



Über Pseudoleukaemie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Sonnabend, den 23. Juli 1887

Mittags 12 $\frac{1}{2}$ Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Franz Kozuszkiewicz,

pract. Arzt,

aus Kokoszezyn, Prov. Posen.

Opponenten:

Dr. Pomorski, Assist.-Arzt a. pathol. anat. Institut.

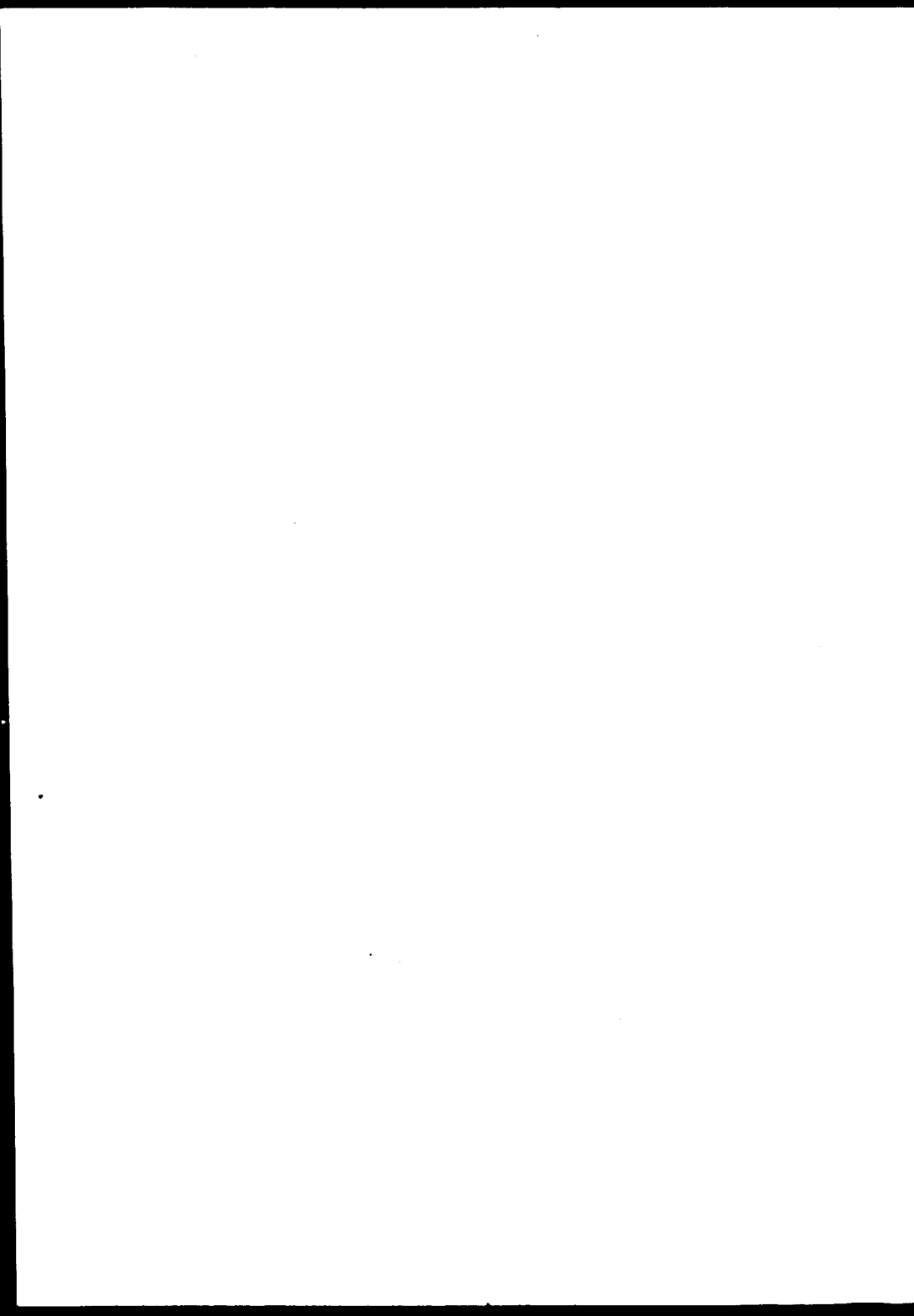
J. v. Tempski, cand. med.



Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1887.



Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Pseudoleukaemie ist eine der Leukaemie fast vollständig ähnliche Erkrankung. Wir haben nämlich in beiden Krankheiten vorzugsweise Veränderungen der Milz und Lymphdrüsen; in beiden während des Lebens in seinen Hauptsymptomen übereinstimmendes Allgemeinleiden; in beiden fast ausnahmslos tödlichen Ausgang, der bei der Pseudoleukaemie noch in kürzerer Zeit erfolgt, wie bei der Leukaemie; in beiden schliesslich neben Erkrankung der Milz und der Lymphdrüsen metastatische Neubildungen in den verschiedensten Organen des Körpers, nur ist die Pseudoleukaemie durch Fehlen der charakteristischen Blutbeschaffenheit von der Leukaemie unterschieden.

Von älteren Beobachtern wurde sie als „böartige Scropheln“ aufgefasst. Im Jahre 1832 hat Hodgkin mehrere solche Fälle veröffentlicht, doch er hat noch keine feste Ansicht über das Wesen der Krankheit ausgesprochen. Erst als Virchow 1845 die Leukaemie entdeckte und ihre Beziehung zu den Geschwülsten der Lymphapparate erkannte, wurden derartige Fälle mit noch grösserem Interesse beobachtet

und diesem Interesse verdanken wir, dass Wilks¹⁾ 1856 den ersten richtigen Fall der Pseudoleukaemie veröffentlichte, welcher jedoch wegen verschiedener Complicationen nicht im Stande ist, uns ein klares Bild von der Pseudoleukaemie zu verschaffen. Erst Bonfils²⁾ hat in demselben Jahre in seiner: „Reflexion sur un cas d'hypertrophie ganglionaire générale (cachexie sans leucémie)“ ganz deutlich gezeigt, dass eine ganz gleiche multiple Schwellung der Lymphdrüsen und der Milz bestehen könne, ohne dass gleichzeitig die weissen Blutkörperchen im Blute eine Vermehrung zu erfahren brauchen. Nach ihm finden wir weitere Beobachtungen über diese Krankheit in fast allen Literaturen. Im Jahre 1865 suchte Trousseau in seiner „Clinique médicale“ diese neue Krankheit ganz genau zu schildern, indem er zugleich die Pathogenese und Aetiologie anzugeben sich bemühte und passende Therapie in Vorschlag zu bringen suchte.

Von deutscher Seite waren es Virchow, Cohnheim, Gretzel, Langhans, Richard Schulz, Niemeyer, Wunderlich und Mosler, welche zur Aufhellung des Wesens der Pseudoleukaemie das Bedeutendste beitrugen.

Was das Verhältniss der Erkrankung der Milz und der Lymphdrüsen zu einander bei der Pseudoleukaemie betrifft, so kennen wir bis jetzt nur eine

¹⁾ Wilks, Gny's hospital. Reports 3. Serie t. II 1856.

²⁾ Bonfils, Recueil des travaux de la Société medic. d'observ. t. I. 57. 1857—58.

rein lymphatische und eine gemischt lymphatisch-lienale Form, während wir bei der Leukaemie bekanntlich eine lienale, lymphatische und eine gemischt lienal-lymphatische Form, je nachdem die Erkrankung auf Milz oder auf Lymphdrüsen allein beschränkt ist oder auf Milz und Lymphdrüsen zusammen, unterscheiden. Zwar soll Niemeyer drei Fälle gesehen haben, in denen nicht die geringste Veränderung in den Lymphdrüsen zu entdecken war. In anderen Fällen sollen diese zwar etwas geschwollen gewesen sein, doch bildete die Milz-Hypertrophie das hervorragendste Symptom. Im Gegensatz hierzu sollen in den von Trousseau beobachteten Fällen die Lymphdrüsentumoren die Hauptrolle gespielt haben. Demgemäss könnten wir also ebenso wie bei der Leukaemie eine lienale und eine lymphatische Pseudoleukaemie aufstellen, doch müssen wir zugeben, dass in den meisten Fällen beide Formen combinirt vorkommen.

