Endstadium der Entwicklung der malignen Lymphome. — „Ob es aber keinem Zweifel unterliegt“ — wie Winiwarter sagt, „dass, sowie die ursprüngliche Wucherung von dem Bindegewebe der Lymphdrüsen aus gegangen ist, sie die Umwandlung in Bindegewebe wieder durchmacht, während die eigentliche Drüsensubstanz zu Grunde geht, weil sie eben erdrückt wird“ — bleibt dahin gestellt. „Wenigstens schreibt“ König — (Lehrbuch der spez. Chirurgie, I. Band, pag. 462.) muss die Thatsache festgestellt werden, dass in einer Anzahl von Fällen, — und fügen wir bei in den meisten Fällen — die weiche Form bis zum Tode persistierte“.

Das Lymphosarkom hat oft grosse Ähnlichkeit — hinsichtlich Consistenz und makroskopischem Befund, — mit der weichen,

medullaren Form der malignen Lymphome. Vollständige Klarheit verschafft jedoch erst die mikroskopische Untersuchung, — welche die wuchernden Sarcomzellen-Nester — seien es Rund- oder Spindelzellen — ad oculos demonstriert. Wenn wir nun die histologisch-anatomischen Unterschiede hinsichtlich der beiden bösartigen Lymphdrüsengeschwülste besprochen, so erübrigts noch, in einigen wenigen, kurzen Zügen die wichtigsten klinischen Symptome in Bezug auf die Differentialdiagnose derselben zu skizziren und zu markiren, um sich in engen Rahmen ein anschauliches Krankheitsbild dieser lymphatischen Tumoren verschaffen zu können.

Als wichtigstes klinisches Unterscheidungsmerkmal zwischen beiden genannten Geschwulstarten heben wir hervor, dass die malignen Lymphome multipel, — gewöhnlich an einer Halsseite auftreten und dass diese Drüsen, wenn sie auch vorher Jahre lang stationär und indolent gewesen sind, auf Einmal beginnen ein rapides Wachsthum zu zeigen und den Charakter der Malignität anzunehmen. Später intumesciren die nächstliegenden Drüsengruppen — ohne jedoch Verwachsungen mit den Nachbarorganen einzugehen; dann treten Störungen im Allgemeinbefinden auf, Metastasen in andern Organen treten hinzu, und wenn nicht asphyktische Symptome in Folge Druck der Geschwulst auf Larynx und Trachea sich hinzugesellen, gehen die Patienten gewöhnlich marastisch zu Grunde.

Anders beim Lymphosarkom, wo gewöhnlich nur eine einzige, solitäre Drüse der Herd und Ausgangspunkt der sarcomatösen Neubildung ist. Hat einmal das Neoplasma die Drüsencapsel durchbrochen, — dann ist der erste Schritt auf der unheilvollen Laufbahn gethan. Die hyperplastische geschwellte Drüse verliert den Charakter als solche und das Bild des Sarcom's tritt in den Vordergrund. Die umgebenden Gewebe werden von der Geschwulst, — welche ein rapides Wachsthum auszeichnet, — durchwuchert und gehen allmälig in der Geschwulstmasse gänzlich auf, verschmelzen mit derselben zu Einem Ganzen. Sie zieht endlich auch die sie bedeckende Haut in ihr Bereich und zeigt oft ausgesprochene Tendenz zu Prozessen der retrograden Metamorphose, zur Necrose, Verjauchung, Gangrän; abgesehen von Metastasen-

bildungen in den nächsten Lymphdrüsengruppen und innern Organen. Im fortgeschrittenen Stadium treten kachektische Erscheinungen auf, — Abmagerung, Anasarca; — und unter diesen Zuständen grösster Abschwächung des Collapses tritt der Exitus lethalis ein.

Wir betonten, dass das Lymphosarkom secundäre Metastasen in den nächstliegenden Lymphdrüsen setzen kann. Diese Thatsache wurde bisanhiu von den meisten Forschern bestritten und es galt als Axiom, dass nur beim Carcinom secundäre Drüseneinfectionen auftreten können. Winiwarter (pag. 159. loc. cit.) schreibt: „Dass bei diesem Wachsthum (des Sacrom's) die Lymphdrüsen der übrigen Organe in nächster Linie vollständig unbeteiligt sind.“ Und an einer andern Stelle: „Es sind oft auffallender Weise gerade die dem Tumor am nächsten liegenden Drüsen nicht affizirt.“ König (Lehrbuch der spez. Chirurgie pag. 463. Band I.) „Hier besteht durchaus keine Neigung zum Uebergang der Neubildung von einer Drüse nach der anliegenden, nach einer in der Nähe oder ferner gelegenen Drüsengruppe, gerade so wenig wie dies bei den übrigen nicht von einer Drüse ausgehenden Sarcomen der Fall zu sein pflegt.“ Beinahe ebenso apodiktisch drückt sich Billroth („Allgemeine Pathologie und Therapie.“ pag. 740. Editio 8.) aus, wenn er schreibt: „Höchst eigenthümlich für die Sarcome ist der Gang der Infection; ich glaube einer der ersten gewesen zu sein, welcher hervorhob, dass es eine wesentliche Eigenschaft der Sarcome sei, dass sie die Lymphdrüsen gar nicht, oder erst spät infiziren.“ — Wir schicken diese Citationen voraus, — einerseits um die Ansichten hervorragender Chirurgen über den heutigen Standpunkt vorliegender Frage zu constatiren, — und anderseits unsere diesbezügliche Erurungen, — welche wir an Hand des uns zur Benutzung zugestellten Materials resp. Krankengeschichten machen konnten, — zu verwerthen. — Es handelt sich darum zu entscheiden, ob nur dem Carcinom allein die Prärogative secundärer Lymphdrüseneinfectionen zukomme, — oder ob auch dem Sarcom. — Wir sind letzterer Ansicht und wagen es eine Bresche zu legen in dieses alte, — traditionelle chirurgische Lehrgebäude. Wir glaubten diese Bemerkung vorauszuschicken, — um dann später auf diese Auseinandersetzung nur hinweisen zu können. —

Als eine mit diesen Erkrankungsformen auf den ersten Anschein leicht zu verwechselnde und bei der Differentialdiagnose dieser malignen lymphatischen Tumoren ebenfalls in Betracht kommende Lymphdrüsenerkrankung glauben wir noch die leukämischen Lymphome erwähnen zu sollen. Doch ist hier neben der Constatirung eines Milztumor's der mikroskopische Nachweis der Vermehrung der weissen Blutzellen bei der Fixirung der Diagnose das Ausschlag gebende Moment und beruht der Unterschied zwischen Leukaemie und Pseudoleukaemie — welch' letztere Krankheit nach Cohnheim identisch sein soll mit den „malignen Lymphomen“, — und welche mit und neben diesen auftreten kann, darauf, dass bei Pseudoleukaemie Lymphome und Milztumor nachweisbar sein können, ohne den charakteristischen Nachweis einer Vermehrung der weissen Blutkörperchen im Blute.

In neuerer Zeit hat man noch genauer unterschieden zwischen „malignen Lymphomen und Pseudoleukaemie.¹⁾* Der Unterschied besteht darin, dass bei Pseudoleukaemie schon frühzeitig bedeutende Störungen im Allgemeinbefinden auftreten.

Das tuberkulöse-käsiges und das syphilitische Lymphom fallen bei der Differentialdiagnose weniger in Betracht; und lassen sich, gestützt auf das ätiologische Moment, — Heredität, — Scrophulose, — bestehende Narben, — peradenitische Verwachsungen, — Exantheme etc. — leicht ausschliessen.

An Hand der von Hrn. Prof. Kocher mir gütigst und in zuvorkommendster Weise zur Benutzung und literarisch-kritischer Ausbeutung überlassenen 25 Krankengeschichten, — von solchen malignen Lymphdrüsengeschwulsten, — lassen sich folgende Resultate ableiten. Von diesen 25 Krankengeschichten, welche die Jahre 1872—1884 umfassen, kamen 21 aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Bern und 4 aus der Privatklinik von Hrn. Prot. Kocher.

Indem wir auf beiliegende chronologische Tabelle verweisen, welche leichterer Uebersicht halber in mehrere Rubriken eingetheilt wurde, finden wir, dass von diesen 25 Fällen 15²⁾ dem

¹⁾ Vergleiche Nymweger's Lehrbuch der spez. Pathologie und Therapie, Band I., pag. 831.

²⁾ Nr. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 9. 10. 11. 17. 18. 22. 24. 25 der Tabelle.

Lymphosareom, 9,¹⁾ dem „malignen Lymphom“ angehören; obwohl wir nicht verhehlen wollen, dass unsere Auffassung bei dem einen und andern Fall, — der als sogenannter „zweifelhafter Fall“ bezeichnet werden könnte, — in diagnostischer Rücksicht bestritten und angefochten werden könnte. — Einen Fall von solch' bösartiger Erkrankung des lymphatischen System's (Kocher bezeichnet selben „Lymphomatosis diffusa“²⁾) — glauben wir — als Krankheitsfall sui generis, — wahrscheinlich auf septischer Ursache basirend, — hinstellen zu müssen.

I. Alter und Aetiologie.

A. Lymphosarkom.

Von den erwähnten 15 Fällen (8 Männer und 7 Weiber) sind erkrankt:

im Alter von 18—20 Jahren	—	2 (2 W.)
”	”	20—30
”	”	30—40
”	”	40—50
”	”	50—60

Das jüngste Individuum, welches an Lymphosarkom erkrankte, war 18 Jahre alt, — das älteste 59 Jahre alt. Es ergiebt sich hieraus, dass die Lymphosarkome mit den Jahren der körperlichen Entwicklung, der Pubertät auftreten können; dass jedoch die Jahre 40—50 das grösste Contingent liefern, um mit den 50—60 Jahren wieder an Zahl abzunehmen. Beide Geschlechter (8 : 7) sind dabei ziemlich gleichmässig vertreten.

Ueber das ätiologische Moment lässt sich mit Sicherheit Nichts eruiren. Bei Fall 6 und 9 konstatirt die Anamnese cariöse Zähne mit Abscedirungen; — bei 9 bestand schon längst eine indolente Drüse am Kieferwinkel; — ob eine Alveolarperiostitis den Anlass zur Sarcombildung gegeben, — dies kann mit Sicherheit nicht konstatirt werden. Nr. 7 kann der Vermuthung Raum einräumen, dass durch Druck auf eine geschwellte Drüse in Folge Tragen eines schweren, hydrocephalischen Kindes auf den Armen,

¹⁾ Nr. 8, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 23 der Tabelle.

²⁾ Nr. 21 der Tabelle.

diese gereizt und durch diesen intensiven Reiz der sarcomatösen Neubildung Vorschub geleistet worden sei. Nr. 24 hatte schon in seiner Jugend multiple Drüsenschwellungen am Halse und hatte ebenfalls eine Keratitis, auf scrophuloser Basis beruhend, durchgemacht. Dies sind die hauptsächlichsten anamnestischen Momente, welche wir aus den Krankengeschichten entheben konnten und sich vielleicht zur Erklärung der Entstehung sarcomatöser Neubildungen verwerthen liessen. — Hereditäre Belastung lässt sich keine ausfindig machen. Dass Sarcome „ganz besonders häufig nach vorausgegangenen lokalen Reizungen“ entstehen können, sowie dass Narben Sitz sarcomatöser Neubildungen sein können, erwähnt ebenfalls Billroth.¹⁾ Vergleiche diesbezüglich Nr. 24 der Tabelle.

B. Maligne Lymphome.

Von den 9 Fällen (6 Männer und 3 Weiber) sind erkrankt:

im Alter von	—10 Jahren	=	1 (1 M.)
” ” ”	10—20	=	1 (1 M.)
” ” ”	20—30	=	2 (1 M. u. 1 W.)
” ” ”	30—40	=	2 (2 W.)
” ” ”	40—50	=	2 (2 M.)
” ” ”	50—60	=	1 (1 M.)

Diese kleine Ziffer stimmt mit den Angaben Winiwarter's (pag. 111. loc. cit.): „Dass das maligne Lymphom hauptsächlich jüngere Individuen zwischen 20—25 Jahren befüllt und dass es auch häufig bei Kindern zwischen 5—12 Jahren vorkommen kann“, — vollständig überein. — Das Gleiche betont ebenfalls Langhans (pag. 533. loc. cit.) Er schreibt: „Doch scheint das Lymphosarcom (indurative Form des malignen Lymphoms) vorzugsweise jüngere Individuen zu befallen, solche, die nicht über 30 Jahre alt sind; auch Kinder unter 10 Jahren finden sich mehrere unter den Patienten“. Von unsrern 9 Fällen fallen 4, also beinahe die Hälfte, unter das 25. Altersjahr (7, 10, 20 und 20½ Jahre; das jüngste Individuum zählt 7, das älteste 56 Altersjahre²⁾.

¹⁾ Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie. pag. 737,

²⁾ Nr. 13 und Nr. 20 der Tabelle.

Bei dieser lymphatischen Erkrankungsform ist das männliche Geschlecht präponderirend; von unsren 9 Fällen fallen 6 auf das männliche Geschlecht. Auch diese Thatsache steht in vollstem Einklange mit den Erfahrungen Winiwarter's (pag. 111. loc. cit.) und Langhans (pag. 553. loc. cit.); letzterer schreibt: „Das männliche Geschlecht wird entschieden häufiger befallen, als das weibliche.“

Ein noch ziemlich dunkles Gebiet ist das der Aetiology der malignen Lymphome. Auch hier stimmen wir vollkommen Winiwarter's (pag. 111. loc. cit.) Auseinandersetzungen bei. Dass durch periphere Reize indolente Drüsenschwellungen entstehen können, welche später den Charakter der Malignität annehmen können, zeigt uns Nr. 13, wo ein Ekzema scroti vorhanden war, welches ganz leicht chronische Schwellung der Leistendrüsen zur Folge haben konnte, die denn schliesslich zu malignen Lymphomen degenerirten. Bei Nr. 15 sagt die Anamnese, dass nicht lange vor Auftreten des Lymphoma malignum eine Drüsenschwellung am Halse beobachtet wurde, welche auf Salbeneinwirkung zurückgegangen sein soll. Bei Nr. 8 bestund ein eitriger Ausfluss aus dem linken Ohr; bei Nr. 20 war eine Scharlachparotitis Vorausläuferin der „malignen Lymphome“. Nr. 23 ist der einzige Fall von hereditärer Belastung; die Mutter des Patienten litt an „Drüsen“. Von Keuchhusten (pag. 533. loc. cit.), als Vorgängerin der malignen Symphome, und von Syphilis, welche beide ätiologische Momente Langhans erwähnt, ist bei unsren Fällen nach den anamnestischen Angaben, Nichts nachzuweisen. Auch müssen wir den Ansichten Winiwarter's, Langhans, König's beipflichten, dass es durchschnittlich gesunde kräftige Individuen waren, welche von dieser bösartigen Erkrankung der Lymphdrüsen befallen wurden und merkwürdiger Weise befällt selbe Individuen, in deren Familien nur höchst selten Tuberkulose nachweisbar ist; (von unsren 9 Fällen nur 1 Fall).

II. Symptomatologie und Diagnose.

A. Lymphosarkom.

Topographie. Nach der Körperlokalität vertheilen sich unsere 15 Fälle von Lymphosarkom folgendermassen:

1. Halsdrüsen	{	rechtseitige	5	=	9
		linkseitige	4		
2. Leistendrüsen	{	rechtseitige	1		
		linkseitige	1	=	2
3. Linken Ellenbeuge					1
4. Rechten Vorderarm					1
5. Achseldrüsen rechts					1
6. An beiden Seiten des Halses					1
					15

Die Prädilektionsstelle für das Auftreten des Lymphosarkom's bieten die recht- wie linkseitigen Halsdrüsen und zwar in annähernd gleichem Verhältnisse (4 : 5); interessant ist Nr. 24, wo gleichzeitig multiple sarcomatöse Drüsenschwellungen an beiden Seiten des Halses auftraten.

Dauer des Wachstums. Was die Dauer des Wachstums der Lymphosarkome betrifft, so müssen auch wir die Angaben Winiwarter's, dass „in Zeiträumen von wenigen Wochen enorme Tumoren entstehen können und man kaum ein Beispiel finden kann, dass der Verlauf der Krankheit im Ganzen länger als $1\frac{1}{2}$ Jahr in Anspruch nimmt“, vollauf bestätigen. Von unsern 15 Fällen von Lymphosarkom entwickelten sich alle innert einer Zeitdauer von 7 Wochen (Minimum)¹⁾ bis zu $1\frac{1}{2}$ Jahren (Maximum)²⁾. 11 davon entwickelten sich während einem Zeitraum von 6 Monaten; nur 2 einzige Fälle zeigen eine Verlaufsdauer von $1\frac{1}{2}$ Jahren.

Art und Weise des Wachstums. Diesbezüglich weichen die meisten Fälle vom typischen Verlaufe nicht ab. Gewöhnlich repräsentirt ein haselnuss-, erbs- bis wallnussgrosses Drüsennötchen das Anfangsstadium des Lymphosarkom's; in der Regel ist es von harter Consistenz, und unter der Haut als bewegliches

¹⁾ Nr. 6. ²⁾ Nr. 7 und 10.

leicht verschiebliches Gebilde zu fühlen. Ohne nachweisbare Ursache, selten unter entzündlichen Erscheinungen (Nr. 9) beginnt das Sarcomknötchen in früher beschriebener Weise zu wachsen. Mit der Wachsthumspause ändert sich oft die Consistenz wie die Oberfläche des Tumor's. Die Oberfläche der Tumoren ist bei den meisten Fällen im vorgerücktern Stadium eine unregelmässige, knöllig-hökrige, selten glatte. Die Consistenz, anfänglich derb und hart, kann bei einem und demselben Tumor später sehr verschiedene Nuancen darbieten; prall-elastische, prominirende Knollen können mit derben, festen, knorpelharten Parthien abwechseln. Nicht selten finden sich Prominenzen, die dem palpirenden Finger das Gefühl von Pseudofluctuation darbieten.

Die Grösse des lymphosarcomatösen Tumoren kann die einer Mannsfaust bis eines Straußeneies und Kindskopfes erreichen.

Schmerhaftigkeit. Als ein nicht zu unterschätzendes Symptom und nicht ohne Einfluss auf die Differentialdiagnose der bösartigen Lymphdrüsentumoren, — heben wir die Schmerhaftigkeit hervor. Wir können hier zweierlei Arten von Schmerzen unterscheiden: 1.) Solche, die lokal auf den Tumor allein beschränkt, — und oft mit Druckempfindlichkeit auf den Tumor verbunden sind. 2.) Schmerzen, — welche mehr einen ausstrahlenden Charakter annehmen und bedingt sind vom Druck des Tumor's auf die in nächster Nähe liegenden Nervenstämmen, — die ihren Grund darin haben, dass der Tumor selbe in den Bereich seines Wucherungsprozesses hineinzieht. Wir wollen jedoch bei diesem Anlasse betonen, dass — wenn wir uns so ausdrücken dürfen, das „Schmerzzentrum“ immer im Tumor selbst liegt, — von welchem aus nach der Peripherie hin die Schmerzen irradieren. In unsern 15 Fällen von Lymphosarkom zeigte sich bei 3 Fällen (Nr. 3. 5. 10.) der Schmerz als Initialsymptom, bevor der Tumor selbst für das Auge und den fühlenden Finger wahrnehmbar wurde. Interesse bietet Nr. 10 noch in einer andern Beziehung. Es trat nämlich dreimal nacheinander mit Eintritt der Menses eine Exacerbation des Schmerzes im Tumor auf. In den meisten Fällen — 10 an der Zahl, — waren die Schmerzen, welche lancinirenden oder irradirenden Charakter



annehmen können, — nie fehlende, constante Begleiter der Wachstumsperiode der Lymphosarkome; jedoch mit dem Unterschiede, dass sie bei einigen Fällen persistirten; in andern nur perioden- und zeitweise auftreten, — z. B. des Nachts, oder bei Bewegungen des Kopfes und der Extremitäten. In einigen Fällen (1. 5. 6. 9.) löste Druck auf den Tumor exquisite Schmerzhaftigkeit aus; und nur von zwei einzigen Fällen berichten die Krankengeschichten, wo das Symptom der Schmerzhaftigkeit, sei es auf Druck oder spontan, fehlte. (2. 4.) Mit Recht bemerkt daher Winiwater (pag. 164. loc. cit.), — wo er von der Differentialdiagnose des Lymphosarkom's und der malignen Lymphome handelt, dass „Schmerzhaftigkeit mehr für Sarkom als malignes Lymphom spreche.“

Verhältniss des Lymphosarkom's zu den Nachbargeweben und der Haut. Dem Sarkom im Allgemeinen ist es eigen, — wie dem Carcinom, — mit dem umliegenden Gewebe, Verwachsungen einzugehen oder vielmehr stets zu zerstören, zu durchwuchern; so dass endlich Sarkomgewebe an Stelle der ursprünglichen histologischen Gebilde getreten ist. Knochen, Muskeln, Gefässen müssen der üppig wuchernden Sarkomzelle weichen d. h. nach den Dimensionen dieser Durch- und Verwachsungen des umliegenden Gewebes richtet sich auf die Beweglichkeit und Verschieblichkeit der lymphosarkomatösen Neubildung. Mit der Cutis geht das Lymphosarkom erst in dem Endstadium seines Wachsthum's Verwachsungen ein. Zugleich können bläulich-rothe Verfärbungen der Haut, Venectasien, Infiltration, Oedem der Haut etc. auftreten. Von den 15 genannten Fällen am Lymphosarkom existiren bei 10 Fällen ¹⁾ deutliche Angaben von Verwechslungen mit Haut und Muskulatur; bei 9 Fällen ²⁾ sind bläulich-röthliche Verfärbungen — welche manchmal auch von medicamentösen Einflüssen herrühren können, — verzeichnet.

Ein anderes Symptom, das bei der Differentialdiagnose der malignen Lymphdrüsengeschwülste sehr zu Gunsten von lymphosarkomatöser Neubildung spricht, ist dessen ausgesprochene Tendenz zur „retrograden Metamorphose“ —

¹⁾ Vgl. Nr. 2, 3, 6, 11, 17, 18, 25. — ²⁾ Vgl. 1, 2, 3, 5, 10, 11, 18, 22, 25.

zur Ulceration, — Gewerbsnecrose, — Verjauchung. Ein exquisites Beispiel bietet uns Nr. 7, wo bei ödematos infiltrirtem Oberarm ein etwa strausseneigrosses Sarkom exulcerirte und unter hohem Fieber Gangrän eintrat. Ein analoger Fall von Lymphosarkom ist Nr. 10, wo ebenfalls ein zapfenförmiger Fortsatz eines Inguinal-sarkom's gangräneescirte. Auch Nr. 11 kann betreffs eingetretener Gewebsnecrose zur Bestätigung des oben Gesagten dienen. Andere Formen „retrograder Metamorphose“ werden später bei Besprechung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse dieser Geschwulstform des Nähern erörtert werden.

Metastasenbildung: a.) in den dem primären Herd zunächst liegenden Lymphdrüsen. Ein anderes ebenso wichtiges — wir möchten sagen, — dem Lympho-Sarkom immanentes Symptom ist dessen exquisite Neigung zu Metastasenbildungen, sowohl in den nächstgelegenen Lymphdrüsen, ähnlich dem Carcinom, als wie in entfernten und in innern Organen; (Milz, Lungen, Leber.) Dieses Symptom beweist uns neuerdings in ausgesprochener Weise die Malignität des Lymphosarkom's. Wir haben schon Anfangs mit Nachdruck diese charakteristische Eigenschaft des Lymphosarkom's betont und wir wollen nun an Hand der Krankengeschichten den Beweis für das Gesagte antreten; schicken jedoch voraus, dass später unsere Aussage ebenfalls durch Sektionsberichte erhärtet und bestätigt werden wird. Wir beginnen, in chronologischer Reihenfolge an Hand der Tabelle mit:

Nr. 2. Patient fühlte vor 3 Jahren in seiner linken Leiste beuge einen kleinen erbsgrossen Knoten. Später entwickelte sich unterhalb des ersten Knoten's — ein anderer neuer Knoten.

