



Ein Fall von
Sarcoma pancreaticum haemorrhagicum.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Donnerstag, den 10. Mai 1894

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

öffentlich verteidigen wird

Adolf Schueler

aus Goldap in Ostpreussen.

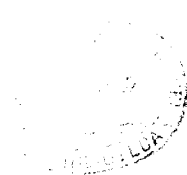


Opponenten:

Herr Dr. med. Bansi,

Herr Dr. med. Hindenburg,

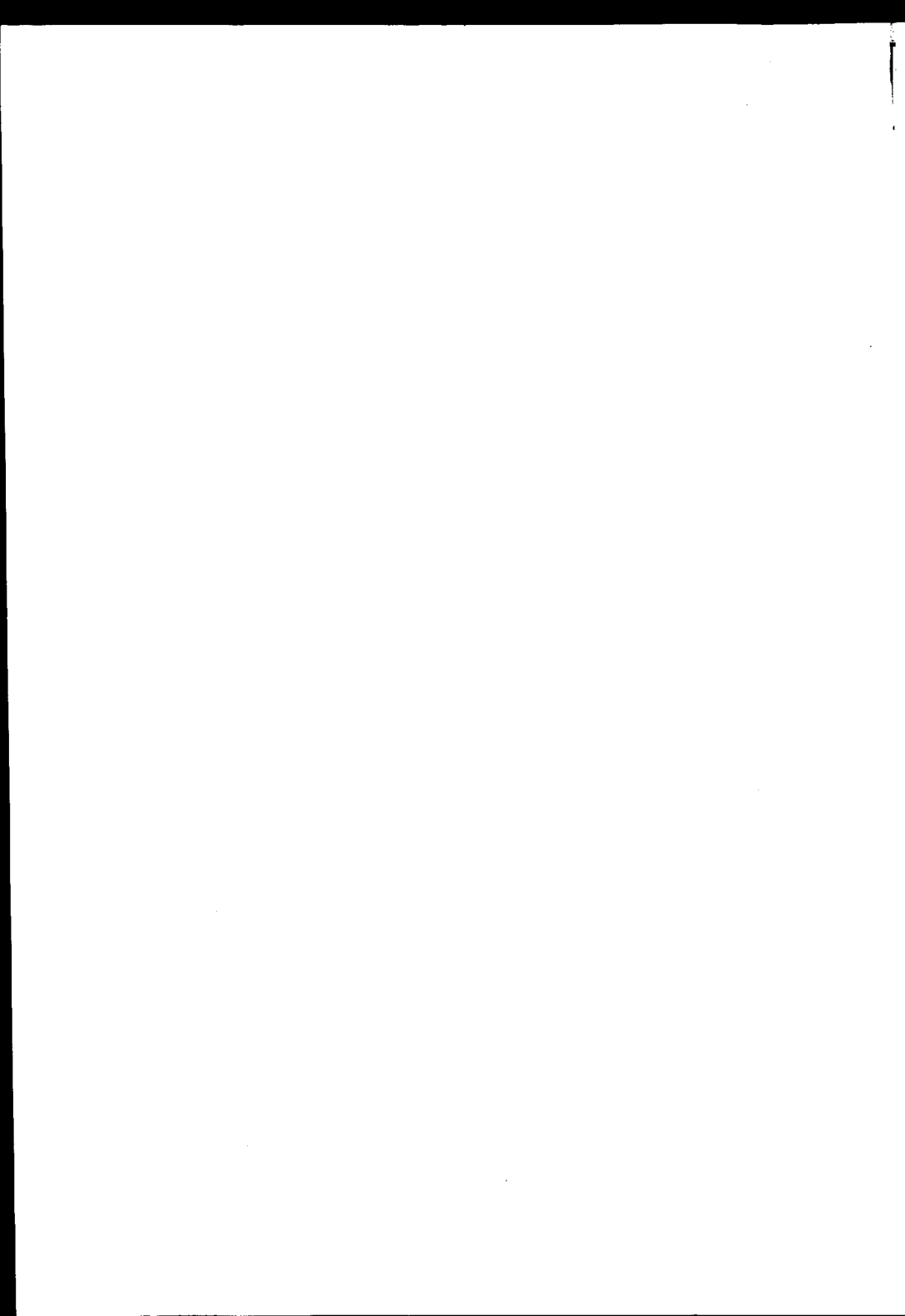
Herr Dr. med. Hager.



Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1894.



