

weitigen Veränderungen, keine Atrophie oder Perforation. Auch kein Carcinom weder aussen noch innen vom Knochen zu finden. Die mikroskopische Untersuchung eines Querschliffs ergab die gewöhnlichen intermediären Lamellen und Querschnitte der Haversischen Kanäle.

Bezüglich der Aetiologie ist der Fall wegen des ziemlich vorgeschrittenen Alters bemerkbar; ob durch das oben angeführte Trauma vor 20 Jahren der erste Impuls zu der sich entwickelnden Störung gegeben worden, ist mir unwahrscheinlich. Syphilis konnte nicht constatirt werden, trotz der sorgfältigsten Untersuchung.

Was die Therapie anbetrifft, so wurde Kal. hydrojod. erfolglos gegeben im Beginne; Resection oder Abtragung der Geschwulst wäre ein sehr gewagter Versuch gewesen.

3.

Angeborenes Lymphangioma cavernosum cysticum bei einem 1 Jahr 5 Monate alten Kinde.

Mitgetheilt von Dr. Reichel,
dirigirendem Arzte des Augusten-Kinder-Hospitals zu Breslau.

Arthur Wendtland, 1 Jahr 5 Monate alt, Tapezierersohn, zweites Kind gesunder Eltern, zeigte eine angeborene Geschwulst von der Grösse eines Taubeneies und härtlicher Consistenz, die linkerseits am Damm in unmittelbarer Nähe des Scrotum sass. Die zuerst befragte Hebamme legte gar kein Gewicht darauf; ebenso wenig interessirten sich die zuerst zu Rathe gezogenen Aerzte dafür, so dass die Geschwulstmasse Zeit gewann, sich mächtig zu entwickeln. Als ich das Kind im Alter von 1 Jahr 5 Monaten zuerst sah, war die Geschwulst bereits zur Grösse eines kleinen Kindskopfes herangewachsen und erstreckte sich vom Scrotum linkerseits dem Damm aufsitzend bis hinter den After, die Hauptmasse nach dem Tuber ischii sinistrum entsendend, so dass das Kind aussah als hätte es 3 Hinterbacken, die ihm aber leider in ihrem Ueberflusse das Sitzen unmöglich machten. Der primäre Theil der Geschwulst war immer noch härtlich anzufühlen und wenig gewachsen, während der Nachwuchs wie eine zweite Abtheilung der Geschwulst mehr lipomatös oder cystös anzufühlen war und die eigentliche Hauptmasse bildete. Mit dem Rückenmark schien die Geschwulst nicht zusammenzuhängen, obwohl ein untrüglicher Beweis hierfür nicht zu liefern war. Das Kind war sonst gesund, ass, trank und zeigte auch im Uebrigen normale Functionen. Ich hielt die Geschwulst für eine Cyste und versuchte demnach am 3. September 1868 die erste Punction; dieselbe ergab vielleicht 15 bis 20 Tropfen einer serösen Flüssigkeit, dann aber folgte trotz alles Drückens und Knetens der Geschwulst Nichts mehr. — Ich war also in meinen Erwartungen getäuscht; tröstete mich aber mit dem Glauben, dass es vielleicht eine vielkammerige Cyste sei. Indess schien es mir ein eitles Unternehmer, jede einzelne Cyste zu entleeren, daher entschloss ich mich für Injectionen

mit Tinctura jodi, um entweder resorbirend zu wirken oder die Geschwulst in toto in Entzündung zu versetzen. Den ganzen September spritzte ich beinahe täglich theils verdünnte, theils reine Jodtinctur, ja schliesslich reines Chloroform ein, ohne nur eine Spur von Erfolg zu erzielen, ja es trat kaum eine entzündliche Reaction ein. Auch das Durchziehen von theils seidenen, theils baumwollenen Fäden erregte nur eine beschränkte Entzündung und Eiterung. Es blieb also bei dieser Zähigkeit des Tumors nur noch die vollständige Entfernung desselben auf operativem Wege übrig. Dieselbe geschah dann auch am 15. November mit der galvanokautischen Schneideschlinge; leider wurde dadurch nur der prominente Theil des Tumors entfernt, während der eigentliche Grundstock noch in der Tiefe sitzen blieb. Das abgetragene Stück documentirte sich makroskopisch als ein Conglomerat von grösseren und kleineren cystösen Räumen mit dazwischen gelagertem Fett- und Bindegewebe. Die von Prof. Dr. Waldeyer angestellte mikroskopische Untersuchung der Geschwulst folgt weiter unten.

Die ersten Tage nach der Operation befand sich das Kind recht wohl: ass, trank und schlief ganz gut. Auf die ziemlich grosse Wundfläche wurden nur kalte Umschläge applicirt. Dadurch jedoch, dass der Aster eigentlich mit in das Bereich der Wundfläche gehörte, wurde dieselbe trotz aller Sorgfalt andauernd verunreinigt. Ohne dass es zu einer eigentlichen Eiterung kam, starb das Kind am 28. November an den Erscheinungen von Hydrämie und acutem Lungenödem.