Bei der Pseudoleukaemie kommt es, wie bei der Leukaemie zu hyperplastischen Milz- und Lymphdrüsentumoren, welche sich weich und fluctuierend anfühlen, so dass uns kein Mittel bekannt ist, wodurch wir im Stande wären, einen Unterschied zwischen einem pseudoleukaemischen und leukaemischen Milz- oder Lymphdrüsentumor aufzufinden. Zwar giebt es eine Form von Pseudoleukaemie, von Th. Langhans¹⁾ harter Lymphosarkom genannt, wo die Unter-

¹⁾ Virchow's Archiv 45 Bd.

schiede zwischen Leukaemie und Pseudoleukaemie prägnanter hervortreten als bei der weichen, doch liegen auch hier genug übereinstimmende Punkte vor, so dass auch hier, streng genommen, nur die mikroskopische Untersuchung des Blutes die Diagnose sicher stellen kann. Diese Form zeichnet sich von der vorigen dadurch aus, dass hier auch das Bindegewebe in den Wucherungsprocess hineingezogen ist, wodurch die afficierten Organe eine derbe, feste, fibröse Consistenz erhalten.

Sehr häufig ist auch die Pseudoleukaemie von einer bedeutenden Vergrösserung der Leber und der periportalen Lymphdrüsen begleitet. Ebenfalls sind lymphomatöse Neubildungen auf der Respirations-schleimhaut, im Pharyngs, Magen, Darm und besonders Ileum beobachtet worden, die man sehr leicht mit Tuberkeln verwechseln könnte und welche vom Geheimen Medicinal-Rat Prof. Dr. Mosler in seiner „Pathologie und Therapie der Leukaemie“¹⁾ sehr ausführlich beschrieben wurden. Sie kommen entweder von den bereits vorhandenen Lymphfollikeln und Payerschen Plaques her, oder sie sind metastatische Ablagerungen. Auch die mesenterialen und retroperitonealen Lymphdrüsen sind häufig sehr hochgradig hyperplasiert. Viel seltener sind die Metastasen in anderen Organen.

Dieselben durchsetzen zwar das Bindegewebe

¹⁾ Mosler's Pathologie und Therapie der Leukaemie, pag. 93.

der Schleimhaut, doch haben sie das Charakteristische an sich, dass sie nicht zum fettigen oder käsigen Zerfall führen. Und gerade dieser Umstand ist es, welcher diese Neubildungen von den Tuberkeln zu unterscheiden ermöglicht. Jedoch wie überall, so kommen auch hier manchmal Ausnahmen vor und wir finden dann statt jener Knoten Defecte mit vorspringenden Rändern. Manchmal wiederum haben die lymphatischen Neubildungen im Darmkanale eine solche Ähnlichkeit mit den markigen Infiltrationen der Peyerschen Plaques, wie wir sie bei Typhus abdominalis finden, so dass man nur aus der Anamnese die Diagnose zu stellen im Stande ist. — Von dem Verhalten des Knochenmarkes bei der Pseudoleukaemie ist leider gar nichts bekannt.

Vom höchsten Interesse ist bei der Pseudoleukaemie der eigentümliche Befund bei der mikroskopischen Untersuchung des Blutes. Wir finden die weissen und rothen Blutkörperchen in einem ganz normalen Verhältnisse zu einander, was bei den Veränderungen in den Lymphdrüsen sehr merkwürdig ist, wovon der Grund aber bis jetzt mit voller Sicherheit noch nicht hat nachgewiesen werden können.

Was die Aetiologie der Pseudoleukaemie betrifft, so ist dieselbe wie bei der Leukaemie noch ziemlich unklar. — Frousseau führt entzündliche Processe in der Nähe der zuerst erkrankten Drüsen als Ursache derselben an. So will er in einigen Fällen Coryza chronica und chronische Otorrhoe der Anschwellung

der Lymphdrüsen am Halse vorhergehen gesehen haben. Andere Autoren wieder geben Syphilis, Scrophulose, habituellen Alkoholgenuss als Veranlassung der Pseudoleukaemie an. Geheimrath Mosler hat in mehreren Fällen ganz sicher festgestellt, dass Menstruationsanomalien, Puerperalerkrankungen,¹⁾ Typhusabdominalis, Febris intermittens, Diphtheritis und Lepa die Ursache der Pseudoleukaemie gewesen sind. In den Fällen, welche wir dieser Arbeit anreihen werden, liegen Arthritis deformans und Typhus abdominalis der Erkrankung zu Grunde. Doch kann man nicht leugnen, dass man in vielen Fällen überhaupt keinen bestimmten Grund auffinden kann; die betreffenden Personen waren nicht nur stets gesund, sondern sahen manchmal sogar ganz blühend aus.