Dem Andenken
seines
unvergesslichen Vaters
und seiner
teuren Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Durch die Güte der Herren Geh. Rat Prof. Dr. Mosler und Prof. Dr. Grawitz war ich in der Lage, einen Krankheitsfall nach klinischer und pathologisch-anatomischer Richtung hin zu studieren, der seines ausserordentlich seltenen Vorkommens wegen der Veröffentlichung wert erscheint.

Es handelt sich um einen Fall von primärem Sarcom des Pancreas mit Metastasenbildung in Wirbelkörpern und Rippen bei dem 38 Jahre alten Tischler Sch. aus S. Anamnestisch lässt sich folgendes eruieren: Sein Vater starb vor einigen Jahren an Kehlkopfschwindsucht, seine Mutter, sowie zwei Brüder und zwei Schwestern leben und sind völlig gesund. Patient selbst giebt an, als Kind und auch späterhin bis zu seinem siebenunddreissigsten Lebensjahre niemals krank gewesen zu sein. Soldat wurde er seiner Kurzsichtigkeit wegen nicht. Er ist verheiratet und hat einen gesunden, kräftigen, dreijährigen Sohn. Im Juli vorigen Jahres stellte sich plötzlich heftiges Erbrechen ein, seiner Meinung nach infolge einer Erkältung, die er sich durch Arbeiten in einem Hausflur, wo er der Zugluft ausgesetzt gewesen sei, zugezogen habe. Das Erbrechen habe nur aus Speiseresten bestanden. Nach

dem Erbrechen habe er sich ganz wohl gefühlt, nur sei nunmehr der sonst regelmässige Stuhlgang ausgeblieben. Auf Gaben von Ricinusöl stellte sich Stuhlgang ein und mit ihm hochgradiger Heisshunger. Als Patient letzteren in ergiebiger Weise gestillt hatte, musste er wiederum, diesmal unter heftigen Schmerzen, erbrechen. Dieses Erbrechen kehrte nun öfter ein bis zwei Stunden nach der Mahlzeit wieder. Der Stuhlgang blieb dabei angehalten, war hart und von gelbbrauner Farbe. Es musste oft mit gelinden Abführmitteln nachgeholfen werden. Der mit der Zeit sich verschlimmernde Zustand des Patienten veranlasste ihn, einen Arzt zu konsultieren. Da dessen Medizin nicht den erwünschten Erfolg hatte, suchte er die Hilfe eines zweiten Arztes, dessen Pulvergaben und Morphiuminjectionen auch nur momentane Hilfe brachten. Auch die Abführpillen eines Homöopathen vermochten keine Besserung herbeizuführen, und Patient begab sich wieder in die Behandlung seines früheren Arztes, der nunmehr kalte Umschläge und Eisblase auf das Abdomen verordnete. Als jedoch nach dreitägigem Befolgen dieser Vorschriften die Schmerzen in der Magen- und der correspondierenden Rückengegend nicht nachliessen, sondern sich nur noch steigerten, liess sich Patient in die medizinische Klinik zu Greifswald aufnehmen.

Status praesens vom 6. II. 94.

Patient ist von mittlerer Statur, mässigem Knochenbau, gering entwickelter Muskulatur und spärlichem

Fettpolster. Er nimmt im Bette die aktive Rückenlage ein. Sein Gesicht ist sehr blass und abgemagert; die sichtbaren Schleimhäute sind anämisch, der Blick ist matt. Die Körperhautfarbe ist blassgrau und von feuchter Beschaffenheit. Exantheme und Ödeme fehlen. Die Temperatur beträgt morgens $36,6^{\circ}$, abends $37,2^{\circ}$. Der Puls ist voll und kräftig und von regelmässigem Rythmus, die Arterienwandung ist nicht sklerosiert. Die Respirationsfrequenz beträgt 24, die Atmung ist regelmässig mit gleichmässigem Thoraxheben und -senken. Die Klagen des Patienten bestehen in hochgradigen Schmerzen in der Gegend der Cardia und unterhalb der Rippenbögen links bis zur Wirbelsäule ausstrahlend. Die Schmerzen sind besonders heftig eine Viertelstunde nach dem Essen, verbunden mit bitterem Aufstossen. Der Stuhlgang ist angehalten und hart. Nach erfolgtem Stuhlgang verspürt Patient stets Linderung der Schmerzen.

Systema nervosum.