Nr. 5. Patient fühlte zuerst einen haselnussgrossen Knoten in der Gegend des Condyl. intern. humer. sinistri; im Sulcus bicipital. Dann trat ein II. Tumor in der linken Axilla hinzu. Später konnte man ebenfalls in der rechten Leiste eine kleine, unschmerzhafte Drüsenauschwellung constatiren.

Nr. 5. Anfänglich Schwellung der linkseitigen Halsdrüsen, später Infection und Schwellung der Drüsen am linken Kieferwinkel; und hinter dem linken Sternocleido, und in der linken Axilla. — Vergl. später Sektionsbericht.

Nr. 7. Primärer Tumor unter dem Epicondylus intern. humer. dextr. I. Recidiv in der rechten Axilla und II. später über der rechten Clavicula.

Nr. 9. Erster Tumor in der Gegend der rechten Submaxillardrüse; später Infection der innern Leistendrüsen; ferner findet sich nach innen und oben vom Tumor in der Haut liegend und mit dem Haupttumor nicht zusammenhängend, ein bohnengrosses Knötchen. Vergl. späterer Befund bei der Autopsie.

Nr. 11. Primäre linkseitige Halsdrüsenschwellung, dann der linkseitigen Achseldrüsen und Superclaviculardrüsen. Wir verweisen ebenfalls auf den später in extenso mitgetheilten Sektionsbericht.

Nr. 17. Ursprünglicher Herd des Lymphosarkom's ist die rechte Halsseite; später gesellen sich hinzu Schwellungen der rechten wie linken Achsel- und Leistendrüsen.

Nr. 24. Zu beiden Seiten des Halses harte, multiple Drüsenschwellungen; I. Recidiv post operat. in der Incisionsnarbe; II. Recidiv in den der Narbe zunächst liegenden Lymphdrüsen.

Metastasenbildung: b) in entfernten Lymphdrüsengruppen und in innern Gruppen. Dass Metastasen in entfernten Lymphdrüsen auftreten können, zeigen sattsam die oben erwähnten Nr. 4, 11 und 17, auf die wir verweisen wollen. Wir schliessen uns vollständig Lücke's (Winiwarter loc. cit. pag. 159) Ansicht an, der betreff des Auftretens von Metastasen an entfernten Orten hervorhebt, „dass das Charakteristische“ darin bestehe, „dass dieselben durchaus nicht mit Regelmässigkeit im Gebiete des Lymphdrüsensystems vorkommen, sondern dass in dieser Beziehung ganz dieselbe Unregelmässigkeit und Willkür herrscht, wie in Bezug auf die Metastasen anderer Sarkome“.

Metastasen in innern Organen weisen auf Nr. 5. 10. 11.

Nr. 5. Metastasen auf dem 1. und 2. rechten Rippenknorpel und in der Milz. Vergleiche später ausführlichen Sektionsbericht.

Nr. 10. Metastasen in den Lungen, linker Brustdrüse, Gland. thyreoid., Rippen und Wirbelsäule. Vergl. Sektionsbericht.

Nr. 11. Metastasen in Larynx und Trachea, Milz. Vergl. unten den in extenso citirten Sektionsbefund.

Weiterer Verlauf und Ende. Von diesen 15 Fällen wurden 6¹⁾ operirt; worüber später bei Besprechung der Therapie; 6²⁾ wurden als inoperabel entlassen; von diesen hatten 2 (7. 9) eine Operation verweigert. Von diesen 6 Fällen konnten wir nur bei 4 Fällen Näheres erfahren, wenn auch nicht genauere Angabe der Todesursache. Nr. 4 starb auf der medicinischen Klinik von Prof. Quinke; Nr. 7 starb zu Hause an dyspnoiden Symptomen im März 1876; Nr. 18 starb auf der Abtheilung von Dr. Nichans im August 1884 an Blutungen und Nr. 24 starb zu Hause in Kleinwangen.

3 Fälle kamen zur Sektion. 2 starben unter Collapserscheinungen nach eingetretener Gangrän in den Sarkomknoten (10. 11) und Nr. 5 starb in Folge eitriger Bronchopneumonie. Diese Autopsien haben so interessante Resultate in pathologisch-anatomischer Beziehung zu Tage gefördert, dass wir die Sektionsberichte später bei Besprechung des pathologischen-histologischen Befundes dieser Geschwulstform wörtlich mittheilen werden. Es zeigt sich bei diesen Fällen eine ziemliche Differenz zwischen dem pathologischen-anatomischen Befunde und dem klinischen Verlaufe, so dass man diese Fälle nicht mit Unrecht als zweifelhafte, d. h. nicht typische Fälle von Lymphosarkome taxiren könnte. Wir verweisen diesbezüglich auf Billroth,³⁾ der, wo er von den auffallenden Unterschieden, welche zwischen dem klinischen Verlauf und dem histologischen Befund der Sarcome handelt, sagt: „Dass es zugestanden werden müsse, dass die histologische Structur einer Geschwulst keineswegs immer sich mit einem bestimmten Schema des klinischen Verlaufes deckt“.

B. Maligne Lymphome.

Von den 25 in der beiliegenden Tabelle verzeichneten Fälle von malignen Lymphdrüsengeschwülsten gehören 9¹⁾ zur Gruppe der „malignen Lymphome“, wovon der harten, indurativen Form 5 Fälle und der weichen, medullaren Form 3 Fälle angehören.

¹⁾ Nr. 3. 17. 18. 22. 24. 25. ²⁾ Nr. 1. 2. 4. 6. 7. 9. ³⁾ Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie, pag. 737. ⁴⁾ Nr. 8. 12. 13. 14. 15. 16. 19. 20. 23.

Nr. 8 möchten wir als eine Uebergangsform von der weichen zu den harten malignen Lymphomen bezeichnen; wie auch Winiwarter und Langhans angeben, dass solche Uebergangsformen existiren.

Topographie. Von diesen 9 Fällen von malignen Lymphomen vertheilen sich die einzelnen Fälle auf folgende primär-affizirten Lymphdrüsengruppen:

1. Halsdrüsen	rechtsseitig	== 3 Fälle (Nr. 14, 16, 20)
	linkseitig	== 3 Fälle (Nr. 8, 13, 19)
2. ,	beidseitig	= 1 Fall (Nr. 20)
3. Leistendrüsen	linkseitig	= 2 Fälle (Nr. 12, 13)

Hieraus ergiebt sich, in Uebereinstimmung mit den citirten Autoren, dass die Lymphdrüsen am Halse die Prädilektionsstelle für das primäre Auftreten der „malignen Lymphome“ bilden. Dass jedoch die Winiwarter'sche (pag. 113. loc. cit.) Angabe, dass „am Halse die Erkrankung immer auf einer Seite beginnt“, durch unsren Fall Nr. 20, wo gleichzeitiges Ergriffensein beidseitiger Halsdrüsen constatirt ist, eine Modification erleiden muss, wollen wir nur nebenbei erwähnen. Auch der andere Passus, wo Winiwarter (pag. 113. loc. cit.) von der Primäraffektion der Inguinaldrüsen schreibt, dass „von diesen in dieser Beziehung nichts sicheres bekannt ist“, müssen wir im Hinweise auf unsere beiden Fälle Nr. 12 und 13 des entschiedensten bestreiten.

Verlauf. Ueber das Auftreten der primär-affizirten Drüsen und das Ergriffenwerden nächstliegender Drüsengruppen geben uns vorliegende Fälle nicht nähere interessante Auskunft. Abweichungen vom typischen Verlaufe bieten diese Fälle nicht. Diese Drüsen-Intumescenzen treten gewöhnlich multipel und einseitig auf. Meistentheils schwollen diejenigen Lymphdrüsen an, welche die grossen Körper-Arterien am Halse, Brust, Bauch begleiten, besonders die Carotiden, Art. subclav., Art. iliaca, sinnz. B. die Halsdrüsen primärer Infectionsherd, so schwollen zuerst diese an, dann dem Lymphstrom entlang die Achseldrüsen und Mediastinaldrüsen derselben Seite. Nach Langhans (pag. 51. loc. cit.) kommt jedoch „ein Ueberspringen der Erkrankung von einer Seite auf die andere vor; ebenso von Achsel auf Leiste“.

Oberfläche, Consistenz, Grösse dieser Tumoren. Die Oberfläche dieser Tumoren ist eine meist knollige und hökri ge; die Tumoren sind leicht gegen einander verschieblich, sowie auch auf der Unterlage. Die Consistenz derselben weich, prall-elastisch bis knorpelhart; viele Varietäten und Uebergänge darbietend. Diese Drüsenvolvute können bis zur Grösse eines Gänseeies oder eines Kindskopfes heranwachsen.

Schmerhaftigkeit. Auf Druck sind die malignen Lymphome nur ausnahmsweise schmerzempfindlich (Nr. 8, 16, 3). Spontane Schmerzen in diesen Tumoren treten selten auf. Von Interesse ist diesbezüglich Nr. 19, wo bereits Monate vorher (September bis November) ausstrahlende Schmerzen auf der linken Seite vom Epigastrium aus nach der linken Supraclaviculargrube ein hökriger Tumor zum Vorschein kam. Vergleiche Langhans loc. cit. pag. 524: „Dabei sind die Tumoren meist indolent bei Druck nicht schmerhaft und nur selten der Sitz von periodischen, z. B. des Nachts auftretenden Schmerzen“. Nr. 13 zeigt bei einem Recidiv nach Excision von malignen Lymphomen in der linken Leiste stechende Schmerzen und Oedem des linken Beines; ebenso zeigt Nr. 14 irradierende Schmerzen.

Verhältniss der malignen Lymphome zur Haut und dem umliegenden Gewebe. Characteristisch für das maligne Lymphom ist seine Beziehung zur Haut. In allen 9 Fällen finden wir die Haut über dem Tumor normal, verschieblich und in Falten abhebbar; oft mehr oder weniger geröthet; Letzteres meistens in Folge medicamentöser Einflüsse und mit Venennetzen durchzogen. Periadenitische Verwachssungen finden wir nur ausnahmsweise und oft nur in Folge vorhergegangener therapeutischer Eingriffe. Vergleiche Fall Nr. 15, wo nach Injection von Sol. Fowler sich ein Abscess bildete. Aehnliche Fälle citirt Winiwarter und schreibt (pag. 112. loc. cit.): „Die Haut über diesen Geschwülsten ist in der Regel ganz unverändert, von einzelnen Venensträngen durchzogen, in Falten von der Geschwulst abzuheben“. Ferner betont er, dass solche Ulcerationen gewöhnlich auf Kosten von medicamentösen Einflüssen zu schreiben sind und sagt diesbezüglich (pag. 113. loc. cit.): „Die Ulceration betrifft,

wenn man sie bei malignen Lymphomen findet, immer nur die Haut und zeigt keine Tendenz in die Tiefe zu greifen, wenn sie sich selbst überlassen und nicht gereizt wird“. Nach Langhans (pag. 521 loc. cit.) ist das Fehlen von Verwachsungen mit der bedeckenden Haut und der Umgebung, „gerade dieses Beschränktbleiben der Neubildung auf den primären Herd, das fehlende Fortschreiten in der Contiguität für das so exquisit bösartige maligne Lymphosarkom sehr charakteristisch;“ und an einer andern Stelle (pag. 524 loc. cit.): „Gerade diese geringe Neigung zur Entzündung und Abscedirung, zu käsigen Prozessen und Erweichung, bildet mit der derben festen Consistenz (Langhans versteht darunter nur die harte, indurative Form der malignen Lymphome) während des Lebens einen der wenigen sicheren Anhaltspunkte zur Diagnose dieser Drüsentumoren.“ „Man kann als prägnantes Merkmal der malignen Lymphome“, schreibt Winiwarter (pag. 118. loc. cit.), „das Freibleiben von den Prozessen des Zerfalles und der retrograden Metamorphose aufstellen“.

Metastasen in innern Organen und deren Symptome

Dem malignen Lymphom kommt wie dem Lymphosarkom die Tendenz zur Metastasenbildung in innern Organen, zur Allgemein-infection zu. Wir finden knotenförmige Metastasen in Lungen, Leber und Milz; Bronchialcatarrhe als Folge von secundären Knoten in den Lungen; Pleuraexsudate als Folgeerscheinungen von intumescirenden metastasirenden Mediastinal-Lymphomen; Ascites bedingt durch entzündlich geschwellte Lymphdrüsen an der Porta hepatis; Hustenreiz in Folge Druck von geschwellten Bronchialdrüsen; Asphyktische Anfälle und Tod durch Larynxstenose, bewirkt durch Druck des Tumor's auf Larynx und Trachea. Wir finden Anschwellungen der Milz, welche auf Druck sehr schmerhaft sind (Nr. 13, 16); Langhans (pag. 532 loc. cit.) sagt: „Durch das Milzleiden direkt bedingt ist die fast nie fehlende Schmerhaftigkeit des Unterleibes, entweder gleichmässig verbreitet oder auf die Milzgegend concentrirt“. Winiwarter erwähnt dieses Symptom nicht. Zu erwähnen ist Fall Nr. 14, wo jedesmal nach dem Essen Schmerzen im Abdomen auftraten. Von den angeführten 9 Fällen bieten 5 Fälle¹⁾

¹⁾ Nr. 13, 14, 15, 16, 19.

krankhafte Symptome von Seiten der Respirationsorgane intra vitam. Fall Nr. 16 zeigt neben Larynxstridor über der rechten Lunge hinten relative Dämpfung mit diffusem Bronchialcatarrh, Rkonchi; Nr. 17 Dämpfung des Lungenschalls über der ganzen linken Thoraxhälfte; im erstern Fall wahrscheinlich von Metastasen in den Lungen, im letztern von Compression der Lunge durch einen lymphatischen Mediastinaltumor abhängig. Nr. 16 zeigt gleichzeitig Ascites, mit Milztumor und Leberanschwellung. Nr. 14 litt an profuser Diarrhoe, welche Wunderlich (Vide Langhans pag. 519. loc. cit.) auf geschwellte Follikel im Verdauungstractus zurückführen will. Als Begleitsymptom der malignen Lymphome finden wir Nasenbluten nur bei Nr. 16 erwähnt.

Blutkörperchenzählung. Dass diese secundären Veränderungen in den innern Organen auf das Allgemeinbefinden mit der Zeit einen deletären Einfluss ausüben müssen, ist begreiflich. Dies beweist in schon ziemlich vorgerücktem Stadium der Erkrankung der Schwund des Panniculus, die hochgradige Abmagerung, die sehr ausgesprochene Blässe der Schleimhäute, das kachektisch-marantische Aussehen dieser Patienten. Auch das Blut, dieses Lebensvehikel, zeigt mikroskopisch ein verändertes Aussehen; es ist mehr blassröhlich, durchsichtig, dünnflüssig, ähnlich „düninem Rothwein“, wie Langhans es bezeichnend schildert. Sehon dieser makroskopische Befund wird Grund gewesen sein, warum Wilke diese Krankheitsform mit dem Namen „Anaemia lymphatica“, belegte. Die mikroskopische Blutkörperchenzählung wurde desshalb schon frühzeitig — als werthvolles Hülfsmittel — zur Diagnose herbeigezogen. Diese ist heute gegenüber der Leukaemie, nebst Nachweis eines Milztumors das einzige Ausschlag gebende Moment. Bei 6¹⁾ von unsrern Fällen wurde die mikroskopische Blutuntersuchung angewandt und bei allen diesen Fällen fand sich keine wesentliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen, obschon solches das makroskopische Aussehen des Blutes auf den ersten Blick hin postuliren möchte.

¹⁾ Nr. 12, 13, 14, 15, 16, 20.

Fieber. Ueber die Fieberexacerbationen, welche Winiwarter und Langhans (pag. 115 und pag. 532) als regelmässige Begleiter der malignen Lymphome anführen, fehlen uns leider genauere Angaben. Der Grund liegt hauptsächlich darin, dass sich solche Patienten einer regelmässigen Beobachtung entziehen. Wir pflichten diesbezüglich vollkommen Winiwarter (pag. 115) bei, dass „man im Ganzen nur selten Gelegenheit hat, den Verlauf solcher Fälle ohne jeden Eingriff zu beobachten, weil die wenigsten dieser Fälle im Spitäle sterben; nachdem sie nämlich in Krankenhäusern alles Mögliche erfolglos durchgemacht haben, werden sie gewöhnlich der Behandlung müde und verlangen nach Hause zu gehen, wie so viele Andere in der nicht zu erschütternden Hoffnung, es müsse ihnen nun, da gar Nichts geholfen habe, zu Hause in der Heimath besser gehen“. Aus den einschlägigen Krankengeschichten entnehmen wir, dass nur bei 3 Fällen Fiebertemperaturen wahrgenommen wurden; bei Nr. 14 kurz vor Eintritt des Exitus letalis mit Delirien; ob bei Nr. 13 und 16 das Fieber auf Rechnung der Arsenikur zu schreiben ist, wollen wir vorläufig nicht entscheiden; möchten jedoch bei diesem Anlass an Winiwarter's (pag. 127. loc. cit.) Worte erinnern, welche lauten: „ganz charakteristisch für die Arsenikur war das Fieber, welches die Kranken ohne Ausnahme, sowohl bei der internen als bei der hypodermatischen Anwendung bekamen“.

Dauer des Krankheitsverlaufes und Ende. In dieser Beziehung weichen unsere Fälle ebenfalls nicht von der Norm ab, Winiwarter bestimmt das Maximum der Krankheitsdauer auf $1\frac{1}{2}$ —2 Jahre, Langhans dehnt dasselbe bis auf 3— $3\frac{1}{2}$ Jahre aus. 2 Fälle, welche zur Autopsie gelangten (Nr. 14 und 15), ergaben nach anamnestischen Angaben eine Verlaufszeit — vom ersten Auftreten der malignen Lymphome bis zum Exitus letalis — von 1 Jahr 7 Monaten und $1\frac{1}{2}$ Jahr ¹⁾). Ausser diesen 2 Fällen fehlen uns über den weiteren Verlauf der übrigen Fälle nähere Angaben. Von den operirten Fällen wird unten, wo die Therapie der malignen Lymphome besprochen wird, das Nähere berichtet werden.

¹⁾ Nr. 14 starb an Collaps nach vorhergegangenen Fiebererscheinungen 39.10;
Nr. 15 an Asphyxie.

Malignes Lymphom mit Pseudoleukämie. Auf das Vorkommen dieser beiden Krankheitsformen neben einander haben wir schon in der Einleitung hingewiesen und erwähnen diesen Fall Nr. 14 nur des Interesses wegen und im Anschluss an die eben gemachten symptomatologischen Erörterungen. Kaum 14 Tage nach Auftreten der malignen Lymphome trat acut eine durchgreifende Störung im Allgemeinbefinden des Patienten ein. Die mikroskopische Blutuntersuchung ergab ein negatives Resultat. Schwellung der Milz war nachzuweisen. Im Uebrigen verweisen wir auf den Sektionsbericht.

Die Explorativexcision als diagnostisches Hülsmittel beim malignen Lymphome. Schon lange bevor die Probeexcision angewandt wurde, bediente man sich beim Lymphosarkom sowohl, wie bei andern hyperplastischen Drüsenschwellungen oder allgemein gesagt intumescirenden Drüsen, der sog. Explorativpunctionen oder Incisionen, in der Absicht, als handle es sich hiebei um abscedirende Drüsen. Solche Punctionen resp. Incisionen wurden auch bei Lymphosarkomen ausgeführt. Wir verweisen auf Nr. 1, 2, 9, 11 der Tabelle, wo auf solche Incisionen hin sich gewöhnlich Blut entleerte; bei Nr. 9 wurde das Punktionssecret mikroskopisch untersucht und aus dem Befunde von kleinen Rundzellen wurde die Diagnose bestätigt. Seit unserer antiseptischen Periode scheut man sich nicht eine einzelne Drüse oder Drüsenpakete herauszuschneiden behufs näherer mikroskopischer Untersuchung zur Feststellung der Diagnose. Besonders bei malignen Lymphdrüsentumoren hat diese sog. Explorativexcision ihre Verwendung gefunden und die Diagnose der malignen Lymphome sicher gestellt. Dies führt uns auf ein neues Gebiet, auf das anatomisch-pathologische, das wir in der Einleitung bereits kurz gestreift haben. Wir wollen die Ergebnisse der Explorativexcisionen wie der Totalexstirpationen in Beziehung auf die makroskopischen wie mikroskopischen-histologischen Befunde an Hand der Krankengeschichten notiren und ebenso die Sektionsberichte beifügen, um so das oft divergirende Verhältnisse der klinischen Diagnose mit dem patholog-histologischen Befunde konstatiren zu können.

III. Der pathologisch-anatomische Befund und die klinische Diagnose.

A. Probexcision bei malignem Lymphom.

Solche Excisionen wurden beim malignen Lymphom dreimal ausgeführt. (Nr. 12, 16, 23.) Bei Nr. 12 und 23 untersuchte Prof. Langhans selbst die excidirten Drüsen und schreibt über Nr. 12: „Nach vorläufiger Untersuchung auf einigen Schnitten scheint mir überall Lymphdrüsengewebe vorzuliegen ohne wesentliche Aenderung der Structur. Die kleinen Knoten der Schnittfläche scheinen etwas grössere Zellen zu enthalten. Riesenzenellen habe ich nicht gesehen. Lymphbahnen überall durchgängig, sehr leicht zu injiciren“. Es handelt sich hier um einen Fall von harten malignen Lymphomen. In dem Krankenjournal lautet die Diagnose auf Lympho-Sarkoma; doch wahrscheinlich im Sinne „Langhans“ als „malignes Lymphosarkom“.

Bei Nr. 23 handelt es sich ebenfalls um Lymphomata magna colli; welche Diagnose sowohl der klinische wie anatomisch-histologische Befund bestätigte. Die mikroskopische Untersuchung einer excidirten Drüse ergab (Prof. Langhans): „Hat die Zusammenstellung einer gewöhnlichen Lymphdrüse mit starker Verdickung der Trabekel in der einen Hälfte, Follikel und Follikularstränge deutlich, bestehen aus Lymphkörperchen, keine tuberkelähnlichen Gebilde“. Auch das Arsenik, wenn man es als ein diagnostisches Hülffsmittel ex juvantibus annehmen will, hat die klinische Diagnose unterstützt.

Bei Nr. 16 lautet der pathologische Befund kurz: „Typisches Bild eines malignen Lymphom's“. Auch in diesem Falle stimmt der klinische Verlauf mit dem histologischen Befunde.

B. Total-Excisionen.

a. **Lymphosarkom.** Wohl der interessanteste Fall ist Nr. 24. Da zu beiden Seiten des Halses multiple, harte Drüsenschwellungen vorhanden waren, wurde die Diagnose auf körnige, harte, maligne Lymphome gestellt. Doch ein anderes Resultat ergab die mikroskopische Untersuchung der excidirten Drüsen. Es zeigte sich, dass „dieselben Lymphosarkome sind, bestehend aus

einem alveolarähnlichen Gewebe mit Lumen oft in der Mitte. Die Balken bestehen aus fibrosarkomatösen Gewebe; das Innere aus einigen Spindelzellen“. So widersprechend dieser Befund mit dem klinischen Verlaufe dieser malignen Drüsenschwellungen war, so bekräftigte der spätere klinische Verlauf die Diagnose auf Lymphosarkome vollständig. Es sind dies drei aufeinanderfolgende Recidive von der Excisionsnarbe wie den nächstliegenden Drüsen ausgehend. Nach der zweiten Recidivoperation fanden sich in zwei excidierten, sarcomatös-degenerirten Drüsen Prozesse retrograder Metamorphose, welche nach Langhans (pag. 524 loc. cit.) und Winiwarter (pag. 159 loc. cit.) für Lymphosarkom sprechen. Der eine gänseeigroße Tumor hatte in der Mitte einen Eiterherd, der andere nussgroße eine peripherie Erweichungszone. Ein analoger Fall ist Nr. 18 der Tabelle. Der Durchschnitt des excidierten Drüsentumors zeigte eine weisse homogene Substanz, das Bild des Sarkom's. Die mikroskopische Untersuchung von Prof. Langhans konstatirt, dass bloss Lymphdrüsenelemente zu sehen sind; ebenso kleine Rundzellen; beide in reticulärem Gewebe, aber unter Verschwinden der Trabekel und Lymphsinus“. Langhans ist deshalb — nach einer Anmerkung von Prof. Kocher — geneigt, bloss von einem Lymphom — natürlich doch malignem — zu sprechen. In diesem vorliegenden Falle spricht jedoch der Verlauf, das rapide Wachsthum des Tumor's, binnen 5 Monaten faustgross, ferner die beiden andern charakteristischen Merkmale der Malignität, nämlich die Haut- und Muskelverwachsungen, und die Recidivität post operationem vollkommen zu Gunsten der Diagnose Lymphosarkom. Es ist dies ein eindrucksvoller Beweis für den Satz, dass klinischer Verlauf und pathologisch-anatomischer Befund bedeutend divergiren können.

