

**Beiträge zur Kenntnis der malignen Lymphdrüsengeschwülste ... /
vorgelegt von Alois Herrmann.**

Contributors

Herrmann, Alois.
Universität Bern.

Publication/Creation

Zug : J.M.A. Blunschi, 1885.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/x3qzhusf>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

9

Beiträge

zur

Kenntniss der malignen Lymphdrüsengeschwülste.



Inaugural-Dissertation

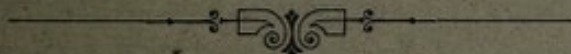
zur Erlangung der Doctorwürde

der

hohen medicinischen Facultät in Bern

vorgelegt von

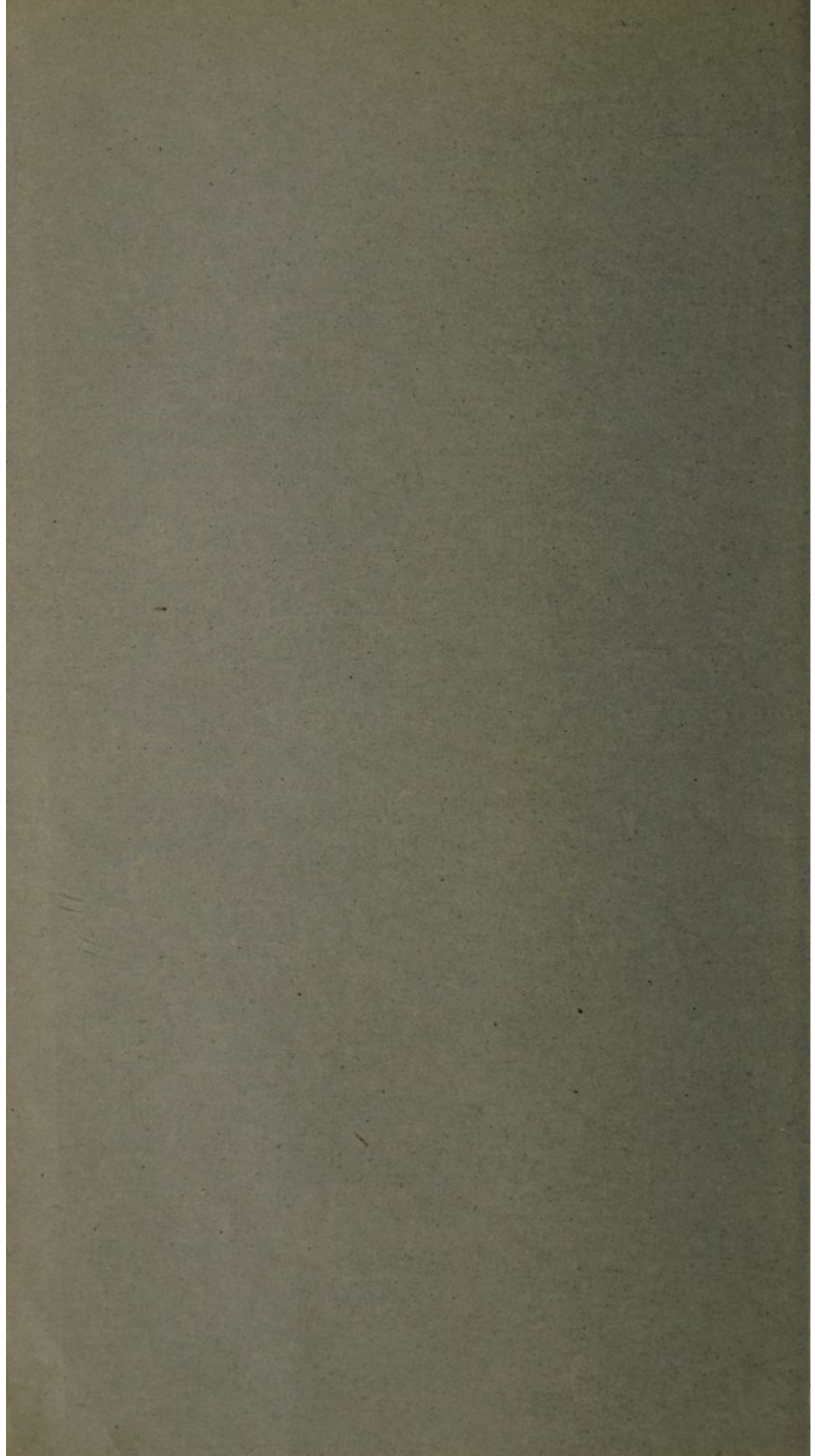
Alois Herrmann, pract. Arzt
in Baar (Ct. Zug.)



ZUG,

Druck von J. M. A. Blunski.

1855.



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,

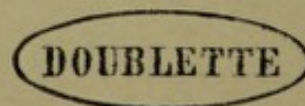
Druck von J. M. A. Blunshci.

1835.

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

Bern, den 6. Mai 1885.

M. Nencky, h. t. Decan.



Beiträge zur Kenntniss der malignen Lymphdrüsengeschwülste.

Eines der interessantesten Kapitel der speziellen Chirurgie sind, — 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 „Lymphdrüsenkrebs“¹⁾ und „Markschämmen“²⁾ substituirt wurden, — ist es ein unverkennbares, und wesentliches Verdienst hervorragender deutscher Chirurgen und pathologischer Anatomen, — in dieses noch etwas dunkle und schwierige Gebiet gebracht haben. Obwohl diese eigenthümlichen Arten der Erkrankung der Lymphdrüsen frühern Forschern wie Hodgkin, Wilks, Sanderlich 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 Dezzennien die werthvollsten und bahnbrechenden Arbeiten zur Kenntniss dieser Tumoren in klinisch-diagnostischer, sowie in pathologisch-anatomischer Hinsicht geliefert. So sind Billroth und Lücke, welche in klinisch-diagnostischer Beziehung; Strehlow, 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, — w therapeutischen Erfahrungen auf diesem Gebiete der malignen Lymphdrüsentumoren; — sowie über die Resultate der histologischen resp. pathologisch-anatomischen Forschungen.

Unter „malignem Lymphom“ (Billroth,) „Pseudoleukaemia“ (Cohnheim) „malignes Lymphosarkom“ (Langhans), „metastasirendes Lymphom“ „Lymphadenom“ „Adenie“ — verstehen Billroth und Virchow solche Lymphdrüsentumoren, welche auf einer Hyperplasia 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 Lymphdrüsentypus bleibt auch bei dieser Geschwulstform erhalten, während beim Lymphosarkom (Lücke) heteroplastische Elemente die normalen Lymphdrüsenelemente verdrängen und als essentielles, charakteristisches Element die Sarcomzelle an deren Stelle tritt. Die malignen Lymphome haben durch Virchow¹⁾ eine Untereintheilung erlitten in „weiche, medullare“ und in „harte, fibröse“ Formen, welche Einteilung auch Langhans acceptirte, obwohl eine solche streng klinisch nicht durchführbar ist, indem bei einem und demselben Falle Uebergangsformen von weichen zu harten Tumoren vorgehanden sein können. Langhans gibt dies selbst zu, wenn er schreibt: „Allein in andern Fällen zeigt sich, wie schon oben erwähnt, in der Consistenz ein allmäliger Uebergang zu der weichen Form.“ Diese Unterscheidung gründet sich auf histologische Veränderungen.

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

Makroskopisch zeigt die weiche Form des malignen Lymphom's eine grauröthliche Schnittfläche von homogenem, markiertem 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. Anders ist es bei der harten, infiltrativen Form der malignen Lymphome, welche Langhans in seinem 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 pseudofluctuirende ist. Histologisch lässt sich die Drüsenstructur 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 präponderirenden 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 ausgegangen ist, sie die Umwandlung in Bindegewebe wieder durchläuft, während die eigentliche Drüsensubstanz zu Grunde geht, weil sie eben erdrückt wird“ — bleibt dahin gestellt. „Weniger schreibt“ König — (Lehrbuch der spez. Chirurgie, 1. Band. pag. 462.) muss die Thatsache festgestellt werden, dass in keiner Anzahl von Fällen, — und fügen wir bei in den meisten Fällen — die weiche Form bis zum Tode persistirte“.

Das Lymphosarkom hat oft grosse Aehnlichkeit — 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 demonstrirt. Wenn wir nun die histologisch-anatomischen Unterschiede hinsichtlich der beiden bösartigen Lymphdrüsengeschwülste besprochen, so erübrigt es 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 Halbsseite auftreten und dass diese Drüsen, wenn sie auch vorher jahrelang 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 allmählig in der Geschwulstmasse gänzlich zu verschmelzen mit derselben zu Einem Ganzen. Sie zieht endlich auch die sie bedeckende Haut in ihr Bereich und zeigt oft die ausgesprochene Tendenz zu Prozessen der retrograden Metamorphose zur Necrose, Verjauchung, Gangrän; abgesehen von Metastasen

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

Wir betonten, dass das Lymphosarkom secundäre Metastasen in den nächstliegenden Lymphdrüsen setzen kann. Diese Thatsache wurde bisanhin von den meisten Forschern bestritten und es galt als Axiom, dass nur beim Carcinom secundäre Drüseninfectionen auftreten können. Winiwarter (pag. 159. loc. cit.) schreibt: „Dass bei diesem Wachsthum (des Sacrom's) die Lymphdrüsen der übrigen Organe in nächster Linie vollständig unbeeinträchtigt 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. 63. Band I.) „Hier besteht durchaus keine Neigung zum Uebertrag der Neubildung von einer Drüse nach der anliegenden, noch 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 lapidisch drückt sich Billroth („Allgemeine Pathologie und Therapie.“ pag. 740. Editio 8.) aus, wenn er schreibt: „Höchst eigenenthümlich für die Sarcome ist der Gang der Infection; ich glaube keiner 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 diesbezüglichen Erfahrungen, — welche wir an Hand des uns zur Benutzung gestellten Materials resp. Krankengeschichten machen konnten, — zu verwerthen. — Es handelt sich darum zu entscheiden, ob nur dem Carcinom allein die Prärogative secundärer Lymphdrüseninfectionen 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 vorausschicken, — 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 Lymphdrüsenkrankung glauben wir noch die leukaämischen 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 — welche letztere Krankheit nach Cohnheim identisch sein soll mit den „malignen Lymphomen“, — und welche mit und neben dieser auftreten kann, darauf, dass bei Pseudoleukaemie Lymphome und Milztumor nachweisbar sein können, ohne den charakteristische Nachweis einer Vermehrung der weissen Blutkörperchen im Blut.

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 tuberculöse-käsige und das syphilitische Lymphom fallen bei der Differentialdiagnose weniger in Betracht und lassen sich, gestützt auf das ätiologische Moment, — Heredität, — Scrophulose, — bestehende Narben, — periadenitische Verwachsungen, — Exantheme etc. — leicht ausschliessen.

An Hand der von Hrn. Prof. Kocher mir gütigst und zuvorkommendster Weise zur Benutzung und literarisch-kritischer Ausbeutung überlassenen 25 Krankengeschichten, — von solchen malignen Lymphdrüsen geschwulsten, — 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. Prof. Kocher.

Indem wir auf beiliegende chronologische Tabelle verweisen, welche leichterem Uebersicht halber in mehrere Rubriken eingetheilt wurde, finden wir, dass von diesen 25 Fällen 15 ²⁾ d

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.

lymphosarcom, 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 solcher artiger Erkrankung des lymphatischen System's (Kocher bezeichnet selben „Lymphomatosis diffusa“ ²⁾) — glauben wir — 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 „	= 2 (2 M.)
„ „ „ 30—40 „	= 2 (1 M. u. 1 W.)
„ „ „ 40—50 „	= 5 (2 M. u. 3 W.)
„ „ „ 50—60 „	= 4 (3 M. u. 1 W.)

Das jüngste Individuum, welches an Lymphosarkom erkrankte, war 18 Jahre alt, — das älteste 59 Jahre alt. Es ergibt sich daraus, 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 entzündete Drüse am Kieferwinkel; — ob eine Alveolarperiostitis Anlass zur Sarcombildung gegeben, — dies kann mit Sicherheit nicht konstatirt werden. Nr. 7 kann der Vermuthung Raum geräumen, dass durch Druck auf eine geschwellte Drüse in Folge Lagen 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 sarcomatöse Neubildung Vorschub geleistet worden sei. Nr. 24 hatte schon in seiner Jugend multiple Drüsenanschwellungen am Halse und hatte ebenfalls eine Keratitis, auf scrophulöser Basis beruhend, durchgemacht. Dies sind die hauptsächlichsten anamnestiche Momente, welche wir aus den Krankengeschichten entnehmen 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 die bezüglich 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 (pag. 111. loc. cit.): „Dass das maligne Lymphom hauptsächlich jüngere Individuen zwischen 20—25 Jahren befällt und dass 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 unsern 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 Altersjahre.

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

²⁾ Nr. 13 und Nr. 20 der Tabelle.

Bei dieser lymphatischen Erkrankungsform ist das männliche Geschlecht präponderierend; von unsern 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 Aetiologie 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 bestand ein eitriger Ausfluss aus dem linken Ohre; bei Nr. 20 war eine Scharlachparotitis Vorläuferin der „malignen Lymphome“. Nr. 23 ist der einzige Fall einer hereditären 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 unsern 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 an dieser bösartigen Erkrankung der Lymphdrüsen befallen wurden und merkwürdiger Weise befällt selbe Individuen, in deren Familien nur höchst selten Tuberkulose nachweisbar ist; von unsern 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	$\left\{ \begin{array}{l} \text{rechtseitige} \\ \text{linkseitige} \end{array} \right.$	$\begin{array}{l} 5 \\ 4 \end{array} = 9$
2. Leistendrüsen	$\left\{ \begin{array}{l} \text{rechtseitige} \\ \text{linkseitige} \end{array} \right.$	$\begin{array}{l} 1 \\ 1 \end{array} = 2$
3. Linken Ellenbeuge		1
4. Rechten Vorderarm		1
5. Achseldrüsen rechts		1
6. An beiden Seiten des Halses		1
		<hr/> 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 innerhalb einer Zeitdauer von 7 Wochen (Minimum)¹⁾ bis $1\frac{1}{2}$ 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 Drüsenknötchen das Anfangsstadium des Lymphosarkom's; in der Regel ist es von harter Consistenz, und unter der Haut als beweglich

¹⁾ Nr. 6. ²⁾ Nr. 7 und 10.

echt verschiebliches Gebilde zu fühlen. Ohne nachweisbare Ursache, selten unter entzündlichen Erscheinungen (Nr. 9) bemerkt das Sarcomknötchen in früher beschriebener Weise zu wachsen. Mit der Wachstumsperiode 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, knollig-hökrige, selten glatte. Die Consistenz, anfänglich derb und hart, kann bei einem und demselben Tumor später sehr verschiedene Nüancen darbieten; prall-elastische, prominirende Knollen können mit derben, festen, knorpelartigen 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.