Das Sensorium ist frei. Der Schlaf ist oft unterbrochen. Sensibilitäts- und Mobilitätsstörungen fehlen. Ab und zu treten intensive Kopfschmerzen ein, mehrfach verbunden mit Schwindelanfällen.

Systema digestionis.

Die Lippen sind anämisch. Die Zunge ist mässig belegt und feucht. Die Zähne sind leidlich gesund, nur in der Pflege vernachlässigt. Die Racheninspektion zeigt normale Verhältnisse. Der Appetit ist schlecht, der Stuhlgang angehalten. Aufstossen und

Erbrechen fehlen. Die Palpation des Abdomen verursacht namentlich unterhalb des processus xiphoideus erhebliche, nach dem Rücken zu ausstrahlende Schmerzen. Die stark gespannte Fascie lässt das Abdomen nicht zur Genüge abtasten, ein bestimmter Tumor sich nicht herausfühlen. Die untere Lebergrenze erscheint eine Fingerbreite höher als normal. Die Milz ist nicht vergrößert. Die Untersuchung des Magensaftes ergibt völliges Fehlen der Salzsäure.

Systema respirationis.

Der Thorax ist normal gebaut. Patient hat weder Husten noch Auswurf. Die Lungen lassen weder percutorisch noch auskultatorisch etwas Pathologisches erkennen.

Systema circulationis.

Die Herzdämpfung liegt in normalen Grenzen. Der Herzspitzenstoss ist im 5. Intercostalraum etwas einwärts von der Mamillarlinie deutlich sicht- und fühlbar. Die Herztöne sind rein.

Systema uropoeticum.

Der Urin wird willkürlich, schmerzlos und in normaler Menge entleert. Sein spezifisches Gewicht beträgt 1020. Er ist von hellgelber Farbe und ungetrübt und reagiert schwach sauer. Die Untersuchungen auf Eiweiss und Zucker ergeben negative Resultate.

Diagnose: Gastritis chronica.

Prognosis: Dubia ad faustam vergens.

Therapie: Patient erhält nur flüssige Diät, dazu

Condurangotropfen, Karlsbader Salz und Kamillenthee mit Opiumtropfen.

In den folgenden Tagen verspürt Patient eine bedeutende Erleichterung. Die Schmerzen im Abdomen haben nachgelassen. Es besteht kein Kopfschmerz. Erbrechen hat sich nicht wieder eingestellt. Der Stuhlgang ist regelmässiger und weniger hart. Auch etwas Appetit hat sich gefunden.

Eine am 15. Februar vorgenommene genaue Untersuchung ergibt keine neuen Resultate nur eine noch deutlicher wahrnehmbare Verkleinerung der Leberdämpfung. Im Übrigen ist das Befinden des Patienten ein im Allgemeinen zufriedenstellendes. Seine Klagen beziehen sich nur auf Schmerzen in der Lebergegend links wie rechts, welche bis in die rechte Schulterblattgegend ausstrahlen. Die merklich verkleinerte Leberdämpfung lässt den Verdacht auf Cirrhose aufkommen, besonders da Potatorium vom Patienten auf Befragen zugegeben wird.

Dieser Zustand dauert bis zum 25. Februar. Da werden die Schmerzen heftiger, lassen aber nach Pinselung der schmerzhaften Stellen mit Jodtinctur und warmen Umschlägen wieder nach.

Erst am 2. März gewinnen die Schmerzen so an Heftigkeit, dass erst eine Morphinum-Injektion Linderung bringt.

Seit dieser Zeit bemerkte man bei der Palpation im linken Hypochondrium, der Gegend des linken Leberlappens entsprechend, eine ziemlich resistente,

prall elastische, geringe Fluktuation zeigende, mit der Respiration verschiebliche Geschwulst von Hühnereigrösse. Die Gegend über dem Tumor ist bei Berührung besonders schmerzhaft und die Perkussion weist hier eine Dämpfung nach.

Bei einer am 17. März vorgenommenen Probenpunktion erhält man eine braunrote Flüssigkeit, die sich bei mikroskopischer Untersuchung als Blut erweist; während sich für die Annahme eines Echinococcotumors keine Anhaltspunkte finden. Man hegt nunmehr Verdacht auf Sarcom der Leber oder des Magens.

In den nächsten Tagen nimmt der Tumor allmählich an Grösse zu.