Betreff Nr. 4 verweisen wir auf die über diesen Fall von „Angiosarkom“ erschienene Dissertation von Putiata. (Bern 1876).

b. Malignes Lymphom. Hier erwähnen wir kurz Nr. 8, wo das Auftreten eines regionären Knotens in der Cutis die Diagnose auf „malignes Lymphom“ etwas schwankend machen könnte. In Nr. 13 haben wir aus dem anatomischen Befund zu schliessen: „Der Durchschnitt der Drüsen verschafft wenig Klarheit. Einige Drüsen sehen aus wie körnige Lymphome;

andere erinnerten mehr an das Bild des malignen Lymphom's mit markigem Aussehen, gaben etwas Saft; ein Beispiel für die sog. Uebergangsformen eines weichen malignen Lymphom's in ein hartes.

C. Sectionsberichte.

Zur Autopsie gelangten folgende Fälle von

a. malignem Lymphom:

Nr. 14 ergibt folgender *Sectionsbefund*: „Panniculus dunkelgelb; Musculatur sehr blass. Thorax rechts ödematos. Die von aussen sichtbaren Prominenzen sind durch zahlreiche runde Tumoren gebildet. M. Sternocleido und Pectoral maj., welche die Knoten bedecken, mit letztern nicht verwachsen. In der linken fossa supraclavicularis ebenfalls ein Paket von Tumoren. Leberrand übertritt den Rippenbogen um 3 ctm., Milz ebenso um 3 ctm. Dicht hinter dem Magen in der Mittellinie ein grosses Drüsenvolumen, Mesenterialdrüsen überall geschwollen. In der Beckenhöhle 150 ctm. seröse gallertige Flüssigkeit, leicht trüb. Hinter Manubrium sterni ebenfalls kleine runde Drüsen. Der Tumor kann hinten neben dem rechten Scalenus gefühlt werden. Ein grosser Knoten findet sich zwischen Serratus major und Subscapularis. Schnittfläche des Tumors meist weich, speckig mit wenig trübem Saft; einige Drüsen, besonders die grossen, von der Peripherie nach dem Centrum verkäst. Die Drüsen über der Clavicula von gleichem Aussehen. Linke Lunge wenig lufthaltig, überall feinknotig anzufühlen. Auf der Pleura pulmonal sehr zahlreiche kleine undurchsichtige Knötchen. Auf der Schnittfläche zahlreiche zum Theil verkäste, miliare tuberkelähnliche, an einigen Stellen käsige, hepatisierte Herde; auf allen Schnitten das gleiche Bild. Rechte Lunge wie links. Bronchialdrüsen geschwollen, von gleichem Aussehen wie die andern Drüsen. In den Bronchien Schleim. Oesophagus und Trachea normal. Struma föliac. Unterhalb der Thyroid. im Drüsenvolumen. Milz sehr gross, knollig, 20 ctm. lang, 11 ctm. breit, 6 ctm. dick. Schnittfläche zeigt zahlreiche hasel- bis nussgroße Knoten durch rothe Streifen in unregelmässige Felder getheilt. Die Felder haben das gleiche Aussehen wie die Drüsen. Pulpa blutarm, Follikel deutlich. Linke Niere blutarm, an einer Stelle ein miliares Knötchen. Leber grosse wie kleine graue Knötchen auf der Schnittfläche. Grosses Drüsenvolumen hinter dem Magen vom Aussehen wie die übrigen Drüsen. Darm keine Ulcera Mucosa hyperämisch.“

Hier das Bild von einem exquisit weichen malignen Lymphom mit Metastasen in den Lungen, auf der Pleura pulmonal; Leber, linke Niere, Milz. Leider fehlen uns mikroskopische Berichte über diese Metastasenbildung. Patient litt an hartnäckigen profusen Diarrhoen; erklärbar aus der hyperämischen Mucosa

des Darmtractus; dabei geschwellte Mesenterialdrüsen mit Exsudat im kleinen Becken. Interessant die retrograden Metamorphosen, käsigé Degeneration in manchen Drüsen.¹⁾

Nr. 16. Sectionsbericht. Bronchialdrüsen sehr stark geschwellt, stellenweise stark pigmentirt. Von den pigmentirten Parthien heben sich grössere und kleinere ründliche hervorragende Knoten durch ihre weisse Farbe ab; sie sind scharf, aber nicht durch eine Capsel begrenzt; haben eine grobkörnige Schnittfläche.

Die Fossa supraclavicularis dext. ausgefüllt von sehr stark ange schwollenen derben Drüsen; Farbe gelblich-weiss. Diese Drüsen miteinander und mit der Umgebung durch schwieliges Gewebe verwachsen und mit dem Messer loszutrennen; Trachea zum Theil, Oesophagus ganz davon umgeben; sie reichen nach Oben bis zur Gland thyroide; nach Abwärts bis zur Theilungsstelle der Trachea; wo sie mit den Bronchialdrüsen sich verschnellen. Consistenz überall derb-clastisch. Schnittfläche gelblich-weiss. N. vagus nicht mehr auf der rechten Seite aufzufinden; ebenso Ven.jugular ganz obliterirt und nicht zu erkennen; die arteriellen Gefässse noch mit offenem Lumen, durchziehen dieses Drüsenpaket. Auf der linken Seite die Drüsen von demselben Charakter; die Veränderung jedoch weit weniger hochgradig. Vagus im oberen Theil noch zu präpariren. Trachea in der untern Hälfte verengt, aber 1 ctm. über der Theilungsstelle hochgradig verengt; eine grosse Drüse buchtet die rechtseitige Wand nach links hinüber. Milz geschwellt, hökbrig; zahlreiche runde grosse (1—1½ ctm.) prominente Knoten mit glatter Schnittfläche, auf welcher in blass-röthliche Gewebe ziemlich grosse, weisse, (3 mm.) weiss-gelbe Flecken sich finden, von Anordnung und Form vergrösserter Follikel. Das blassröthliche Gewebe ist blasser als die Pulpa der Umgebung und fester. Capsuläre Abgrenzung fehlt. Im übrigen Milzgewebe die Follikel nicht zu erkennen. Drüsen am Hylus lienis geschwellt; im Mesenterium nicht geschwellt, nur einzelne wenige, aber ganz leicht. Retroperitonealdrüsen: einzelne sind leicht bis mässig geschwellt. Inguinaldrüsen: Nichts Besonderes. Follikel und Peyer'sche Plaques unverändert.

Dieser Sectionsbericht stimmt mit Langhans Schilderung des harten malignen Lymphosarcom's vollständig überein. Interessant ist der Befund der Milz. Patient starb an asphyktischen Anfällen; die Trachealstenose erklärt uns hinlänglich diese Anfälle, vielleicht auch das Aufgelien des N. vagus in der Geschwulstmasse.

¹⁾ Vergl. Winiwarter's Statistik Nr. 10; wo ebenfalls bei der Autopsie verkäste Drüsen sich vorfanden. Er erklärt diese retrograde Metamorphose als Wirkung des internen Gebrauchs von Arsenik. Bei unserm Falle dauerte die Arsenikbehandlung nur 8 Tage und es ist obige Ansicht für unsern Fall höchst wahrscheinlich nicht zutreffend wegen der kurzen Dauer der Arsenikkur.

b. **Lymphosarkom.** Sectionsprotocolle von an Lymphosarkom Verstorbenen besitzen wir 3, nämlich für Nr. 5. 10. 11.

Nr. 5. Am Halse mehrere Anschwellungen, vorzugsweise über der linken Clavicula, nach dem Nacken hin sich fortsetzend; rechts etwa in der Mitte des Halses und in der linken Achselhöhle. Auf der rechten Seite, auf dem I.—IV. Rippenknorpel mehrere kleine Knoten von $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ cm. Durchmesser, vollständig frei beweglich, fast abgekapselt. Schnittfläche feinkörnig mit feinen Oeffnungen, grau, transparent, mit trüben gelben netzförmigen Einlagerungen. Der grösste derselben liegt im M. Pectoralis, ferner noch zahlreiche kleinere in den mittlern Muskelbündeln des Pectoralis; auch auf der linken Thoraxseite mehrere derartige Knoten. Drüsenknoten am linken Unterkiefer, sowie in der linken Nackengegend, haben die Haut sehr stark vorgedrängt; dieselbe ist stark verdünnt; oben mit den Tumoren verwachsen. Lungen nur wenig retrahirt; in der obern Hälfte eingenommen von sehr derben, festen Knoten. Halsorgane samt sämtlichen Drüsenschwellungen und den Lungen werden herausgenommen und es gelingt die Loslösung der Tumoren im Ganzen leicht; nur an der linken oberrn Brustapertur sitzen die Knoten etwas fester, sind von der 1. Rippe sowie von Seite der Halswirbel vollständig zu trennen, da sie an der letztern sich tief in die Muskeln hinein fortsetzen. Es zeigt sich nunmehr, dass die linkseitigen Achsel- und Nackendrüsen eine fest, ganz zusammenhängende sehr feste höckrige Masse bilden. Die Axillargebilde gehen durch den Tumor hindurch, die Achseldrüsen in einzelnen Knoten von 2—3 Lin. Durchmesser, die durch derbes, schwieliges Gewebe unter einander verbunden sind; in sämtlichen eine centrale Höhle mit grünlich schmierigem Inhalt in dem noch weissliche Bröckel schwimmen; die periphere Schicht in der Drüse von $\frac{1}{2}$ bis 1 em. sehr hart, derb, grauweiss, mässig durchscheinend; neben diesen Drüsen noch kleine, etwa $1-1\frac{1}{2}$ em. Durchmesser, mit normaler Umgebung; grau-röthlich, transparent ohne Luft, Seitenfläche etwas vorquellend; in einer derselben ein käsiger Herd; dasselbe an den Nackendrüsen, zwischen denen namentlich schwielige bindgewebige Septa stark entwickelt sind: nach oben und hinten auch hier einige relativ normale Drüsen. Das gleiche an den Drüsen des Unterkieferwinkels; der Tumor auf der Halsseite stellt eine einzige im Innern erweichte Drüse dar; das Gleiche gilt von einer Drüse in der rechten Achsel, während die übrigen Axillar- und Halsdrüsen nur leicht geschwelt sind, wie auf der linken Seite.

Im Hals und Rachen, besonders Larynx und Trachea eine colossale Menge citrigen grünlichen Schleims. Schleimhaut geschwelt: Trachea direkt über der Bifurcationsstelle, an beiden Seiten comprimirt, ziemlich symmetrisch rechts und links. Dieser Stelle entsprechend liegt aussen an der Trachea der Tumor im vordern Mediastinum, der ebenfalls aus geschwellten Drüsen besteht und durch die stark geschwellten linkseitigen clavicularen Drüsen mit den übrigen Tumoren zusammenhängt. Ein Querschnitt durch diese Stelle des Tumor's zeigt dieses Gewebe sehr fest, aus derben, sehnigen Strängen bestehend, zwischen denen etwas mehr transparentes, trübes, gelbes

Gewebe eingelagert ist. Die Knorpel der Trachea sind noch erhalten; die auf ihrer Innenfläche aufgelagerte Schicht etwa $1\frac{1}{2}$ ctm. Der Medullartumor hängt ferner zusammen mit den sehr stark geschwellten beidseitigen Bronchialdrüsen. Trachea comprimiert: vollständig angefüllt mit grünlich-eitrigem Inhalt. Der untere rechte Oberlappen roth hepatisirt mit beginnender Eiterung in Umgebung der Trachea. Im Oberlappen mehrere lobuläre Eiterungen, in der linken Lunge nur beschränkte lobuläre Eiterungen. In den kleinen Bronchien derselbe Inhalt wie rechts. Die Drüsen links der Aorta thoracis sind mässig geschwelt. Milz 16 ctm. lang, 10 ctm. breit, $13\frac{1}{2}$ ctm. dick. Capsel etwas gerunzelt. Consistenz mässig und Pulpa blass. Follikel gross mit verwaschener Grenze, blass z.B. vorspringend; außerdem zahlreiche prominente Knoten von $\frac{1}{2}$ bis $1\frac{1}{2}$ ctm. Durchmesser, die aus einer Gruppe von kleinen grauen, transparenten und mehr trüb-weissen Flecken bestehen; von einander getrennt durch schmale Streifen Pulpa. Die Drüsen am Hylus geschwelt, mit käsigen aussehenden Einlagerungen. Retro- und Mesenterialdrüsen mässig vergrössert, sehr fest, ohne käsige Einlagerungen. Nebenniere und Niere nichts Abnormes.

Dieser Sectionsbericht hat insoweit Interesse in pathologisch-anatomischer Beziehung, indem er erstens zeigt, dass auch andere in nächster Nähe des primär entstehenden Drüsensarkom's befindlichen Drüsen von diesem Neoplasma ergriffen werden; dann ferner bietet selber ein exquisites Bild der retrograden Metamorphose; in mehreren Drüsen käsige Herde. Erweichungs-herde im Centrum nach der Peripherie hin abnehmend, Metastasen an den Rippenknorpeln und in der Milz; nebst Bronchopneumonie und Compression der Trachea durch den Medullartumor. Patientin hatte gegen Ende ihres Lebens öfters Erstickungs-anfälle und heisere Stimme, welche Symptome sich aus der Compressions-Erscheinungen der Trachea leicht erklären lassen.

Nr. 10. Sektionsbefund. Paniculus gut entwickelt. In der rechten Leiste und untern Bauchgegend eine grosse Anschwellung. Die Haut darüber zum Theil zerstört und zum Theil stark geröthet; trocken mit Abschilferung der Hornschicht; das blossliegende Gewebe braunschwarz, ganz mit einer bräunlichen Jauche infiltrirt. In der Banchöhle wenig Flüssigkeit. Serosa normal, nur an beiden Leistengegenden, namentlich rechts durch darunter liegende Tumoren vorgetrieben. Ueber dem grossen Tumor in der Leiste sitzt ein kleinerer mehr nach der Mittellinie hin, von welchem aus noch nach links hinüber in den Paniculus kleine Knoten hinüberreichen. Dieselben sind scharf begrenzt, etwas lappig, graubraun, an einzelnen Stellen etwas heller mit viel brauem Saft.

An der 4. Rippe rechts in der Nähe des Knorpelansatzes einen 5 ctm. langer und 2 ctm. hoher Knoten; in der linken Brustdrüse ein im Ganzen heller Knoten, doch auch etwas bräunlich mit viel trübem Saft. An der

Verbindung von Manubrium mit Corpus steris ein Knoten, der nach Aussen und Innen vorragt. Auf der Schnittfläche sieht man, dass der untere Theil des Manubrium davon eingenommen wird, Knoten bräunlich und zum Theil schwarz. An Stelle des Tumor's ist die Knochenpongiosa zerstört. Linke Lunge frei, rechte Lunge verwachsen; leicht trennbaren Adhesioen. Knoten auf der 4. Rippe auch schwarzbraun, mit Saft, lappig, Herz normal, Muskulatur blass. Rechtseitige Achseldrüsen leicht geschwollt und pigmentirt, links dasselbe. In der linken Lunge im Unterlappen ein schwach pigmentirter Knoten. Milz etc. gross, blutarm, blass; Follikel deutlich. Retroperitonealdrüsen leicht geschwollt; bräunlich. Nieren normal.

Geschwulst in der Leiste besteht aus einem grossen und mehreren kleinen Knollen; der grosse Knoten fast ganz schwarzbraun, sehr viel Saft; die kleinern Knoten etwas fester, weniger pigmentirt. Iliacaldrüsen von gleichem Aussehen; zum Theil erweicht. Linkseitig sind die Leistendrüsen gleich verändert. Magen und Duodenum Nichts. Leber enthält einen kleinen cavernösen Tumor ohne weitere Veränderungen. Thyreoidea mässig geschwollt, 3 Knoten; Wirbelsäule, 3. und 4. Brustwirbel mit einer chocoladefarbigen Masse erfüllt, wo die Bogen der Wirbelsäule sich linkerseits ansetzen. Das knöcherne Gerüst im Gauzen erhalten, obschon sehr weich, brüchig, 7 bis 10 Wirbel mit obiger Masse, wenn nicht so stark durchsetzt. Gehirn und Augen nichts Besonderes.

Es handelt sich im vorliegenden Falle um ein in den Leistendrüsen primär auftretendes Melanosarkom; zeigt wie Fall 5 secundäre Herde in andern nahe liegenden Drüsen; zeigt Metastasen in Lunge, Mamma, Thyreoid., — und Rippen, Sternum, nebst sarcomatöser Entartung der Wirbelsäule (3—6 Brustwirbel. 7—10.) Ebenfalls lässt sich die Todesursache erklären aus beginnender Gangrän in der rechten Leistengegend.

Nr. 11. Sektionsbefund. Gehirn nichts Abnormes; kräftiger Körper. Auf der linken Seite des Halses eine colossale Anschwellung; an einer beschränkten Stelle die Haut verfärbt, röthlich; die Epidermis in Blasen abgehoben durch ein röthliches Serum. Die Anschwellung reicht von der Clavicula bis unter das Ohr; die Haut lässt sich von derselben loslösen. Das Unterhautzellgewebe fast überall in geringem Grad eitrig infiltrirt. Auch die Parotis ist durch die Geschwulst in ihrem untern Theil emporgehoben.

Linkseitige Achseldrüsen mässig geschwollt, die grösste ca. 3 ctm. im Durchmesser, weisslich, ziemlich fest; mit etwas weichlichem trüben Saft. Im Hylus gelbe Einlagerungen, wie es scheint von Fettgewebe. Herzbutel und Herz normal. Rechte und linke Lunge überall lufthaltig, ödematos. Bronchialdrüsen frisch geschwollt. Linke Lunge zeigt heftigen Catarrh. Unterlappen etwas schlaff hepatisirt. Bei der Herausnahme der Geschwulst an der äussern Fläche des aufsteigenden Astes des linken Unterkiefers

erscheint das Gewebe daselbst weich und mit eitriger Flüssigkeit infiltrirt. Beidseitige Superclavicalardrüsen geschwelt; röthlich-weiss mit etwas Saft; die linkseitigen mit dem Tumor zum Theil noch etwas verwachsen. Die rechtseitigen Achseldrüsen wie die linkseitigen; Schwellung etwas geringer.

An der Oberfläche des grossen Tumor, dessen Länge 20, Breite 13 und dicke 7 cm. beträgt, zahlreiche grosse und kleinere Drüsen, alle von gleichem Aussehen wie die früheren. Der grosse Tumor besteht auf der Schnittfläche aus einzelnen noch erkennbaren Lappen, welche stark geschwellten Drüsen entsprechen; weich, weissröthlich, markähnlich mit sehr viel Saft; die innere Masse des Tumor's von grauröthlichen, trüben, scharf abgegrenzten Partien durchsetzt, zum Theil etwas trocken; einzelne Stellen sehen etwas gallertig aus, etwa ähnlich einem serumreichen Fibrin. Die peripherie Zone fast aller dieser Stellen durch einen intensiv trüben, weisslichen Saum gebildet. Nach vorn ist die Innenmasse des Tumor's erweicht, quillt vor, fasert sich unter Wasser auf, mit einer trüben, graurothen Flüssigkeit infiltrirt; dabei feine gelbe verästelte Linien, an Gefäße erinnernd. Auch ist die peripherie Zone durch Eiter und Fettinfiltration getrübt. Die rechtseitigen Halsdrüsen wie die Achseldrüsen sehr blutreich, ebenso die Drüsen in dem vordern Mediastinum direkt unter dem Manubr. sterni, welche bis an den oberen Theil des Herzbeutel heranreichen. Die Trachea etwas nach rechts hinübergedrängt. Auf der Schleimhaut der Trachea und des Larynx zahlreich kleine weissliche Knoten; die kleinsten wie Tuberkel, die grösseren Eruptionen confluiren, in der Trachea den hütigen Ringen entsprechend. Rechte Tryreoida hyperplastisch, mit einer Cyste, ebenso links. Milz 13,3 lang, 9,5 breit, 3,5 cm. dick. Pulpa weich, blutreich; Follikel ausserordentlich deutlich, trüb und gross.. Linke Niere normal; rechte zeigt Hydronephrose. Rechtseitige Drüsen längst der Vasa iliaca und cruralia stark geschwelt; zum Theil weich, faserreich. Retroperitonealdrüsen geschwelt, jedoch nur die obern im hohen Grade. Mesenterialdrüsen nicht verändert. Magen, Leber etc. nichts Abnormes.

Es ist dieser Fall wieder ein Pendant zu dem was wir anfangs betreffs secundärer Infection der nächstliegenden Lymphdrüsen beim Lymphosarkom betont haben. So sehr dieser Fall Analogie mit dem weichen malignen Lymphom darbietet, — so gibt uns dennoch der histologische Befund genügend Auskunft für die Diagnose. Wiederum treten uns Zeichen retrograder Metamorphose, entgegen; centrale Erweichungsherde; und in der peripheren Zone Eiter, Fettinfiltration; ferner Metastasen im Larynx, Trachea und Milztumor. Eigenthümlich bei diesem Falle ist das Freibleiben der Mesenterialdrüsen von dieser Affektion. — Langhans, pag. 529 l. cit. -- erwähnt die Immunität der Mesenterialdrüsen beim malignen Lymphosarkom. —

Patient starb, wie auch der Sectionsbefund bestätigt, in Folge von beginnenden Verjauchungsprozess mit hohem Fieber und nachfolgendem Collaps.“ — Wir glaubten obige Sectionsberichte in entenso anzuführen, weil nicht zu oft Gelegenheit geboten wird, bei solchen Individuen Autopsien vorzunehmen und weil bei diesen Fällen, obwohl das klinische Bild nicht genau mit dem patholog-anatomischen harmonirte; die Section erst die Diagnose ganz genau bestätigen kann. Nebstdem dienen diese als Stütze und Begründung für unsere gleich anfangs erwähnte Thatsache betreff Infection der nächstliegenden Drüsen bei primärem Lymphosarkom.

c. Ein Fall von *Lymphomatis diffusa* (Prof. Kocher). Im Anschluss an die genannten Fälle reihen wir noch einen Fall an, der im Krankenjournal als „*Lymphomatosis diffusa*“ aufgeführt wird; und der, da er bald nach Eintritt in's Spital, in welcher er am 11. April 1884 als Notfall gebracht wurde, starb, mehr pathologisch-anatomisches denn klinisches Interesse darbietet. Wir verweisen betreff Anamnese Status auf beiliegende Tabelle und bemerken nur, dass Patient eine Lymphangitis kurz vorher durchgemacht und wollen nun den Sektionsbefund mit einigen epikritischen Bemerkungen mittheilen.