Die Krankheit kommt bis zum 70. Lebensjahre vor und befällt die verschiedensten Klassen und Berufsarten vorzugsweise im mittleren Alter. Die grösste Anzahl von Erkrankungsfällen trifft das männliche Geschlecht. In geographischer Beziehung lässt sich bis jetzt über die Pseudoleukaemie noch nichts Bestimmtes sagen.

Der Verlauf der Krankheit ist ein rascher, viel rascher wie bei der Leukaemie. Manchmal dauert die Krankheit nur 2—6 Monate, im Durchschnitt jedoch 1—2 Jahre. In früherer Zeit trat Heilung aus dieser Krankheit nie ein. In neuerer Zeit scheint durch entsprechende Therapie in einigen Fällen

¹⁾ Mosler's Pathologie und Therapie der Leukaemie p. 113.

günstiger Ausgang bewirkt worden sein. Ja, es wird von ganz kompetenter Seite ausdrücklich behauptet, dass in den ersten Stadien und zwar besonders bei der Pseudoleukaemie lienalis eine Heilung möglich sei (Wunderlich, Mosler); die lymphatische Form hat einen rascheren Verlauf und soll den therapeutischen Eingriffen minder zugänglich sein (Mosler).

Der Umstand, dass die Patienten durch die ersten Erscheinungen ihrer Krankheit meist wenig beunruhigt werden und dass auch die Ärzte manchmal nicht gleich die Bösartigkeit der Tumoren erkennen, macht es klar, weshalb die Mehrzahl der beobachteten Fälle in der inneren Klinik behandelt wurde. Doch es sind auch Fälle in der Literatur mitgeteilt worden, wo durch Exstirpation der anfänglichen Drüsentumoren ein Stillstand des Processes herbeigeführt wurde.

Bei der Therapie werden wir selbstverständlich solche Mittel in Anwendung ziehen, welche der Entwicklung der Milz im Wege stehen.

Wunderlich soll durch innerliche Darstellung von Jodkalium in einem Falle Besserung gesehen haben.

Nach neueren Erfahrungen soll das beste Mittel zur Rückbildung der Lymphome das Arsen sein, und zwar in Form der Solutio Arsenicalis Fowleri. Sie wird theils innerlich verabfolgt, theils zu parenchymatösen Injectionen in Drüsen und Milz angewandt. Man muss jedoch hierbei auf's strengste

folgende vom Geheimrat Mosler gegebenen Vorschriften befolgen:

- 1) darf der Marasmus nicht zu sehr vorgeschritten sein,
- 2) die Neigung zu Haemorrhagieen muss fehlen,
- 3) der Milztumor darf nicht von zu weicher Beschaffenheit sein,
- 4) es muss auf dem Tumor vor und nach der Injection eine Eisblase liegen.

Auch soll Eisen für die Pseudoleukaemiker von nicht zu verkennendem Werte sein. Am gebräuchlichsten sind in solchem Falle *ferrum lacticum* und *ferrum hydrogenio reductum*, weil sie am leichtesten verdaut werden. Ist der Patient gut situiert, so könnte man ihn nach Schwalbach oder Pyrmont schicken.

Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Geheimen Medicinal-Rates Prof. Dr. Mosler bin ich in der Lage, 2 Fälle von Pseudoleukaemie meiner Arbeit beizufügen, welche in mannigfacher Hinsicht besonderes Interesse erregen.