Schmerzhaftigkeit. Als ein nicht zu unterschätzendes Symptom und nicht ohne Einfluss auf die Differentialdiagnose der bösartigen Lymphdrüsentumoren, — heben wir die Schmerzhaftigkeit 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 Nervenstämme, — deren Grund darin haben, dass der Tumor selbe in den Bereich seines Wucherungsprozesses hineinzieht. Wir wollen jedoch diesem Anlasse betonen, dass — wenn wir uns so ausdrücken dürfen, das „Schmerzcentrum“ immer im Tumor selbst liegt, — von welchem aus nach der Peripherie hin die Schmerzen irradiren. In unsern 15 Fällen von Lymphosarkom zeigte sich bei 11 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 ein. 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 anderen 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 exquisiten 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.) Mir 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 Nachbarorganen 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, Gefässe 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 5 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 der lymphosarkomatösen 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. 23.

Ulceration, — Gewebnecrose, — Verjauchung. Ein exquisites Beispiel bietet uns Nr. 7, wo bei ödematös infiltrirtem Oberarm ein etwa strausseneigrosses Sarkom exulcerirte und unter dem Fieber Gangrän eintrat. Ein analoger Fall von Lymphosarkom ist Nr. 10, wo ebenfalls ein zapfenförmiger Fortsatz des Inguinalsarkom's gangränescirte. Auch Nr. 11 kann treffs eingetretener Gewebnecrose zur Bestätigung des oben sagten 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 nächst 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, als auch dem Carcinom, als wie in entfernten und in innern Organen; (Milz, Lungen, Leber.) Dieses Symptom beweist uns allerdings in ausgesprochener Weise die Malignität des Lymphosarkom's. Wir haben schon Anfangs mit Nachdruck diese charakteristische Eigenschaft des Lymphosarkom's betont und wollen nun an Hand der Krankengeschichten den Beweis für das Gesagte antreten; schicken jedoch voraus, dass später eine weitere 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 Leistengegend einen kleinen erbsgrossen Knoten. Später entwickelte sich innerhalb 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 axillaris. Dann trat ein II. Tumor in der linken Axilla hinzu. Später konnte man ebenfalls in der rechten Leiste eine kleine, schmerzhaftige Drüsenanschwellung 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 interhumer. dextr. I. Recidiv in der rechten Axilla und II. später über der rechten Clavicula.

Nr. 9. Erster Tumor in der Gegend der rechten Submaxillärdrüse; 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 Halsdrüsenanschwellung, der linkseitigen Achseldrüsen und Superclaviculardrüsen. Wir verweisen ebenfalls auf den später in extenso mitgetheilten Sektionsbericht.

Nr. 17. Ursprünglicher Herd des Lymphosarkoms ist rechte Halsseite; später gesellen sich hinzu Schwellungen rechten wie linken Achsel- und Leistendrüsen.

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

Metastasenbildung: b) in entfernten Lymphdrüsen Gruppen und in innern Gruppen. Dass Metastasen in entfernten Lymphdrüsen auftreten können, zeigen satzsaftig die oben erwähnten Nr. 4, 11 und 17, auf die wir verweisen wollen. Wir schliessen uns vollständig Lücke's (Winiwarter loc. 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 Lymphdrüsen Systems vorkommen, sondern 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.

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. Verweisen den in extenso citirten Sektionsbefund.

Weiterer Verlauf und Ende. Von diesen 15 Fällen wurden 6¹⁾ operirt; worüber später bei Besprechung der Therapie; wurden als inoperabel entlassen; von diesen hatten 2 (7. 9) die Operation verweigert. Von diesen 6 Fällen konnten wir 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 dyspnoischen Symptomen im März 1876; Nr. 18 starb auf der Abtheilung 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 Bandes 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 Lymphosarkomen betrachten könnte. Wir verweisen diesbezüglich auf Billroth,³⁾ der, wenn er von den auffallenden Unterschieden, welche zwischen dem klinischen Verlauf und dem histologischen Befund der Sarkome handelt, sagt: „Dass es zugestanden werden müsse, dass die histologische Structur einer Geschwulst keineswegs immer sich in einem bestimmten Schema des klinischen Verlaufes deckt“.

B. Maligne Lymphome.

Von den 25 in der beiliegenden Tabelle verzeichneten Fälle von malignen Lymphdrüsengeschwülsten gehören 9⁴⁾ 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 weich 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 | } rechtseitig = 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 ergibt 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 unsern Fall Nr. 20, wo gleichzeitiges Ergriffen sein beidseitiger Halsdrüsen constatirt ist, eine Modification erleiden muss, wollen wir nur nebenbei erwähnen. Auch in einem anderen Passus, wo Winiwarter (pag. 113. loc. cit.) von der Primäraffektion der Inguinaldrüsen schreibt, dass „von diesen in die Beziehung nichts sicheres bekannt ist“, müssen wir im Hinblick auf unsere beiden Fälle Nr. 12 und 13 des entschieden bestreiten.

Verlauf. Ueber das Auftreten der primär-affizirten Drüsen und das Ergriffenwerden nächstliegender Drüsenpaare geben uns vorliegende Fälle nicht nähere interessante Auskünfte. Abweichungen vom typischen Verlaufe bieten diese Fälle nicht. Diese Drüsen-Intumescenzen treten gewöhnlich multipel und beidseitig auf. Meistentheils schwellen diejenigen Lymphdrüsen, welche die grossen Körper-Arterien am Halse, Brust, Bauch begleiten, besonders die Carotiden, Art. subclav., Art. iliacaе, z. B. die Halsdrüsen primärer Infectionsherd, so schwellen zu. Diese an, dann dem Lymphstrom entlang die Achseldrüsen, Mediastinaldrüsen derselben Seite. Nach Langhans (pag. 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 hökriige; 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 Drüsenconvolute können bis zur Grösse eines Gänseeies oder eines Kindskopfes heranwachsen.

Schmerzhaftigkeit. 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 praclaviculargrube ein hökriiger Tumor zum Vorschein kam. Vergleiche Langhans loc. cit. pag. 524: „Dabei sind die Tumoren meist indolent bei Druck nicht schmerzhaft 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 irradiirende 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 kleinen Abhebungen; oft mehr oder weniger geröthet; Letzteres meistens Folge medicamentöser Einflüsse und mit Venennetzen durchsetzt. Periadenitische Verwachsungen 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 Winter und schreibt (pag. 112. loc. cit.): „Die Haut über diesen Geschwülsten ist in der Regel ganz unverändert, von einzelnen Lymphgefässen durchzogen, in Falten von der Geschwulst abgehoben“. Ferner betont er, dass solche Ulcerationen gewöhnlich auf Kosten von medicamentösen Einflüssen zu schreiben sind und ist diesbezüglich (pag. 113. loc. cit.): „Die Ulceration betrifft,

wenn man sie bei malignen Lymphomen findet, immer nur d. Haut und zeigt keine Tendenz in die Tiefe zu greifen, weil 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 Wirwarter (pag. 118. loc. cit.), „das Freibleiben von den Prozessen des Zerfalles und der retrograden Metamorphose aufstellen“.

Metastasen in innern Organen und deren Symptom. Dem malignen Lymphom kommt wie dem Lymphosarkom die Tendenz zur Metastasenbildung in innern Organen, zur Allgemeininfektion zu. Wir finden knotenförmige Metastasen in Lunge, Leber und Milz; Bronchialcatarrhe als Folge von secundären Knoten in den Lungen; Pleuraexsudate als Folgeerscheinung von intumescirenden metastasirenden Mediastinal-Lymphomen; Ascites bedingt durch entzündlich geschwellte Lymphdrüsen 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 aus Druck sehr schmerzhaft sind (Nr. 13. 16); Langhans (pag. 53 loc. cit.) sagt: „Durch das Milzleiden direkt bedingt ist die fast nie fehlende Schmerzhaftigkeit des Unterleibes, entweder gleichmäßig verbreitet oder auf die Milzgegend concentrirt“. Wirwarter 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 Fälle

¹⁾ Nr. 13. 14. 15. 16. 19.

krankhafte Symptome von Seiten der Respirationsorgane intrathoracisch. Fall Nr. 16 zeigt neben Larynxstridor über der rechten Lunge hinten relative Dämpfung mit diffusem Bronchialtarrh, 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 unendlich (Vide Langhans pag. 519. loc. cit.) auf geschwellte Intestinalmuskulatur zurückzuführen will. Als Begleitsymptom der malignen Lymphome finden wir Nasenbluten nur in Nr. 16 erwähnt.

Blutkörperchenzählung. Dass diese secundären Veränderungen in den innern Organen auf das Allgemeinbefinden zu einer Zeit einen deletären Einfluss ausüben müssen, ist greiflich. 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 blassröthlich, durchsichtig, anflüssig, ähnlich „dünnem Rothwein“, wie Langhans es bezeichnend schildert. Schon dieser makroskopische Befund wird voraussetzen lassen, dass es gewesen sein, warum Wilke diese Krankheitsform mit dem Namen „Anaemia lymphatica“, belegte. Die mikroskopische Blutkörperchenzählung wurde deshalb schon frühzeitig — ein werthvolles Hülfsmittel — zur Diagnose herbeigezogen. Diese ist heute gegenüber der Leukaemie, nebst Nachweis eines Milztumors das einzig Ausschlag gebende Moment. Bei 6¹⁾ von unsern Fällen wurde die mikroskopische Blutuntersuchung angestellt 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 trüben mochte.

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 Spitale 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; oder bei Nr. 13 und 16 das Fieber auf Rechnung der Arsenikcur zu schreiben ist, wollen wir vorläufig nicht entscheiden; möchte jedoch bei diesem Anlass an Winiwarter's (pag. 127. loc. cit.) Worte erinnern, welche lauten: „ganz charakteristisch für die Arsenikcur 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, Nr. 15 an Asphyxie.

Malignes Lymphom mit Pseudoleukaemie. 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 oben gemachten symptomatologischen Erörterungen. Kaum 4 Tage nach Auftreten der malignen Lymphome trat acut eine durchgreifende Störung im Allgemeinbefinden des Patienten ein. Die mikroskopische Blutuntersuchung ergab ein negatives Resultat. Anschwellung der Milz war nachzuweisen. Im Uebrigen verweisen wir auf den Sektionsbericht.

Die Explorativexcision als diagnostisches Hülfsmittel beim malignen Lymphome. Schon lange bevor die Totalexstirpation angewandt wurde, bediente man sich beim Lymphosarkom sowohl, wie bei andern hyperplastischen Drüsenanschwellungen oder allgemein gesagt intumescirenden Drüsen, der sog. Explorativpunctionen oder Inscisionen, in der Absicht, als ob es sich hierbei um abscedirende Drüsen. Solche Punctionen resp. Inscisionen wurden auch bei Lymphosarkomen ausgeführt. Wir verweisen auf Nr. 1. 2. 9. 11 der Tabelle, wo auf solche Excisionen hin sich gewöhnlich Blut entleerte; bei Nr. 9 wurde das Punctionssecret mikroskopisch untersucht und aus dem Befunde an 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 mikroskopisch-histologischen Befunde an Hand der Krankengeschichten notiren und ebenso die Sektionsberichte beifügen, um so das oft divergirende Verhältnisse der klinischen Diagnose mit dem pathologisch-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 Schnittflächen scheinen etwas grössere Zellen zu enthalten. Riesenzellen habe ich nicht gesehen. Lymphbahnen überall durchgängig, sehr leicht zu injiciren“. Es handelt sich hier um einen Fall von hartem malignen Lymphomen. In dem Krankenjournal lautet die Diagnose auf Lympho-Sarkoma; doch wahrscheinlich in dem Sinne „Langhans“ als „malignes Lymphosarkom“.