Sektion. 21. Juni 1884. Oedem der untern Extremitäten, der Arme, der Lendengegend; am Rücken mässige Livores; Scrotum stark geschweltt, besonders rechts. Haut in der rechten Leistengegend in weiter Ausdehnung von brauner Farbe; sehr fest und derb, besonders in der innern Fläche des Oberschenkels mit Epidermischuppen bedeckt. In der Gegend der äussern Leistendrüsen zahlreiche Exoriationen mit geröthetem Granulationsgewebe ausgefüllt, in der einen Oeffnung von unregelmässiger Gestalt, in welcher die Sonde etwa 3 etm. vordringt ohne Hindernisse. Es kommt eine trübe röthliche Flüssigkeit heraus. Panniculus spärlich, nur wenig dunkler als normal. Musculatur atrophisch, blass, transparent. Das Zwerchfell rechts bis zum untern Rand der 5., links bis zum obern Rand der 6. Rippe. Magen und Gedärme etwas enge. Leberrand in gleicher Höhe mit dem Rippenrand. Mesenterialdrüsen geschweltt, besonders die an der Wurzel gelegenen stark injizirt, weich. Am Mesenterium, an den untern Schlingen des Ileum's sind einige Verdickungen. In der Bauchhöhle etwas Serum; Harnblase gross; Rectum mit Faeces gefüllt, so dass in der Excavatio rect.-vesical. nur die Hand eingeschoben werden kann.

Die linkseitigen innern Leistendrüsen sehr stark geschweltt, fest, im Innern geröthet, an den gerötheten Stellen viele Flecken, die etwas

derb sind. Rechts in der Gegend des Coccum's Adhaesonen des Processus vermiciformis mit verdikter injicirter Serosa bis an die Beckenwand nach dem Promontorium hin angebracht. Vasa cruralia stark injicirt, mit bindegewebigen Auflagerungen bedeckt; ebenso auf der rechten Beckenwand, woselbst einige prominente Stellen von eitriger Farbe aber fester Consistenz. Die innern Leistendrüsen stark geschwellt, gleich fest, elastisch, von Farbe des Eters. Aus der rechten Pleurahöhle fliest beim Anschneiden sehr viel röthliches Serum. Lungen mässig retrahirt. Nach Lösung der Adhaesonen erscheint die rechte Lunge klein; linke mässig feste Adhaesonen im ganzen Umfang der Lunge. Das Fettgewebe namentlich über dem Diaphragma erscheint mässig dunkel gefärbt und mit klarem Lumen infiltrirt. Im Herzbeutel etwa 100 ctm. röthl. Lumen. Herz sehr breit, rechter Ventrikel schlaff, bildet zur Hälften die Herzspitze. Linker Ventrikel weniger schlaff, beiderseits voll dünnflüssigem Blut; wenig Cruor und Speckhaut. Im ductus thoracicus keine Flüssigkeit.

Die beidseitigen oberen Halsdrüsen sehr stark geschwellt, die grössten weich mit trübem graurothen Saft. Schnittfläche grauröthlich, in der Mitte das Gewebe erweicht; milzähnlich, keine Abscesse. Die kleinen Drüsen sind etwas fester, aber auch stark und unregelmässig injicirt. Blut im Thorax gerinnt. Die Temperatur im Innern ist nicht besonders hoch. Starkes Atherom der Aorta. Herzklappen sind normal. Rechter Ventrikel mit Wand 3 ctm. dick, linke Ventrikel etwas eng, Wand 11 ctm., blass, transparent. Rechte Lunge sehr klein, fast der ganze Unterlappen atelektatisch, trocken, mässig blutreich, ebenso die anstossenden Parthien des oberen Lappens. Im Uebrigen Anaemie und geringes Oedem. Linke Lunge mässig gross, anämisch, ödematos. Im Oberlappen einige Lobuli tief geröthet.

Im untern Theil des Oesophagus gallige Infiltration. Beide Tonsillen stark geschwollen. Auf den prominenten Parthien, zum Theil loker liegende, grünliche Membranen, unter denen eine etwas unebene Fläche, jedoch ähnlich der normalen Oberfläche der Tonsillen. Links nach Oben zu eine grössere Höhle, in der tief schwarzgrünes Gewebe sich befindet. Auf dem Durchschnitt der schwarz-grünen Verhärtung oberflächliches, darunter mässig grau-weisses gleiches Gewebe, darunter gerunzelte erweichte Parthien, die zum Theil ziemlich scharf begrenzt sind. Weiter nach unten weiches rothes Gewebe, milzähnlich. Rechts auf dem Durchschnitt lässt sich noch stellenweise das grauweise Follikulargewebe, die Krypta umgebend, einige Millimeter noch erkennen. Die grosse Masse unter dem schwarzen Schorf netzähnlich. Auf dem andern Theil die Zunge etwas belegt, an der Basis einige gelblich-grüne geschwellte Parthien, ähnlich den Tonsillen, an der Prominenzen fühlbar sind; aber hier ist eine leichte Vertiefung auf der Höhe und diese von röthlichem Gewebe ausgekleidet. Ferner im untern Theil des Pharynx, in der Tiefe der Ausbuchtung zwischen Cartilag. thyreoid. und der lig. ary-epiglottie. ähnliche Veränderungen wie an der Zungenbasis.

In dem Larynx und der Trachea Schleimhaut anämisch, Colloidstruma mit Cysten und Verkäsung. Die Drüsen an der Theilungsstelle der

Trachea stark geschweltt, die kleinern weiss-röthlich, markig, weich, die grössern fester, buntweisslich, mehr peripher gelegenen wechseln mit röthlicher roth-braun-gelben ab. Die Letztern im Ganzen central. Dieselben bilden nur eine schwache periphere Zone. Linkerseits von den tiefen Halsdrüsen 2 stark geschweltt; die eine wie oben beschrieben, die andere von eitriger Farbe, stark grau und fest. In dem Arcus Aortae bis etwas über die Abgangsstelle der Subclavia sinistr. starkes Atherom. Die Milz sehr klein, 9 lang, $5\frac{1}{2}$ breit und 2 cm. dick. Pulpa blass, sehr fest, Follikel nicht deutlich. Linkerseits ein Herniensack, in welchem die vorderen zwei Glieder des Zeigefingers eingeführt werden können. Rechts ein Herniensack nicht mit Sicherheit zu constatiren. Darm und Mesenterium wurden gelöst von der hinteren Bauchwand, auch an der Mesoflexur einige Verdickungen. Vor der Wirbelsäule grosse höckrige Tumoren, welche auf der Schnittfläche als geschwellte Lymphdrüsen von fester Consistenz und gleichem Charakter wie die früheren sich ergaben; nur finden sich hier mehr im Centrum der Drüse die gelben Partien scharfer abgegrenzt. Die Drüsen an der Porta, hepatis, nicht geschweltt. Der Panniculus in der rechtseitigen Leistengegend sehr ödematos. Neben den äussern Leistendrüsen die Haut verdünnt, schwielig. In dem schwieligen Gewebe kleine geröthete Stellen. Der Panniculus am Oberschenkel ödematos. Die äussern Leistendrüsen mit der Haut verwachsen an der Punctionsstelle. Die Scheide der Ven. crural sehr derb, fest. Aus der Ven. crural kommt beim Anschnüren ein Brei von der Farbe des Bluts, aber in dünner Schicht deutlich braun hervor. Er lässt sich ziemlich leicht abspülen. Es bleiben aber auf der Gefäßwand auch festere Massen sitzen, die sich mit dem Finger zum Theil entfernen lassen. Die äussern Leistendrüsen auf der Schnittfläche stark weich, bunt wie die übrigen, ohne grünliche und eiterähnliche Verhärtungen. Sie sind durch schwieliges Bindegewebe mit einander verwachsen. Die innern Leistendrüsen auf der Schnittfläche grün und fest, zum Theil braun-gelb und erweicht. Linke Nebenniere abgemagert. Linke Niere sehr fest, mässig blutreich und transparent, einige gelbe kleine Flecken, sehr fest wie Fibrone. Leber etwas dick, im Höhendurchmesser wenig entwickelt. Leichte Trübung der peripheren Theile der Aenii. In der Gallenblase viel zäher braun-gelber Schleim. Die rechte Niere wie die linke. Becken etwas weit. In der Harnblase trüb-braune Flüssigkeit. Rechts von der Harnblase auf der Hinterfläche des Rectus abdominis ein Drüsen ähnlicher Tumor, mit dem M. Rectus fest verwachsen. Die Retroperitonealtumoren fest auf der Wirbelsäule angewachsen, erstrecken sich namentlich nach rechts. An der Seitenfläche links sind die Drüsen längst der Vasa iliaca geschweltt, ebenso die innern Leistendrüsen von markigem Ausschen mit gelblicher Einlagerung. Ebenso die äussern Leistendrüsen. Vena iliaca und cruralis sinistr. thrombosirt. Rechts Hydrocelesak nach Oben abgeschlossen. Hoden beiderseits etwas klein, besonders links, letzterer fibrös entartet. Rechterseits auch die Art. profunda femoris thrombosirt. Bei der Ablösung der rechten Leistendrüsen öffnet sich ein Bruchsack, dessen peritoneale Oeffnung durch Adhaesonen

geschlossen ist. Sämtliche Drüsen der Beckenorgane werden herausgenommen, welche bei der schwieligen Consistenz des umgebenden Gewebes sehr schwierig ist; nur vor der Harnblase findet sich gewöhnlich lokeres Bindegewebe. Der 4. Lendenwirbel ist rechts an einer etwa $\frac{1}{2}$ Quadratzoll grossen Stelle etwas carös, der Knochen wenig erweicht. Kleine restirende Theile der Tumoren, zum Theil mit stark grüner Schriftfläche, im Becken namentlich innert und im rechten Iliacus internus lassen sich nunmehr entfernen. Beckenknochen scheinen intact. Die rechten Axillar-drüsen fest, stark geschweltt, zum Theil markig, zum Theil milzähnlich. Linkseitig die Drüsen nur wenig geschweltt, zum Theil weiss, zum Theil schon etwas braun-gelb; mit ziemlich starker Injection. Auch die SuprACLaviculardrüsen linkseits geschweltt. Schriftfläche sehr bunt. Rechts sind sie kaum zu fühlen. Die Venen des rechten Oberarms enthalten flüssiges Blut. Im untern Theil des Rectum's sehr viel breiige Faeces. An der Schleimhaut sehr viele flache ründliche Ulerationen mit leicht erhobenem, kaum getrübten Schleimhautrand, mit röthlicher fast orangefarbiger Basis. Die Blase ist eng, Schleimhaut stark in Falten gelegt. Nach dem Aus-einanderziehen der Falten sieht man ziemlich grosse follicel-ähnliche Bildungen bis ca. 1 etm. Durchmesser, die eine grössere Zahl von ganz flachen Knoten darstellen, mit etwas eingeschnürter Basis, leicht, filzförmig, vom Rande her etwas erhoben, noch von der deutlich erkennbaren leicht injicirten Schleimhaut bedeckt. In der Mitte etwas vertieft, die flach-glatte Schleimhaut nicht mehr deutlich: Basis braun-gelb. Sie sind rund, rosettenförmig, die grösste von 1 Quadratmm. Fläche. An der Mündung der Urethra, der Pars prostat. urethr. 2 kleine Hervorragungen. Am Caput gallinaginis auch 1 Tumor. Im Plexus vesicalis auf der Serosa der Blase ebenfalls Follikel ähnliche Einlagerungen. Die ganze Serosa der linken Beckenwand von kleinen, flachen Knoten gehoben, die grünlich durchscheinen. Vena cava inferior im untern Theil mit spaltförmigen Lumen; vordere und hintere Wand durch die Tumoren stark nach innen zu vorgewölbt; die Intima stellenweise sogar höckig. Thrombose der V. iliaca dextr. geht bis zum V. cava infer.

Schädel ist breit, symmetrisch; synostotische Nähte ziemlich dick, mässig viel blutreiche Diploë; Gefässfurche tief. An dem Stirnbein links vor der Sutura coronaria eine geröthete Stelle, an der Oberfläche leicht eingezogen. Dura ist normal gespannt, transparent. Sinus leer. Innenseite fein injicirt, rechts etwas dünn-leicht injicirte Membranen. Weiche Hirnhaut in mässigem Grad anämisch. Viel Liquor cerebrospinalis. An der Basis ziemlich viel Serum. Im Sinus transversus nur wenig Blut. An der Hirnbasis mässige Anämie der Häute. Das Ependym der Seitenventrikel sehr stark körnig, ebenso auch im 3. und 4. Ventrikel. Hirnsubstanz fast anämisch. Im Magen viel galliger Inhalt. Gleiche Defekte wie im Rectum, nur grösser. Duodenum: Schleimhaut stark injicirt. Hinter dem Pylorus im Duodenum gewöhnliche Plaques wie in der Harnblase, mit mehr flachen Defecten wie im Rectum. Im Jejunum

die gleichen Veränderungen wie im Duodenum, ebenso im Ileum, wo sich die grössern Defekte den Peyer'schen Plaques anschliessen; Basis theilweise hämorrhagisch. Das Gleiche im Cœcum. Im ganzen Dickdarm die Defekte etwas spärlicher. Pankreas nichts. Die Venen der Wadenmuskeln rechts thrombosirt. Panniculus stark ödematos. An der Ferse nichts. Rechtes Femur. Knochenmark im Grossen und Ganzen gelb, einmal im obern Drittel an wenigen Stellen etwas geröthet; in der untern Hälfte einige kleine Blutungen. Mark der Wirbelsäule roth.

Epikrise. Dass es im vorliegenden Fall sich um einen eclatanten Fall von Erkrankung des Ganzen lymphatischen Apparates handelt, ist unzweifelhaft. Die Autopsie constatirte Schwellung fast sämmtlicher Lymphdrüsen, der Tonsillen, der Follikel der Zungenbasis mit Ulceration, ebenso ulcerirte Stellen im Larynx. Eigenthümliche follicel-ähnliche, knotige Erhebungen in der Blasenschleimhaut und auf der Beckenserosa. Die Blasenschleimhaut theilweise ulcerirt. Der ganze Darmtractus vom Magen bis zum Rectum zeigt ähnliche Defekte wie die Blase; Darmschleimhaut stellenweise stark injicirt. Daneben ist auffällig die bedeutende Atrophic der Milz; leichte Fettleber; ebenso die Venenthrombosen: Vene cava. inter. Vene crural. und iliac; bedeutendes Oedem der Haut der untern Extremitäten; bedeutendes Atherom der Aorta ascend.; Dilatation der rechten Ventrikels und Haemorrhagien im Knochenmark. Was die Drüsenschwellung betrifft, so zeigen die Achseldrüsen im Durchmitt eine grau-rothe Schnittfläche mit centralem Erweichungsherd; ebenso die äussern und innern Leistendrüsen, die eine etwas bunte Schnittfläche darbieten; von grüner bis grau-gelber Farbe; die verschiedenen Drüsen durch schwieliges Bindegewebe mit einander verwachsen; von verschiedener weicher und fester Consistenz. Interessant ist der Befund auf der Zungenbasis, den Tonsillen und Pharynxwand, wo Ulcera sich befinden mit Höhlenbildungen, die austapezirt sind mit tief-schwarz-grünlichem Gewebe, nicht unähnlich diphtheritischem Belege; ebenso der Befund in der Mucosa der Blase und des ganzen Darmtractus.

Wir glauben, dass es sich hier um eine lymphatische Erkrankungsform sui generis handle; das multiple Auftreten der Drüsenschwellungen könnte der Vermuthung Platz machen, als handle es sich hiebei um maligne Lymphome. Doch spricht

der Befund vollständig dagegen, in pathologisch-anatomischer Beziehung sowohl, wie wegen des zu rapiden klinischen Verlaufes. Weder Winiwarter noch Langhans citiren in ihren statistischen Tabellen einen ähnlichen Fall. Auch von leukämischen Tumoren kann hier nicht die Rede sein, wir verweisen nur auf die atrophische Milz; gegen kästige und luetische Lymphome spricht ebenfalls der Befund, sowie gewähren die ätiologischen Momente dafür keinen Anhaltspunkt. Nach unserer unmassgeblicher Ansicht liessen sich diese Drüsenschwellungen, resp. dieses Ergriffensein des ganzen lymphatischen Apparates auf eine septische resp. pyämische Grundlage zurückführen; nur ist in diesem Falle das Fehlen des Milztumors, da ja die Milz bei lymphatischen Erkrankungsformen sowohl, als ganz besonders bei Infectionskrankheiten eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, etwas unerklärlich und ebenso das Verschontbleiben der Leber, Nieren etc. Für die Annahme einer solchen Krankheitsart spräche jedoch das ätiologische Moment. Patient hatte in Folge einer Excoriation im rechten Fusse eine Lymphangitis sich zugezogen; Oedem des rechten Fusses; Schwellung der rechten Inguinaldrüsen, sowohl der äussern als innern; citrige Infiltration der über der rechten Leistengegend sich befindlichen Haut, beginnende Gangrän daselbst. Druck der infiltrirten pflegmonösen Haut und der geschwellten Drüsen verursachte Thrombose der rechten Venae iliac. und crural., welche sich bis zur Cava infer. hinauf fortsetzte, Thrombosierung der Beckenvenen und Fortsetzung der Lymphangitis auf die in der Bauchhöhle liegenden lymphatischen Elemente, welche besonders im kleinen Becken sehr verbreitet sind. Schwellung der Retroperitoneal- und Mesenterialdrüsen und dem Ductus thoracicus entlang auf die Axillar-, Suprascapular- und Halsdrüsen. Jedenfalls muss es ein spezifisches, septisches Virus vorhanden gewesen sein, welches so hochgradige Veränderung in relativ kurzer Zeit im ganzen lymphatischen System hervorzurufen im Stande gewesen ist und fehlt uns auch momentan noch eine richtige Auffassung dieses Falles und möchte auch unsere Ansicht nichts mehr, nichts weniger als eine subjective, rein persönliche Vermuthung sein, so glaubten wir dennoch diesen Fall etwas näher erörtern zu müssen in der

Absicht, dass sich später an Hand von andern ähnlichen Krankheitsfällen ein genaueres Krankheitsbild davon entworfen werde. Vorläufig halten wir die Bezeichnung dieses Falles als eine „Lymphomatosis diffusa“ aufrecht, als eine Erkrankung sui generis des lymphatischen Systems, auf wahrscheinlich infektiöser septischer Grundlage beruhend.

IV. Prognose und Therapie.

In prognostischer Beziehung divergiren die Ansichten der Chirurgen wie Pathologen nicht; alle sind darin einig, dass es sich beim Lymphosarkom sowohl, wie beim Lymphoma malignum um Neubildungen handle von exquisit malignem Charakter. Gewöhnlich wird die Prognose der Aerzte auf infaust lauten. Von dem Lymphosarkome medullare sagt Rindfleisch (pag. 514. Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre): „es sind Geschwülste, welche, was Schnelligkeit des Wachstums und Malignität anlangt, von keiner Sarkomspecies übertroffen worden, obwohl sie niemals eine alveolare Structur erkennen lassen“. Und im Grossen und Ganzen acceptiren wir auch folgende Ansicht Rindfleisch's. wenn er fortfährt: „Für die Therapie sind sie im Allgemeinen ein Noli me tangere.“ Beim

A. „Lymphosarkom“

kann es sich nur um eine Totalexstirpation des Tumor's handeln, will man sich davon einen positiven Erfolg versprechen. Allein die Chancen, die man auf diese Radikaloperation setzte, sind nicht sehr ermutigend wegen des düstern Hintergrundes, die jede solche Operation hat, nämlich das drohende Recidiv. Diese Recidivfähigkeit des Lymphosarkom's zeigt uns also wieder eine neue Seite der Malignität dieser Geschwulstform. Daneben müssen wir auch den Umstand erwähnen, dass Patienten mit Lymphosarkom behaftet, gewöhnlich erst dann ärztliche Hilfe aufsuchen, wenn ein operativer Eingriff wegen schon bestehender Allgemeininfektion resp. Metastasenbildung in andern Organen, oder zu grosser lokaler Ausdehnung kaum mehr mit Erfolg ausgeführt werden kann. Von den 15 in unserer Tabelle verzeichneten Fällen wurde nur bei 6 die Operation resp. Excisio ausge-

führt. (3. 17. 18. 22. 24. 25.) Dass es sich bei einigen Fällen um collossal ausgedehnte und eingreifende Operationen handelte, lässt sich begreifen, wenn wir verweisen auf das dem Lymphosarkom, wie überhaupt allen Sarcomen characteristische Wachsthum, resp. Durchwachstung der unliegenden Gewebe durch den Tumor. Die andern Fälle waren theils inoperabel oder wurde die Operation von den Patienten verweigert.

Von diesen Fällen sind 3, wo bis jetzt von einem Recidiv noch Nichts constatirt wurde. (3. 17. 25.) Sehr eingreifend war die Operation beim Fall 25; wo es sich um ein Lymphosarkoma colli dextr. handelt, das sich bis zur Schädelbasis erstreckte. Hier wurde die Excision unter Exstirpation eines Stückes der V. jugul. intern. und der Carotis communis bis zum Schädelbein gemacht, jedoch unter Schonung des N. vagus und Sympathicus (Ganglion I.) Laryngeus superior, welcher vom Tumor losgelöst, aber mit dem Thermokauter geätzt wurde; unter offener Wundbehandlung wurde eine sehr schöne Heilung erzielt; wiewohl eine rechtseitige Facialisparese Stimmbandlähmung mit Heiserkeit und eine Lähmung der Hebermuskele des rechten Schulterblattes zurückblieb.

Recidive traten bei 3 Fällen auf (18. 22. 24.); bei Nr. 18., wo es sich um ein Lymphosarkom der linken Halsseite handelt, wurde die Excision vorgenommen unter Ligatur der Carot. extern: Art. thyreoid. sup. und occipit.; ferner wurde ein Stück des M. Sternocleido mit hinausgenommen; Vena jugul. intern; und Durchschneidung des untern Astes der N. facialis. Trotz anscheinend sehr sauberer Herauspräparation wurde letztgenannter Nervenast durchschnitten und stellten sich sofort nach der Operation Symptome der Facialislähmung heraus. Diese Operation fand den 5./XI. 83 statt; den 18./II. 84. wurde dieser ein Abscess der linken Mamma incidiert und am 7./III. 84 genas Patient einen kräftigen und gesunden Knaben. Am 20./VI. 84 wurde, da in der Excisionswunde ein Recidiv sich entwickelte, dasselbe exstirpiert, mit Ansschneiden des Ductus thoracie.; (jedoch ohne Folgen.) Später entwickelte sich noch ein Recidiv in der linken Parotisgegend und in der Gland. Thyreoid., das nicht mehr operativ behandelt wurde. Von Interesse ist bei diesem Falle, dass die erste, 2 Stunden dauernde Operation, welche einen ziemlichen

Blutverlust verursachte, auf die bestehende Gravidität keinen deletären Einfluss ausübt.

Bei Nr. 22 wurde den 6./VI. 76 ein rechtseitiges Lymphosarkom extirpiert mit Ligatur der Carotis extern. gerade über der Theilungsstelle der Carotis communis; der Ven. jugul. communis. Im weitern Verlauf der Wundbehandlung trat den 18./VI. eine collosale arterielle Blutung auf, welche die Unterbindung der Carotis communis in loco electionis nothwendig machte, welche jedoch die Blutung nicht vollständig stillte und noch die manuelle Compression erforderte. Patient erholte sich von dieser acuten Anaemie bald wieder; zeigte jedoch schon nach 2 Monaten ein Recidiv in Form einer harten auf Druck empfindlichen Infiltration in der Nähe der ersten Excisionswunde. Es wurde nun von einem weitern operativen Eingriff abgesehen und die Electropunctur versucht, welche sehr schmerhaft war.