Am 21. März stellen sich Durchfälle ein. Patient verspürt während des Stuhlgangs heftige Schmerzen an der Stelle des Tumors, welche nach erfolgtem Stuhlgang wieder nachlassen. Die Durchfälle wollen auch trotz mehrfacher Opiumgaben nicht aufhören. In den Fäkalien lässt sich nichts finden, was einen Anhaltspunkt für eine Spezialdiagnose des Tumors liefern könnte; er ist weder ein Blut- noch ein Fettstuhl. Im Anfange des April werden die Schmerzen im Abdomen und in der Lendengegend so intensiv, dass Patient bei jedem Versuch, ihn aufzurichten, laut aufschreit. An ein aktives Sichaufrichten ist garnicht mehr zu denken. Er erhält an jedem Abend Morphium. Der Tumor nimmt an Grösse immer mehr zu. Er springt deutlich am linken Rippenrande hervor, wölbt

den linken Rippenbogen merklich empor und giebt bei der Palpation das Gefühl einer Cyste.

Am 13. April stellt sich Erbrechen, erst von Speiseresten, sodann von grünlichen Massen ein. Dieses wiederholt sich von Tage zu Tage häufiger.

Am 19. April zeigt ein Teil des Erbrochenen deutlich fäkalen Geruch. Patient liegt still und teilnamlos da und antwortet auf Befragen nur ungen.

Am Abend des 26. April erfolgt der exitus letalis.

Der Obduktionsbefund, den ich in seiner Ausführlichkeit den Herren Prof. Dr. Grawitz und Dr. Busse verdanke, ist folgender.

Schlanke männliche Leiche von kräftigem Körperbau, grauweisser Hautfarbe, mässiger Muskulatur und spärlichem Fettpolster von dunkelgelber Farbe.

Das Peritoneum der vorliegenden Darmschlingen ist feucht, glatt und glänzend; nur der Serosa-Überzug des Magens sieht matt aus und ist an der kleinen Kurvatur mit einer dünnen Fibrinschicht belegt. Es fällt zunächst in der Bauchhöhle ein grosser cystischer Tumor auf, der unter dem Magen liegt und bis in die Beckengegend hineinreicht, auf der andern Seite aber die Leber nach oben verdrängt. Der Tumor fluktuiert in allen Teilen und zeigt nirgends eine derbere Resistenz, die Wand der Cyste scheint vielmehr überall sehr dünn. Das Quercolon ist nach unten gedrängt und reicht bis zur Symphyse herab.

Nach Herausnahme des Brustbeins contrahieren sich die Lungen wenig. Im linken Plauraraum be-

findet sich etwa ein Liter gelber, trüber Flüssigkeit, in der Fibrinflocken schwimmen. Der Herzbeutel enthält wenige Tropfen einer klaren Flüssigkeit. Das Perikard ist überall glatt und glänzend. In den Herzhöhlen findet sich wenig, zum grösseren Teil geronnenes Blut. Die venösen Klappen sind für 2 Finger durchgängig, die arteriellen schliessen auf Wassereinguss. Das Herz misst von der Spitze bis zur Basis 9 cm, die Aorta oberhalb der Klappen $7\frac{1}{2}$ cm, das Myokard links 22, rechts 7 mm. Letzteres ist von braungelber Farbe. Endokard und Klappen sind intakt.

Die linke Lunge ist ganz nach dem Hilus zurückgezogen und von einer weissen, opaken, abziehbaren Schicht bedeckt. Luftgehalt ist nur in dem freien Rande des Oberlappens enthalten. Die Lunge fühlt sich wie schlaffes Muskelfleisch an und ist von dunkelroter Farbe. Der abgestrichene Gewebssaft ist blutig und klar ohne Beimengung von Luftbläschen.

In dem rechten Pleuraraume befinden sich circa 70 ccm einer trüben, gelben Flüssigkeit. Die Pleura zeigt an einer Stelle des Oberlappens eine weissliche Verdickung und ist an andern Stellen matt. Die Lungenschnittfläche ist oben von hellroter, unten von braunroter Farbe. Demgemäss ist der Luftgehalt im untern Lappen herabgesetzt, aber nicht völlig aufgehoben.