I. Fall.

Marie Schlanert aus Bobien ist 33 Jahre alt. Ihre Eltern verstarben; der Vater an einem gastrischen Fieber, die Mutter im Wochenbett. Die Geschwister erfreuen sich guter Gesundheit. — Patientin selbst hat als Kind nur an Masern gelitten, war nachher immer gesund und kräftig. Sie verheiratete

sich und gebar 2 Kinder, welche in gutem Wohlbefinden leben. Eine Frühgeburt trat vor 3 Jahren ein. October 1883 setzte sich Patientin bei längerer schwerer Arbeit im Freien (Kartoffellesen) einer starken Erkältung aus. Sie zög sich dadurch eine Polyarthritis rheumatica acuta zu, welche in dem rechten Ellenbogen und linken Hüftgelenk beginnend bald alle Gelenke des Körpers befiel. Bettruhe und ärztliche Anordnungen erzielten nach 3 Wochen eine Besserung, jedoch keine völlige Heilung, denn Patientin vermochte nicht ordentlich zu gehen, konnte auch ihre Arme nicht genügend gebrauchen. Trotzdem verliess sie das Lager und ging so gut sie konnte ihren häuslichen Vorrichtungen nach, die ganze Zeit noch unter ärztlicher Behandlung stehend. Erfolge in der Heilung waren dabei nicht zu verzeichnen und eine neue Erkältung rief nach $\frac{3}{4}$ Jahren wiederum den Ausbruch der früheren starken Beschwerden hervor. Patientin wurde jetzt beständig bettlägerig. Sie litt an starken Schmerzen in allen Gelenken, welche Anschwellungen zeigten und Bewegungen nicht mehr erlaubten. Das Fieber des acut beginnenden Recidivs verschwand, der Zustand wurde chronisch trotz mehrerer vom Arzt verordneter Mittel und anhaltendem Salicylgebrauch. Ein besonderer Wechsel war weder in der Art noch in der Intensität der Schmerzen dabei zu konstatiren: Die Körpermuskeln wurden durch anhaltenden Nichtgebrauch aufs äusserste atrophisch, der ganze Zustand war ein matter, die

Extensität und Stärke aller Bewegungen in den Gelenken beständig geringer. Decubitus trat nicht ein. Die chronische Polyarthritis ging allmählich in den Zustand der deformierenden Arthritis über. Die Kniegelenke wurden unförmlich verdickt und ankylotisch, die Gelenke der Finger steif; die einzelnen Knochen derselben stellten sich in den verschiedensten Winkeln zu einander, der Gebrauch der Hand wurde unmöglich. Nicht anders war es mit den kugelig verdickten Ellenbogengelenken; die Schultergelenke blieben noch einigermassen beweglich, ebenso die Hüftgelenke. Gerade in diesen Gelenken verspürt Patientin noch jetzt die heftigsten Schmerzen.

In diesem Zustand kam sie am 3./1. 87 in das hiesige Königliche Universitäts-Krankenhaus. Eine besondere Verschlimmerung desselben war nicht eingetreten, der Appetit hatte sich immer noch leidlich gut erhalten, der Stuhlgang war häufig retardirt, über Herzklopfen hatte Patientin nie zu klagen. Vielfach aber hatten sich Schmerzen im Abdomen eingestellt, welche beide Hypochondrien einnahmen und bei der Patientin oft das Gefühl grosser Völle und Schwere hervorriefen. Eine Intermittens wird entschieden in Abrede gestellt. Icterus hat bis jetzt immer gefehlt.

Status praesens.

Patientin ist mittelgross und besitzt einen ganz ausserordentlich schwachen Muskelbau und Panniculus adiposus. Die Gesichtsfarbe ist gelbgrau, das

Gesicht schmal mit tiefen Ringen unter den Augen, die Züge schlaff, der Gesichtsausdruck ein äusserst matter und leidender. Die Interkostalräume sind leicht vertieft, der Abdomen sehr schlaff, die Beine stehen im Knie in Extensionskontraktur. Die Knie- und Ellenbogengelenke sind stark verdickt, deformiert, kugelig aufgetrieben, was durch die stark atrophische Muskulatur noch deutlicher in die Augen springt. Bewegungen sind in ihnen nur sehr gering möglich, auch schmerzhaft. Die Fingergelenke und die Karpalgelenke sind gleichfalls stark deformiert, die kleinen Fingerknochen (Phalangen) stehen unter den verschiedensten Winkeln zu einander. Patientin vermag keine Gegenstände anzufassen oder zu heben. Die Gelenke der Hand sind ebenfalls verdickt und verhärtet.