Durch seine hartnäckige und exquisite Recidivfähigkeit zeichnet sich besonders Fall 24 aus. Die erste Operation fand den 14./VI. 82 statt; es wurden zu beiden Seiten des Halses multiple Drüsenschwellungen, welche für körnige maligne Lymphome gehalten wurden, die sich jedoch nach der Operation unter dem Mikroskop als Sarcome herausstellten, extirpiert. Im Januar 83 stellte sich Patient wieder, also nach ca. 6 Monaten und beidseitig zeigte sich ein Recidiv in der Excisionsnarbe, welches dann beidseitig den 10./I. 83 extirpiert wurde. Der Wundverlauf war unter Wismuth-Behandlung ein normaler. Patient konnte den 28./I. entlassen werden; nebstdem ordinierte man selbem Solut. Fowler. Im Juli 1883 zeigt sich wieder ein Recidiv beidseitig, rechts in der früheren linearen Excisionsnarbe in Form einer diffusen Infiltration; links zeigten sich hinter der Narbe einige multiple Drüsenschwellungen. Es wurde wiederum zur Excision geschritten (7./VII.); und der Wundverlauf war unter Wismuth-Behandlung ein vollständig normaler; jedoch hatte sich gleich nach der Operation eine linkseitige Stimmbandlähmung eingestellt, mit Heiserkeit, obwohl, wie der Operationsbericht sagt, bei der Operation weder von N. Vagus noch N. Recurrens etwas gesehen wurde. Den 18./VII. entlassen, stellt sich Patient im November 83, also nach 3 Monaten, wieder, indem er über Schmerzen klagte

in der linken und rechten Parietalgegend, wo auch besonders links ein derb-elastischer Tumor zu fühlen war. Offenbar handelte es sich um Metastasen in den Ossa parietal. Bei diesem Befund konnte von einer nochmaligen Recidivoperation nicht mehr die Rede sein und Patient wurde als inoperabel nach Hause entlassen. Aus diesem Fall kann entnommen werden, wie schnell sich Recidive entwickeln können; gewöhnlich dauerte es kaum 6 Monate und Patient suchte wieder um operative Befreiung von seinen bösartigen Geschwülsten.

Die Electrolyse, welche Winiwarter (pag. 142. loc. cit.) als ein therapeutisches Mittel bei den malignen Lymphomen erwähnt, wurde ebenfalls beim Lymphosarkom bei Nr. 11 versucht und angewendet; jedoch mit negativem Erfolg. Ebenso wurden beim gleichen Fall 16 Injectionen (täglich eine) von Pepsin. muriatic. 2,0 in 5% Lösg. in den Tumor gemacht mit gleichem Erfolg. Ob die Ganggrün und Necrose, die nach diesen Injectionen im Tumor entstand, in Folge dieser Injectionen auftrat, wollen wir, wie oben erwähnt, nicht entscheiden. Auch die Behandlung mit Solut. arsenical. Fowler. hat sich nicht bewährt. (Nr. 26.)

B. Malignes Lymphom.

Beim malignen Lymphom kommen in therapeutischer Beziehung 2 Methoden in Betracht:

- 1) Die operative Behandlung: — Exstirpation der malignen Lymphome.
- 2) Die medikamentöse Behandlung mit Arsenik, — in Form der Solut. Fowler: — sowohl innerlich, — als in Form hypodermatischer Injectionen in die Geschwulst auf Empfehlung Billroth's und seines Schülers Czerny hin. In der Applikation des Arsenik's wird kein Unterschied gemacht bei der harten wie weichen Form des malignen Lymphom's. Von unsren 9 Fällen von malignen Lymphomen wurden nur 2 operativ, d. h. mittelst Totalexcision der Drüsen, behandelt. (Nr. 13 u. 20.) Bei Nr. 20 ist bis heute noch kein Recidiv erfolgt; Nr. 13 verzeichnet ein Continuitätsrecidiv post excisionem, wahrscheinlich in Folge unvollständiger Entfernung der Geschwulst-Elemente.

Die Arsenikkur wurde in 4 Fällen angewandt, — Nr. 13, 14, 15 u. 23; — ohne Erfolg bei Nr. 14 u. 15; mit theilweisem Erfolg bei Nr. 13 und 23.

Fall Nr. 13., den wir oben erwähnt, zeigte bald nach der Excision ein Recidiv in der linken Leiste und eine Drüsenschwellung in der rechten Inguinalgegend. Es wurde nun Solut. Fowler. mit Tinct. amar. à 3 bis 50 gutt. pro die. ordinirt; nebstdem Injektionen 2 gutt. — $\frac{1}{2}$ Pravazspritze gemacht und zwar täglich. Während dieser Behandlung treten Symptome von Arsenikintoxication auf: Magenbeschwerden, Neigung zum Erbrechen etc. Der Status vom 11. April 1881 ergibt, dass die Geschwulst in der fossa iliac. sinistr. bedeutend zurückgegangen ist, dass der faustgrosse Tumor in der rechten Leiste sich auf eine kleine flache, derbe Drüse reduzirt hat. Der faustgrosse Tumor in der linken Iliacalgegend hat sich bis zur Grösse einer halben Kindsfäust vermindert; die Consistenz hat sich nicht wesentlich verändert, ist prall-derbelastisch.

Ein analoger Fall bietet Nr. 23, wo nach gemachter Explorativexcision zur Arsenikkur geschritten wurde. Patient hatte am Halse beiderseits collosale Drüsenschwellungen, über faustgrosse Pakete darstellend; ebenso Drüsenschwellungen in der rechten und linken Axilla; und in der linken Leiste vereinzelte kleine prall-elastische Drüsen, rechts weniger. Es wurde Patient Arsenik verabreicht und zwar innerlich Solut. Fowler. 3 mal 2 gutt. p. die. und soll täglich 2 Tropfen steigen; daneben täglich Injectionen derselben Lösung in die Halsgeschwülste, (2 mal $\frac{1}{3}$ Pravazspritze.) Am 13. Februar war Patient bei 30 Tropfen p. die. angelangt, ohne irgendwelche Symptome von Arsenikintoxication zu bieten. Am 20. April ergab sich folgender Status: Drüsen am Halse haben sich erheblich zurückgebildet; die noch vorhandenen Pakete zeigen dieselbe derbe Consistenz wie früher. Auch in der Axilla sind beidseitig noch Drüsen zu fühlen. In den Leisten kleine multiple Drüsen.

Leider ist uns über den weiteren Verlauf dieser beiden genannten Fälle nichts Näheres bekannt; immerhin können diese Fälle als Belege dafür dienen, dass wir in Arsenik bei gewissen Fällen ein therapeutisches Mittel bisiszen, welches im Stande

ist, wenn nicht ein vollständiges Verschwinden, so doch eine bedeutende Volumsverminderung geschwellter maligner Lymphome zu bewirken. Ueber die Wirkungsweise resp. Erklärungsweise der Arsenikwirkung confer. Winiwarter pag. 130 u. ff.

Im Uebrigen schliessen wir uns vollkommen Winiwarter's Ansicht (pag. 165. loc. cit.) bei, wenn er vom Arsenik als differential-diagnostisches Hülftsmittel sagt: „In wie weit der Arsenik ein diagnostisches — und fügen wir bei, ein therapeutisches — Hülftsmittel ist, d. h. ob man ex juvantibus auf die Natur der Geschwulst einen Schluss ziehen kann, muss die Zukunft lehren.“ Andere therapeutische Hülftsmittel, wie Compression der Geschwülste, permanentes Bedecken der Geschwülste mit einer Eisblase, Injectionen von Chromsäure, was Winiwarter versuchte, Jodtinctur (Lücke) wurden nicht versucht.

Zum Schlusse erübrigts es mir noch, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Kocher, für seine mir gütigst und auf zuvorkommendste Weise zur Benutzung zugesandten Krankengeschichten meinen besten Dank auszusprechen.

— { } —

L i t t e r a t u r :

- 1) Th. Langhans. „Das maligne Lymphosarkom.“ (Pseudoleukaemie) in Virchow's Archiv. XXXIII. (pag. 509—537) Band 54. 1872.
- 2) v. Winiwarter. „Ueber das maligne Lymphom und Lympho-Sarkom.“ in Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie III. (pag. 99—166.)
- 3) Handbücher der allgemeinen wie speziellen Chirurgie von Billroth, König. (Edit. II.) I. Band. p. 461—464. der patholog. Gewebelehre von Rindfleisch etc. (5 Auflage 1878.) § 579.



21 Fälle von malignen Lymphdrüsentumoren

aus der chirurgischen Klinik zu Bern von 1872 bis 1884.

I.

M	Adresse, Alter, Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie.	Weiterer Verlauf.
1.	Flückiger Joh. von Dürrenroth bei Biel. Landarbeiter. 43 Jahre alt. 2. Dezbr. 1872.	Circa 4 Monate vor Eintritt in's Spital bemerkte Patient hinten am rechten Ohr ein bewegliches Knöthechen, das langsames Wachsthum zeigte, von harter Consistenz. Eine Probeincision in die Geschwulst, welche vom behandelnden Arzte für eine entzündliche Lymphdrüse gehalten wurde, ergab nichts als Blut. Ausstrahlende Schmerzen nach der hinteren Halsseite und der rechten Schulter.		3. Dezember. Patient kräftig gebaut; an der rechten Halseite ein mannsfaustgrosser Tumor, an den Kieferwinkel und den Processus mastoid. austossend und den Sternocleido im intern Theil abhebend. Haut darüber bläulich-roth gefärbt; etwas ödematös. Consistenz des Tumor's teigig fest; sehr druckempfindlich; Tumor unbeweglich der Wirbelsäule aufsitzend; keine Erscheinungen von Druck auf den Larynx. Am übrigen Körper keine Drüsenschwellungen.	Lymphoma malignum collis dext. (Lymphosarkoma.)		9. Dezember ungeheilt entlassen. Weiteres Schicksal unbekannt.
2.	Zurflüh Joh. von Trub. Landarbeiter. 54 Jahre alt. 19. Juni 1873.	Vor 3 Jahren fühlte Patient in der linken Leistenbeuge einen kleinen, erbsgrossen Knoten, der nach 5—6 Monaten baumnussgross wurde. Seitdem schnelles Wachsthum. Vor 2 Jahren hatte der Knoten die Grösse des jetzigen untern Knoten. Auf Incision des consultirten Arztes (1871) entleerte sich eine geringe Menge Blut. Um diese Zeit begann der zweite Knoten dicht über dem ersten zu wachsen. Schwelling des linken Beines. 14 Tage vor Eintritt in's Spital bestand Patient eine linkseitige Pneumonie; während dieser Zeit Schmerzen im oberen Knoten.		19. Juni. In der linken Inginalgegend befinden sich zwei mannsfaustgrösse Knoten von etwas höckriger Oberfläche. Haut über denselben normal; hier und da mit der Geschwulst leicht verwachsen. Leichte Venenausdehnung in der Haut sichtbar. Leichte Fiebertemperaturen Abends, 38,0—39,0. Puls 100—112.	Lymphosarkoma regionis inguinalis sinistr.		19. Mai ungeheilt entlassen.
3.	Vriblet-Frey Katharina von Biel. Landarbeiterin. 59 Jahre alt. 20. April 1874.	Patientin fühlte seit circa 2½ Jahren im linken Vorderarm beim Arbeiten Schmerzen, die sie für rheumatische hielt. Seit dieser Zeit darft das Wachsthum eines Tumor's in der Gegend des linken Condylus intern. humeri. Der Tumor war haselnussgross. Wachsthum langsam, mit zeitweisen Schmerzen. Im Sommer 1873 begann der Tumor schneller zu wachsen und in der linken Axilla zeigte sich ein zweiter Tumor. Eben zur gleicher Zeit entstand ein solcher in Mitte des Vorderarm's dorsalwärts. Im November 1873 wurden die Schmerzen heftiger, welche mit Blutegel bekämpft wurden und seitdem wuchs der Tumor zur jetzigen Grösse heran.		9. Mai. Patient trägt über dem Condylus intern. humeri sinistr. und an denselben durch einen langen Strang angeheftet, eine eigrosse unregelmässige Geschwulst von sehr fester Consistenz; zeigt in ihrer Hauptausdehnung Verwachslungen mit der bläulich-rothen Haut. Auf der Unterlage ist der Tumor beweglich, frei, mit Ausnahme der oben erwähnten Verbindung. Arm sonst normal und Bewegungen des Ellbogengelenkes vollkommen frei. In der rechten Leiste eine kleine unschmerzhafte bewegliche Drüse zu fühlen.	Lymphosarkoma cubiti sinistr.	19. Mai Exstirpation unter Chloroformnarcose und Lokalanästhesie.	Wundverlauf normal. 8. Juni in Heilung begriffen entlassen. Weiteres — ob Recidiv — unbekannt.
4.	Rüfenacht Elisabeth von Summis- wald. Magd. 42 Jahre alt. 26. Octob. 1874.	Im Juli dieses Jahres bemerkte sie unter dem rechten M. Pectoralis eine Geschwulst, welche an Grösse zunahm und keine Beschwerden machte. Einige Wochen später zeigten sich Verhärtungen der Haut. Es wurden Incisionen gemacht, welche lange eitereten.		30. October. Patientin ziemlich kräftig gebaut, doch etwas anämisch. In der Axilla dextra, findet sich unter dem M. pectoralis major, denselben nach vorne erhabend, eine doppelfausigrossreiche Geschwulst, gegen den Thorax zu beweglich, von fester Consistenz, mit verschiedenen weichen Höckerchen. Unter der Haut ist die Geschwulst verschieblich. In der Axilla sinistr. finden sich drei zusammenhängende, ziemlich feste, bewegliche Drüsen von unregelmässiger Form und der Grösse kleinerer und grösserer Kastanien. Am übrigen Körper keine Drüsenschwellungen.	Lymphosarkoma (multipel). Nach Puttiata: Angiosarkom.		Ungeheilt entlassen. Auf der medicinischen Klinik von Prof. Quincke gestorben.

II.

M	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie.	Weiterer Verlauf.
5.	Gusset Elisabeth von Uebendorf Landarbeiterin. 18 Jahre alt. 2. Novbr. 1874	Mitte 1874 begann ohne bekannten Grund die linke Seite des Halses schmerhaft zu werden, ohne sichtliche Veränderung. 1—2 Tage nachher zeigte sich eine diffuse, blass-rothe Schwellungen über der Clavicula. Ende Juni unter der Clavicula eine kleine auf Druck empfindliche Geschwulst, die spontan keine Schmerzen verursachte. Anfangs August hatte die Geschwulst die Grösse eines Hühnereies; ausstrahlende Schmerzen gegen die Achsel und Mitte des Oberarms. Schmerzen hörten auf; bis Anfang September Wachsthum und Schmerhaftigkeit wieder zunahm. Auf Cataplasmen ging die Geschwulst etwas zurück, bis sie im October mit Schmerzen zunahm bis zur jetzigen Grösse. Innert 14 Tagen bildeten sich 4 walnussgrosse harte Knoten rechts am Halse, 2 am Kieferwinkel und im taubeneigrosser Knoten in der linken Axilla. Mitte Oktober klagt sie über Schmerzen auf der linken Brustseite und am Bauche. Seit Ende Oktober Husten.	Mutter soll an der rechten Halsseite eine grosse Drüse gehabt haben, die in Eiterung überging.	4. November 1874. Patientin sieht etwas zart aus, jedoch nicht sehr anämisch. Über der linken Clavicula ein Tumor, reichend bis zum linken Sternocleido, an die Clavicula bis zu dem unterem Drittel, nach hinten bis zum oberen Rande der Scapula, nach aufwärts streckt sie sich zapfenförmig hinter dem Sternocleido bis 2 cm. an die Wirbelsäule, auf der höchsten Höhe bläuliche Röthung mit Pseudofluctuation. Consistenz derb, an einzelnen hervorragenden Höckern prall bis hart. Tumor vollständig unbeweglich, auf leisen Druck empfindlich. Im vordern Umfang befindet sich auf der Haut ein kleines derbes Knöthen, über der Geschwulst hinter dem Sternocleido findet sich eine haselnussgrosse bewegliche Drüse, ebenso 2 verschiebbliche hinter dem Kieferwinkel. Hinter der unteren Hälfte des Sternocleido eine bewegliche derbe unregelmässige, etwa taubeneigrosse Drüse. In der Gland. thyreoid. befindet sich links unten ein weicher Knoten durch eine Furche vom Tumor getrennt. Leichte Trachealstenose. Unter der äussern Hälfte der Clavicula eine walnussgrosse derbe Geschwulst, in der Tiefe fest aufsitzend; eine solche in der linken Axilla; jedoch verschieblich, zwischen diesen mehrere Drüsensäckchen. Neben dem Sternum und auf dem Epigastrium viel derbes Oedem; druckempfindlich; Drüsenschwellungen in der linken und rechten Leiste. Keine Milzvergrösserung. Druck in der Milzgegend, auf die Leber und linke Sternumhälfte schmerhaft. Über dem Sternum deutliche Dämpfung. Lungenauskultation normal. Später im November Zeichen von Bronchitis mit zähem Auswurf. Unter der II. Rippe links, nahe beim Sternum und rechts in der Gegend des Rippenknorpels ein haselnussgrosser Knoten, fest mit der Unterlage verwachsen und druckempfindlich. In der linken Mamma in der Tiefe eine harte, solide Masse, in der rechten Axilla eine haselnussgrosse harte bewegliche unempfindliche Drüse. Druck auf Manubrium und Processus coracoid. schmerhaft.	Lymphosarkoma sin. colli mit secundären Herden.		4. Novbr. 1884. Sectionsbefund. Vide pag. 28.
6.	Kühni Magdalena von Langenthal. Uhrmacherin in Souviller. 44 Jahre alt. 6. Juli 1870.	Vor circa 7 Wochen bemerkte Patientin, durch Schmerzen aufmerksam gemacht, hinten am rechten Ohr ein baumwollsgrosses Knöthen, ziemlich oberflächlich unter der Haut gelegen; allmähliches Wachsthum; Schmerzanfälle 1 Stunde bis einen halben Tag dauernd, abwechselnd mit schmerzlosen Pausen. Seit einer Woche Schlingbeschwerden und Schmerzen auf Druck des rechten Scheitelbeins. Keine motorische und sensorische Störungen.	Früher oft Zahnschmerzen mit Abscedierungen.	7. Juni 1884. Patient zeigt auf der rechten Seite des Halses und Kieferwinkels rückwärts bis an die vorwägenden Nackenknochen, vorwärts bis zur Mitte des horizontalen Kieferastes und abwärts bis zur Mitte des Halses eine etwa gänsegegrosse mit dem grössten Durchmesser von vorne nach hinten gehende Geschwulst; von leicht höckeriger Oberfläche; unregelmässiger Gestalt; Haut darüber unregelmässig bläulich geröthet, etwas infiltrirt und nicht faltbar. Consistenz im Ganzen eine weiche, an den gerötheten Stellen eine zusammenhängend fluctuierend, obschon Fluctuation von vorne nach hinten nicht zusammenhängt. Druck überall, besonders an den gerötheten Stellen sehr empfindlich; Tumor in toto verschieblich, von vorne lässt er sich ziemlich gut umgreifen. M. Sternocleido mastoid, lässt sich von der Geschwulst nicht abheben, scheint durch selbe hindurch zu gehen. Am vorderen Ende der Geschwulst am Rande des Unterkiefers findet sich eine mit dem Knochen coharente Narbe von einer früheren Periostitis herrührend. Am übrigen Körper keine Drüsenschwellungen und keine Milzvergrösserung.	Lymphosarkoma colli dext.		Ungehobt entlassen den 20. Juli. Status am Entlassungstage der nämliche, nur grössere Infiltration in der Umgebung des Tumors. Tumor weniger verschieblich.

III.

Nr.	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie.	Weiterer Verlauf.
7.	Lauter-Port-mann Anna, Hausfrau in und von Escholzmatt, Canton Luzern, 47 Jahre alt. 28. Oktbr. 1875.	Während ihres letzten Wochenbettes (Geburt Mai 1873) bemerkte Patientin am rechten Oberarm in der Nähe des äussern unteren Bicepstückes eine wallnussgrosse nicht geröthete harte Geschwulst, die ihr etwas Jukern verursachte. Von da an liess sie die Geschwulst unbeachtet, bis sie durch das beständige auf den Armenträgen ihres collos. hydrocephal. Kindes (4. April 1874) ein unbestimmtes Gefühl von Reizung in der rechten Ellenbogengegend verspürte. Ende 1873-74 fand sie eine neue der Erstern analoge Geschwulst im Oberarm, etwas über und hinter dem Condyl. internen, hart, welche bis zum Januar die Grösse eines Eies erreichte. Im Herbst fing der I. Tumor an zu wachsen, ohne Grund, seit Anfang Oktober verstärktes Wachsthum, Röthung, Parästhesien und Spannung im Vorderarm. Wo die Röthung am stärksten, war die Consistenz des Tumor's eine weiche. Im Winter 1874 bis 1875 ein dritter Tumor in der rechten Axilla, mandelgross. Im Frühling 1875 füllte der Tumor die ganze Fossa supraclavicularis, bis zum M. Sternocleido mastoid. aus und bricht über der Clavic. hervor.	Vater der Patientin soll an Auszehrung gestorben sein.	17. November 1884. Patientin kräftig gebaut, aber ziemlich mager und blass, hustet, jedoch ohne Auswurf, keine Dyspnœe. Neben dem Epicondyl. intern. humer. dextr. ein etwa strausseneigroßer Tumor, ziemlich unvergleichlich aufsitzend, auf der oberen Hälfte in der ganzen Ausdehnung ein gangränöses krebsförmiges Geschwür; Hautränder geröthet und infiltrirt; Vorderarm und Innenseite des Oberarms infiltrirt; ödematos; Hand frei. Auf der Vorderfläche des Oberarms ungefähr in der Mitte im Sule. bicip. intern. ein starker haselnussgrosse Knoten von unregelmässiger Gestalt, derber Consistenz und über dem Knochen und unter der Haut ziemlich leicht verschieblich. Sondirungen des Geschwulstgrundes ergab granulationähnliches Gewebe. II. Tumor in der rechten Axilla faustgross, Thorax anliegend, unregelmässig, knollig, ziemlich fester Consistenz, anscheinend beweglich. III. Tumor über der rechten Clavicula, die ganze Grube ausfüllend, von unregelmässiger Gestalt, von hinten nach vorne beweglich, fester Consistenz, einzelne Höcker härter, andere weich, pseudofluctuierend. Haut im vordern Theile faltbar, im untern leicht infiltrirt.	Lymphosarkoma brachii dextr.		Ungehört entlassen den 23. Nov. 1874. 2. November trat weitere Gangrän auf. Behandlung mit Jodtinctur, leichtes Jodismus. Inoperabel. Amputatio brachii ver- weigert. Später ausgedehnte Gan- grän (Jauche) wel- che sich fast über den ganzen Ober- arm hinzieht. Gestorben zu Hause im März 1876 an dyspnoide Er- scheinungen.
8.	Junod Francois Uhrmacher von St. Croix, Biel. 27 Jahre alt. 27. April 1876.	Im Mai 1874 bemerkte Patient hinter dem Process. mastoid. links eine haselnussgrosse verschiebliche, nicht empfindliche Geschwulst, welche sich langsam vergrösserte, ohne Schmerzen zu verursachen, so dass er im März 1874 einen Arzt consultirte. Im Oktober 1875 war der Tumor hart, aber nicht mehr gleichmässig rund und glatt, sondern verzweigt lappig, auf Druck empfindlich, nicht spontan. Im Februar 1876 nahm die Geschwulst ungewöhnlicher zu, war entzündlich schmerhaft. Schluckbeschwerden hatte Patient nie, nur Schmerzen in der Kinngegend und im linken Ohr, aus welchem schon lange ein eitriger Ausfluss bestand. Den ganzen Winter hindurch Appetitlosigkeit, Foeces ex ore; Constipation. Von Neujahr 1876 gewahrte Patient in der linken Axilla eine damals nussgrosse, früher nicht schmerzhafte Geschwulst, die bedeutend an Volumen zunahm; ebenso in der rechten Axilla eine kleine mandelnussgrosse Drüse. Im März 1876 entstanden auf dem Manubr. Sterni neben der Medianlinie einige disseminierte harte Knötelchen. Patient machte im 14. Jahre den Typhus durch. Seit dem 17. Jahre litt er an Ohrenschmerzen und Ausfluss aus dem Ohr. Seit letzten Winter Husten.	Eltern hatten 19 Kinder, wovon zwei Zwillinge, Zwei davon leiden an serophulöser Augenent- zündung, keine spezi- fische Affektion.	4. Mai 1876. Patient von etwas kachektischem Aussehen, belegte Zunge. An der linken Halsgegend eine die ganze Seite gegenüber vom Rande des Trapez. bis zum Vorderrande des Sternocleido und von der Clavicula bis zum Ohrläppchen einnehmende Geschwulst von der Grösse stark zweier Fäuste. Larynx nach rechts verschoben. Haut über dem Tumor nicht in Falten abhebbar, etwas geröthet, derb ödematos, infiltrirt. Auf Druck etwas empfindlich; Consistenz im Ganzen fest; kleinere und höhere stärker hervorragende Höcker, zum Theil in der Cutis liegend und meist härter als der übrige Tumor, einzelne weicher. Oben hebt der Tumor das Ohrläppchen hervor und schickt eine Fortsetzung bis an den Tragus unter infiltrirter Haut. Nach rückwärts und vorne abwärts stehen mit demselben kleine unregelmässige, bis wallnussgrosse Knollen in Verbindung, welche sich nicht deutlich abgrenzen lassen; von grösserer Verschieblichkeit als der Haupttumor; letzterer ist nur von rechts nach links verschieblich. Auf der linken Seite des Manubr. Sterni sitzt in der Haut, wie eine callöse Narbe aussehend, eine höckrige flache Erhabenheit von sehr harter Consistenz. In der linken Axilla auf der Brustseite sitzt ein aus mehreren Knollen bestehendes, ziemlich pralles, leicht verschiebliches Drüsenspaket und in der Axillarlinie abwärts fühlt man ganz kleine pralle Knötelchen, die unter dem Finger leicht hin und herrollen. In der rechten Axilla ein haselnussgrosse rundlicher praller Knoten, ebensolche unter dem rechten Sternocleido; den Tumor fühlt man bei Palpation an der hinteren Pharynxwand.	Lymphosarkoma colli inframastoid. metastatic. Peripherie Ursache: eitriger Ausfluss aus dem Ohr — Otitis media.		Inoperabel. Ent- lassen den 21. Mai 1876. Weiteres Schicksal des Mannes unbe- kannt.