Bei der 12 Stunden post mortem angestellten Section entfernte ich den noch zurückgebliebenen Theil der Geschwulst. Derselbe reichte nach vorn bis an die Symphysis ossium pubis, nach hinten bis in die unmittelbare Nähe des Mastdarms, seitlich bis in die Tiefe der äusseren Becken- und Oberschenkelmusculatur, zeigte aber durchaus keine Verbindung weder mit irgend einem Knochen noch mit dem Rückenmark.

Mikroskopisch bestanden nach der Untersuchung des Herrn Prof. Dr. Waldeyer die beiden Stücke der Geschwulst zum grössten Theil aus der normalen Cutis mit darunter liegendem etwa zolldicken Fettbindegewebspolster. Die Fettträubchen zeigten sich jedoch nur wenig entwickelt; das interstitielle Bindegewebe trat mehr hervor und bildete stellenweise ziemlich feste, jedoch immer noch elastisch-nachgiebige Massen. An Stelle der Fettträubchen sah man einzelne, meist erbsengrosse klare Cysten mit dünnen Wandungen in den Bindegewebsmaschen liegen, die auf leichten Druck stark hervortraten, gleichsam prolabilten. In dem grösseren Hautstück erreichte eine der Cysten beinahe den Umfang einer Wallnuss. Die kleinsten erschienen wie stecknadelkopfgrosse wasserklare Perlen.

Eine mittelst Einstich versuchte Injection füllte mehrere der grösseren und kleineren cystischen Räume, so dass eine Communication derselben unter einander so wie mit lymphatischen Lücken im Bindegewebe angenommen werden dürfte. Beim Anschneiden entleerte sich eine vollkommen klare, leicht klebrige Flüssigkeit von schwach alkalischer Reaction, die an der Luft bald zu einer schönen, ziemlich consistenten Gallerte gerann; die Gerinnung wurde durch leichtes Ansäuern (*Ac.*) beschleunigt. Das Mikroskop zeigte neben vereinzelten rothen Blutscheiben und geringen Mengen feinkörnigen Gerinnsels nur amöboide Körperchen in mässiger Menge, durchaus von der Beschaffenheit gewöhnlicher Lymphkörperchen. Die Cysten

selbst zeigten sich, auch die kleineren, bei der Entleerung aus mehreren unter einander communicirenden Fächern zusammengesetzt. Ihre Wandungen bestanden nur aus fibrillärem Bindegewebe; an der Innenfläche trat nach Behandlung mit Silbernitratlösung die characteristische Zeichnung eines sehr schönen lymphatischen Endothels mit voller Schärfe hervor.

In den compacteren Bindegewebsanhäufungen, die jedoch niemals den Charakter gewöhnlicher verdickter Bindegewebssüge verläugneten, fanden sich nach Erhärtung in Alkohol kleinere unregelmässig geformte cystische Räume und längere spaltförmige, hier und da erweiterte Lücken, die mit körnigem Gerinnsel und denselben lymphatischen Zellen sich angefüllt zeigten, wie sie auch aus den grösseren Cysten frisch erhalten wurden. Spuren irgend welcher anderen Neubildung liessen sich nicht constatiren.

Nach dem Vorhergehenden unterliegt es wohl keinem Zweifel, dass die Geschwulst in das Gebiet der Lymphangiome zu stellen ist. Prof. Dr. Waldeyer möchte sie am liebsten als „Lymphangioma cavernosum cysticum“ bezeichnen.

Besonders interessant wird die Geschwulst durch ihre congenitale Entwicklung und ihrem Sitz in einer für angeborne Cystengeschwülste so zu sagen klassischen Gegend. Vielleicht dürften mehrere der congenitalen cystischen Tumoren dieser Region, über deren Ursprung noch so manches Dunkel liegt, hierher zu rechnen sein.

4.

Ist es gut, Brustkranke auf die Berge zu schicken?

Von F. A. v. Hartsen, z. Z. in Cannes.

Als Director eines grossen Hospitales — ich meine die eigene stoffliche Hülle — habe ich manche Beobachtung über Schwindsucht gemacht. Unter meinen Beobachtungen nun gibt es eine, die ich, im Interesse der leidenden Menschheit, gern auch in dieser Zeitschrift veröffentlichen möchte.

Im Mai 1860 reiste ich mit einer jungen Dame — die ebenfalls an beträchtlicher Infiltration der Lungen litt — von Cannes nach St. Dalmas di Tenda (2000 Fuss und mehr über dem Meere). Kaum waren wir hier angekommen, so fühlten wir eine solche Abgespanntheit, dass wir uns fast nicht bewegen konnten; Treppensteigen war für mich eine Folter, und an Geistesarbeit war nicht zu denken! Unser Zustand war dergestalt, dass wir in wenigen Wochen uns genötigt sahen, diesen Ort zu verlassen. Wir gingen über den Berg Col di Tenda mit der Absicht, nach der Schweiz zu reisen. Erstaunlich! ... Schon in Turin fühlten wir uns wie neugeboren!

Diese Erscheinungen nun meine ich bestimmt aus dem Wechsel der Erhöhung erklären zu müssen, um so mehr, weil ich einmal in Thun (Schweiz) dieselbe Abgeschlagenheit empfunden hatte.