Der von der Schnittfläche abgestrichene Gewebssaft ist ausserordentlich reichlich, blutig, schaumig, aber klar. Die Bronchien haben blaurote, mit Schleim

bedeckte Schleimhaut. In dem linken Pleuraraum ragt halbkugelig ein knolliger Tumor hervor mit glatter Oberfläche, der auf dem Durchschnitt einzelne erweichte, blutig durchkreuzte Stellen enthält. Bei genauerer Präparation stellt sich heraus, dass der Tumor die dritte und vierte Rippe vollständig durchsetzt hat, so dass eine völlige Trennung der beiden Rippen in der Gegend des Rippenwinkels herbeigeführt ist. Auch die Intercostalmuskulatur ist an diesen Stellen vollständig durch Tumormasse ersetzt. In dem zweiten Zwischenrippenraum zieht sich der Tumor bis an die Wirbelsäule heran und ersetzt den Körper des III. Wirbels vollständig, den des V. zum Teil. Die Zwischen-Wirbelscheiben und der IV. Brustwirbel sind unverändert. Auf der rechten Seite sitzt dem V. Brustwirbelkörper noch ein flacher, knolliger Tumor auf, und es findet sich der V. rechte Intercostalraum bis zur Scapularlinie hin völlig durch Geschwulst, die die Pleura vorbuchtet, ausgefüllt. In diesem Bereiche ist die Geschwulstmasse noch ziemlich consistent, völlig erweicht ist der Tumor im III. Brustwirbelkörper. Der Nervus sympathicus lässt sich auf beiden Seiten in die Geschwulst hinein verfolgen. Nach Herausnahme des II. bis VI. Brustwirbels mit der benachbarten Thoraxwand zeigt sich auch Tumormasse in den Interstitien zwischen II., III., IV. und V. und VI. processus spinosus et transversus, die auch die Rückenmuskulatur teilweise durchsetzt.

Nach Eröffnung des Wirbelkanals liegt die dura

frei von Geschwulstmasse lose in dem Wirbelkanal und lässt sich von der pia leicht abziehen. Die Innenfläche des Kanals ist glatt und glänzend, die pia grau, durchscheinend, zart. Die Blutgefässe in ihr sind bis zur vollen Rundung mit hellrotem Blut gefüllt. Am Rückenmark selbst ist die graue Substanz von der weissen deutlich unterschieden. Degenerations- oder Erweichungsherde finden sich nicht.

Es wird der Oesophagus mit den Rachenorganen abpräpariert, und die Leber herausgenommen, um den Tumor freizubekommen. Dabei zeigt sich, dass der Magen fast ohne Inhalt als eine schlaffer Beutel über eine grosse Cyste hinwegzieht. Weil der Gedanke an ein Aneurysma Aortae nahe liegt, so wird die Aorta oberhalb und unterhalb des Tumors präpariert, auf ihrer vorderen Fläche eingeschnitten, und durch den in sie eingeführten Finger konstatiert, dass ein unmittelbarer Zusammenhang des Tumors mit der Aorta nicht besteht.

Beim Herauspräparieren des Tumors reisst derselbe an der Unterfläche ein, und es entleert sich über 2 Liter einer chokoladenfarbenen bis kaffeebraunen, teilweise geronnenen, offenbar blutigen Flüssigkeit. Der Tumor wird im Zusammenhange mit dem mit ihm verwachsenen Magen, Duodenum und Colon ascendens herausgenommen. Die Arterien werden alle einzeln präpariert, und aufgeschnitten. Sie verlaufen in der Wand der Cyste in vielfachen Schlingelungen, nirgends aber treten sie wirklich in die Cyste ein.

Alle erweisen sich als unverletzt, nur die arteria pancreatica zeigt eine Stelle, in der ein grosses Stück der Wand fehlt, und durch diese arrodierete Stelle wird eine unmittelbare Verbindung zwischen Cysteninnerem und Arterienlumen gebildet. Vom Pankreas findet sich nur ein walnussgrosses Stück des Kopfes mit Erhaltung des Pankreasgewebes, und auch in diesem Kopf liegt eine etwa haselnussgrosse, erweichte, blutige Geschwulstmasse. Ein gänseeigrosses Stück von ähnlich aussehender Geschwulstmasse liegt unterhalb der Milz an dem Teil, wo normalerweise der Schweif des Pankreas zu suchen wäre, der übrige Teil des Pankreas ist in die Blutcyste aufgegangen.

Auf der Innenwand der Cyste springen mannigfaltige Leisten und Balken hervor, in deren Nischen sich Blutcoagula, untermischt mit mehr oder minder erweichten Tumormassen finden. Die Schnittfläche des Tumors im Schweif der Pankreas zeigt derbe bindegewebige Stränge, die feinere Äste abgeben, und kleinste, glänzendweisse Felder umgeben. Die Nebennieren sind beide von normaler Grösse und normalem Aussehen. Die Milz steht durch ältere und frische Verwachsungen in engem Zusammenhange mit dem Zwerchfell und lässt sich von demselben schwer trennen.