IV.

M.	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie.	Weiterer Verlauf.
9.	Born Jakob, Schuster von Thunstetten. 56 Jahre alt. 14. Mai 1876.	Patient weiss, dass er schon seit etwa 5 Jahren in der Gegend der rechten Submaxillardrüse eine stark haselnussgroße, harte verschiebbliche Geschwulst besass, welche im Januar 1876 anfing schmerhaft zu werden, Gefühl von Spannung zu verursachen und bedeutend anzawachsen. Im April war das Wachsthum noch schneller auf Kataplasmiren hin; Öffnen des Mundes war erschwert, Schlukbeschwerden; Patient klagt über beständiges Würgen.	Eltern gesund und Kinder, das älteste an Serophulose leidend. Mit 20 Jahren hat Patient Typhus, im 47. Jahre Pneumonie durchgemacht. Peripherie Ursache: Alveolar-periostitis.	17. Mai. Patient hat unterhalb des hinteren Zweidrittels des rechten horizontalen Kieferastes einen stark mannsfaustgrossen Tumor. Haut über denselben überall faltbar, doch etwas infiltrirt, von meist auffällig veränderter Farbe; Tumor von prall-pseudofluctuierender Consistenz, auf Druck sehr empfindlich, vom untern Rand des Kiefers deutlich abgrenzbar; Carotis hinter denselben vorbegehend; abwärts reicht er bis zum Niveau der Schilddornpelviscision, in der Medianlinie bis zur Mitte des Zungenbeinkörpers, das stark nach links geschoben ist. Andere Drüsenschwellungen ausser mehreren erbzen-bis haselnussgrossen weichen Knötcchen hinter dem rechten Sternocleido nicht nachzuweisen. Auf der linken Seite analog nur kleinere Schwellungen, in toto ist der Tumor nicht verschieblich. Zunge belegt, etwas cyanotisch. Zahne des Unterkiefers fehlen oder sind cariös. Vorderer Gaumenbogen rechts nebst der Mandel ist bis zur Uvula nach Innen durch den Tumor verschoben. Im Bereich des Gaumenbogens deutliche exquisite Pseudofluctuation. Tumor im hinteren Theil des Mundbodens rechts deutlich zu fühlen, umgreift von unten den Kieferwinkel, von innen und aussen ziemlich fest aufsitzt einen Theil des horizontalen Kieferastes.	Lymphosarkoma submandibulare profundum.	Punktion: Entleerung von 10 cm. rothbrauner Flüssigkeit mit einigen zum Theil röthlichen zum Theil gelbmorschen Gewebssetzen. Mikroscopische Untersuchung: Viele kleine Rundzellen und ganz grosse Kugzelellen, welche eine beginnende zum Theil vollständige fettige Degeneration zeigen: keine Krystalle.	20. Mai Entlassen, nachdem Patient die schwierige und gefährliche Operation verweigert. Weiteres Schicksal unbekannt.
10.	Schuhmacher Christina, Magd von Rüschegg, Burgdorf. 36 Jahre alt. 23. Sept. 1876.	Im Herbst 1874 bekam Patientin zur Zeit der Messes beim Treppensteinen ohne alle Ursache Schmerzen in der rechten Leiste; fühlte dann eine halbeigrosse harte auf der Unterlage nicht verschiebbliche Geschwulst in der Mitte unterhalb des Lig. Poupart. Menstruation nicht alterirt, Haut über dem Tumor roth und heiss anzufühlen; Tumor beim Gehen und auf Druck schmerhaft. Tumor änderte seine Grösse nicht und Röthe und Schmerhaftigkeit gingen zurück, bis selbe 2 Tage vor Eintritt der Menstruation wieder sich einstellten und auf die Vorderfläche des Oberschenkels irradirten, mit Eintritt der Mensse jedoch wieder verschwanden. So zeigte sich bei den nächsten Menses diese Schmerhaftigkeit wieder; war jedoch auf die Geschwulst lokalisiert; nicht mehr ausstrahlend; seitdem zeigten die Schmerzen sich nimmer — bei Eintritt der Mensse — sondern nur noch bei starken Anstrengungen, um jedoch in der Rabe wieder nachzulassen. Bis Frühling 1876 hatte der Tumor die Grösse einer Kindsaust. Am 31. Mai 1876 bekam Patientin nach starker Anstrengung intensiv schneidende Schmerzen im Tumor; letzterer wuchs bedeutend, wurde faustgross. Haut darüber geröthet, heiss, iradiirende Schmerzen auf der Vorderfläche des Oberschenkels. Der herbeigerufene Arzt hielt den Tumor für eine Hernia incarcerated und machte Taxisversuche. Nachher Jodtinctur aufpinschungen und Wärme; Tumor ging zurück und ebenso die Hautröthung und Schmerhaftigkeit, Mensse normal und schmerlos. Seit einem Monat stellten die Schmerzen sich wieder ein und Tumor wuchs beständig, Abends die Haut darüber geröthet.	Eltern und Geschwister gesund und leben noch. Will vor 3 Jahren an Chlorose gelitten haben.	30. November 1876. Patientin ist anämisch, mager, sonst ziemlich kräftig gebaut; hat eine nussgrosse Struma mediana. Puls leicht unterdrückbar, nicht besonders klein. Unter der Aorta systolisches Blasen. In der rechten Leiste ein doppelfaustgrosser Tumor, welcher von der Mitte der Symphyse bis 2 Querfinger von der Spina. extern. sich in der Quere ausdehnt, nach Oben in der Höhe des Lig. Poupart, aufhört und nach unten bis in's untere Ende der Reg. inguin. sich erstreckt. Tumor kuglich, zeigt verschiedene unregelmässige Höcker; Haut hat eine blau-grünliche Verfärbung, ist nicht leicht verschieblich und überall in Falten abhebbar. Neben dem Tumor dilatierte Venen. Tumor sitzt mit einer etwas schmalen Basis in der Gegend des Schenkelkanals resp. foramen ovale den unterliegenden Theilen fest auf, nach abwärts schickt er eine derbe zapfenförmige Verlängerung. Nach innen und oben findet sich ein in der Haut liegenden mit dem Haupttumor nicht zusammenhängendes bohnengrosses Knötcchen. Nach aufwärts in die fossa iliaca hinein schickt die Geschwulst, wenigstens bis in die Tiefe von 6 cm. 2 glatte derbe Fortsätze, die vom Lig. Poupart, wie eingeschnürt sind, an der Basis völlig unbeweglich. Tumor in toto ist von fester Consistenz; die stärker hervorragenden Höcker noch von festerer Consistenz als der Haupttumor. Bimanuelle Untersuchung ergibt: Uterus in normaler Anteflexion. Am rechten Beckenrand fühlt man deutlich in ziemlicher Tiefe und rückwärts den medialen, früher erwähnten Fortsatz, in Form eines länglichen Wulstes, der den Beckenrand überragt und daselbst fest aufsitzt. An der Stelle, analog, wo die Geschwulst aufsitzt, befindet sich eine ziemlich derbe unregelmässige Drüse von Haselnussgrösse. Den 11. April Auftreten von Schmerzen bei der Respiration oberhalb der rechten Mamma; Auftreten von Metastasen in Form eines flachen, hühnereigrossen Tumor in IV. Rippe; nach innen von der Mammarlinie; Haut verschieblich über Mamma und Tumor; schmerhaft auf Druck bei tiefer Inspiration. Im Juni 1877 Metastasen an der Verbindungsstelle von Manubrium mit Corpus Stern. nach links in der Mittellinie: Pfauenengrosser harter Knoten in der linken Mamma, Gangrän der zapfenförmigen, schwärzlich-verfärbten Fortsätze; hohes Fieber 39,0; Lungen normal; Collaps 15. II.	Lymphosarkoma inguiнал. dextr.	Inoperabel. Sectionsbefund. Vide pag. 29.	

V.

Nr.	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
11.	Arn Johann von Bürtigen, Courtelary. 49 Jahre alt. 4. Dezbr. 1876.	Im März dieses Jahres bildete sich ohne Ursache an der linken Halsseite in der Höhe des Kehlkopfs eine etwa kindfaustgroße diffuse Schwellung. Haut über derselben wenig geröthet und in Falten abhebbar; auf der Unterlage verschiedlich, schmerzlos weder auf Druck noch spontan. Wachsthum allmählig. Im Mai war der Tumor etwa handtellergross. Im September reichte die Geschwulst bis zum horizontalen Kieferast und hat sich nach unten und hinten etwas vergrössert. Auf eine Punktion mit einer Aspirationsspritze entleerte sich Nichts. Tumor wuchs ohne Beschwerden zu machen.		9. Dezember 1876. Patient ist mässig kräftig, anämisch, Puls eher klein. Die linke Halsseite ist von einem colossalen stark kindskopfgroßen Tumor eingenommen, welche die fossa retro-maxillaris ausfüllend, das Ohrläppchen emporhebt und den Kieferwinkel bedeckt; abwärts bis zur Clavicula reicht und die fossa supracleavicularis ausfüllt. Medianwärts tritt sie an den Larynx und Trachea heran, welche sie um circa 3 ctm. nach rechts verschoben hat. Nach rückwärts erstreckt sich der Tumor bis zum Rande des M. cucullaris, circa 6 ctm. vom Dornfortsatz aus. Tumor hat eine mässig derbe Consistenz, eine im Ganzen flachkugelige Oberfläche mit einzelnen Einsehnheiten, zum Theil von Venen hervorrende. Einzelne von der Oberfläche sich erhebende Höcker zeigen eine pralle Consistenz, nirgends ein kleiner Knoten vom Haupttumor isolirbar. Auf der höchsten Höhe, besonders vom Ohr abwärts, zeigt die Haut eine diffuse bläuliche Röthung, ist hier noch in kleinen Falten abhebbar, doch weniger verschiedlich, als die Spannung es erlauben würde. Ödem und Infiltration nirgends; auf Druck völlig unempfindlich. Der Sternocleido lässt sich von Unten bis zur Mitte der Geschwulst unter dem Finger hin und herrollen. Aufwärts verschwindet er im Tumor. Der vordere Gaumen steht links tiefer als rechts und ebenso ist die linke Pharynxwand etwas vorgewölbt, ohne jedoch einen Tumor zu fühlen. Gaumen bläulich-roth und etwas verdickt. Ausser in beiden Leisten, wo unregelmässige, derbe, von einander deutlich getrennte knötchenförmige Anschwellungen vorhanden sind, am übrigen Körper keine Drüsenschwellungen. Milz nicht vergrössert. Brust und Bauch normal. Keine Schling- und Respirationsbeschwerden.	Lymphosarkoma colli sinistr.	Den 26. Dezember wurde bei diesem Patient die Electrolyse mit 15 Elementen versucht und zwar mit Einsätzen von 6 Nadeln in die Geschwulst. Sitzung dauerte 15 Minuten mit 5 minütl. Änderung der Stromesrichtung. Diese Sitzungen wurden bis zum 15. Jan. 1877 fortgesetzt; das Resultat dieser 20 Sitzungen mit Galvanopunctur war: eine ziemliche Einziehung an der Oberfläche und auch eine ziemliche Erweichung an einigen Stellen mit Pseudofluctuation; nirgends auf Druck empfindlich; keine Hautentzündung. Seit dem 15. Jan. wurden bis zum 24. Jan. 16 Injectionen von 2.0 Pepsin in 5 % saurer Lösung gemacht. Seit dem 24. Jan. ist Patient sehr druckempfindlich. Haut über dem Tumor geröthet. Vermehrte Schmerzen im Tumor, die nach dem rechten Ohr ausstrahlen. Fieber 40.0; dauert bis 29. Jan., wo Patient collabiert. Haut über Tumor geröthet, darüber eine mit hellem Serum gefüllte Blase (Gangrän). Sectionsbefund. Vide pag. 30.
12.	Müller Samuel, Landwirth bei Morgenthal. 49 Jahre alt. 8. October 1877.	Vor mehr als einem Jahre bemerkte Patient in der linken Leiste zufällig einige kleine Knöchchen unter der Haut und auf der Unterlage verschiedlich, schmerzlos; nur beim Bücken etwas schmerhaft. Diese Knöchchen wuchsen allmäßig und schmolzen zu einem platten, fast kindfaustgrossen Tumor zusammen. Auf Einreiben von Coniinsalben soll er sich verkleimert haben. Aufangs Winter bemerkte Patient auch einen nussgrossen Knoten über dem Lig. Poupart, gegen die Mittellinie zu, der keine weitere Symptome setzte. Von Neujahr an hatte Patient Schmerzen im linken Bein, von der Leiste bis zum Fuss, besonders auf der Streckseite der Extremität; auf Einreiben gingen auch diese zurück und auch beim Bücken. Seit kaum einem Monat beginnen in der rechten Leiste ähnliche Knöchchen sich zu entwickeln wie links, auch symptomlos. Den ganzen Winter empfand Patient Schmerzen in der linken Schulter bis zur Hand ausstrahlend. Sonst gesund, etwas Hypochondri.	Patient bestand 1875 die Blättern und Typhus. Seit Anfangs des 60. Jahres eine linksseitige Inguiналhernie.	14. Februar. (Klinische Vorstellung). Patient hat einen kräftigen Körperbau, gut genähr, etwas blass, keine nachweisbare Erkrankung innerer Organe. Milz nicht vergrössert. In der linken Leiste, nicht ganz bis zum Lig. Poupart, hinaufreichend, so ziemlich mittens auf dem Gefäßbündel sitzend, befindet sich ein halbkugeliger, fast gänsegeiergroßer Tumor von sehr derber Consistenz (ähnlich Knorpel), leicht verschiedlich in der queren, fast ganz adhären in der Längsrichtung der Extremität. In den unteren Parthien leicht <i>in toto</i> von der Unterlage abhebbar. Die Haut darüber vollkommen verschiedlich, nicht verwachsen. Oberfläche des Tumors leicht höckrig; zeigt nach Aussen und Oben einen derben, nach Oben nicht ganz genau zu begrenzenden Fortsatz und sitzt mit diesem der Unterlage fest auf. Nach oben und oben sitzen dem Tumor 2 kirschgroße derbe runde Knoten auf, gegen ihn verschiedlich, aber von ihm nicht abhebbar. Unter Letzterem in der Tiefe eine Resistenz fühlbar, ähnlich dem beschriebenen Fortsatz. Gegen das Tuberculum pubis liegt eine bewegliche, doppelt kirschgroße Drüse, verschiedlich; ferner nach Aussen drei, gerade unten dem Lig. Poupart, 5 kirschgroße runde bewegliche Drüsen von der Consistenz des Haupttumors. Im kleinen Becken, vom Pecten pubis gegen die Blase hin ein ähnlicher hühnerriegelgrosser Tumor von derselben Consistenz, nach der Mittellinie und der Tiefe hin, nicht aber gegen das Darmbein verschiedlich. Derselbe Tumor ist bei combinirter Untersuchung per rectum oben noch zu erreichen und als leicht beweglich zu fühlen. Von Seite der Blase keine Störungen. In den Fossa ilaca interna sind den Gefässen entlang mehrere kleine derbe Drüsen zu sehen. Palpation, aller dieser Tumoren verursacht keine Schmerzen. Symmetrisch bestehen in der rechten Leiste einige, haselnussgroße derbe Drüsenschwellungen ohne weitere Symptome; ferner je eine kleine Drüse in den beiden Achselhöhlen in der Gegend der hintern Achselfalte. Weisse Blutkörperchen nicht sichtlich vermehrt.	Lymphosarkoma inguinale sinistr. (harte Form).	Den 24. Februar unter Lokalanästhesie und Spray wird eine Explorativexcision einer Drüse behuts genauer Untersuchung gemacht. Auf dem Durchschnitt zeigt sich die Drüse markig geschwelt mit einzelnen gelblichen Herden. Vide pag. 24. Bericht von Prof. Langhans. Den 24. Entlassen als inoperabel.

VI.

JZ	Adresse, Alter, Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
13.	Hug Peter, Landarbeiter von Kleingüm- minen in Eiffwil. 56 Jahre alt. 8. Dezbr. 1879.	<p style="text-align: center;">A.</p> <p>Patient bekam 1870 ohne bekannte Ursache in der linken Leiste an der Stelle des jetzigen Tumor's einen haunussgrossen Knoten, der auf Salbeineinwirkung zurückging. Im August 1879 fühlte Patient ein haselnussgrosses verschiedliches Knötelchen, auf Druck empfindlich, ohne Ursache entstehend. Allmäliges Wachsthum und regelmässige Form. Neben diesem bemerkte er keine andern Knötelchen. Später empfand er Stechen und Schmerzen darin, welche einen halben Tag andauern konnten. Auf eine Incision des Arztes entleerte sich Blut. Gehen ungehindert; seit der Incision haben die Schmerzen sich vermehrt. Von dem Knoten in der Darmbeingrube weiss Patient nichts. Patient hat schwachen Magen, sonst gesund und hatte nie Drüsen.</p> <p style="text-align: center;">B.</p> <p>Patient wurde am 29. Januar 1880 in den Leisten-drüsen operirt und den 25. März geheilt entlassen. Seit Austritt aus dem Spital klagt Patient über stechende Schmerzen in den Beinen, die auffallsweise oft täglich aufraten; in der Zwischenzeit bleibt nur ein dumpfer Schmerz unbestimmter Natur bestehen. Beine beginnen zu schwollen; in Bettruhe verschwand die Schwelling. Eine Badekur im August verschlimmerte den Zustand. Im Oktober 3 Wochen betlägerig; wurde am ganzen Körper hydropisch. Schmerzen in Kopf und Augen, die seither fortbestanden. Gürtelschmerz und Ischiasähnliche Schmerzen im linken Bein. Anfangs November bemerkte Patient in der rechten Leiste 5-6 Stück erbsengrosse feste Drüsen, auf Druck unschmerhaft, gegen einander verschieblich. Am Neujahr waren selbe haselnussgross, ohne Schmerzen. Seit 3 Wochen rascheres Wachsthum derselben. Husten mit spärlich schleimigem Auswurf; Appetitlosigkeit und Herzklagen.</p>	Eltern gesund. Patient leider seit Sommer 1879 an einem Ekzema Perinei „Wolf“.	<p style="text-align: center;">A.</p> <p>16. Dezember 1879. Kräftiger, etwas anämischer Mann. In der linken Leiste unmittelbar unter dem Lig. Poupart. eine wallnussgroße, weich-elastische Drüse, ziemlich beweglich, mit einer adhärenten Narbe auf derselben. Mehrere kleine und etwas derber Drüsen finden sich unmittelbar und anstossend aus- und einwärts an den Gefässen der fossa iliaca intern. Am Scrotum und Damm, ringsum den After, ein stellenweise nätzendes Ekzem. Penis und Hoden normal; keine Abnormitäten am übrigen Körper.</p>	Lymphomat inguin. sinistr.	29. Januar. Excision unter Narkose und antisept Cautelein. Ausschäulung des grossen Drüsenspekts. Einige Drüsen die in der Gegend des Schenkelkanals nach der fossa iliaca hin sich zogen, konnten nur unter venöser Blutung unvollständig extirpiert werden; ohne nicht eine bedeutende Verletzung der Bauchhöhle zu setzen. Wundverlauf in den ersten Tagen gestört, wegen Furcht vor Gangrän der Wunde und Peritonitis (Meteorismus, Erbrechen, Druckempfindlichkeit). Wird mit Beigabe von Lig. Kali arsenic. Fowler. und Tinct. ferr. pomat. à 3-50 gutt. p. die. den 25. März 1880 entlassen.
	Wiedereintritt 14. Febr. 1881. 58 Jahre alt.			<p style="text-align: center;">B.</p> <p>26. Februar 1881. Patient ein alter magerer Mann. In seiner rechten Leiste ein unregelmässiger knolliger, faustgrosser Tumor, nebenbei noch 4 kleine Geschwülste, auf der Unterlage leicht, jedoch gegen einander nicht verschieblich; die 2 obere von prall-derber elastischer Consistenz; die beiden untern exquisit weich, auf Druck schmerzlos. In der linken Fossa iliaca ein gut faustgrosser unregelmässiger Tumor von höckeriger Oberfläche, einzelne Erhabenheiten fühlbar, etwas knollig und Fortsätze in die Nachbarschaft sendend; auf Druck empfindlich. Consistenz im Ganzen weich-elastisch, an den Rändern eher prall-elastisch, auf der Unterlage nicht verschieblich, der Fossa iliaca fest aufsitzend. Von unten läuft ein kleiner Drüsenträger dem Tumor zu. Au den Beinen Ekzeme. Abends Fieber 38,2. Ueber den Lungen scharfes langgezogenes Athmen. Beim Exspirium ab und zu trocknes Rasseln. Blutuntersuchung ergibt nichts Abnormes.</p> <p style="text-align: center;">C.</p> <p>11. September 1881. Klagt über Neigung zum Erbrechen und Magenschmerzen (Arsenikwirkung?). Wunde in der rechten Leiste vernarbt, in der linken Fossa iliaca die bedeutsame Geschwulst erheblich zurückgegangen, nur im äussern Theile der Fossa eine flache elastische Erhebung zu fühlen von der Grösse einer halben Kindsfäust. In der rechten Fossa iliaca nur eine flache derbe Drüse sichtbar, auf stärkern Druck empfindlich. Keine Milzvergrösserung; in der Axilla keine Drüsenschwellungen, ebenso wenig am Halse; nur unter dem linken horizontalen Kieferast eine haselnussgroße derb-elastische, und eine ebonschele bohnengroße Drüse über dem Epicondyl. humer. sinistr. Allgemeinbefinden sonst gut. Aussetzen der Arsenikkur.</p>	Lymphoma simpl. malig-num sinistr., ausgegangen von einem Ekzema scroti. Conti- nuitäts- recidiv nach Excision.	7. März 1881. Excision eines rechtsseitigen Leisten - Drüsenspekts für mikroskopische Untersuchung. Den 14. März entlassen.