Patientin hat belegte, aber noch gut feuchte Zunge, sehr geringen Appetit, sowie beständig einen faden Geschmack im Munde, stechende Schmerzen in der Magengegend, besonders in der des Pylorus und stark retardierten Stuhlgang, die Mundflüssigkeit reagiert neutral. Erbrechen ist nicht eingetreten. In der Beschaffenheit des Stuhles keine Anomalieen. Icterus corneae besteht nicht, auch ist Hydrops ascites nicht nachweisbar.

Das Abdomen ist gegen Druck schmerzlos, nicht aufgetrieben oder eingezogen. Die Leber ist ganz erheblich besonders in ihrem linken Lappen vergrössert, sehr gut zu palpieren; sie ist nicht sehr

hart, gleichmässig vergrössert ohne Kerben und Erhebungen und erreicht nach unten zu den Bauchnabel. Die Milz ist eben so stark gleichmässig vergrössert und nicht besonders resistent durchzufühlen durch die Bauchdecken, schmerzlos gegen Palpation. Die Conturen der Milz sind sehr deutlich zu fühlen. Es lassen sich etwas vergrösserte Lymphdrüsen auf beiden Seiten der Inguinalgegend und auch solche am Halse und in den Achselhöhlen palpieren. Pharyngitits fehlt, desgleichen Narben an der Uvula oder den Tonsillen.

Herztöne sind rein, Herzdämpfung unverändert, Herzspitzenstoss ein- und abwärts von der Mamille zu fühlen und zu sehen. Aktion ist beschleunigt auf 100 Schläge in der Minute, der Radialpuls leidlich kräftig. Die sichtbaren Schleimhäute sind anämisch, in den Ingulares ist Nonnensausen wahrnehmbar, Fieber besteht nicht. — In den Lungen bei Perkussion und Auskultation normaler Befund. Husten und Auswurf fehlen. Der Athemtypus ist costoabdominal, die Athemfrequenz erhöht.

Kopfschmerzen bestehen zur Zeit nicht, Patientin schläft in der Nacht gut.

Urin hellgelb, sauer ohne Gallenfarbstoff, enthält Spuren von Eiweiss und Indican, keinen Zucker.

Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergiebt verminderte in ihren Formen sehr polymorphe rote Blutkörperchen und keine Vermehrung der farblosen Blutzellen.

II. Fall.

Patient, der Seefahrer Johannes Hoffmann aus Kaseburg bei Swinemünde, 31 Jahre alt, dessen Vater vor langer Zeit an einer ihm unbekannten Krankheit gestorben ist, dessen Mutter noch lebt und gesund ist, giebt an, dass von seinen 7 Geschwistern 2 leben, die anderen aber an ihm unbekannten Krankheiten gestorben sind. Er selbst ist verheiratet und Vater zweier gesunder Kinder. Von Kinderkrankheiten will Patient nur die Masern gehabt haben. Mit seinem 15. Jahre ging Patient zur See. Im Jahre darauf, 1872 im November, strandete sein Schiff bei starkem Sturme an der Küste von Bornholm. Nachdem das Schiff voll Wasser gelaufen, wurde es 2 Tage vom Sturme auf offener See umhergetrieben. Um nicht von Deck gespült zu werden, banden sich die Matrosen an dasselbe fest. Hierbei will sich Patient sehr stark erkältet haben und er führt auf diese Erkältung eine heftige Erkrankung, von der er im Jahre darauf, 1873, befallen wurde, zurück. Im November des betreffenden Jahres, als dieselbe zum Ausbruch kam, wurde Patient von seinem Schiffe in's Friedrichshospital zu Copenhagen gebracht, in welchem er 4 volle Monate zubrachte. Zwei Monate will er besinnungslos dagelegen haben. Von seiner damaligen Erkrankung datieren noch drei grosse Decubitusnarben an beiden Hüftgelenken und dem Steissbeine. — Nachdem der Patient noch 4 Monate in seiner Heimat als Reconvalescent zugebracht