Bei Nr. 23 handelt es sich ebenfalls um Lymphomata maligna colli; welche Diagnose sowohl der klinische wie anatomisch-histologische Befund bestätigte. Die mikroskopische Untersuchung einer excidirten Drüse ergab (Prof. Langhans): „Hier 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 Hülfsmittel 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. 2. Da zu beiden Seiten des Halses multiple, harte Drüsenschwellungen vorhanden waren, wurde die Diagnose auf körnige, hart maligne Lymphome gestellt. Doch ein anderes Resultat ergab die mikroskopische Untersuchung der excidirten Drüsen. Es zeigte sich, dass „dieselben Lymphosarkome sind, bestehend aus

nem 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 Drüenschwellungen war, so bekräftigte der spätere klinische Verlauf die Diagnose auf Lymphosarkome vollauf. Es sind dies drei aufeinanderfolgende Recidive von der Excisionsnarbe wie den nächstliegenden Drüsen ausgehend. Nach der zweiten Recidivoperation fanden sich in zwei excidirten, 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 periphere Erweichungszone. Ein analoger Fall ist Nr. 18 der Tabelle. Der Durchschnitt des excidirten Drüsentumor's 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 doch der Verlauf, das rapide Wachsthum des Tumor's, binnen Monaten faustgross, ferner die beiden andern charakteristischen Merkmale der Malignität, nämlich die Haut- und Muskelverwachsungen, und die Recidivität post operationem vollkommen Gunsten der Diagnose Lymphosarkom. Es ist dies ein platanter 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 konnte. In Nr. 13 haben wir aus dem anatomischen Befund 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 ödematös. Die von aussen sichtbaren Prominenzen sind durch zahlreiche rundliche 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 überragt den Rippenbogen um 3 ctm., Milz ebenso um 3 ctm. Dicht hinter dem Magen in der Mittellinie ein grosses Drüsenpaket, Mesenterialdrüsen überall geschwellt. In der Beckenhöhle 150 ctm. seröse gallertige Flüssigkeit, leicht trüb. Hinter Manubrium sterni ebenfalls kleine runde Drüsen. Der Tumor kann hinter 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 zahlreich zum Theil verkäste, miliare tuberkelähnliche, an einigen Stellen käsige hepatisirte Herde; auf allen Schnitten das gleiche Bild. Rechte Lunge wie links. Bronchialdrüsen geschwellt, von gleichem Aussehen wie die andern Drüsen. In den Bronchien Schleim. Oesophopus und Trachea normal. Struma follicul. Unterhalb der Thyroid. im Drüsenpaket. 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. Grosse Drüsenpakete hinter dem Magen vom Aussehen wie die übrigen Drüsen. Darm keine Ulcera Mucosa hyperaemisch.

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 Metastasenbildungen. Patient litt an hartnäckiger profusen Diarrhoen; erklärbar aus der hyperämischen Mucosa.

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

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

Die Fossa supraclavicul. dext. ausgefüllt von sehr stark angewollenen derben Drüsen; Farbe gelblich-weiss. Diese Drüsen miteinander mit der Umgebung durch schwieliges Gewebe verwachsen und mit dem Wasser loszutrennen; Trachea zum Theil, Oesophagus ganz davon umgeben; reichen nach Oben bis zur Gland thyreoid; nach Abwärts bis zur Theilungsstelle der Trachea; wo sie mit den Bronchialdrüsen sich verschmelzen. Consistenz überall derb-elastisch. Schnittfläche gelblich-weiss. N. vagus nur mehr auf der rechten Seite aufzufinden; ebenso Ven. jugular ganz obliterirt und nicht zu erkennen; die arteriellen Gefässe noch mit offenem Lumen, umziehen dieses Drüsenpaket. Auf der linken Seite die Drüsen von demselben Charakter; die Veränderung jedoch weit weniger hochgradig. Vagus im obern Theil noch zu präpariren. Trachea in der untern Hälfte verengt, nur 1 ctm. über der Theilungsstelle hochgradig verengt; eine grosse Drüse durchsetzt die rechtseitige Wand nach links hinüber. Milz geschwellt, hökrig; 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 verändert.

Dieser Sectionsbericht stimmt mit Langhans Schilderung des letzten 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 Aufgehen des N. vagus in der Geschwulstmasse.

¹⁾ Vergl. Winiwarter's Statistik Nr. 10; wo ebenfalls bei der Autopsie verästelte 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 wahrscheinlich nicht zutreffend wegen der kurzen Dauer der Arsenikkur.

b. **Lymphosarkom.** Sectionsprotocolle von an Lymphosarkom Verstorbenen besitzen wir 3, nämlich für Nr. 5. 10. 1.

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 der I.—IV. Rippenknorpel mehrere kleine Knoten von $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ ctm. Durchmesser, vollständig frei beweglich, fast abgekapselt. Schnittfläche feinkörnig mit feinen Oeffnungen, grau, transparent, mit trüben gelben netzförmigen Einlagerungen. Der grössere derselben liegt im M. Pectoralis, fern 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 Halsdrüsen sehr stark vorgeedrängt; dieselbe ist stark verdünnt; oben mit den Tumoren verwachsen. Lungen nur wenig retrahirt; in der obern Hälfte eingenommen von sehr derben, festen Knoten. Halsorgane sammt sämtlichen Drüsenanschwellungen und den Lungen werden herausgenommen und gelingt die Loslösung der Tumoren im Ganzen leicht; nur an der linken obern Brustapertur sitzen die Knoten etwas fester, sind von der 1. Rippe sowie von Seite der Halswirbel vollständig zu trennen, da sie an der letzteren sich tief in die Muskeln hinein fortsetzen. Es zeigt sich nunmehr, dass die linkseitigen Achsel- und Nackendrüsen eine fest, ganz zusammenhängende sehr feste höckerige 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; sämtlichen eine centrale Höhle mit grünlich schmierigem Inhalt in dem nothweissliche Bröckel schwimmen; die periphere Schicht in der Drüse von $\frac{1}{2}$ —1 ctm. sehr hart, derb, grauweiss, mässig durchscheinend; neben diesen Drüsen noch kleine, etwa $1\frac{1}{2}$ ctm. Durchmesser, mit normaler Umgebung; grauröthlich, 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 geschwellt sind, vortretend auf der linken Seite.

Im Hals und Rachen, besonders Larynx und Trachea eine colossale Menge eitrigen grünlichen Schleims. Schleimhaut geschwellt; 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 claviculären Drüsen mit den übrigen Tumoren zusammenhängt. Ein Querschnitt durch diese Stelle des Tumors zeigt dieses Gewebe sehr fest, aus derben, sehnigen Strängen bestehend, zwischen denen etwas mehr transparentes, trübes, gelbliches

Gewebe eingelagert ist. Die Knorpel der Trachea sind noch erhalten; die auf der Innenfläche aufgelagerte Schicht etwa $1\frac{1}{2}$ ctm. Der Medullartumor hängt hier zusammen mit den sehr stark geschwellten beidseitigen Bronchialdrüsen. Trachea comprimirt; vollständig angefüllt mit grünlich-eitrigem Inhalt. Der 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 thoracica sind mässig geschwellt. L. z. 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, L. z. B. vorspringend; ausserdem zahlreiche prominente Knoten von $\frac{1}{2}$ bis 1 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 geschwellt, mit käsigen Einlagerungen. Retro- und Mesenterialdrüsen mässig vergrössert, 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 mehrern 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 Erstickungsanfälle und heisere Stimme, welche Symptome sich aus der Compressions-Erscheinungen der Trachea leicht erklären lassen.

Nr. 10. Sektionsbefund. Panniculus gut entwickelt. In der rechten Leiste und untern Bauchgegend eine grosse Anschwellung. Die Haut darüber zum Theil zerstört und zum Theil stark geröthet; trockene Abschilferung der Hornschicht; das blossliegende Gewebe braunschwarz, ganz mit einer bräunlichen Jauche infiltrirt. In der Bauchhöhle 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 Panniculus kleine Knoten überreichen. Dieselben sind scharf begrenzt, etwas lappig, graubraun, an einzelnen Stellen etwas heller mit viel braunem Saft.

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

Verbindung von Manubrium mit Corpus steris ein Knoten, der nach Aus 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 Knochenspongiosa zerstört. Linke Lunge frei, rechte Lunge verwachsen; leicht trennbaren Adhäsionen. Knoten auf der 4. Rippe auch schwarzbraun, mit Saft, lappig, Herz normal, Muskulatur blass. Rechtseitige Achseldrüsen leicht geschwellt und pigmentirt links dasselbe. In der linken Lunge im Unterlappen ein schwach pigmentirter Knoten. Milz etc. gross, blutarm, blass; Follikel deutlich. Retropharyngealdrüsen leicht geschwellt; 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 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 geschwellt 3 Knoten; Wirbelsäule, 3. und 4. Brustwirbel mit einer chocoladefarbigen Masse erfüllt, wo die Bogen der Wirbelsäule sich linkerseits ansetzen. Das knöcherne Gerüst im Ganzen erhalten, obschon sehr weich, brüchig, 7. und 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 10 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 leicht lösen. Das Unterhautzellgewebe fast überall in geringem Grade infiltrirt. Auch die Parotis ist durch die Geschwulst in ihrem untern Theile emporgehoben.

Linkseitige Achseldrüsen mässig geschwellt, die grösste ca. 3 cm. Durchmesser, weisslich, ziemlich fest; mit etwas weichlichem trübem Saft. Im Hylus gelbe Einlagerungen, wie es scheint von Fettgewebe. Herzbeutel und Herz normal. Rechte und linke Lunge überall lufthaltig, ödematös. Bronchialdrüsen frisch geschwellt. Linke Lunge zeigt heftigen Catarrh. Unterlappen etwas schlaff hepatitisirt. Bei der Herausnahme der Geschwulst an der äussern Fläche des aufsteigenden Astes des linken Unterkie-

cheit das Gewebe daselbst weich und mit eitriger Flüssigkeit infiltrirt. reitige Superclavicalardrüsen geschwellt; röthlich-weiss mit etwas Saft; linkseitigen mit dem Tumor zum Theil noch etwas verwachsen. Die htseitigen Achseldrüsen wie die linkseitigen; Schwellung etwas geringer.

An der Oberfläche des grossen Tumor, dessen Länge 20, Breite 13 und ke 7 ctm. beträgt, zahlreiche grosse und kleinere Drüsen, alle von gleichem ssehen wie die frühern. Der grosse Tumor besteht auf der Schnittfläche einzelnen noch erkennbaren Lappen, welche stark geschwellten Drüsen sprechen; weich, weisseröthlich, markähnlich mit sehr viel Saft; die innere sse des Tumor's von grauröthlichen, trüben, scharf abgegrenzten Parthien chsetzt, zum Theil etwas trocken; einzelne Stellen sehen etwas gallertig , etwa ähnlich einem serumreichen Fibrin. Die periphere Zone fast aller ser Stellen durch einen intensiv trüben, weisslichen Saum gebildet. Nach n ist die Innenmasse des Tumor's erweicht, quillt vor, fasert sich unter asser auf, mit einer trüben, graurothen Flüssigkeit infiltrirt; dabei feine be verästelte Linien, an Gefässe erinnernd. Auch ist die periphere Zone ch Eiter und Fettinfiltration getrübt. Die rechtseitigen Halsdrüsen wie Achseldrüsen sehr blutreich, ebenso die Drüsen in dem vordern Media- um direkt unter dem Manubr. sterni, welche bis an den obern Theil des rzbeutel heranreichen. Die Trachea etwas nach rechts hinübergedrängt. f der Schleimhaut der Trachea und des Larynx zahlreich kleine weissliche oten; die kleinsten wie Tuberkel, die grösseren Eruptionen confluiren, in Trachea den häutigen Ringen entsprechend. Rechte Tryreoidea hyper- stisch, mit einer Cyste, ebenso links. Milz 13,3 lang, 9,5 breit, 3,5 ctm. k. Pulpa weich, blutreich; Follikel ausserordentlich deutlich, trüb und ss., Linke Niere normal; rechte zeigt Hydronephrose. Rechtseitige üsen längst der Vasa iliaca und cruralia stark geschwellt; zum Theil ch, faserreich. Retroperitonealdrüsen geschwellt, jedoch nur die obern im en Grade. Mesenterialdrüsen nicht verändert. Magen, Leber etc. hts Abnormes.

Es ist dieser Fall wieder ein Pendant zu dem was wir an- gs betreffs secundärer Infection der nächstliegenden Lymph- üsen beim Lymphosarkom betont haben. So sehr dieser Fall alogie mit dem weichen malignen Lymphom darbietet, — so ot uns dennoch der hystologische Befund genügend Auskunft r die Diagnose. Wiederum treten uns Zeichen retrograder etamorphose, entgegen; centrale Erweichungsherde; und der peripheren Zone Eiter, Fettinfiltration; ferner Meta- sen im Larynx, Trachea und Milztumor. Eigenthümlich bei esem Falle ist das Freibleiben der Mesenterialdrüsen von dieser fektion. — Langhans, pag. 529 l. cit. — erwähnt die Immu- tät der Mesenterialdrüsen beim malignen Lymphosarkom. —

Patient starb, wie auch der Sectionsbefund bestätigt, in Folge von beginnenden Verjauchungsprozess mit hohem Fieber und nach folgendem 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 Stütz 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 Nothfall 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 geschwellt, 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 äusseren Leistendrüsen zahlreiche Exoriationen mit geröthetem Granulationsgewebe ausgefüllt, in der einen Oeffnung von unregelmässiger Gestalt, in welcher die Sonde etwa 3 ctm. 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. Leberand in gleicher Höhe mit dem Rippenrand. Mesenterialdrüsen geschwellt, besonders die an der Wurzel gelegenen stark injicirt, weich. Am Mesenterium, an den unteren 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 geschwellt, fest, im Innern geröthet, an den gerötheten Stellen viele Flecken, die etwa

h sind. Rechts in der Gegend des Coecum's Adhaesionen des Processus vermiformis mit verdickter injicirter Serosa bis an die Beckenwand nach dem Omontorium hin angebracht. Vasa cruralia stark injicirt, mit binde- webigen Auflagerungen bedeckt; ebenso auf der rechten Beckenwand, selbst einige prominente Stellen von eitriger Farbe aber fester Consistenz. Die innern Leistendrüsen stark geschwellt, gleich fest, elastisch, von Farbe Eiters. Aus der rechten Pleurahöhle fliesst beim Anschneiden sehr röthliches Serum. Lungen mässig retrahirt. Nach Lösung der Adhaesionen erscheint die rechte Lunge klein; linke mässig feste Adhaesionen im ganzen Umfang der Lunge. Das Fettgewebe namentlich über dem Phragma erscheint mässig dunkel gefärbt und mit klarem Lumen infiltrirt. Herzbeutel etwa 100 ctm. röthl. Lumen. Herz sehr breit, rechter Ventrikel schlaff, bildet zur Hälfte die Herzspitze. Linker Ventrikel schlaff, beiderseits voll dünnflüssigem Blut; wenig Cruor und Speck- stoff. Im ductus thoracicus keine Flüssigkeit.