17. April 1882 entlassen. Weiteres Schicksal unbekannt.

VII.

M	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
14.	Hauri Carolina von Seon (Aargau.) 20½ Jahre alt. 5. Januar 1880.	Patientin war immer etwas blass, dabei ziemlich fett und ganz gesund bis zum Monat Mai 1878. Damals bemerkte sie zufällig in der rechten Fossa supraclavicular, ein etwa nussgrosses hartes bewegliches Knötelchen; Haut damit nicht verwachsen; ohne Ursache entstanden; hatte später Rückenschmerzen. Unwohlsein. Bedeutendes Wachsthum im Sommer; war im Herbst 1878 eigrösst trotz Application von Jodtinctur. Im Herbst 1878 Auftreten von mehreren haselnussgrossen Knötelchen in der Umgebung des Tumor's, beweglich und vom Tumor isolierbar. Allgemeinbefinden gestört; keinen Appetit; keine Lust zur Arbeit. Im Winter 1878—79 wuchs der Tumor; die einzelnen Knötelchen verschmolzen mit dem Hauptumor in eine Masse. Ende 1878 ähnliche Knoten, die ein langsames Wachsthum zeigten, über der linken Clavicula. Im Dezember 1878 in der Tiefe der rechten Axilla ein haselnussgrosses Knötelchen fühlbar; schmerzlos wie die übrigen Tumoren; wuchs jedoch rapid innerhalb eines halben Jahres zur jetzigen Grösse heran; damit entstanden im Thorax und Arm Venetasien. Seit 2 Monaten ausstrahlende Schmerzen im rechten Arm bis zum Handgelenk. Wachsthum der Knoten am Halse während dem Jahre 1879; zugleich entstand ein ähnliches Knötelchen in der linken Axilla. Dabei continuirliche Kräfteabnahme, Abmagerung, profuse Schweiße, Cessiren der Menses seit Herbst 1878. Seit 1 Jahre Husten mit seltem Auswurf. Kann nicht angeben, wann der Tumor im Abdomen entstanden, hatte darin nie Schmerzen; erst seit 3 Monaten unbestimmte Beschwerden darin, namentlich nach dem Essen; Stuhl meistens retardirt; seit 8 Tagen Diarrhoe.	Vater und Mutter gesund. Heredität Nichts.	17. Januar 1880. Blässe, hochgradig abgemagertes Mädchen; schwacher, jedoch regulärer Puls. Kyphoskoliose der untern Brust- und obern Lendenwirbelsäule. Linke Scapula hochstehend; medialer Rand vom Körper abstezend. Bewegungen von Arm und Schulterblatt frei. Thorax unter der linken Clavicula eingestunken. Percussion und Auscultation der Lungen — einzelne Rhonchi ausgenommen — normal; ebenso Herztonrein. Auf der rechten Halsseite ein kindskopfgrosser Tumor vom Cucularisrand bis zur vordern Medianlinie reichend; mit einem handbreiten, glatten Geschwulstrang in einen noch grössern analogen Tumor in der rechten Axilla übergehend; Haut nirgends adhärent, von ekstatischen Venen durchzogen. Oberfläche unregelmässig und grobkollig; Consistenz prall bis derb-elastisch; letzterer auf der Unterlage beweglich, soweit die Grösse nicht hindert. Vom obfern Tumor geht ein dicker unregelmässiger Zapfen aufwärts bis zum Kieferwinkel. Im Nacken eben solche haselnussgrossen Knoten, eine grössere Unabhängigkeit vom Hauptumor zeigend. Ein kleiner Zapfen füllt das Jugulum aus; Larynx bis in die Senkkrethe des linken Mundwinkels verschoben. Über der linken Clavicula ein haselnussgrosses Paket von derben prall-elastischen zusammenhängenden Drüsennoduli; seithl. verschiebbar. Eine wallnussgroße Drüse, leicht beweglich, in der linken Axilla; eine haselnussgroße am rechten Lig. Poupart, in der Fossa iliaca intern. Milz vergrössert, knollig. Der untere Rand runzlich und derb; nicht Druckempfindlich. Ebenso wenig die übrigen Tumoren. Rechter und linker Gaumenbögen stark nach der Medianlinie verschoben. Leber nicht fühlbar. Im Urin kein Einweiss. Augenhintergrund normal. Rechts sehr starker Venenpuls auf der Papille. Mikroskopische Blutuntersuchung ergibt keine erhebliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen; die rothen zeigen keine abnormen Formen.	Lymphoma maligna colli. (Pseudoleukaemie)	Arsenikkur. Solut. Fowler, 6—40 gutt. p. die, und subcutane Injectionen in die Geschwulst; 3 mal 1 bis 5 gutt. Patient leidet bis 20. Januar an Diarrhoe. Arsenikkur wird fortgefahren. Erträgt die Injectionen gut (räglich 3) von 20 bis 26. Seit 26. Januar Abends Fieber (39,0). Den 27. Januar stirbt Patientin, nachdem sie delirierte und Brechreiz sich eingestellt hatte. Sektionsbefund. Den 28. Januar 1880, Vide pag. 26.
15.	Alchenberger Friedrich von Summis- wald (Bern). 10 Jahre alt. 16. April 1880.	Patient war, eine Querschung des rechten Fusses ausgenommen, gesund bis in sein 6. Jahr, wo er sich durch Sturz in ein Brunnenbassin Halswöh zuzog. Auf eine Erkältung hin bei seinem ersten Ausgang wurde er unwohl; Schüttelfrost stellte sich ein und eine diffuse Schwelling der linken Halsseite und Unterkiefergegend zeigte sich, die unter Application einer Salbe wieder verschwand. Einige Monate später, als der Knabe wieder gesund war und die Schule besuchte, trat ohne bekannte Ursache die Schwelling wieder auf, erst links, dann rechts und wuchs stetig trotz innerlicher und äusserlicher Medication. Seit 6 Monaten änderte sich das Allgemeinbefinden; die Drüsenschwellungen wuchsen rascher; Abmagerung und Schmerzen in den Drüsen bei Berührung stellten sich ein. Hie und da Leibscherzen, zeitweise Nasenbluten, leichte Dispnoe, Nachts Fieber und Aenderung in seiner Gemüthsstimmung. Vor 6 Wochen Icterus. Seit dem 4. April beobachteten die Eltern Schwelling des Abdomens und Serotum's. Schmerzen in letzterm bei der leitesten Berührung.	Vater und Mutter gesund. Grossmutter väterlicherseits starb an Phthisis. drei Geschwister; das jüngste davon leidet an häufigen gastrischen Störungen. Keine Drüsenschwellungen.	Patient ist ein grazil gebauter magerer Knabe von blassen, durchscheinenden Aussehen. Schleimhäute blass. Conjunctiven tiefgelb. Zunge mässig weiss, belegt. Die Seitentheile des Halses zeigen links mehr wie rechts eine unechte grobhöckerige Configuration. Links sieht man am hinteren Rande des M. Sternocleido mastoid, einen untern eigrössen und einen obfern kleineren bis zum Kieferwinkel reichenden Tumor; rechts fühlt man in der Fossa supraclavicularis einen wallnussgrossen Tumor von weicher elastischer Consistenz. Oberfläche derselben uneben. Haut darüber verschiedlich und unverändert. Ueber den Lungen überall Pfeifen und Schnurr; rechts hinten relative Dämpfung und Bronchialathmen. Tumoren am Halse verursachen beim Athmen Stridor. In der Fossa supraclavicularis dextr. vesiculäres Inspirium; keuchendes Exspirium; Fossa infraspinat.: bronchiales Athmen. Abdomen zeigt in den abhängigen Partien gedämpften Percussionston, der in der Mittellinie 2 Querfinger über dem Nabel reicht, von hier im Bogen nach den Seiten geht. In der Seitenlage Aenderung der Dämpfungszone. Hochgradiger Ascites. Leber und Milz bedeutend vergrössert, schmerhaft auf Druck. Urin ohne Einweiss, spärlich. Stuhl retardirt. Rachen intact. Mikroskopische Blutuntersuchung ergibt keine wesentliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen.	Lymphoma maligna colli. (Pseudoleukaemie) Milztumor.	Solut. Fowler, 3 mal 3 gutt. täglich. Ascites nimmt zu; Fieber vom 15.—22. Juni — 38,4 bis 39,8 Fieber — Ophthalmoskopischer Befund: Exquisite Stauungspapille, weite Gefässer, die Papille roth gequollen. Starke exspiratorischer Stridor. Punctio abdominis 6 cm. unter dem Nabel und etwas rechts Entleerung von 2280 ccm. klaren gelben Serum's. Bauchumfang vor der Punktion 82 cm., nach derselben 71 cm. Patient fühlt bedeutende Erleichterung. Entlassen. Weiteres Schicksal unbekannt.

VIII.

Nr.	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
16.	Furrer Ottilia von Meiringen (Bern). Modistin. 35 Jahre alt. 10. Aug. 1882.	13. Juli 1882. Patientin ist eine wohlgenährte, aber anämische Frau. Über der rechten Clavicula eine bewegliche längliche Geschwulst von 6 cm. Breite und 10 cm. Länge. Haut über derselben infiltrirt, geröthet; 2 Perforationsstellen von unregelmässiger Form; Öffnung ziemlich scharfrandig; Ränder nicht unterminirt; entleeren eine gelb trübe, etwas schleimige Flüssigkeit mit gelben Flocken; derbe Consistenz der Wundränder. Von diesem Tumor durch eine Furche getrennt, findet sich oben ein aus harten unregelmässigen Knollen bestehendes Drüsenspaket und weiter aufwärts am Sternoleido runderliche, derb-elastische Drüsenknoten. Unter dem rechten Arm findet sich ein grosses Paket, zum Theil ganz von einander getrennt, jedoch verschieblicher Drüsen, hart, von unregelmässiger Form. Ein taubeneigroßer Knollen in der linken Axilla; ferner im oberen Theil des linken Sternoleido und im Jugulum mehrere kleinere Drüsen. Rechte Brust etwas infiltrirt. Percussion der Lungen ergibt vorne rechts eine leichte Dämpfung. Auscultation: Fossa supraclavicularis sinistr.: scharfes Inspiration, gemischtes Exspir. Fossa infra. clavicularis: scharfes In und Exspirum, mehr nach unten gemischtes Inspiration, nach Außen rechts vesiculäres Athmen und saccadirtes Inspiration. Rechts die gleichen auscultat. Verhältnisse. Hinten keine merkbare Schalldifferenz zwischen beiden Seiten. Auscultation in den oberen Partien rauhes Inspiration in den unteren schnaubende Inspiration und lie und da feinblasiges feuchtes Rasseln. I. Pulmonal und II. Herzton etwas verstärkt. Urin trüb, eine Spur Eiweiß. Mikroskopisch besteht der Niederschlag aus Blasenepithel. Uterus normal. Milz nicht vergrössert. Blutkörperchenzählung ergibt keine Vermehrung der weissen Blutzellen.	Vater starb an Hernia incarcera. Mutter 75 Jahre alt, lebt noch; gesund. Keine Phthisis in der Familie.	A. Bis in ihr 8. Jahr war Patientin immer kränklich; dann bis zum 20. Jahre gesund. Seit 18 Jahren menstruiert, zuerst alle 14 Tage, dann 3 wöchentlich, regelmässig. Im 22. Jahre Chlorose, die durch Chinawein gehoben wurde. Im Frühling 1880 bemerkte Patientin in der rechten Supraclavicular-Grube einen nussgrossen, ovalen, indolenten, mit der Haut nicht verwachsenen Tumor. Arzt ordnete Leberthran. Im Laufe des Jahres machte der Tumor keine bedeutende Fortschritte im Wachsthum. 1 Jahr nach Auftreten des Tumors befahl Parientin Husten mit Auswurf grauer runder (geballter) Sputa; nahm Chinawein und machte in Weissenburg eine 3 wöchentliche Cur. Seit dieser Zeit datirte sie das Wachsthum des Tumor's und das Auftreten eines zweiten ähnlichen Tumor's in der Nähe des Erstern. Zu gleicher Zeit bildete sich eine Geschwulst in der rechten Axilla, die schmerhaft war bei jeder Bewegung des rechten Armes. Husten dauert fort, Appetit schlecht und Abnahme der Kräfte stellte sich ein. Seit Neujahr 1882 klagte sie über neuralgische Schmerzen im Bereich des Trigeminus; wurde dyspnoetisch, hat Husten ohne Auswurf, ermüdet leicht. Bedeutende Zunahme im Wachsthum der Tumoren. Frische Tumoren in der rechten Halsseite hinter dem M. Sternoleido. Seit dem 15. Januar bettlägerig; Ende Juni Injection von Solut. Fowler, in die Tumoren, jedoch ohne Erfolg. Den 6. Juli bekam sie nach einer Injection Fieber; Tumor wurde schmerhaft, Haut geröthet und es entlerte sich Eiter und Blut. Wurde behufs Operation in die „Insel“ geschickt.	Lymphomata maligna coll. (harte Form).	Solut. Fowler, innerlich täglich 2 Tropfen; alle 2 Tage um 2 Tropfen zu steigen. Den 24. Juli Explorativexcision einer Drüse unter Wismuthirrigation. Durchschnitt der Drüse ergibt das typische Bild eines malignen Lymphom's. Wundverlauf normal. Patient wurde den 2. August entlassen.
	Wiedereintritt den 14. October 1882.			B. Den 14. October 1882. Abends 7 Uhr wurde Patientin in einem Anfall von in- und expirator. Asthma aufgenommen. Puls frequent 121, klein; Gesicht im höchsten Stadium cyanotisch, Orthopnoe, verdreht die Augen, doch bei gutem Sensorium. Seit 8 Tagen habe sie solehe von Anfällen gehabt. Husten fortwährend. Gegen die Anfälle Kal. bromat. Um 10 1/4 Uhr den 15. October bekam sie wieder einen Anfall, wurde asphyktisch; Einleitung von künstlicher Atmung; Tracheotomie, jedoch ohne Wirkung. Gesicht cyanotisch, Puls klein, unregelmässig und frequent, über 150 Schläge. Exitus letalis, 14. October 1882. 7 Uhr Abends.		Sectionsbericht 16. Oktober 1882. Vide pag. 27.

IX.

Nr.	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
17.	Juillerat Jules, Knecht von Rebevillier in Pruntrut. 23 Jahre alt. 11. Januar 1883.	Patient war in seiner ganzen Jugend gesund. Im Oktober 1881 fiel Patient von einem Omnibus, luxierte die Hand und bekam eine Wunde an der rechten Wange, unterhalb des äussern Augenwinkels. Schmerzen waren intensiv und nach 3 Wochen die Wunde geheilt. Im August 1882 merkte Patient auf der äussern rechten Halsseite eine nussgrossen Geschwulst, beim Berühren schmerhaft, spontan keine Schmerzen. Bewegungen des Halses frei; Haut über dem Tumor leicht verschieblich, ohne dass die Geschwulst sich mitbewegte; Haut nicht verfärbt. Tumor von ziemlich fester Consistenz; ziemlich schwer beweglich und fest auf der Unterlage aufzitzen. Im September machte Patient einen 3 wöchentlichen Militärdienst; fühlte damals spontane Schmerzen im ganzen Kopfe, die in den letzten 3 Tagen continuirlich aufraten. Schmerzen im Tumor nur bei Kopfbewegungen. Wachsthum langsam. Im Oktober wieder Kopfschmerzen und im Tumor bei Bewegungen des Kopfes. Vom November an continuirliche Kopfschmerzen, besonders beim Liegen. Ende Oktober hatte die Geschwulst die jetzige Grösse und Härte erreicht; Kopfschmerzen beinahe beständig; dabei langsames Wachsthum der Geschwulst nach dem Ohr hin. Ende November Schmerzen in der rechten Fossa supraclavicularis beim Heben des rechten Armes zur Horizontalen. Im Dezember Geschwulst schmerhaft auf Druck und Schmerzen im rechten Unterkiefergelenke, beim Öffnen des Mundes. Keine Schluck- und Athmungsbeschwerden.	Vater an Phthisis gestor- ben; der Bru- dereben- falls.	19. Januar 1883. Kräftiger junger Mann mit wohlgebildetem Thorax. In beiden Leisten und beiden Axillae multiple, kleine derb-elastische Drüsenschwellungen. Dicht oberhalb des Schlüsselbeins keine Drüsen. Links dagegen hinter dem Sternocleido, im oberen Mittel des Sternoclaviculardreiecks eine kleine haselnussgroße derbe Geschwulst, mit dem oben Ende bis zum Process mastoid. hinaufreichend, unten und besonders hinter der oberen Hälfte des rechten Sternocleido eine eiformige und eigrosse derbe Geschwulst, die dicht hinter dem Kieferwinkel vorbeigeht. Sie sitzt unter der Haut und ist mit den untern Schichten derselben etwas verwachsen; gegen den lateralen Theil der Wirbelsäule ist der Tumor nicht verschieblich. Beim Schlucken veränderte er seine Stelle nicht. Oberfläche im Ganzen glatt; Consistenz derb; Druckempfindlichkeit besonders in der untern Hälfte. Carotis normal, nach vorne innen. Der untere Theil des Sternocleido scheint sich im Tumor zu verlieren. Vom untern Theil des Tumors erstrecken sich 2 derbe Bindegewebsstränge gegen den äussern und den inneren Dritteln der Clavikula; im ersten findet sich nahe der Geschwulst eine derbe haselnussgroße Lymphdrüse. Sonst keine Nacken- und Cubitaldrüsen zu fühlen.	Typisches Lympha- sarkoma colli dextr.	29. Januar, Excision. Unterbindung der Vena jugul. extern.; theilweise Ausschneidung des Sternocleido. Wundverlauf normal und Heilung per primam. Patient wurde mit Mitgabe von Liq. Arsen. Fowler. (2-3 gutt pro die.) entlassen und waren ausser der kleinen Drüse linkerseits keine Metastasen nachzuweisen. Weiteres bis jetzt nicht bekannt.
18.	Spicher Rosa (Fr. Priggé- Spicher) von Köniz bei Bern. Fälzerin. 19 Jahre alt.	Patientin stammt aus gesunder Familie, als Kind stets gesund, mit dem 15 Jahre menstruiert. Patientin will unter dem rechten Unterkiefer 2 Drüsen gehabt haben, die jetzt nicht mehr zu constatiren sind. Die linkseitige Geschwulst am Halse datirt vor 5 Monaten; war haselnussgross und unter der Haut beweglich; wurde langsam grösser, blieb jedoch beweglich bis vor 3-4 Wochen, war bis zu dieser Zeit schmerzlos. Seit der Tumor mit der Umgebung Verwachsungen einging, war selber schmerhaft, besonders in der Nacht. Schmerzen lancinirend. Keine Athmungs-, Schluck- oder Ohrbeschwerden. Auf Punktionsentleerung entleerte sich ein dicker Eiter (?). Seit 5 Monaten nicht mehr menstruiert, sonst gesund, nicht abgemagert.		3. November 1883. Auf der linken Halseite eine mehr als faustgroße Geschwulst. Der Tumor reicht bis zur Höhe des Unterkiefers; nicht beweglich auf seiner Unterlage; bloss gegen oben und unten etwas verschieblich. Schluck-, Athmungs- und Ohrbeschwerden keine. Kein Zusammenhang mit der Carotis. Haut über dem Tumor leicht bläulich gerötet, ist nicht faltbar. M. Sternocleido in der Geschwulst verwachsen. Keine Hervorwölbung des Tumors im Munde. Consistenz derb. Brust- und Bauchorgane normal. Am übrigen Körper keine Drüsenschwellungen.	Lympha- sarkoma colli dextr. I. Recidiv II. "	Excision 5. November 1883 unter Ligatur der Carotis interna, Vena jug. intern.; Durchschneidung des N. facialis (unterer Ast) anscheinend sehr sauber herauspräpariert. Läsion des N. Hypoglossus, des N. accessorius und untern Facialisastes. Den 20. Juni 1884 Excision eines I. Recidives am linken Halse in der früheren Excisionswunde. Innerlich Solut. Fowler. Behandlung ambulatorisch. Wundverlauf normal. Linkseitige Paralyse des untern Facialisastes. Zunge deviert nach links; auffallende Schrumpfung der linken Zungenhälfte. Linke Schulter wird nicht so stark gehoben, wie die rechte. Stimme klar, kein Husten mehr. Laryngoskopisch. Befund ergibt: dass sich die Stimmbänder genau an einander anlegen. Den 22. November 1883 entlassen. Den 23. Februar 1884 Eröffnung eines Abscesses der linken Mamma. Normaler Wundverlauf. Entlassen den 28. Februar 1884. Den 7. September gebärt sie einen gesunden kräftigen Knaben. II. Recidiv. Auftreten von Recidivknoten in der Gegend des linken Parotis und außerhalb des untern Mundwinkels; leichte Athmbeschwerden. Weiteres nicht bekannt. Entlassen den 10. Juli 1884. Patientin starb im August 1884 an Blutungen im Spital.

X.