hatte, konnte er wieder seiner Beschäftigung nachgehen. Bis zum Februar 1885 fühlte Patient sich vollständig gesund. Da machten sich krampfartige Schmerzen in den Gedärmen und in dem Kreuze ein ziehender Schmerz bemerkbar. Die Schmerzen in den Gedärmen steigerten sich bei jedesmaligem Stuhlgange. Brechreiz war vorhanden und ebenfalls Kopfschmerzen. Der Stuhl war zu Zeiten schwarz. Bis zum Februar 1886 blieb er bei seiner Beschäftigung, da trat Blutbrechen auf, ohne dass Patient besondere Ursache dafür angeben kann, das teils aus hellem, teils aus schwarzem kaffeesatzähnlichem Blute bestand. Der Stuhl war zu der Zeit ebenfalls schwarz.

Nach einem Monat wiederholte sich dasselbe Erbrechen, und trat es bis zum September 5 Mal auf. Das letzte Mal entleerte er 8 Spucknäpfe voll schwarzen, „stinkenden“ Blutes. In dieser Zeit befand er sich im Bethanienhospital zu Stettin, in welches er sich im August dieses Jahres hatte aufnehmen lassen. Die Stühle waren damals beim Erbrechen ebenfalls schwarz, und hielt diese Verfärbung jedesmal circa 9 Tage an. Fieber will er nur beim letzten Erbrechen 24 Stunden gehabt haben und ist 10 Tage später nicht mehr bettlägerig gewesen..

Anfangs December wurde er entlassen. Patient fühlte sich aber trotzdem immer sehr schwach, litt an dumpfem Kopfschmerz. Seit dem Jahre 86 hatte Patient die Geschwulst der Milz bemerkt, die nach und nach sich vergrösserte. Zur Aetiologie bemerke

ich noch, dass Patient den Abusus spirituosorum leugnet. Am 19. IV. 87 liess sich Patient in die hiesige Königliche Universitäts-Klinik aufnehmen.

Status praesens. — Patient ist von kleiner, aber kräftiger Statur, gutem Muskelbau, geringem Panniculus adiposus, hat schwarze Haare und Bart, graue Iris. Die Brust ist gut gewölbt, das Abdomen sehr stark aufgetrieben und zwar links mehr wie rechts. Auf der Haut desselben erscheinen viele netzartig verschlungene Venen. Sonst ist die Haut warm und trocken. Patient fühlt sich schwach und angegriffen. Patient sieht icterisch aus. — Von Seiten des Nerven-, Respirations- und Uropoetischen Systems erscheinen keine Anomalieen. — Die Zunge ist wenig belegt, Stuhl normal, Appetit vorhanden. Der Patient klagt über heftige Schmerzen in den Gedärmen. Die linke Leber ragt handbreit über den Rippenbogen und einen Finger breit über die Medianlinie. Die rechte Leber ist nicht vergrössert. Die Milz ist bedeutend vergrössert und reicht bis an die linea mediana, die unteren Ränder derselben lassen sich deutlich palpieren. Sie misst 16,5 cm in der Axillarlinie, 15 cm in der Mamillarlinie, über die Mamillarlinie ragt sie 14 cm hinaus. Die Conturen der Milz sind sehr deutlich zu fühlen. Die Oberfläche ist glatt; an den Rändern sind Einkerbungen deutlich zu erkennen. Sternum und Rippenköpfchen sind weder angeschwollen noch schmerzhaft. Die Milz fühlt sich

hart an. Die vom Geheimrat Mosler 4 Mal vorgenommene parenchymatöse Injection von *Solutio arsenicalis Fowleri* hat eine ziemlich bedeutende Verkleinerung der Milz herbeigeführt. In der Inguinalgegend sind Lymphdrüsentumoren vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergibt verminderte Anzahl der roten und keine Vermehrung der farblosen Blutzellen.

Da in den beiden angeführten Fällen trotz der Milz- und Lymphdrüsen-Hypertrophie keine Vermehrung der weissen Blutkörperchen nachgewiesen werden konnte, so dürfen wir mit vollem Rechte die Diagnose auf Pseudoleukaemie stellen.