Die Oberfläche ist runzlich, Trabekelzeichnung deutlich, Consistenz weich, Schnittfläche braunrot. Die Masse der Milz $12:7\frac{1}{2}:3$ cm.

Die Uteren sind nicht erweitert.

Die linke Niere liegt in äusserst dünner Fettkapsel und misst $11\frac{1}{2} : 6\frac{1}{2} : 3\frac{1}{2}$ cm. Ihre capsula fibrosa lässt sich leicht abziehen. Die Rindensubstanz ist transparent, von hellroter Farbe und misst ca. 11 mm.

Die rechte Niere zeigt dieselben Verhältnisse.

In der Blase finden sich wenige Tropfen klaren Urins. Ihre Schleimhaut ist leicht gerötet, nach dem Ostium urethrae zu mehr wie im Fundus.

Im Dickdarm befinden sich derbe, feste Kotballen von brauner Farbe, auf denen weisse schleimige Massen liegen.

Der Dünndarm enthält sehr wenig breiigen Inhalt.

Der Magen zeigt eine grauweisse Schleimhaut mit vereinzelt Hämorrhagien.

Der Ösophagus weist eine grauweisse Schleimhaut auf und schleimigen Inhalt mit Speiseresten.

Auch Trachea und Kehlkopf zeigen schleimige, bräunliche Massen auf der Schleimhaut.

Die Leber hat eine glatte Oberfläche und misst $14 : 17 : 28$ cm. Die Schnittfläche zeigt deutliche Acinuszeichnung und braune Farbe.

Die Diagnose lautet:

Sarcoma Pancreatis permagnum hamorrhagicum.
Sarcomata metastatica Pleurae dextrae et sinistrae.
Sarcomata metastatica vertebrarum dorsaliu III et V.
Sarcoma costarum III, IV, V. Bronchitis catarrhalis,
Gastritis catarrhalis, Pleuritis fibrinosa sinistra.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors im Schweif des Pankreas zeigt im frischen Zupfpräparate ausserordentlich grosse Spindelzellen mit körnigem Protoplasmaleib mit langen Ausläufern. Die grossen, ovalen, bläschenförmigen Kerne enthalten ein oder mehrere Kernkörperchen. Vielfach sieht man grosse Sternzellen oder mehr runde Zellen. Im Schnittpräparat sieht man die Spindelzellen zu Zügen geordnet mit wenig Intercellularsubstanz eng aneinander liegen. An andern Stellen findet man die Zellen im Zustande weit vorgeschrittener Fettmetamorphose. Stets aber trifft man dieselbe Gewebsstruktur. An keiner Stelle trifft man alveolären Bau. Auch die Geschwulstknoten in den Wirbelkörpern und den Zwischenrippenräumen sind aus gleichen Zellen zusammengesetzt wie der Tumor im Pankreas.

Schnitte des gehärteten Präparates, mit Safranin und Pikrinsäure gefärbt, bestätigen die am frischen Präparat gewonnene Diagnose nach jeder Richtung hin.

Es handelt sich dem Sektionsberichte nach also um ein erweichtes primäres Sarkom des Pankreas, dessen eigentümliche Grösse und cystische Beschaffenheit dem Umstande zu verdanken ist, dass die Art. pancreatica durch den Tumor völlig arrodirt worden ist. Hierdurch ist eine Blutung erfolgt, welche das ohnehin schon durch Fettmetamorphose erweichte Sarkom in eine grosse Blutcyste umgewandelt hat.

In der Literatur finden wir nur sehr wenige Fälle von primärem Sarkom des Pankreas — cf. Julius

Boldt: „Statistische Übersicht der Erkrankungen des Pankreas“; Segré: Studio clinico sui tumori del pancreas. *Annali universali di medicina e chirurgia* Vol. 283, Fasc. 847; Chiari: „Umfängliches melanotisches Sarcoma melanodes des Pankreas. *Prag, medic. Wochenschr.* No. 13“ — und unter diesen wenigen findet sich keins, das einen so hämorrhagisch cystischen Charakter trägt, wie das von uns beschriebene.

Für die Ätiologie einer so schweren Pankreas-erkrankung lässt sich in unserm Falle nichts eruieren.