Die beidseitigen obern Halsdrüsen sehr stark geschwellt, die grössten weich trübem graurothen Saft. Schnittfläche grauröthlich, in der Mitte das Gewebe erweicht; milzähnlich, keine Abscesse. Die kleinen Drüsen sind etwas härter, aber auch stark und unregelmässig injicirt. Blut im Thorax gerinnt. Temperatur im Innern ist nicht besonders hoch. Starkes Atherom der Arterien. Herzklappen sind normal. Rechter Ventrikel mit Wand 3 ctm. schlaff, linke Ventrikel etwas eng, Wand 11 ctm., blass, transparent. Rechte Lunge sehr klein, fast der ganze Unterlappen atelektatisch, trocken, mässig durchblutet, ebenso die anstossenden Parthien des obern Lappens. Im Uebrigen keine Anämie und geringes Oedem. Linke Lunge mässig gross, anämisch, ödematös. 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, membranöse Membranen, unter denen eine etwas unebene Fläche, jedoch ähnlich der normalen Oberfläche der Tonsillen. Links nach Oben zu eine kleinere Höhle, in der tief schwarzgrünes Gewebe sich befindet. Auf dem Längsschnitt 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 grauweisse Follikulargewebe, die Krypta umgebend, einige Millimeter noch erkennen. Die grosse Masse unter dem schwarzen Schorf netzförmig. Auf dem andern Theil die Zunge etwas belegt, an der Basis liegen gelblich-grüne geschwellte Parthien, ähnlich den Tonsillen, an den Prominenzstellen fühlbar sind; aber hier ist eine leichte Vertiefung auf der Höhe, die diese von röthlichem Gewebe ausgekleidet. Ferner im untern Theil des Larynx, in der Tiefe der Ausbuchtung zwischen Cartilag. thyreoid. und Lig. ary-epiglottic. ähnliche Veränderungen wie an der Zungenbasis.

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

Trachea stark geschwellt, die kleinern weiss-röthlich, markig, weich, die grössern fester, buntweisslich, mehr peripher gelegenen wechseln mit röthliche roth-braun-gelben ab. Die Letztern im Ganzen central. Dieselben bilden nur eine schwache periphere Zone. Linkerseits von den tiefen Halsdrüsen 2 stark geschwellt; 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 ctm. 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 wurde gelöst von der hintern Bauchwand, auch an der Mesoflexur einige Verdickungen. Vor der Wirbelsäule grosse höckerige Tumoren, welche auf der Schnittfläche als geschwellte Lymphdrüsen von fester Consistenz und gleichem Charakter wie die frühern sich ergaben; nur finden sich hier mehr im Centrum der Drüse die gelben Parthien scharfer abgegrenzt. Die Drüsen an der Porta. hepat. nicht geschwellt. Der Panniculus in der rechtseitigen Leistengegend sehr ödematös. Neben den äussern Leistendrüsen die Haut verdünnt, schwielig. In dem schwieligen Gewebe kleine geröthete Stellen. Der Panniculus am Oberschenkel ödematös. Die äussern Leistendrüsen mit der Haut verwachsen an der Punctionsstelle. Die Scheide der Ven. crural. sehr derb, fest. Aus der Ven. crural. kommt beim Anschneiden 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, orange-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 Acini. 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 längs der Vasa iliaca geschwellt, ebenso die innern Leistendrüsen von markigem Aussehen mit gelblicher Einlagerung. Ebenso die äussern Leistendrüsen. Vena iliaca und cruralis sinistr. thrombosirt. Rechts Hydrocelesack nach Oben abgeschlossen. Hoden beiderseits etwas klein, besonders links, letzterer fibrös entartet. Rechterseits auch die Art. profunda femoris thrombosirt. Bei der Ablösung der rechten Leistendrüse öffnet sich ein Bruchsack, dessen peritoneale Oeffnung durch Adhaesion

geschlossen ist. Sämmtliche Drüsen der Beckenorgane werden herauskommen, welche bei der schwierigen 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 cariös, der Knochen wenig erweicht. Kleine restirende Theile der Tumoren, zum Theil mit stark grüner Schnittfläche, im Becken hauptsächlich innert und im rechten Iliacus internus lassen sich nunmehr entfernen. Beckenknochen scheinen intact. Die rechten Axillardrüsen fest, stark geschwellt, zum Theil markig, zum Theil milzähnlich. Linkerseits die Drüsen nur wenig geschwellt, zum Theil weiss, zum Theil von etwas braun-gelb; mit ziemlich starker Injection. Auch die Suprascapular-drüsen linkerseits geschwellt. Schnittfläche sehr bunt. Rechts sind 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 rundliche Ulerationen mit leicht erhobenem, am getrübten Schleimhautrand, mit röthlicher fast orangefarbiger Basis. Die Blase ist eng, Schleimhaut stark in Falten gelegt. Nach dem Auseinanderziehen der Falten sieht man ziemlich grosse follikel-ähnliche Bildungen bis ca. 1 ctm. Durchmesser, die eine grössere Zahl von ganz flachen Knoten darstellen, mit etwas eingeschnürter Basis, leicht, filzförmig, vom Grunde 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 Prostata urethr. 2 kleine Hervorragungen. Am Caput gallinaginis auch Tumor. Im Plexus vesicalis auf der Serosa der Blase ebenfalls Follikel-ähnliche Einlagerungen. Die ganze Serosa der linken Beckenwand von Knoten, 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 hökrig. Thrombose der V. iliaca dextr. geht bis zum V. cava infer.

Schädel ist breit, symmetrisch; synostotische Nähte ziemlich dick, wenig viel blutreiche Diploë; Gefässfurche tief. An dem Stirnbein links von der Sutura coronaria eine geröthete Stelle, an der Oberfläche leicht gezogen. Dura ist normal gespannt, transparent. Sinus leer. Innenfläche fein injicirt, rechts etwas dünn-leicht injicirte Membranen. Weiche Hirnhaut in mässigen Grad anämisch. Viel Liquor cerebrospinalis. An der Basis ziemlich viel Serum. Im Sinus transversus nur wenig Blut. An der Hirnbasis mässige Anaemie 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 Defecte 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 Defecte den Peyer'schen Plaques anschliessen; Basis theilweise hämorrhagisch. Das Gleiche im Coecum. Im ganzen Dickdarm die Defecte etwas spärlicher. Pankreas nichts. Die Venen der Wadenmuskeln rechts thrombosirt. Panniculus stark ödematös. An der Fers nichts. Rechtes Femur. Knochenmark im Grossen und Ganzen gelb einmal im obern Drittel an wenigen Stellen etwas geröthet; in der unteren 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 sämtlicher Lymphdrüsen, der Tonsillen, der Follikel der Zungenbasis mit Ulceration, ebenso ulcerirte Stellen im Larynx. Eigenthümliche follikel-ähnliche, knotige Erhebungen in der Blasen Schleimhaut und auf der Beckenserosa. Die Blasenschleimhaut theilweise ulcerirt. Der ganze Darmtractus vom Magen bis zum Rectum zeigt ähnliche Defecte wie die Blase; Darmschleimhaut stellenweise stark injicirt. Daneben ist auffällig die bedeutende Atrophie der Milz; leichte Fettleber; ebenso die Venenthrombosen: Vene cava. infer. Vene crural. und iliac; bedeutende Oedem der Haut der untern Extremitäten; bedeutendes Atherom der Aorta ascend.; Dilatation der rechten Ventrikels und Haemorrhagien im Knochenmark. Was die Drüenschwellung betrifft, so zeigen die Achseldrüsen im Durchschnitt 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 diphtherischem 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 Drüenschwellungen könnte der Vermuthung Platz machen, als handle es sich hierbei um maligne Lymphome. Doch spricht

Befund vollständig dagegen, in pathologisch-anatomischer Beziehung sowohl, wie wegen des zu rapiden klinischen Verlaufes. Jeder 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 splenische Milz; gegen käsige undluetische Lymphome spricht ebenfalls der Befund, sowie gewähren die ätiologischen Momente für keinen Anhaltspunkt. Nach unserer unmassgeblicher Ansicht liessen sich diese Drüenschwellungen, resp. dieses Grössensein 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 auch das ätiologische Moment. Patient hatte in Folge einer Erysipelatation im rechten Fusse eine Lymphangitis sich zugezogen; von dem des rechten Fusses; Schwellung der rechten Inguinaldrüsen, sowohl der äussern als innern; eitrige Infiltration der über der rechten Leistengegend sich befindlichen Haut, beginnende Erysipelatation daselbst. Druck der infiltrirten pflegmonösen Haut und der geschwellten Drüsen verursachte Thrombose der rechten Iliac. und crural., welche sich bis zur Cava infer. hinauf fortsetzte, Thrombosirung 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-, Brachscapular- 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 alveoläre 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 ermuthigend 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 Allgemeininfection resp. Metastasenbildung in andern Organen, oder zu grosser lokaler Ausdehnung kaum mehr mit Erfolg ausgeführt werden kann. Von den 15 in unserer Tabelle verzeichneten Fälle wurde nur bei 6 die Operation resp. Excisio ausge-

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

Von diesen Fällen sind 3, wo bis jetzt von einem Recidiv h Nichts constatirt wurde. (3. 17. 25.) Sehr eingreifend war Operation beim Fall 25; wo es sich um ein Lymphosarkoma i 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, auch 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 Facialis-lähmung mit Heiserkeit und eine Lähmung der Muskeln 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; A. thyreoid. sup. und occipit.; ferner wurde ein Stück des M. Sternocleidomastoideus mit hinausgenommen; Vena jugul. intern; und Durchseidung des untern Astes der N. facialis. Trotz anscheinend sehr sauberer Herauspraeparation wurde letztgenannter Nervenast durchschnitten und stellten sich sofort nach der Operation Symptome der Facialislähmung heraus. Diese Operation fand den 5. I. 83 statt; den 18./II. 84. wurde dieser ein Abscess der linken Mamma incidirt und am 7./III. 84 genas Patient ein kräftigen und gesunden Knaben. Am 20./VI. 84 wurde, da an der Excisionswunde ein Recidiv sich entwickelte, dasselbe excipirt, mit Ansschneiden des Ductus thoracic.; (jedoch ohne Erfolg.) Später entwickelte sich noch ein Recidiv in der linken Halsgegend 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 Lymphsarkom exstirpirt mit Ligatur der Carotis extern. gerade über der Theilungsstelle der Carotis communis; der Ven. jugul. communis. Im weitem Verlauf der Wundbehandlung trat d. 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 eine 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 nicht von einem weitem operativen Eingriff abgesehen und eine Electropunctur versucht, welche sehr schmerzhaft war.

Durch seine hartnäckige und exquisite Recidivfähigkeit zeichnet sich besonders Fall 24 aus. Die erste Operation fand d. 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, exstirpirt. Im Januar stellte sich Patient wieder, also nach ca. 6 Monaten und beidseitig zeigte sich ein Recidiv in der Excisionsnarbe, welches d. beidseitig den 10./I. 83 exstirpirt wurde. Der Wundverlauf war unter Wismuth-Behandlung ein normaler. Patient konnte d. 28./I. entlassen werden; nebst dem ordinarie man selbstem Sol. Fowler. Im Juli 1883 zeigt sich wieder ein Recidiv beidseitig rechts in der frühern linearen Excisionsnarbe in Form einer diffusen Infiltration; links zeigten sich hinter der Narbe eine 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 8 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 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. puriatric. 2,0 in 5⁰/₁₀₀ Lösg. in den Tumor gemacht mit gleichem Erfolg. Ob die Gangrän 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. In der Applikation des Arsenik's wird kein Unterschied gemacht bei der harten wie weichen Form des malignen Lymphom's. Von unsern 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. 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 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; nebst Injektionen 2 gutt. — $\frac{1}{2}$ Pravazspritze gemacht und zweimal 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 reduziert hat. Der faustgrosse Tumor in der linken Iliacalgegend hat sich bis zur Grösse einer halben Kindfaust 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 Injektionen derselben Lösung in die Halsgeschwülste, (2 mal $\frac{1}{3}$ Pravazspritze.) Am 13. Februar war Patient bei 30 Tropfen p. e. angekommen, 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 besitzen, welches im Stadi-

t, wenn nicht ein vollständiges Verschwinden, so doch eine bedeutende Volumsverminderung geschwollter maligner Lymphome 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 Hülfsmittel sagt: „In wie weit der Arsenik ein diagnostisches — und fügen wir bei, ein therapeutisches — Hülfsmittel ist, d. h. ob man ex juvantibus auf die Natur der Geschwulst einen Schluss ziehen kann, muss die Zukunft lehren.“ Andere therapeutische Hülfsmittel, wie Compression der Geschwülste, permanentes Bedecken der Geschwülste mit einer Eisblase, Injectionen von Chromsäure, was Winiwarter versuchte, Jodtinctur (Lücke) wurden nicht versucht.

Zum Schlusse erübrigt es mir noch, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn **Professor Kocher**, für seine mir gütigst und aufzuvorkommendste Weise zur Benutzung zugesandten Krankenschichten meinen besten Dank auszusprechen.



Litteratur:

Th. Langhans. „Das maligne Lymphosarkom.“ (Pseudoleukaemie) in Virchow's Archiv. XXXIII. (pag. 509—537) Band 54. 1872.

v. Winiwarter. „Ueber das maligne Lymphom und Lympho-Sarkom.“ in Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie III. (pag. 99—166.)

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.