In mehrfacher Hinsicht haben diese beiden Fälle besonderes Interesse.

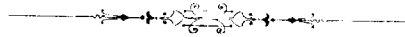
Die Krankheit trat bei der Frau Schlanert sehr allmählich nach *Polyarthrititis rheumatica acuta*, die mit der Zeit in *Arthritis deformans* überging, ein, eine Erblichkeit ist nicht zu constatieren, auch scheint die Patientin in ihrer Jugend nicht an *Scrophulose* gelitten zu haben.

Die krankhaften Erscheinungen traten nicht, wie in den meisten Fällen dieser Affektion mit Schwellung der Hals- oder Inguinaldrüsen auf, sondern das Erste was die Patientin bemerkte, war die übermässig geschwollene Milz und Leber. Erst später sollen sich Schwellungen der Hals- und Inguinallymphdrüsen gezeigt haben, die jedoch verhältnismässig geringer waren. Aus einer ursprünglich lienalen ist

also eine lienal-lymphatische Pseudoleukaemie geworden. Schmerzen waren nie weder in den Lymphdrüsen noch in der Milz vorhanden. Neben den Geschwulstbildungen der Milz und Lymphdrüsen machte sich Anaemie und Cachexie bemerkbar, welche sich durch hochgradige Abmagerung und Schwäche kennzeichnet.

In unserem zweiten Falle trat die Krankheit ein, ohne dass man ein ursächliches Moment für die Entstehung derselben sicher auffinden kann. Der Patient selbst führt sie auf eine heftige Erkrankung zurück, die er sich in Folge von Erkältung zugezogen und die seine Kräfte sehr erschöpft hatte. Nach einiger Zeit jedoch fühlte sich der Patient wieder vollständig gesund, doch bald stellten sich heftige Kopfschmerzen und Schmerzen in den Gedärmen ein. Es trat Blutbrechen und schwarze Stühle ein, die sich während paar Monate einige Male nach einander wiederholten, bis er auf einmal zuerst eine Schwellung der Milz und erst später die der Hals- und Lymphdrüsen bemerkte. Durch 4malige Injectionen von *Solutio arsenicalis Fowleri* durch Herrn Geheimrat Mosler ist eine ziemlich bedeutende Verkleinerung der Milz eingetreten, doch das Allgemeinbefinden des Patienten hat sich nur um ein kleinwenig gebessert.

Zum Schlusse der Arbeit sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor Dr. Mosler für die Überweisung des Themas und für die Unterstützung bei Bearbeitung desselben meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.



Vita.

Verfasser Franz Kozuszkiewicz, kath. Konfession, wurde am 9. December 1857 in Kokoszczyń, Pr. Posen, geboren. Seine Schulbildung erhielt er auf den Gymnasien zu Posen und Woogrowitz, welches letztere er im Juli 1882 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Im October desselben Jahres wurde er auf der Berliner Universität immatrikuliert und in der medicinischen Facultät eingeschrieben. Im Februar 1885 bestand er das Tentamen physicum, Vom Sommersemester 1886 studierte Verfasser auf der Universität zu Greifswald, wo er am 30. Juni 1887 das medicinische Staatsexamen machte und am 5. Juli 1887 das Examen rigorosum bestand.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse in Berlin: v. Bergmann, du Bois-Reymond, v. Frerichs †, Gussacrow, Hartmann, Eichler, v. Helmholtz, Hennoch, Hirsch, Hoffmann, Lewin, Reichert †, Schröder †, Schweigger, Senator, Virchow, Waldeyer, Wyder; in Greifswald: Grawitz, Helferich, Loebker, Mosler, Pernice, v. Preuschen, Rinne, Schirmer, Strübing.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.



Thesen.

I.

Das kalte Wasser ist dem heissen bei Stillung von Blutungen in der Geburtshülfe vorzuziehen.

II.

Zur Entwicklung eines Genu varum ist noch ausser ungünstigen statischen Verhältnissen Nachgiebigkeit in den das Knie zusammensetzenden Theilen notwendig

III.

Die Schwangerschaftsnieren und die chronische Nephritis während der Schwangerschaft sind symptomatologisch von einander nicht zu unterscheiden.

15624