Was nun die klinischen Symptome anbetrifft, so stimmen die in unserm Fall beobachteten mit dem von Karewsky¹⁾ und Martin²⁾ aufgestellten, wie Schmerzen, hochgradige Abmagerung, Erscheinungen von Dyspepsie, Intumescens des Abdomens, überein. Auch Karewskys Behauptung, dass Fettstühle keine notwendige Folge von Pankreasaffectionen sind, finden wir in unserm Falle bestätigt. Ebenso fehlte hier, wie in vielen anderen Fällen von Pankreastumoren Meliturie.

Immerhin sind dies nicht Symptome, welche der Pankreaserkrankung allein zukommen, und die klinische Diagnose einer Pankreascyste vor der Operation ist sicher als eine sehr schwierige zu bezeichnen, wenn gleich einzelne Fälle vorliegen, wo vor der Operation

¹⁾ Zur Diagnose und Therapie der Pankreascysten. *Deutsche Wochenschrift* p. 1035.

²⁾ Fall von Pankreascyste, *Virchows Archiv* 120, p. 230.

die Diagnose mit Sicherheit gestellt werden konnte. So der Fall, den Küster¹⁾ mitteilt. Es betrifft derselbe einen 46jährigen Gutsbesitzer, der plötzlich unter heftigen Magenkrämpfen erkrankte, welche in langdauernde Magen- und Darmentzündung übergingen. Drei Monate später ein gleicher Anfall, bei welchem eine Geschwulst der Oberbauchgegend entdeckt wurde. Dieselbe liess sich von der Leber abgrenzen, lag hinter dem aufgeblähten Magen und zeigt deutliche Fluktuation. Eine Probepunktion ergab blutig gefärbte, eiweissreiche Flüssigkeit, welche mikroskopisch Blutkörperchen und Körnchenkügelchen enthielt. Die Operation ergab einen hinter Magen und Querkolon gelegenen Tumor. Nach Incision und Drainage trat Heilung in 6 Wochen ein.

In dem von uns beschriebenen Falle war es klinisch nicht möglich, festzustellen, von welchem Organ — es konnte sich um Leber, Magen und Pankreas handeln — der Tumor ausging.

Weder Palpation noch Percussion, noch Probepunktion mit der darangeschlossenen mikroskopischen Untersuchung boten irgend welche Anhaltspunkte.

Todbringend für unsern Patienten waren Blutungen und Inanition infolge unstillbaren, bis zu Miserere gesteigerten Erbrechens, hervorgerufen durch den Druck des pathologisch veränderten Pankreas auf Darmlumen und Magen.

¹⁾ Zur Diagnose und Therapie der Pankreascyste. Dtsch. med. Wochenschr. Nr. 10 u. 11.

Zum Schluss sei es mir noch gestattet, meinen hochverehrten Lehrern, den Herren Geh.-Rat Prof. Dr. Mosler und Prof. Dr. Grawitz für die gütige Überweisung des beschriebenen Falles, sowie den Herren Dr. Busse, Dr. Rotmann und Dr. Baatz für die mir freundlichst gewährte Unterstützung bei der Bearbeitung desselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Franz Adolf Schueler wurde am 20. April 1859 zu Goldap in Ostpreussen geboren. Seinen ersten Unterricht erhielt er durch Privatlehrer. Zu Michaelis 1868 bezog er das Gymnasium zu Lyck, das er zu Michaelis 1878 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um in Königsberg Philologie zu studieren. Nach absolviertem Staatsexamen und nachdem er seiner Militärflicht als Einjährig-Freiwilliger genügt hatte, war er mehrere Semester hindurch am Königlichen Gymnasium zu Rastenburg als Lehrer thätig, bis er Ostern 1890 das Studium der Medizin in Greifswald begann, woselbst er am 18. Juli 1891 die ärztliche Vorprüfung absolvierte, am 24. Februar 1894 die ärztliche Staatsprüfung beendete und am 26. Februar 1894 das Examen rigorosum bestand.

Während seiner medizinischen Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

Beumer. Gerstaecker. Grawitz. Heidenhain. Helferich.
Hoffmann. Holtz. Landois. Limpricht. Loeffler. Mosler. Peiper.
Pernice. von Preuschen. Schirmer. Schmitz. Schulz. Solger.
Sommer. Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern, besonders den Herren Geh.-Rat Prof. Dr. Mosler, Prof. Dr. Helferich und Prof. Dr. Grawitz, denen er durch nähere Beziehungen während seiner Studienzeit doppelt verpflichtet ist, spricht er hiermit seinen herzlichsten Dank aus.