Adresse, Alter, Datum des Eintritts.	Anamnestiche Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie.	Weiterer Verlauf.
Flückiger Joh. von Dürrenroth bei Biel. Landarbeiter. 43 Jahre alt. 2. Decbr. 1872.	Circa 4 Monate vor Eintritt in's Spital bemerkte Patient hinten am rechten Ohr ein bewegliches Knötchen, das langsames Wachstum zeigte, von harter Consistenz. Eine Probeinscision in die Geschwulst, welche vom behandelnden Arzte für eine entzündliche Lymphdrüse gehalten wurde, ergab nichts als Blut. Ausstrahlende Schmerzen nach der hintern Halsseite und der rechten Schulter.		3. Dezember. Patient kräftig gebaut; an der rechten Halsseite ein mannsfaustgrosser Tumor, an den Kieferwinkel und den Processus mastoid. anstossend und den Sternocleid. im untern Theil abhebend. Haut darüber bläulich-roth gefärbt; etwas ödematös. Consistenz des Tumors teigig fest; sehr druckempfindlich; Tumor unbeweglich der Wirbelsäule aufsitzend; keine Erscheinungen von Druck auf den Larynx. Am übrigen Körper keine Drüsenschwellungen.	Lymphoma malignum colli dext. (Lymphosar- koma.)		9. Dezember ungeheilt ent- lassen. Weiteres Schicksal unbe- kannt.
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 Wachstum. Vor 2 Jahren hatte der Knoten die Grösse des jetzigen untern Knoten. Auf Inscision des consultirten Arztes (1871) entleerte sich eine geringe Menge Blut. Um diese Zeit begann der zweite Knoten dicht über dem erstern zu wachsen. Schwellung des linken Beines. 14 Tage vor Eintritt in's Spital bestand Patient eine linksseitige Pneumonie; während dieser Zeit Schmerzen im obern Knoten.		19. Juni. In der linken Inguinalgegend befinden sich zwei mannsfaustgrosse Knoten von etwas höckeriger Oberfläche. Haut über denselben normal; hie und da mit der Geschwulst leicht verwachsen. Leichte Venenausdehnung in der Haut sichtbar. Leichte Fiebertemperaturen Abends. 38,0—39,0. Puls 100—112.	Lymphosar- koma regionis inguinalis sinistr.		19. Mai unge- heilt entlassen.
Vriblet-Frey Katharina von Biel. Landarbeiterin. 59 Jahre alt. 26. April 1874.	Patientin fühlte seit circa 2½ Jahren im linken Vorderarm beim Arbeiten Schmerzen, die sie für rheumatische hielt. Seit dieser Zeit datirt das Wachstum eines Tumors in der Gegend des linken Condylus intern. humeri. Der Tumor war haselnussgross. Wachstum 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 Vorderarms dorsalwärts. Im November 1873 w.rden 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 Verwachsungen 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 unschmerzhaft bewegliche Drüse zu fühlen.	Lymphosar- koma cubiti sinistr.	19. Mai Exstir- pation unter Chloroformnar- cose und Lokal- anästhesie.	Wundverlauf normal. 8. Juni in Hei- lung begriffen entlassen. Weiteres — ob Recidiv — unbekannt.
Rüfenacht Elisabeth von Summis- wald. Magd. 42 Jahre alt. 28. 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 Inscisionen gemacht, welche lange eiterten.		30. October. Patientin ziemlich kräftig gebaut, doch etwas anämisch. In der Axilla dextra. findet sich unter dem M. pectoralis major, denselben nach vorne erhebend, eine doppelfaustgrosse 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.	Lymphosar- koma (multipel). Nach Putiata: Angiosarkom.		Ungeheilt ent- lassen. Auf der medicin- ischen Klinik von Prof. Quinke gestorben.

1871
1872
1873

1871
1872
1873
1874
1875
1876
1877
1878
1879
1880
1881
1882
1883
1884
1885
1886
1887
1888
1889
1890
1891
1892
1893
1894
1895
1896
1897
1898
1899
1900
1901
1902
1903
1904
1905
1906
1907
1908
1909
1910
1911
1912
1913
1914
1915
1916
1917
1918
1919
1920
1921
1922
1923
1924
1925
1926
1927
1928
1929
1930
1931
1932
1933
1934
1935
1936
1937
1938
1939
1940
1941
1942
1943
1944
1945
1946
1947
1948
1949
1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050
2051
2052
2053
2054
2055
2056
2057
2058
2059
2060
2061
2062
2063
2064
2065
2066
2067
2068
2069
2070
2071
2072
2073
2074
2075
2076
2077
2078
2079
2080
2081
2082
2083
2084
2085
2086
2087
2088
2089
2090
2091
2092
2093
2094
2095
2096
2097
2098
2099
2100

1871
1872
1873
1874
1875
1876
1877
1878
1879
1880
1881
1882
1883
1884
1885
1886
1887
1888
1889
1890
1891
1892
1893
1894
1895
1896
1897
1898
1899
1900
1901
1902
1903
1904
1905
1906
1907
1908
1909
1910
1911
1912
1913
1914
1915
1916
1917
1918
1919
1920
1921
1922
1923
1924
1925
1926
1927
1928
1929
1930
1931
1932
1933
1934
1935
1936
1937
1938
1939
1940
1941
1942
1943
1944
1945
1946
1947
1948
1949
1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050
2051
2052
2053
2054
2055
2056
2057
2058
2059
2060
2061
2062
2063
2064
2065
2066
2067
2068
2069
2070
2071
2072
2073
2074
2075
2076
2077
2078
2079
2080
2081
2082
2083
2084
2085
2086
2087
2088
2089
2090
2091
2092
2093
2094
2095
2096
2097
2098
2099
2100

Adresse, Alter, Datum des Eintritts.	Anamnestiche Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie.	Weiterer Verlauf.
<p>Usset Elisabeth von Uebendorf. Landarbeiterin. 18 Jahre alt. 2. Novbr. 1874</p>	<p>Mitte 1874 begann ohne bekannten Grund die linke Seite des Halses schmerzhaft 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 Hühneries; ausstrahlende Schmerzen gegen die Achsel und Mitte des Oberarms. Schmerzen hörten auf; bis Anfangs September Wachsthum und Schmerzhaftigkeit 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 wallnussgrosse harte Knoten rechts am Halse, 2 am Kieferwinkel und im taubeneigrosser Knoten in der linken Axilla. Mitte October klagt sie über Schmerzen auf der linken Brustseite und am Bauche. Seit Ende October Husten.</p>	<p>Mutter soll an der rechten Halsseite eine grosse Drüse gehabt haben, die in Eiterung überging.</p>	<p>4. November 1874. Patientin sieht etwas zart aus, jedoch nicht sehr anämisch. Ueber der linken Clavicula ein Tumor, reichend bis zum linken Sternocleido, an die Clavicula bis zu deren unterem Drittel, nach hinten bis zum obern Rande der Scapula, nach aufwärts streckt sie sich zapfenförmig hinter dem Sternocleido bis 2 ctm. an die Wirbelsäule, auf der höchsten Höhe bläuliche Röthung mit Pseudofluctuation. Consistenz derb, an einzelnen hervorragenden Hökern prall bis hart. Tumor vollständig unbeweglich, auf leisen Druck empfindlich. Im vordern Umfang befindet sich auf der Haut ein kleines derbes Knötchen, über der Geschwulst hinter dem Sternocleido findet sich eine haselnussgrosse bewegliche Drüse, ebenso 2 verschiebbliche hinter dem Kieferwinkel. Hinter der untern 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 wallnussgrosse derbe Geschwulst, in der Tiefe fest aufsitzend; eine solche in der linken Axilla; jedoch verschieblich, zwischen diesen mehrere Drüsenpakete. 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 schmerzhaft. Ueber dem Sternum deutliche Dämpfung. Lungenauscultation 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 Manubr. sterni und Processus coracoid. schmerzhaft.</p>	<p>Lymphosarkoma sin. colli mit secundären Herden.</p>		<p>4. Novbr. 1884. Sectionsbefund. Vide pag. 28.</p>
<p>Kühni Magdalena von Langenthal. Farmacherin in Sonviller. 44 Jahre alt. 6. Juli 1870.</p>	<p>Vor circa 7 Wochen bemerkte Patientin, durch Schmerzen aufmerksam gemacht, hinten am rechten Ohre ein baumnussgrosses Knötchen, ziemlich oberflächlich unter der Haut gelegen; allmähliges 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.</p>	<p>Früher oft Zahnweh mit Abscedirungen.</p>	<p>7. Juni 1884. Patient zeigt auf der rechten Seite des Halses und Kieferwinkels rückwärts bis an die vorragenden Nackenmuskeln, vorwärts bis zur Mitte des horizontalen Kieferastes und abwärts bis zur Mitte des Halses eine etwa gänseeigrosse mit dem grössten Durchmesser von vorne nach hinten gehende Geschwulst; von leicht hökriger Oberfläche; unregelmässiger Gestalt; Haut darüber unregelmässig bläulich geröthet, etwas infiltrirt und nicht faltbar. Consistenz im Ganzen eine weiche, an den gerötheten Stellen eine zusammenhängend fluctuirend., 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 zugehen. Am vordern Ende der Geschwulst am Rande des Unterkiefers findet sich eine mit dem Knochen cohärente Narbe von einer frühern Periostitis herrührend. Am übrigen Körper keine Drüsenschwellungen und keine Milzvergrösserung.</p>	<p>Lymphosarkoma colli dextr.</p>		<p>Ungeheilt entlassen den 20. Juli. Status am Entlassungstage der nämliche, nur grössere Infiltration in der Umgebung des Tumors. Tumor weniger verschieblich.</p>

1. Die erste Aufgabe ist die, die Grundgesetze der Physik zu finden.
 2. Die zweite Aufgabe ist die, die Grundgesetze der Physik zu prüfen.
 3. Die dritte Aufgabe ist die, die Grundgesetze der Physik zu anwenden.
 4. Die vierte Aufgabe ist die, die Grundgesetze der Physik zu entwickeln.
 5. Die fünfte Aufgabe ist die, die Grundgesetze der Physik zu verändern.
 6. Die sechste Aufgabe ist die, die Grundgesetze der Physik zu entdecken.
 7. Die siebte Aufgabe ist die, die Grundgesetze der Physik zu erschaffen.
 8. Die achte Aufgabe ist die, die Grundgesetze der Physik zu gestalten.
 9. Die neunte Aufgabe ist die, die Grundgesetze der Physik zu schaffen.
 10. Die zehnte Aufgabe ist die, die Grundgesetze der Physik zu verändern.

Adresse, Alter, Datum des Eintritts.	Anamnestiche Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie.	Weiterer Verlauf.
<p>1. Lauter-Portmann Anna, Hausfrau in Escholtz, Canton Luzern, 47 Jahre alt. 28. Oktbr. 1875.</p>	<p>Während ihres letzten Wochenbettes (Geburt Mai 1873) bemerkte Patientin am rechten Oberarm in der Nähe des äussern untern Bicipstisches eine wallnussgrosse nicht geröthete harte Geschwulst, die ihr etwas Jucken verursachte. Von da an liess sie die Geschwulst unbeachtet, bis sie durch das beständige auf den Armentragen 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 Ersten 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 Wachstum, Röthung, Parästhesien und Spannung im Vorderarm. Wo die Röthung am stärksten, war die Consistenz des Tumors eine weiche. Im Winter 1874 bis 1875 ein dritter Tumor in der rechten Axilla, mandelgross. Im Frühling 1875 füllte der Tumor die ganze Fossa supraclavicul. bis zum M. Sternocleid. mastoid. aus und bricht über der Clavic. hervor.</p>	<p>Vater der Patientin soll an Auszehrung gestorben sein.</p>	<p>17. November 1884. Patientin kräftig gebaut, aber ziemlich mager und blass, hustet, jedoch ohne Auswurf, keine Dyspnoe. Neben dem Epicondyl. intern. humer. dextr. ein etwa strauseneigrosser Tumor, ziemlich unverändert aufsitzend, auf der oberen Hälfte in der ganzen Ausdehnung ein gangränöses krebsförmiges Geschwür; Hautränder geröthet und infiltrirt; Vorderarm und Innenfläche des Oberarms infiltrirt; ödematös; Hand frei. Auf der Vorderfläche des Oberarms ungefähr in der Mitte im Sulc. biop. intern. ein starker haselnussgrosser Knoten von unregelmässiger Gestalt, derber Consistenz und über dem Knochen und unter der Haut ziemlich leicht verschieblich. Sondirungen des Geschwulstgrundes ergab granulation-ähnliches Gewebe. II. Tumor in der rechten Axilla faustgross, Thorax anliegend, unregelmässig, knollig, ziemlich fester Consistenz, aussehnend beweglich. III. Tumor über der rechten Clavicula, die ganze Grube ausfüllend, von unregelmässiger Gestalt, von hinten nach vorne beweglich, fester Consistenz, einzelne Höker härter, andere weich, pseudofluctuirend. Haut im vordern Theile faltbar, im untern leicht infiltrirt.</p>	<p>Lymphosarkoma brachii dextr.</p>		<p>Ungeliebt entlassen den 25. Nov. 1874. 2. November trat weitere Gangrän auf. Behandlung mit Jodinctur, leichtes Jodismus. Inoperabel. Amputation brachii verweigert. Später ausgedehnte Gangrän (Jauche) welche sich fast über den ganzen Oberarm hinzieht. Gestorben zu Hause im März 1876 an dyspnoischen Erscheinungen.</p>
<p>4. Junod Francois Urmacher von St. Croix, Biel. 27 Jahre alt. 27. April 1876.</p>	<p>Im Mai 1874 bemerkte Patient hinter dem Process. mastoid. links eine haselnussgrosse verschiebbliche, 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 ungeheuer zu, war entzündlich schmerzhaft. Schluckbeschwerden hatte Patient nie, nur Schmerzen in der Kinngegend und im linken Ohr, aus welchem schon lange ein eitriges Ausfluss bestand. Den ganzen Winter hindurch Appetitlosigkeit, Foetor ex ore; Constipation. Von Neujaahr 1876 gewahrte Patient in der linken Axilla eine damals nussgrosse, früher nicht schmerzhaft 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 disseminirte harte Knötchen. Patient machte im 14. Jahre den Typhus durch. Seit dem 17. Jahre litt er an Ohrenschmerzen und Ausfluss aus dem Ohre. Seit letzten Winter Husten.</p>	<p>Eltern hatten 19 Kinder, wovon zwei Zwillinge. Zwei davon leiden an scrophulöser Augenentzündung, keine spezifische Affektion.</p>	<p>4. Mai 1876. Patient von etwas kachektischem Aussehen, belegte Zunge. An der linken Halsgegend eine die ganze Seitengegend vom Rande des Trapez. bis zum Vorderrande des Sternocleid. 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 ödematös, infiltrirt. Auf Druck etwas empfindlich; Consistenz im Ganzen fest; kleinere und höhere stärker hervorragende Höker, zum Theil in der Cutis liegend und meist härter als der übrige Tumor, einzelne weicher. Oben hebt der Tumor das Ohr-läppchen hervor und schiebt eine Fortsetzung bis an den Tragus unter infiltrirte Haut. Nach rückwärts und vorne abwärts stehen mit denselben 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 hökrierte flache Erhabenheit von sehr harter Consistenz. In der linken Axilla auf der Brustseite sitzt ein aus mehreren Knollen bestehendes, ziemlich pralles, leicht verschiebbliches Drüsenpaket und in der Axillarlinie abwärts fühlt man ganz kleine pralle Knötchen, die unter dem Finger leicht hin und herrollen. In der rechten Axilla ein haselnussgrosser rundlicher praller Knoten, ebenso wie unter dem rechten Sternocleid.; den Tumor fühlt man bei Palpation an der hintern Pharynxwand.</p>	<p>Lymphosarkoma colli inframastoid. metastatic. Periphere Ursache: eitriges Ausfluss aus dem Ohre — Otitis media.</p>		<p>Inoperabel Entlassen den 21. Mai 1876. Weiteres Schicksal des Mannes unbekannt.</p>