M.	Adresse, Alter, Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
19.	Messerli Anna Elisa von und zu Seftigen. Magd. 30 Jahre alt. 26. März 1884.	Patientin war mit 19 Jahren menstruiert, regelmässig, 4 wöchentlich, schwach, 3 Tage dauernd. Hatte früher einen Bandwurm, der nach einigen Curen abgetrieben wurde; litt später an Erbrechen, Magenschmerzen, Kurzatmigkeit; später Husten und Auswurf von eitrigen Spulis; fühlte Schmerzen auf der linken Seite, die bis zur linken Achselhöhle ausstrahlten. Im November 1883 fühlte sie einen ovalen, harten, leicht verschiebblichen Tumor über der Grenze zwischen vorderm und mittlern Drittel der Clavicula links; der beständig unter Kataplasmen wuchs. Seit 3 Wochen exacerbierten die Schmerzen wieder, ebenso rechts, klagt über Schlaf- und Appetitlosigkeit und Schmerzen in der Geschwulst.	Vater starb an Typhus. Mutter lebt noch und ist gesund. Zwei Geschwister sind ganz jung gestorben; fünf andere leben noch und sind gesund.	29. März 1884. Höckige Geschwulst über der linken Clavicula. Hervorwölkung und Pulsiren der linken oberen Thoraxseite. Dämpfung des Percussionsschalles in der ganzen Ausdehnung der linken Thoraxhälfte. Geringe Fieberbewegung. Keine Compressionsscheinungen, ganz abgesehen von der linken Lunge. Parese des linken Recurrens. Abdunktionsparese des linken Stimmbandes, jedoch ohne Heiserkeit. Geringe Schluckstörungen. Die Sonde geht mit Schwierigkeit in den Oesophagus,	Lymphosarkoma colli sinistr. et mediastin. Multiple derbe unregelmässige knollige, z. Th. zusammenhängende Tumoren über dem linken Clavicula; gegen Clavicula adhären und ausgedehnte Mediastinaltumoren.	Entlassen den 19. Mai 1884. Inoperabel.
20.	Kaufmann Joseph von Escholzmatt. 7 Jahre alt. 25. April 1884.	Patient will immer gesund gewesen sein. Vor 1 Jahr bestand der Knabe Searlarina und zu gleicher Zeit eine Parotitis. Nachdem diese geheilt war, merkte der Knabe eine erbsengrosse Geschwulst unterhalb dem rechten Ohr am Halse, leicht beweglich, stetig ohne Beschwerden wachsend. In letzter Zeit schnelleres Wachthum. Keine Schluck- und Athembeschwerden. Haut abhängbar über dem Tumor. Trachea und Larynx nach links verschoben; keine Struma; nirgends Drüsenschwellungen.	Vater und Mutter gesund, sowie sieben Geschwister.	Knabe von kräftig entwickeltem Körperbau; gutes Aussehen. Im Rachen die rechte Mandel etwas vorgewölbt, aber nicht vergrössert. Am Halse rechts ein gewaltiger Tumor: Haut nicht adhären, an einigen Stellen weniger falthar, als normal. Einige Venenasten. Tumor besteht aus kleinen und grösseren Knollen, von weich-derb-elastischer Consistenz; erstreckt sich vom Ohrläppchen und Proc. mastoid. bis zur Clavicula fast in der ganzen Breite; nach vorwärts bis zur Trachea und zum grossen Zungenbeinhorn; nach rückwärts bis zum Cucullarisrand 3 ctm. von der Medianlinie; die kleineren Knollen von weich-elastischer, die grösseren von derb-elastischer Consistenz. Auf Druck nicht schmerhaft; einzelne Knollen gegeneinander verschieblich. Am übrigen Körper keine Drüsenbeschwellungen. Milz und Leber nicht vergrössert. Abdomen weich. Larynx nach links verschoben. Pulsation der Carotis nicht zu fühlen; Erscheinungen von Seite der Halsnerven nicht zu constatiren; keine Verwachsungen mit den benachbarten Organen vorhanden. Geschwulst in toto mobil auf der Unterlage. Weisse Blutkörperchen scheinen nicht vermehrt zu sein.	Lymphoma malignum multiplex der rechten Halsseite.	Excision 12. Juni 1884. Wundverlauf normal. Patient wird den 26. Juli entlassen. Bei seiner Entlassung wird ihm Solut. Fowler. mitgegeben. (3 mal täglich 3—10 Tropfen). Ob Recidiv — unbekannt.
21.	Scheidegger Gottlieb von Hutyry. 57 Jahre alt. 30. Juni 1884.	Nothfall. Patient war gesund bis Anfang April dieses Jahres. Rechtseitige Leistenhernie; ohne Beschwerden. Anfang April Schwellung des rechten Fusses bis zur Leiste; Schmerzen im Fusse. Seit 8 Tagen Schwellung des Scrotum's und Penis. Harnlassen erschwert; seit 4 Tagen nur tropfenweise. Urin dunkel, enthält Blutfarbstoff, trüb; viel Eiweiss, kein Zucker. Scrotum schmerhaft; Stuhlgang retardirt. Im April 1874 hatte er eine schmerzhafte Schwellung in der rechten Leiste. Lymphangitis in Folge einer Excoriation am rechten Fusse war; wie aus den poliklinischen Berichten, wo Patient behandelt wurde, hervorgeht, das ätiologische Moment.		Patient sieht elend aus. Puls klein und regelmässig; Respiration normal. Abdomen nicht aufgetrieben; nicht schmerhaft; auf der Brust nichts besonderes. Blase bis 2 Finger unter den Nabel reichend. Zunge belegt. Scrotum sehr stark geschwollen, ödematos, Haut teigig. Haut des Penis ödematos. Druck auf Scrotalhaut schmerhaft. Beide Hoden fühlbar. Rechtes Bein stark geschwollen in Auswärtsrotation. Haut in der Leistengegend blaurot verfärbt, an einer Stelle schwarz; dabei eine kleine ulcereirte Stelle; teigig, auf Fingerdruck bleibt der Eindruck lange bestehen; auf Druck sehr empfindlich, ebenso die entzündete Haut des Beines und Fusses. Sehr starke spontane Schmerzen in beiden Füßen bis zur Leiste. Das linke Bein, welches früher nie geschwollen war, beginnt Ödem zu zeigen. Patient hat Normaltemperatur. In der linken Leiste unter dem Lig. Poupart eine schmerzhafte Intumescenz, 2—3 Finger breit und etwa 10 ctm. lang, längs dem Lig. Poupart. Fusssohlenreflex bedeutend gesteigert. Patient hat eine eigenthümliche Struma. Der rechte Thyreoidealappen zeigt einen stark nussgrossen Knoten von höckeriger harter Oberfläche, stark verkalkt, bei Palpation knisternd; noch etwas verschieblich. Im linken Lappen 2 Knoten, ein nuss- und ein erbsengrosser, von derber Consistenz, beweglich. Im Jugulum ebenfalls ein taubeneigrosser Knoten, nicht gut fühlbar, weil sehr tief (Götre phonegan) und beim Schlucken sich hebend. Oberhalb derselben fühlt man Trachealringe. Kyphose der untern Hals- und oberen Brustwirbel. Seit gestern linkes Bein stark und ebenso rechter Arm geschwollen.	Lymphomatosis diffusa. (post Lymphangit.)	Patient starb 21. Juni 1884. Section 21. Juni 1884. Vide pag. 32—36.

4 Fälle aus Herrn Professor Kocher's Privatklinik.

XI.

Nr.	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
22.	K. S. von Madis- wyl. 39 Jahre alt. 2. Juni 1876.	Seit Neujahr 1876 will Patient unter der Mitte des rechten Unterkieferrandes einen "Knuppen" (Knoten) bemerkt haben; anfangs beweglich. Seit 4 Wochen begann der Tumor an zu wachsen; auch etwas schmerhaft. Seit letzte Woche bedeutendes Wachsthum mit Schmerhaftigkeit.	Vater des Patienten lebt noch, Mutter gestorben 71 Jahre alt; litt an Magenkrämpfen. Zwei Geschwister hatten Drüsenschwellungen, die jedoch wieder verschwanden.	Tumor reicht nach vorne bis zur Mitte des rechten Unterkieferrandes; nach oben bis zum Process mastoid.; nach hinten bis über den hinteren Rand des Cucullaris; nach unten bis in die Höhe des Pomus Adami; in toto auf der Unterlage beweglich, von ziemlich glatter Oberfläche, mit wenig seichten Vertiefungen. Eine kleine prominirende Stelle auf dem Tumor ist schmerzempfindlich. Der übrige Tumor lässt sich ohne Schmerz palpiren. Tumor stülpt die Gegend der rechten Tonsille etwas nach innen. Der Unterkieferrand fühlt sich frei und lässt sich die Geschwulst von demselben weg nach Aussen schieben. Haut über dem Tumor faltbar, nicht geröthet. Drüsenschwellungen in der Umgebung nicht vorhanden; nur in der rechten Wange ist ein isolirtes Knötchen zu fühlen; leicht beweglich und soll schon mehrere Jahre existiren (Atherom). Status 21. Juli 1876. Patient von seiner acuten Anaemie gut geheilt; Wunde gut granulirend. Im unteren Drittel des Sternocleido, etwas hinterhalb demselben gelegen, ein Recidiv in Form einer harten auf Druck empfindlichen Infiltration. Status 18. August 1876. Patient erschien mit einem weit die Umgebung der Wunde infiltrirten Recidiv, so dass man die weitere Behandlung aufgeben musste.	Lymphosarkoma colli dextr.	Excision. Ligatur der Carotis interna und V. jugularis communis. Wundverlauf — außer Schmerhaftigkeit im oberen Mundwinkel und übelriechendem Wundsekret bis zum 18. Juli — bietet nichts Abnormes. Am 28. Juli collossale Blutung und zwar arterielle aus dem Stumpfe der Carotis intern. Unterbindung der Art. carotis communis. Trotzdem Blutung; durch Compression und Einlegen von Liq. ferri Bäusche gestillt. Offene Wundbehandlung. Patient bedeutend anämisch. Am 5. Juli fühlt man 2 Querfinger hinter dem hintern Wundrand eine erbsengroße bewegliche Drüse. Wundränder hart, blass infiltrirt. Zerstörung der Drüse und Wundränder durch Cauterisation mit dem Thermocauter. Unter Brandschorf ziemlich normaler Wundverlauf. Patient 21. Juli entlassen und nach Erholung seiner Kräfte zur Nachoperation des Recidives eingeladen. Electropunctur des Tumor's. Weiteres Schicksal unbekannt.
23.	G. M. von les Be- nets. Uhrmacher. 20 Jahre alt. 28. Januar 1881.	Vor 3 Jahren nach Erkältung in Folge eines Bades bemerkte Patient eine Anschwellung seines Halses, die ohne Schmerzen seitdem zunahm. Er klagt über Athembeschwerden und Veränderung seiner Stimme. Sonst nie krank, will er Disposition zu Nasen- und Lungencatarrh haben. Appetit gut. Stuhl normal.	Mutter soll oft kleine Drüsen am Halse bekommen; ein Bruder hatte einen Abscess am Halse. Nichts Hereditäres.	7. Februar. Patient ziemlich anämisch; an der Haut einige Acne pusteln. Am Halse colossale Drüsenschwellungen beiderseits über der Clavicula, faustgroße Pakete darstellend. Rechts die Drüsen grösser, dehnen sich vom Vorderrand des Cucullaris bis zum Jugulum aus in ununterbrochener Reihe, die einzelnen Knollen eng mit einander verbunden, von unregelmässiger Form, etwa kastaniengross, derbe Consistenz. Paket nicht verschiebbar. An einer Stelle die Haut verdikt, geröthet, nirgends Druckempfindlich. Unter dem linken Sternocleido zieht sich ein dicker Strang bis an den Kieferwinkel empor. Rechts ähnlich, nur ein Knoten des Tumor's prall-elastisch. Gland. submaxill. nicht geschwollt. In der rechten Axilla ein eigerösser Tumor aus mehreren Knollen bestehend unter Pectoralis und Clavicula mit dem Haupttumor in Zusammenhang. In der linken Axilla mehrere strangförmige zusammenhängende Knollen. In der linken Leiste einige kleine prall-elastische Knollen, rechts weniger. Keine Mitzämpfung. Am Herzen über allen Ostien anämische Geräusche.	Lymphoma colli maligna (harte Form.)	Arsenikinjectionen und Solut. Fowler. innerlich (täglich 6 gutt.) Probeexcision einer Drüse 4. März. Mikroskopisch-anatomische Untersuchung von Professor Langhans ergibt: hat die Zusammensetzung einer gewöhnlichen Lymphdrüse, mit starker Verdickung der Trabekel in der einen Hälfte; Follikel- und Follikularstränge deutlich, bestehen aus Lymphkörperchen, keine tuberkulösen Gebilde. 13. Februar Patient nimmt 30 gutt. Solut. Fowler. p. die. 20. Februar Patient nimmt 60 gutt. p. die. Halsumor an Umfang etwas abgenommen. 16. März entlassen, nachdem die Wunde durch Explorativexcision geheilt. 20. April. Drüsen am Halse erheblich zurückgebildet. Consistenz der vorhandenen Drüsenvakuolen derb. In beiden Axillae Drüsen zu fühlen. In den Leisten kleine multiple Drüsenschwellungen. Da Appetitlosigkeit eingetreten, so soll er Arsenik innerlich aussetzen für 4—6 Tage und wöchentlich 2 Injectionen machen lassen. Nähere Angaben fehlen seit dieser Zeit.

XII.

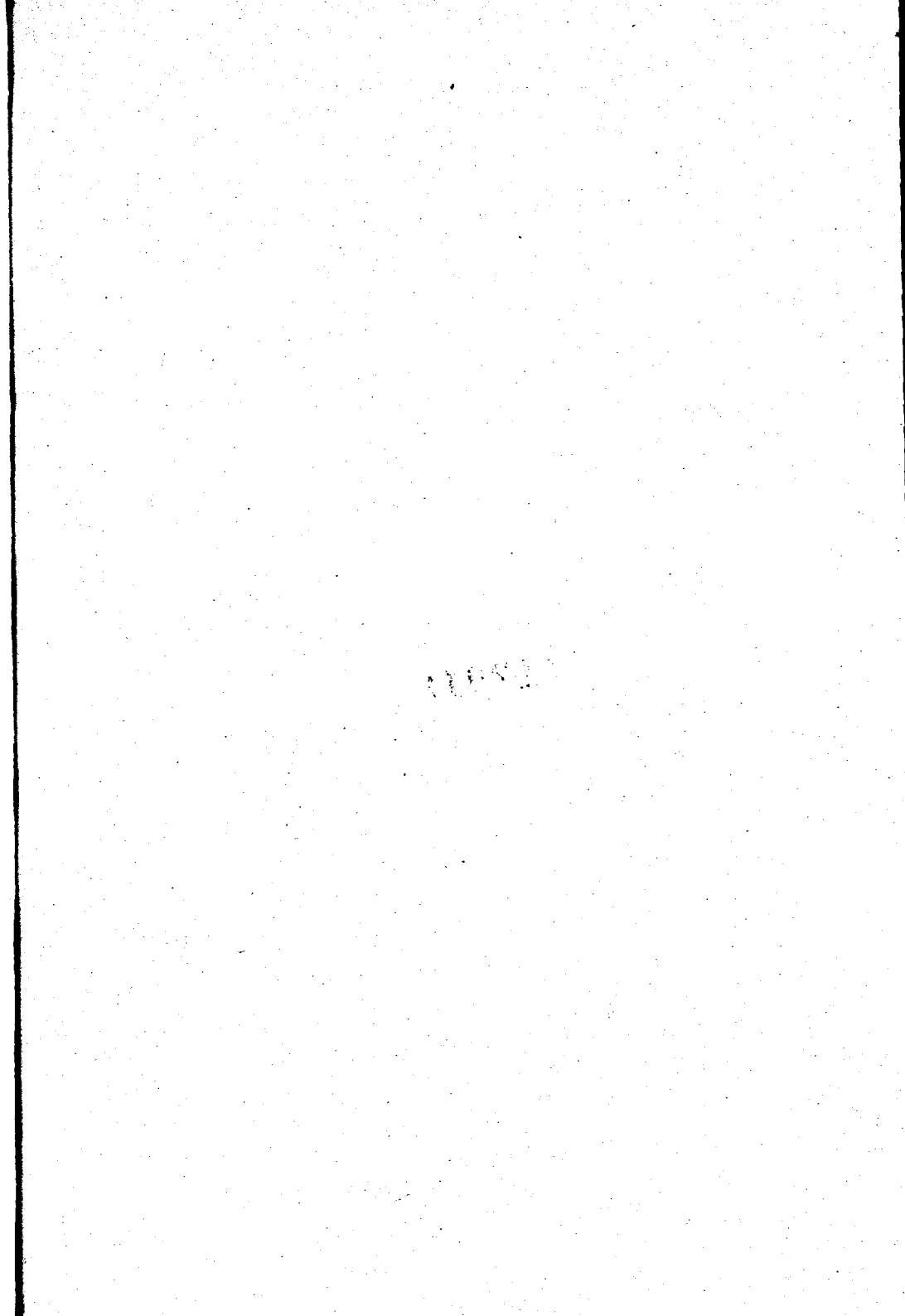
Nr.	Adresse, Alter, Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
24.	W. S. G. Itenmoos. Kleinwangen Kt. Luzern. 29 Jahre alt. Juni 1882.	<p>A. Patient litt immer an Drüsen am Halse seit frühestem Jugend; bestand eine Keratitis ulcerativa, welche ein Leucom auf der linken Cornea zurückliess. Drüsen blieben klein, beweglich, haselnussgross; ohne Beschwerden. Seit letzten Winter bemerkte er Wachsthum derselben, ohne Ursache angeben zu können; keine cariösen Zähne, kein Halsleiden. Seitdem Wachsthum der Drüsen zur jetzigen Grösse, ohne Schmerzen. Beim schlechten Wetter verspürte er Schmerzen in der rechten Wange und im linken Ohr. Seitdem Appetitlosigkeit, Abmagerung; Schmerzen in der Nacht; kein Husten, keine Diarrhoe. Niemals venerische Affectionen. Urin normal, ohne Eiweiss und Zucker.</p> <p>B. 4. Januar 1883. Seit August 1882 Schmerzen in der rechten Halsseite und Schwellungen an den Operationsstellen. Auf Arsenik innerlich ging die Schwellung etwas zurück; als es jedoch wegen Magenschmerzen ausgesetzt wurde, nahm die Schwellung wieder zu, ohne Schmerzen.</p> <p>C. 4. Juli 1883. Patient bemerkte seit einem Monat auf der linken Seite des Halses eine grössere Drüse, ebenso mehrere kleinere rechts. Patient sonst wohl.</p> <p>D. 2. Oktober 1883. Obwohl im Juli 1883 operirt an Recidiv von Lymphosarkoma colli, fühlte er seit Mai 1883 Schmerzen im linken Os parietale ohne nachweisbare Ursache. Anfangs August fühlte Patient dort eine kleine Erhebung. Ende August intensive Kopfschmerzen; konnte ohne Chloral nicht mehr schlafen. Ende September nahmen die Schmerzen ab und Patient fühlte sich ziemlich wohl. Seit 3 Wochen Schmerzen im rechten Os parietale und eine kleine Erhebung dort fühlbar. Kein Husten. Am Halse etwas Spannen; keine Schmerzen.</p>	Vater gesund. Mutter starb an Magenkreb. 52 Jahre alt. Ge-schwister gesund.	<p>A. Patient kräftiger Mann von gesundem Aussehen. Schleimhäute leicht anämisch. Puls gut und regelmässig. An beiden Kieferwinkeln, nicht ganz bis zum Processus mastoid. reichend, vom oberen Theil des Sternocleido bedeckt, 3 grosse Drüsengänge, links apfel- rechts eigröss; von sehr dicker Consistenz; unregelmässiger knolliger Oberfläche. Drüsen in einer Masse verschmolzen; sehr beweglich; schmerzlos auf Druck; nur einzelne ganz kleine Drüsen gegen den Nacken zu fühlbar. An den Genitalien nichts Abnormes. In den Leisten ganz kleine multiple Drüsenschwellungen. Brustorgane normal.</p> <p>B. 10. Januar 1883. Auf der linken Seite findet sich in der ganzen Länge der Incisionsnarbe ein gänseeigroßer, unregelmässiger, harter Lymphdrüsentumor. Narbe darüber beweglich und leicht verschieblich, gut abgrenzbar. Drüsenschwellungen sind nur unter der Fossa supraclavicularis in Form von äusserst kleinen Knötchen vorhanden. Rechts ebenfalls unter der Narbe ein nussgrosser, harter Tumor; unregelmässige Knollen, gut abgegrenzt und verschieblich. I. Recidiv.</p> <p>C. Patient zeigt auf der rechten Seite unterhalb des Processus mastoid. eine leichte Anschwellung. Die Narbe lineär, beweglich. Unter dem untern Theil der linken Narbe einige unregelmässige Drüsen, ebenso hinten am Sternocleido einige kleine, mobile Drüsen. II. Recidiv.</p> <p>D. 4. Oktober 1883. Patient hält den Kopf etwas nach vorne. Rechter Cucullaris erscheint dünner als der linke. Schultern gut hebbbar. Sternocleido contrahirt sich beidseits. Narben beweglich, lineär. Rechts am oberen Ende des Sternocleido mehrere derbe bis taubeneigroße Geschwülste, auf Druck empfindlich; links ebenfalls mehrere kleine Geschwülste, weniger derb. In der Axilla nichts zu fühlen. Am Tuber parietale sinistr. ein derb-elastischer Tumor, druckempfindlich, halbwunnengross, flach sich vom Knochen erhebend und demselben fest aufsitzend. Symmetrisch auf der rechten Seite ebenfalls eine kleine flache Erhebung, auf Druck empfindlich. Spontane Schmerzen in den Tumoren. Ophthalmoskopischer Befund: Venen stark ektasirt; beidseits Stauungspapillen. III. Recidiv.</p>	Doppel-seitige körnige Lymphome (stellten sich als Lymphosarkome heraus.)	<p>14. Juni. Excision mit Chlorzink und Bis-muth 10%. Secundarnaht unter Chloroformcarcose, beiderseits am Halse. Anatom. Befund: Vide pag. 25. Ordination an den Patienten: Solut. Fowler. 3 mal 3 gunt p. die bis 3 mal 10 gunt. Wundverlauf normal. Patient wurde 26. Juni entlassen. 26. Juli 1882: Narben schön, lineär, verschieblich. Unter beiden Sternocleido 2 Pakete von Drüsen, links taubeneigroß, rechts kleiner. Drüsen unregelmässig, grob-höckrig, sehr derb, beweglich wie die früheren. I. Recidiv. Solut. Fowler. innerlich.</p> <p>10. Januar 1883. II. Excision. Recidives Lymphosarcoma des Halses (beidseitig). Durchschnitt durch die gänseeigroße Drüse zeigt in der Mitte einen Eiterherd; ringsum lippiges Gewebe. Nussgrosser Tumor: Peripherie weiche, Centrum — derbe Consistenz. Ungestörte Heilung. Wismuthbehandlung. Entlassen 28. Januar 1883. Solut. Fowler. fortgenommen.</p> <p>7. Juli 1883. III. Excision. Recidiv von Lymphosarcoma durum sarcomatos. coli (sin. et. dextr.) Heilung per primam. Linksseitige Stimmbandlähmung. Bei der Operation wurde weder von N. vagus noch Recurrens etwas gesehen. Durchschnitt durch die entfernten Drüsen zeigt das exquisite Bild eines Lymphosarkom's. Therapie: Solut. Fowler. Patient nach der Operation heiser. Ungestörte Heilung. Patient wurde 18. Juli entlassen. Laryngoskopische Untersuchung ergibt: Totale rechtseitige Stimmbandlähmung.</p> <p>Weil inoperabel, entlassen. Patient starb 21. März 1884</p>

XIII.

M.	Adresse, Alter. Datum des Eintritts.	Anamnestische Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
25.	G. J. von Mentone, Frankreich. 50 Jahre alt. Mai 1883.	Im Januar 1883 bemerkte Patient eine ganz kleine Drüse unterhalb des rechten Kieferwinkels; war beweglich; mit nach dem Ohr hin ausstrahlenden zuckenden Schmerzen. Die Drüse wuchs stets und die Schmerzen nahmen zu und irradiierten nach ein Paar Wochen nach der Clavicula hinaus. Seit einem Monat erschwertes Öffnen des Mundes. Seit einigen Wochen dumpfe Kopfschmerzen. Die ausstrahlenden Schmerzen Nächts intensiver als tagüber. Seit einiger Zeit hat Patient beständige Zahnschmerzen im rechten Oberkiefer. Appetit gut. Stuhl regelmässig. In der letzten Zeit ist Abmagerung eingetreten. Kein Husten. Vor 3 Jahren bestand Patient eine rechtseitige Pleuritis.	Nichts von Tumoren und Phthisis in der Familie.	24. Mai 1883. Patient ein kräftig gebauter Mann. Puls gut. Athmen frei. Zunge etwas belegt. Rechtseitige Paralyse der Unterlippe. Rechts in der Carotisgegend eine apfelfrosse, bläulich verfärbte, unregelmässige Form zeigende Geschwulst von derb-elastischer Consistenz; sie umgibt den Kieferwinkel; an andern Stellen etwas verschieblich. Nach hinten bis zum mittlern Rand des Sternocleido und bis zum Processus mastoid. ziemlich starkes Oedem. Sternocleido nach unten emporgehoben; gespannt, offenbar erheblich gewachsen. Larynx frei beweglich. Rechte Mandelgegend etwas vorgewölbt. Vom Rachen aus der Tumor deutlich zu fühlen. Schleimhaut des Rachens, Gaumens und der Mandeln nicht verändert.	Lymphosarkoma colli dextr. bis zur Basis crani sich erstreckend.	2. Juni 1883. Excision. Vide pag. 40. Durchschnitt durch den Tumor ergibt: fasrige speckige Beschaffenheit, Farbe grauweiss und an verschiedenen Stellen gelblich mit geradezu derb käsigem Herden. Von einer Kapsel ist keine Rede. Tumor geht bis an die Oberfläche der Cutis heran und dringt in das umgebende Fettgewebe und die Musculatur der Umgebung herein. Eine andere Structur als in der Unterscheidung gröberer weisslicher Züge von einem grauen homogenen Gewebe ist nicht wahrzunehmen. Wundverlauf normal. Rechtseitige Facialislähmung und Lähmung der Hebermuskel des rechten Schulterblattes. Sehr schöne Heilung. Patient den 18. Juli entlassen mit schön granulirender Wunde. Ob Recidiv eingetreten, konnte nicht eruiert werden.

12918





11426