Thesen.

I.

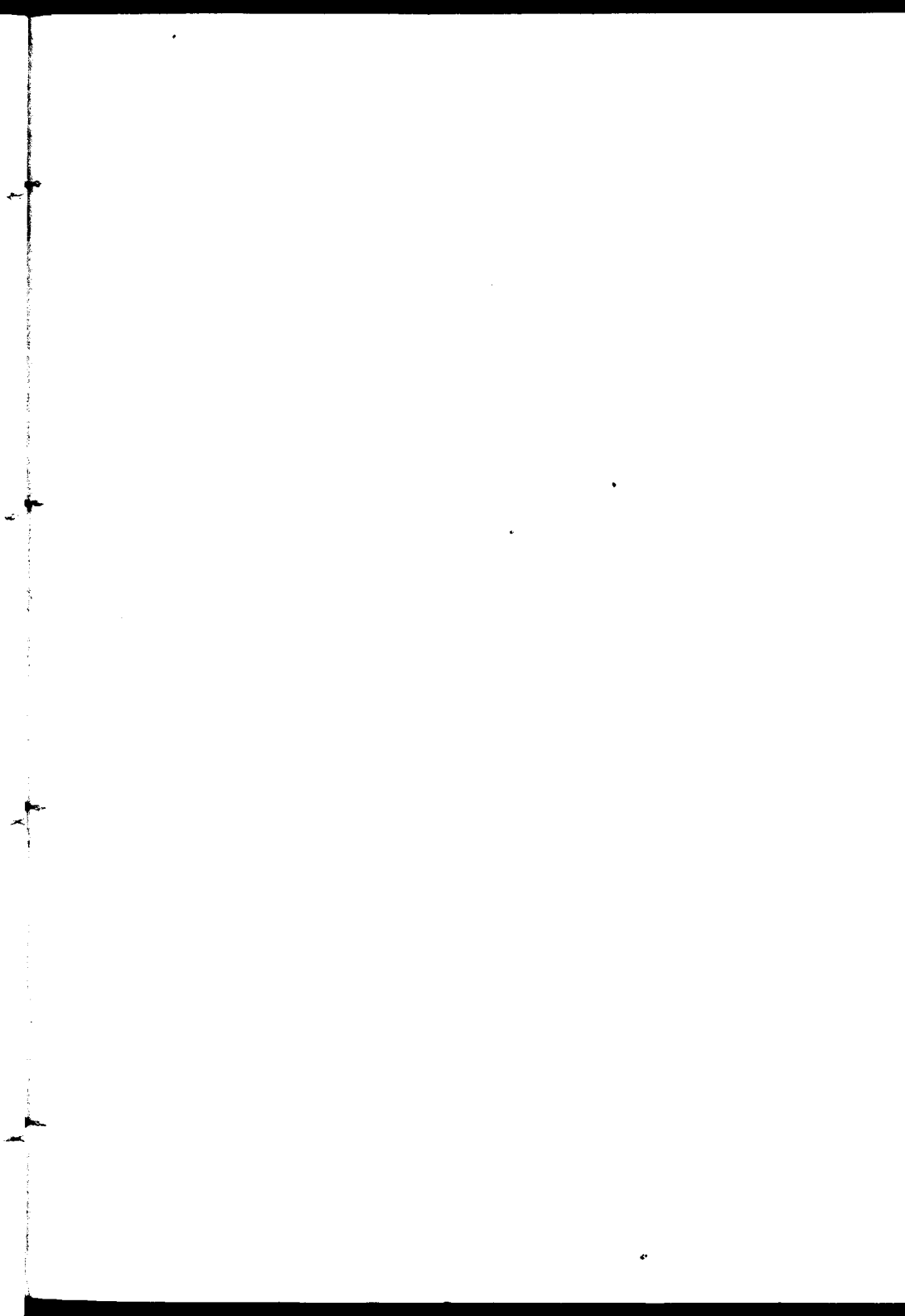
Gegen den massvollen Gebrauch eines gut gearbeiteten Korsets ist vom hygienischen Standpunkte nichts einzuwenden.

II.

Es ist darauf hinzuwirken, dass die zur Säuglingsernährung zu verwendende Milch stets sterilisiert wird.

III.

Die rationellste Operationsmethode der Pankreas-cysten ist die Laparotomie mit nachfolgender vorderer Incision und Drainage der Cyste, entweder ein- oder zweizeitig ausgeführt.



26511