Thema	Frage	Antwort	Bemerkung	Datum	Seite
1. Die Bedeutung der...	Was ist die Bedeutung der...	Die Bedeutung der...	...	...	...
2. Die Aufgaben der...	Welche Aufgaben hat die...	Die Aufgaben der...	...	...	...
3. Die Organisation der...	Wie ist die Organisation der...	Die Organisation der...	...	...	...
4. Die Finanzierung der...	Woher kommt die Finanzierung der...	Die Finanzierung der...	...	...	...
5. Die Personalplanung der...	Wie wird die Personalplanung der...	Die Personalplanung der...	...	...	...
6. Die Qualitätsmanagement der...	Was ist das Qualitätsmanagement der...	Das Qualitätsmanagement der...	...	...	...
7. Die Marketingstrategie der...	Welche Marketingstrategie hat die...	Die Marketingstrategie der...	...	...	...
8. Die Innovationskultur der...	Wie wird die Innovationskultur der...	Die Innovationskultur der...	...	...	...
9. Die Nachhaltigkeit der...	Was bedeutet Nachhaltigkeit der...	Die Nachhaltigkeit der...	...	...	...
10. Die Digitalisierung der...	Wie wird die Digitalisierung der...	Die Digitalisierung der...	...	...	...

Adresse, Alter, Datum des Eintritts.	Anamnestiche Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie.	Weiterer Verlauf.
Born Jakob, Schwester von Thumstetten. 36 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 anfangs schmerzhaft zu werden, Gefühl von Spannung zu verursachen und bedeutend anzuwachsen. Im April war das Wachstum noch schneller auf Kataplasmen hin; Öffnen des Mundes war erschwert, Schluckbeschwerden; Patient klagt über beständiges Würgen.	Eltern gesund und Kinder, das älteste an Scrophulose leidend. Mit 20 Jahren hat Patient Typhus, im 47. Jahre Pneumonie durchgemacht. Ursache: Alveolarperiostitis.	17. Mai. Patient hat unterhalb des hinteren Zweidrittels des rechten horizontalen Kieferastes einen stark mannsfaustgrossen Tumor. Haut über demselben überall faltbar, doch etwas infiltrirt, von meist auffällig veränderter Farbe; Tumor von prallpseudofluctuirender Consistenz, auf Druck sehr empfindlich, vom untern Rand des Kiefers deutlich abgrenzbar; Carotis hinter demselben vorbeigehend; abwärts reicht er bis zum Niveau der Schildknorpelinscission, in der Medianlinie bis zur Mitte des Zungenbeinkörpers, das stark nach links geschoben ist. Andere Drüsen-schwellungen ausser mehreren erbsen- bis haselnussgrossen weichen Knötchen hinter dem rechten Sternocleido nicht nachzuweisen. Auf der linken Seite analoge nur kleinere Schwellungen, in toto ist der Tumor nicht verschieblich. Zunge belegt, etwas cyanotisch. Zähne 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 aufsitzend einen Theil des horizontalen Kieferastes.	Lymphosarkoma submandibulare profundum.	Punktion: Entleerung von 10 cm. rothbrauner Flüssigkeit mit einigen zum Theil rötlichen zum Theil gelbmorschen Gewebsfetzen. Mikroskopische Untersuchung: Viele kleine Rundzellen und ganz grosse Kugelzellen, 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.
Stuhlmacher Christina, Magd von Rischegg, Burgdorf. 36 Jahre alt. 23. Sept. 1876.	Im Herbst 1874 bekam Patientin zur Zeit der Menses beim Treppensteigen 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. Poupert. Menses nicht alterirt. Haut über dem Tumor roth und heiss anzufühlen; Tumor beim Gehen und auf Druck schmerzhaft. Tumor änderte seine Grösse nicht und Rötze und Schmerzhaftigkeit gingen zurück, bis selbe 2 Tage vor Eintritt der Menses wieder sich einstellten und auf die Vorderfläche des Oberschenkels irradiirten, mit Eintritt der Menses jedoch wieder verschwanden. So zeigte sich bei den nächsten Menses diese Schmerzhaftigkeit wieder; war jedoch auf die Geschwulst lokalisiert; nicht mehr ausstrahlend; seitdem zeigten die Schmerzen sich nimmer — bei Eintritt der Menses — sondern nur noch bei starken Anstrengungen, um jedoch in der Ruhe wieder nachzulassen. Bis Frühling 1876 hatte der Tumor die Grösse einer Kindsfaust. Am 31. Mai 1876 bekam Patientin nach starker Anstrengung intensiv schneidende Schmerzen im Tumor; letzterer wuchs bedeutend, wurde faustgross, Haut darüber geröthet, heiss, irradirende Schmerzen auf der Vorderfläche des Oberschenkels. Der herbeigerufene Arzt hielt den Tumor für eine Hernia incarcerata und machte Taxisversuche. Nachher Jodtincturaufpinselungen und Wärme; Tumor ging zurück und ebenso die Hautröthung und Schmerzhaftigkeit. Menses normal und schmerzlos. 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 doppeltfaustgrosser 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. Poupert. 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 dilatirte Venen. Tumor sitzt mit einer etwas schmalen Basis in der Gegend des Schenkelkanals resp. foramen ovale den unterliegenden Theilen fest auf, nach abwärts schiebt er eine derbe zapfenförmige Verlängerung. Nach innen und oben findet sich ein in der Haut liegendes mit dem Haupttumor nicht zusammenhängendes bohnengrosses Knötchen. Nach aufwärts in die fossa iliaca hinein schiebt die Geschwulst, wenigstens bis in die Tiefe von 6 cm. 2 glatte derbe Fortsätze, die vom Lig. Poupert. wie eingeschnürt sind, an der Basis völlig unbeweglich. Tumor in toto ist von fester Consistenz; die stärker hervorstechenden Höcker noch von festerer Consistenz als der Haupttumor. Bimanuelle Untersuchung ergibt: Uterus in normaler Antelexion. 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 Mammillarlinie; Haut verschieblich über Mamma und Tumor; schmerzhaft auf Druck bei tiefer Inspiration. Im Juni 1877 Metastasen links an der Verbindungsstelle von Manubrium mit Corpus Stern. nach links in der Mittellinie: Pflaumengrosser harter Knoten in der linken Mamma. Gangrän der zapfenförmigen, schwärzlich-verfärbten Fortsätze; hohes Fieber 39,0; Lungen normal; Collaps 15. II.	Lymphosarkoma inguinale, dextr.	Inoperabel. Sectionsbefund. Vide pag. 29.	

Name	Diagnose	Therapie
H. 1	Hypertonie	Diät, Ruhe
H. 2	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente
H. 3	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente
H. 4	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente
H. 5	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente
H. 6	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente
H. 7	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente
H. 8	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente
H. 9	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente
H. 10	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente
H. 11	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente
H. 12	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente
H. 13	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente
H. 14	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente
H. 15	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente
H. 16	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente
H. 17	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente
H. 18	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente
H. 19	Hypertonie	Diät, Ruhe, Medikamente

Adresse, Alter, Datum des Eintritts.	Anamnestiche Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
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 kindsfaustgrosse diffuse Schwellung. Haut über derselben wenig geröthet und in Falten abhebbar; auf der Unterlage verschieblich, schmerzlos weder auf Druck, noch spontan. Wachstum 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 Aspirationspritze 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 collossalen stark kindskopfgrossen Tumor eingenommen, welche die fossa retromaxillaris ausfüllend, das Ohr läppchen emporhebt und den Kieferwinkel bedeckt; abwärts bis zur Clavicula reicht und die fossa supraclavicul. 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 Einschnitten, zum Theil von Venen herrührend. Einzelne von der Oberfläche sich erhebende Höcker zeigen eine pralle Consistenz, nirgends ein kleiner Knoten vom Haupttumor isolirbar. Auf der höchsten Höhe, besonders vom Ohre abwärts, zeigt die Haut eine diffuse bläuliche Röthung, ist hier noch in kleinen Falten abhebbar, doch weniger verschieblich, als die Spannung es erlauben würde. Oedem und Infiltration nirgends; auf Druck völlig unempfindlich. Der Sternocleid. 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 Drüsenanschwellungen. 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 minüt. Aenderung 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 collabirt. Haut über Tumor geröthet, darüber eine mit hellem Serum gefüllte Blase (Gangrän). Sectionsbefund. Vide pag. 30.
Müller Samuel, Landwirth bei Mergenthal, 49 Jahre alt, 8. October 1877.	Vor mehr als einem Jahre bemerkte Patient in der linken Leiste zufällig einige kleine Knötchen unter der Haut und auf der Unterlage verschieblich, schmerzlos; nur beim Bücken etwas schmerzhaft. Diese Knötchen wuchsen allmählig und schmolzen zu einem platten, fast kindsfaustgrossen Tumor zusammen. Auf Einreiben von Coniinsalben soll er sich verkleinert haben. Anfangs 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 Knötchen sich zu entwickeln wie links, auch symptomlos. Den ganzen Winter empfand Patient Schmerzen in der linken Schulter bis zur Hand ausstrahlend. Sonst gesund, etwas Hypochonder.	Patient bestand 1875 die Blattern und Typhus. Seit Anfangs des 60. Jahres eine linksseitige Inguinalhernie.	14. Februar. (Klinische Vorstellung). Patient hat einen kräftigen Körperbau, gut genährt, etwas blass, keine nachweisbare Erkrankung innerer Organe. Milz nicht vergrössert. In der linken Leiste, nicht ganz bis zum Lig. Poupart, hinaufreichend, so ziemlich mitten auf dem Gefässbündel sitzend, befindet sich ein halbkugelig, fast gänseeigrosser Tumor von sehr derber Consistenz (ähnlich Knorpel), leicht verschieblich in der queren, fast ganz adhärent in der Längsrichtung der Extremität. In den untern Parthien leicht in toto von der Unterlage abhebbar. Die Haut darüber vollkommen verschieblich, nicht verwachsen. Oberfläche des Tumor's leicht hökrig; zeigt nach Aussen und Oben einen derben, nach Oben nicht ganz genau zu begrenzenden Fortsatz und sitzt mit diesem der Unterlage fest auf. Nach innen und oben sitzen dem Tumor 2 kirschgrosse derbe runde Knoten auf, gegen ihn verschieblich, aber von ihm nicht abhebbar. Unter Letztem in der Tiefe eine Resistenz fühlbar, ähnlich dem beschriebenen Fortsatz. Gegen das Tuberculum pubis liegt eine bewegliche, doppelt kirschgrosse Drüse, verschieblich; ferner nach Aussen drei, gerade unter dem Lig. Poupart. 5 kirschgrosse runde bewegliche Drüsen von der Consistenz des Haupttumor's. Im kleinen Becken, vom Pecten pubis gegen die Blase hin ein ähnlicher hühnereigrosser Tumor von derselben Consistenz, nach der Mittellinie und der Tiefe hin, nicht aber gegen das Darmbein verschieblich. 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 der Fossa iliaca intern. 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 Drüsenanschwellungen 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 behufs genauer Untersuchung gemacht. Auf dem Durchschnitt zeigt sich die Drüse markig geschwellt mit einzelnen gelblichen Heerden. Vide pag. 24. Bericht von Prof. Langhans. Den 24. Entlassen als inoperabel.

VII.

N.	Adresse, Alter, Datum des Eintritts.	Anamnestiche 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 Knötchen; Haut damit nicht verwachsen; ohne Ursache entstanden; hatte später Rückenschmerzen. Unwohlsein. Bedeutendes Wachstum im Sommer; war im Herbst 1878 eigross trotz Application von Jodinctur. Im Herbst 1878 Auftreten von mehreren haselnussgrossen Knötchen in der Umgebung des Tumors, beweglich und vom Tumor isolirbar. Allgemeinbefinden gestört; keinen Appetit; keine Lust zur Arbeit. Im Winter 1878—79 wuchs der Tumor; die einzelnen Knötchen verschmolzen mit dem Haupttumor in eine Masse. Ende 1878 ähnliche Knoten, die ein langsames Wachstum zeigten, über der linken Clavicula. Im Dezember 1878 in der Tiefe der rechten Axilla ein haselnussgrosses Knötchen fühlbar; schmerzlos wie die übrigen Tumoren; wuchs jedoch rapid innerhalb einem halben Jahre zur jetzigen Grösse heran; damit entstanden im Thorax und Arm Venectasien. Seit 2 Monaten ausstrahlende Schmerzen im rechten Arm bis zum Handgelenk. Wachstum der Knoten am Halse während dem Jahre 1879; zugleich entstand ein ähnliches Knötchen in der linken Axilla. Dabei continuirliche Kräfteabnahme, Abmagerung, profuse Schweisse, Cessiren der Menses seit Herbst 1878. Seit 1 Jahre Husten mit seltenem 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. Hereditär Nichts.	17. Januar 1880. Blasses, hochgradig abgemagertes Mädchen; schwacher, jedoch regulärer Puls. Kyphoskoliose der untern Brust- und obern Lendenwirbelsäule. Linke Scapula hochstehend; medialer Rand vom Körper absteigend. Bewegungen von Arm und Schulterblatt frei. Thorax unter der linken Clavicula eingesunken. Percussion und Auscultation der Lungen — einzelne Rhonchi ausgenommen — normal; ebenso Herztöne rein. Auf der rechten Halsseite ein kindskopfgrosser Tumor vom Cucullarisrand bis zur vordern Medianlinie reichend; mit einem handbreiten, glatten Geschwulststrang in einen noch grösseren analogen Tumor in der rechten Axilla übergehend; Haut nirgends adhären, von ektatischen Venen durchzogen. Oberfläche unregelmässig und grobknollig; Consistenz prall bis derb-elastisch; letzterer auf der Unterlage beweglich, soweit die Grösse nicht hindert. Vom obern Tumor geht ein dicker unregelmässiger Zapfen aufwärts bis zum Kieferwinkel. Im Nacken eben solche haselnussgrosse Knoten, eine grössere Unabhängigkeit vom Haupttumor zeigend. Ein kleiner Zapfen füllt das Jugulum aus; Larynx bis in die Senkrechte des linken Mundwinkels verschoben. Ueber der linken Clavicula ein haselnussgrosses Paket von derben prall-elastischen zusammenhängenden Drüsenknollen; seitlich 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 Gaumenbogen stark nach der Medianlinie verschoben. Leber nicht fühlbar. Im Urin kein Eiweiss. Augenhintergrund normal. Rechts sehr starker Venenpuls auf der Papille. Mikroskopische Blutuntersuchung ergibt keine erhebliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen; die rothen zeigen keine abnormen Formen.	Lymphomata maligna colli. (Pseudo-leukaemie Milztumor. Störung des Allgemeinbefindens)	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 fortgeführt. Erträgt die Injectionen gut (täglich 3) von 20 bis 26. Seit 26. Januar Abends Fieber (39,0). Den 27. Januar stirbt Patientin, nachdem sie delirirte und Brechreiz sich eingestellt hatte. Sektionsbefund, Den 28. Januar 1880. Vide pag. 26.
15.	Alchenberger Friedrich von Summiswald (Bern). 10 Jahre alt. 16. April 1880.	Patient war, eine Quetschung des rechten Fusses ausgenommen, gesund bis in sein 6. Jahr, wo er sich durch Sturz in ein Brunnenbassin Halsweh zuzog. Auf eine Erkältung hin bei seinem ersten Ausgang wurde er unwohl; Schüttelfrost stellte sich ein und eine diffuse Schwellung 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 Schwellung wieder auf, erst links, dann rechts und wuchs stetig trotz innerlicher und äusserlicher Medication. Seit 6 Monaten änderte sich das Allgemeinbefinden; die Drüsenanschwellungen wuchsen rapider; Abmagerung und Schmerzen in den Drüsen bei Berührung stellten sich ein. Hie und da Leibesbeschwerden, zeitweise Nasenbluten, leichte Dispnoe, Nachts Fieber und Aenderung in seiner Gemüthsstimmung. Vor 6 Wochen Icterus. Seit dem 4. April beobachteten die Eltern Schwellung des Abdomens und Scrotum's. Schmerzen in letzterm bei der leisesten Berührung.	Vater und Mutter gesund. Grossmutter väterlicherseits starb an Phthisis. drei Geschwister; das jüngste davon leidet an häufigen gastrischen Störungen. Keine Drüsenanschwellungen	Patient ist ein grazil gebauter magerer Knabe von blassem, durchscheinendem Aussehen. Schleimhäute blass. Conjunctiven tiefgelb. Zunge mässig weiss, belegt. Die Seitentheile des Halses zeigen links mehr wie rechts eine unebene grobhöckerige Configuration. Links sieht man am hintern Rande des M. Sternocleidomastoid. einen untern eigrossen und einen obern kleinern bis zum Kieferwinkel reichenden Tumor; rechts fühlt man in der Fossa supraclavicularis einen wallnussgrossen Tumor von weicher elastischer Consistenz. Oberfläche derselben uneben, Haut darüber verschieblich und unverändert. Ueber den Lungen überall Pfeifen und Schnurren; rechts hinten relative Dämpfung und Bronchialathmen. Tumoren am Halse verursachen beim Athmen Stridor. In der Fossa supraclavicularis dextr. vesiculäres Inspirium; keuchendes Expirium; Fossa infrapinnat.: bronchiales Athmen. Abdomen zeigt in den abhängigen Parthien gedämpften Percussionston, der in der Mittellinie 2 Querfinger über den Nabel reicht, von hier im Bogen nach den Seiten geht. In der Seitenlage Aenderung der Dämpfungszone. Hochgradiger Ascites. Leber und Milz bedeutend vergrössert, schmerzhaft auf Druck. Urin ohne Eiweiss, spärlich. Stuhl retardirt. Rachen intact. Mikroskopische Blutuntersuchung ergibt keine wesentliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen.	Lymphomata maligna colli. (Pseudo-leukaemie 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 Gefässe, die Papille roth gequollen. Starker expiratorischer Stridor. Punctio abdominis 6 ctm. unter dem Nabel und etwas rechts Entleerung von 2280 cctm. klaren, gelben Serum's. Bauchumfang vor der Punction 82 ctm., nach derselben 71 ctm. Patient fühlte bedeutende Erleichterung. Entlassen. Weiteres Schicksal unbekannt.

VIII.

Adresse, Alter, Datum des Eintritts.	Anamnestiche Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
18. Furrer Ottilia von Meiringen (Bern), Modistin. 35 Jahre alt. 10. Aug. 1882.	13. Juli 1882. Patientin ist eine wohlgenährte, aber anämische Frau. Ueber der rechten Clavicula eine bewegliche längliche Geschwulst von 6 ctm. Breite und 10 ctm. Länge. Haut über derselben infiltrirt, geröthet; 2 Perforationsstellen von unregelmässiger Form; Oeffnung 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 Drüsenpaket und weiter aufwärts am Sternocleido rundliche, derb-elastische Drüsenknotten. Unter dem rechten Arm findet sich ein grosses Paket, zum Theil ganz von einander getrennter, jedoch verschieblicher Drüsen, hart, von unregelmässiger Form. Ein taubeneigrosser Knollen in der linken Axilla; ferner im obern Theil des linken Sternocleido und im Jugulum mehrere kleinere Drüsen. Rechte Brust etwas infiltrirt. Percussion der Lungen ergibt vorne rechts eine leichte Dämpfung. Auscultation: Fossa supraclavicul. sinistr.: scharfes Inspirium, gemischtes Exspir. Fossa infra. claviul.: scharfes In- und Exspirium, mehr nach unten gemischtes Inspirium, nach Aussen rechts vesiculäres Athmen und saccadirtes Inspirium. Rechts die gleichen auscultat. Verhältnisse. Hinten keine merkbare Schalldifferenz zwischen beiden Seiten. Auscultation in den obern Parthien rauhes Inspirium, in den untern schnaubende Respiration und hie 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 incarcerata. 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 befiel Patientin Husten mit Auswurf grauer runder (geballter) Sputa; nahm Chinawein und machte in Weissenburg eine 3 wöchentliche Cur. Seit dieser Zeit datirt sie das Wachsthum des Tumors und das Auftreten eines zweiten ähnlichen Tumors in der Nähe des Erstern. Zu gleicher Zeit bildete sich eine Geschwulst in der rechten Axilla, die schmerzhaft 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 Trigemini; wurde dyspnoetisch, hat Husten ohne Auswurf, ermüdet leicht. Bedeutende Zunahme im Wachsthum der Tumoren. Frische Tumoren in der rechten Halsseite hinter dem M. Sternocleido. 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 schmerzhaft, Haut geröthet und es entlerte sich Eiter und Blut. Wurde behufs Operation in die „Insel“ geschickt. B. Den 14. October 1882. Abends 7 Uhr wurde Patientin in einem Anfalle 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 solche von Anfällen gehabt. Hustet fortwährend. Gegen die Anfälle Kal. bromat. Um 10 $\frac{1}{4}$ Uhr den 15. October bekam sie wieder einen Anfall, wurde asphyktisch; Einleitung von künstlicher Athmung; Tracheotomie, jedoch ohne Wirkung. Gesicht cyanotisch, Puls klein, unregelmässig und frequent, über 150 Schläge. Exitus letalis, 14. October 1882. 7 Uhr Abends.	Lymphomata maligna colli. (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. Sectionsbericht 16. October 1882. Vide pag. 27.
Wiedereintritt den 14. October 1882.					

IX.

N.	Adresse, Alter, Datum des Eintritts.	Anamnestiche Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
17.	Jullerat Jules, Knecht von Rebevilier in Pruntrut. 23 Jahre alt. 11. Januar 1883.	Patient war in seiner ganzen Jugend gesund. Im Oktober 1881 fiel Patient von einem Omnibus, luxirte die Hand und bekam eine Wunde an der rechten Wange, unterhalb des äusseren Augenwinkels. Schmerzen waren intensiv und nach 3 Wochen die Wunde geheilt. Im August 1882 merkte Patient auf der äusseren rechten Halsseite eine nussgrosse Geschwulst, beim Berühren schmerzhaft, 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 aufsitzend. Im September machte Patient einen 3 wöchentlichen Militärdienst; fühlte damals spontane Schmerzen im ganzen Kopfe, die in den letzten 3 Tagen continuirlich auftraten. Schmerzen im Tumor nur bei Kopfbewegungen. Wachstum 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 Wachstum der Geschwulst nach dem Ohre hin. Ende November Schmerzen in der rechten Fossa supraclavicul. beim Heben des rechten Armes zur Horizontalen. Im Dezember Geschwulst schmerzhafter auf Druck und Schmerzen im rechten Unterkiefergelenke, beim Oeffnen des Mundes. Keine Schluck- und Athmungsbeschwerden.	Vater an Phthise gestorben; der Bruderebenfalls.	19. Januar 1883. Kräftiger junger Mann mit wohlgebildetem Thorax. In beiden Leisten und beiden Axillae multiple, kleine derb-elastische Drüenschwellungen. Dicht oberhalb des Schlüsselbeins keine Drüsen. Links dagegen hinter dem Sternocleido, im oberen Mittel des Sternoclaviculardreiecks eine kleine haselnussgrosse derbe Geschwulst, mit dem obern Ende bis zum Process mastoid. hinaufreichend, unten und besonders hinter der obern Hälfte des rechten Sternocleido eine eiförmige 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 Tumor's erstrecken sich 2 derbe Bindegewebsstränge gegen den äusseren und den innern Drittel der Clavicula; im erstern findet sich nahe der Geschwulst eine derbe haselnussgrosse Lymphdrüse. Sonst keine Nacken- und Cubitaldrüsen zu fühlen.	Typisches Lymphosarkoma 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 Künz bei Bern. Fülzerin. 19 Jahre alt.	Patientin stammt aus gesunder Familie, als Kind stets gesund, mit dem 15 Jahre menstruirt. Patientin will unter dem rechten Unterkiefer 2 Drüsen gehabt haben, die jetzt nicht mehr zu constatiren sind. Die linksseitige 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 schmerzhaft, besonders in der Nacht. Schmerzen lancinirend. Keine Athmungs-, Schluck- oder Ohrbeschwerden. Auf Punktion entleerte sich ein dicker Eiter (?). Seit 5 Monaten nicht mehr menstruirt, sonst gesund, nicht abgemagert.		3. November 1883. Auf der linken Halsseite 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 geröthet, ist nicht faltbar. M. Sternocleido in der Geschwulst verwachsen. Keine Hervorwölbung des Tumor's im Munde. Consistenz derb. Brust- und Bauchorgane normal. Am übrigen Körper keine Drüenschwellungen.	Lymphosarkoma colli dextr. I. Recidiv II. "	Excision 5. November 1883 unter Ligatur der Carotis interna, Vena jugul. intern.; Durchschneidung des N. facialis (unterer Ast) anscheinend sehr sauber herauspräparirt. Läsion des N. Hypoglossus, des N. accessorius und untern Facialisastes. Den 20. Juni 1884 Excision eines I. Recidives am linken Halse in der frühern Excisionswunde. Innerlich Solut. Fowler. Behandlung ambulatorisch. Wundverlauf normal. Linksseitige Paralyse des untern Facialisastes. Zunge devürt 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 gebar sie einen gesunden kräftigen Knaben. II. Recidiv. Auftreten von Recidivknoten in der Gegend des linken Parotis und ausserhalb des untern Mundwinkels; leichte Athembeschwerden. Weiteres nicht bekannt. Entlassen den 10. Juli 1884. Patientin starb im August 1884 an Blutungen im Spital.

Adresse, Alter, Datum des Eintritts.	Anamnestiche Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
Messeri Anna Elisa von und zu Seftigen. Magd. 30 Jahre alt. 29. März 1884.	Patientin war mit 19 Jahren menstruirt, 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 eitrigem Sputis; fühlte Schmerzen auf der linken Seite, die bis zur linken Achselhöhle ausstrahlten. Im November 1883 fühlte sie einen ovalen, harten, leicht verschieblichen Tumor über der Grenze zwischen vordem und mittlerem Drittel der Clavicula links; der beständig unter Kataplasmen wuchs. Seit 3 Wochen exacerbirten 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. Hökriige Geschwulst über der linken Clavicula. Hervorwölkung und Pulsiren der linken obern Thoraxseite. Dämpfung des Percussionsschalles in der ganzen Ausdehnung der linken Thoraxhälfte. Geringe Fieberbewegung. Keine Compressionsercheinungen, ganz abgesehen von der linken Lunge. Parese des linken Recurrens. Abductions- und Adductions- und Rotationsparese 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 adhärent und ausgedehnte Mediastinal-tumoren.	Entlassen den 19. Mai 1884. Inoperabel.
Kaufmann Joseph von Zacheltmatt. 7 Jahre alt. 23. April 1884.	Patient will immer gesund gewesen sein. Vor 1 Jahr bestand der Knabe Scarlatina und zu gleicher Zeit eine Parotitis. Nachdem diese geheilt war, merkte der Knabe eine erbsengrosse Geschwulst unterhalb dem rechten Ohre am Halse, leicht beweglich, stetig ohne Beschwerden wachsend. In letzter Zeit schnelleres Wachthum. Keine Schluck- und Athembeschwerden. Haut abhebbbar über dem Tumor. Trachea und Larynx nach links verschoben; keine Struma; nirgends Drüenschwellungen.	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 adhärent, an einigen Stellen weniger faltbar, als normal. Einige Venectasien. Tumor besteht aus kleinern und grössern Knollen, von weich-derb-elastischer Consistenz; erstreckt sich vom Ohrfläppchen 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 kleinern Knollen von weich-elastischer, die grössern von derb-elastischer Consistenz. Auf Druck nicht schmerzhaft; einzelne Knollen gegeneinander verschieblich. Am übrigen Körper keine Drüenschwellungen. 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.
Schneidger Gottlieb von Hutwyl. 37 Jahre alt. 10. Juni 1884.	Nothfall. Patient war gesund bis Anfangs April dieses Jahres. Rechtseitige Leistenhernie; ohne Beschwerden. Anfangs 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 schmerzhaft; 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 schmerzhaft; auf der Brust nichts besonderes. Blase bis 2 Finger unter den Nabel reichend. Zunge belegt. Scrotum sehr stark geschwollen, ödematös, Haut teigig. Haut des Penis ödematös. Druck auf Scrotalhaut schmerzhaft. Beide Hoden fühlbar. Rechtes Bein stark geschwollen in Auswärtsrotation. Haut in der Leistengegend blauroth verfärbt, an einer Stelle schwarz; dabei eine kleine ulcerirte Stelle; teigig, auf Fingerdruck bleibt der Eindruck lange bestehen; auf Druck sehr empfindlich, ebenso die eitrig ödematöse Haut des Beines und Fusses. Sehr starke spontane Schmerzen in beiden Füssen bis zur Leiste. Das linke Bein, welches früher nie geschwollen war, beginnt Oedem 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 Thyroideallappen zeigt einen stark nussgrossen Knoten von hökriger 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 (Göitre pharyngea) und beim Schlucken sich hebend. Oberhalb derselben fühlt man Trachealringe. Kyphose der untern Hals- und obern 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.

Handwritten text at the top of the page, possibly a title or header.

Main body of handwritten text, organized into columns. The text is dense and appears to be a detailed record or ledger.

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.
12.	K. S. von Madis- wyl. 39 Jahre alt. 2. Juni 1876.	Seit Neujahr 1876 will Patient unter der Mitte des rechten Unterkieferrandes einen „Knoten“ (Knoten) bemerkt haben; anfangs beweglich. Seit 4 Wochen begann der Tumor an zu wachsen; auch etwas schmerzhaft. Seit letzte Woche bedeutendes Wachstum mit Schmerzhaftigkeit.	Vater des Patienten lebt noch, Mutter gestorben 71 Jahre alt; litt an Magenkrämpfen. Zwei Geschwister hatten Drüsen-schwellungen, die jedoch wieder ver-schwan-den.	Tumor reicht nach vorne bis zur Mitte des rechten Unterkieferrandes; nach oben bis zum Process mastoid.; nach hinten bis über den hintern 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 palpieren. 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. Drüsen-schwellungen 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 untern Drittel des Sternocleid, 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.	Lympho-sarkoma colli dextr.	Excision. Ligatur der Carotis interna und V. jugular communis. Wundverlauf — ausser Schmerzhaftigkeit im obern Mundwinkel und übelriechendem Wundsekret bis zum 18. Juli — bietet nichts Abnormes. Am 28. Juli colossale 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 erbsen-grosse 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.
13.	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 Acnepusteln. Am Halse colossale Drüsen-schwellungen 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 verdickt, 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. sub-maxill. nicht geschwellt. In der rechten Axilla ein eigrosser 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 Milzdämpfung. Am Herzen über allen Ostien anämische Geräusche.	Lympho-mata 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 tuberkelähnlichen Gebilde. 13. Februar Patient nimmt 30 gutt. Solut. Fowler. p. die. 20. Februar Patient nimmt 60 gutt. p. die. Halstumor an Umfang etwas abgenommen. 16. März entlassen, nachdem die Wunde durch Explorativ-excision geheilt. 20. April. Drüsen am Halse erheblich zurückgebildet. Consistenz der vorhandenen Drüsenpakete derb. In beiden Axillae Drüsen zu fühlen. In den Leisten kleine multiple Drüsen-schwellungen. 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.

Adresse, Nr. Alter, Datum des Eintritts.	Anamnestiche Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
24. W. S. G. Hennmoos. Kleinwangen Kt. Luzern. 29 Jahre alt. Juni 1882.	<p>A.</p> <p>Patient litt immer an Drüsen am Halse seit frühester Jugend; bestund 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.</p> <p>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.</p> <p>4. Juli 1883. Patient bemerkt seit einem Monat auf der linken Seite des Halses eine grössere Drüse, ebenso mehrere kleinere rechts. Patient sonst wohl.</p> <p>D.</p> <p>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>	<p>Vater gesund. Mutter starb an Magenkrebs. 52 Jahre alt. Geschwister gesund.</p>	<p>A.</p> <p>Patient kräftiger Mann von gesundem Aussehen. Schleimhäute leicht anämisch. Puls gut und regelmässig. An beiden Kieferwinkeln, nicht ganz bis zum Process. mastoid. reichend, vom obern Theil des Sternocleido bedeckt, 3 grosse Drüsenpakete, links apfel- rechts eigross; von sehr derber Consistenz; unregelmässiger knolliger Oberfläche. Drüsen in eine 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 Drüsen-schwellungen. Brustorgane normal.</p> <p>B.</p> <p>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. Drüsen-schwellungen sind nur unter der Fossa supraclavicular. 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.</p> <p>Patient zeigt auf der rechten Seite unterhalb des Process. mastoid. eine leichte Anschwellung. Die Narbe linear, beweglich. Unter dem untern Theil der linken Narbe einige unregelmässige Drüsen, ebenso hinten am Sternocleido einige kleine, mobile Drüsen. II. Recidiv.</p> <p>D.</p> <p>4. Oktober 1883. Patient hält den Kopf etwas nach vorne. Rechter Cucullaris erscheint dünner als der linke. Schultern gut hebbar. Sternocleido contrahirt sich beidseits. Narben beweglich, linear. Rechts am obern 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, halbwallnussgross, 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 ektsirt; beidseits Stauungspapillen. III. Recidiv.</p>	<p>Doppel-seitige körnige Lymphome (stellten sich als Lymphosarkome heraus.)</p> <p>Sarcom (primäres) der Gland. cervical. (harte Form). Recidiv nach Operation auf beiden Seiten u. Metastasen in den Ossa parietalia.</p>	<p>14. Juni. Excision mit Chlorzink und Bismuth 10%. Secundärnaht unter Chloroform-narcose, beiderseits am Halse. Anatom. Befund: Vide pag. 25. Ordination an den Patienten: Solut. Fowler. 3 mal 3 gutt p. die, bis 3 mal 10 gutt. Wundverlauf normal. Patient wurde 26. Juni entlassen. 26. Juli 1882: Narben schön, linear, verschieblich. Unter beiden Sternocleido 2 Pakete von Drüsen, links taubeneigross, rechts kleiner. Drüsen unregelmässig, grobhöckrig, sehr derb, beweglich wie die frühern. I. Recidiv. Solut. Fowler. innerlich.</p> <p>10. Januar 1883. II. Excision. Recidives Lymphosarcom des Halses (beidseitig.) Durch-schnitt durch die gänseeigrosse Drüse zeigt in der Mitte einen Eiterherd; ringsum lappiges 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 Lymphom durum sarcomatos. coli (sin. et. dextr.) Heilung per primam. Linkseitige Stimmband-lähmung. Bei der Operation wurde weder von N. vagus noch Recurrens etwas gesehen. Durch-schnitt 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>

W. E. D. 11
1. The first of the series of papers presented at the meeting of the American Medical Association at the Hotel Hamilton, Chicago, Illinois, on the 15th of June, 1917, was by Dr. J. H. H. [Name], of [Location]. The paper was entitled, "The [Topic] of [Subject] in the [Field] of [Discipline]". The author presented a series of [Number] experiments, the results of which were [Description]. The author concluded that [Conclusion].

2. The second paper was presented by Dr. [Name], of [Location]. The paper was entitled, "The [Topic] of [Subject] in the [Field] of [Discipline]". The author presented a series of [Number] experiments, the results of which were [Description]. The author concluded that [Conclusion].

3. The third paper was presented by Dr. [Name], of [Location]. The paper was entitled, "The [Topic] of [Subject] in the [Field] of [Discipline]". The author presented a series of [Number] experiments, the results of which were [Description]. The author concluded that [Conclusion].

4. The fourth paper was presented by Dr. [Name], of [Location]. The paper was entitled, "The [Topic] of [Subject] in the [Field] of [Discipline]". The author presented a series of [Number] experiments, the results of which were [Description]. The author concluded that [Conclusion].

5. The fifth paper was presented by Dr. [Name], of [Location]. The paper was entitled, "The [Topic] of [Subject] in the [Field] of [Discipline]". The author presented a series of [Number] experiments, the results of which were [Description]. The author concluded that [Conclusion].

6. The sixth paper was presented by Dr. [Name], of [Location]. The paper was entitled, "The [Topic] of [Subject] in the [Field] of [Discipline]". The author presented a series of [Number] experiments, the results of which were [Description]. The author concluded that [Conclusion].

7. The seventh paper was presented by Dr. [Name], of [Location]. The paper was entitled, "The [Topic] of [Subject] in the [Field] of [Discipline]". The author presented a series of [Number] experiments, the results of which were [Description]. The author concluded that [Conclusion].

8. The eighth paper was presented by Dr. [Name], of [Location]. The paper was entitled, "The [Topic] of [Subject] in the [Field] of [Discipline]". The author presented a series of [Number] experiments, the results of which were [Description]. The author concluded that [Conclusion].

9. The ninth paper was presented by Dr. [Name], of [Location]. The paper was entitled, "The [Topic] of [Subject] in the [Field] of [Discipline]". The author presented a series of [Number] experiments, the results of which were [Description]. The author concluded that [Conclusion].

10. The tenth paper was presented by Dr. [Name], of [Location]. The paper was entitled, "The [Topic] of [Subject] in the [Field] of [Discipline]". The author presented a series of [Number] experiments, the results of which were [Description]. The author concluded that [Conclusion].

11. The eleventh paper was presented by Dr. [Name], of [Location]. The paper was entitled, "The [Topic] of [Subject] in the [Field] of [Discipline]". The author presented a series of [Number] experiments, the results of which were [Description]. The author concluded that [Conclusion].

12. The twelfth paper was presented by Dr. [Name], of [Location]. The paper was entitled, "The [Topic] of [Subject] in the [Field] of [Discipline]". The author presented a series of [Number] experiments, the results of which were [Description]. The author concluded that [Conclusion].

13. The thirteenth paper was presented by Dr. [Name], of [Location]. The paper was entitled, "The [Topic] of [Subject] in the [Field] of [Discipline]". The author presented a series of [Number] experiments, the results of which were [Description]. The author concluded that [Conclusion].

14. The fourteenth paper was presented by Dr. [Name], of [Location]. The paper was entitled, "The [Topic] of [Subject] in the [Field] of [Discipline]". The author presented a series of [Number] experiments, the results of which were [Description]. The author concluded that [Conclusion].

15. The fifteenth paper was presented by Dr. [Name], of [Location]. The paper was entitled, "The [Topic] of [Subject] in the [Field] of [Discipline]". The author presented a series of [Number] experiments, the results of which were [Description]. The author concluded that [Conclusion].

XIII.

Adresse, Alter, Datum des Eintritts.	Anamnestiche Notizen.	Heredität.	Status beim Eintritt.	Diagnose.	Therapie und weiterer Verlauf.
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 irradiirten nach ein Paar Wochen nach der Clavicula hinaus. Seit einem Monat erschwertes Oeffnen des Mundes. Seit einigen Wochen dumpfe Kopfschmerzen. Die ausstrahlenden Schmerzen Nachts 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 apfelgrosse, 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 Process. mastoid. ziemlich starkes Oedem. Sternocleido nach unten emporgehoben; gespannt, offenbar erheblich verwachsen. Larynx frei beweglich. Rechte Mandelgegend etwas vorgewölbt. Vom Rachen aus der Tumor deutlich zu fühlen. Schleimhaut des Rachens, Gaumens und der Mandeln nicht verändert.	Lympho-sarkoma colli dextr. bis zur Basis cranii sich erstreckend.	2. Juni 1883. Exeision. Vide pag. 40. Durchschnitt durch den Tumor ergibt: fasrige speckige Beschaffenheit, Farbe grauweiss und an verschiedenen Stellen gelblich mit geradezu derb käsigen 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 Hebermuskeln des rechten Schulterblattes. Sehr schöne Heilung. Patient den 18. Juli entlassen mit schön granulirender Wunde. Ob Recidiv eingetreten, konnte nicht eruirt werden.

The present is a very interesting
document, and it is very
interesting to see the
present state of the
country. The present
state of the country
is very interesting
and it is very
interesting to see
the present state
of the country.

