

die von Dupuytren¹⁾, Morel Lavallé²⁾ und Degranges³⁾ beobachteten Fälle „multipler Exostosen“ werden hierher zu stellen sein. Sicher gehört zu unserer Gruppe der von Boeckel⁴⁾ genauer beschriebene Fall.

Es erscheint danach völlig berechtigt, diese multiple Exost. cartilag. scharf zu trennen von allen jenen sog. „Exostosen“, welche als einfache Verknöcherungen von Muskelansätzen und Ligamenten oft gefunden werden und nach den Untersuchungen von Virchow u. A. direct durch Umwandlung des Bindegewebes in Knochen entstehen.

2.

Ein Fall von multiplem Hautcarcinom.

Von Dr. Alexander Röseler, pract. Arzt in Berlin.

(Hierzu Taf. XI—XII.)

Der Fall, über welchen ich in Nachstehendem berichten werde, beansprucht in mehr als einer Hinsicht unser Interesse.

In anatomischer Beziehung ist er so phänomenal, dass es schwer ist, ihn anschaulich zu beschreiben. Ich habe deshalb schon bei Lebzeiten der Patientin eine genaue bildliche Aufnahme veranlasst und ich bin Herrn Dworczaczek zu grossem Danke verpflichtet, dass er mit seltener Ausdauer und nicht geringer Mühewaltung ein vorzügliches Conterfei nach dem Leben hergestellt hat. Ohne diese künstlerische Beigabe würde es mir fast unmöglich sein, eine genaue Vorstellung von dem wahrhaft horrenden Charakter der Erkrankung zu erwecken: Die ganze Körperoberfläche glich der Relief-Karte einer gebirgigen Gegend. Im Hinblick auf diese bildliche Darstellung, die von Herrn Schütze in Chromolithographie vortrefflich wiedergegeben ist, kann ich auf eine weitere Beschreibung des Falles verzichten.

Ich habe ähnliche excessive Fälle von multiplem Hautcarcinom weder bei dem Einblick in die betreffende Literatur noch mündlich von gut Unterrichteten in Erfahrung bringen können.

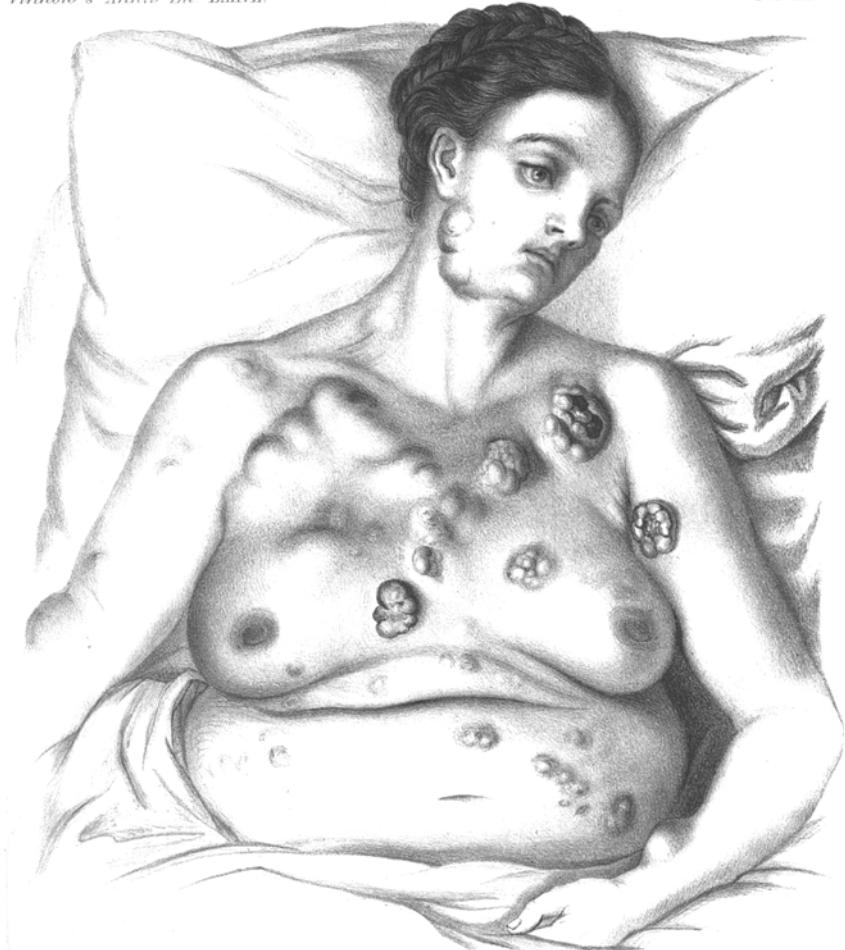
Der klinische Verlauf war nicht minder merkwürdig. Ohne die Spur einer primären, spezifischen Affection, entwickelte sich innerhalb eines starken Panniculus das erwähnte Leiden, wobei zu bemerken ist, dass Patientin vorher wiederholentlich genau untersucht wurde, da dieselbe wegen anderer Beschwerden schon 2 Jahre vor der in Frage kommenden Affection fast unausgesetzt meine Hülfe in Anspruch genommen hatte.

Die Dissemination der Krebsknoten erfolgte ungeheuer rapide und reichlich; von der ersten Beobachtung der Knötchen bis zum charakteristischen Durchbruch durch die Haut verstrich etwa ein viertel Jahr, von da ab bis zum Tode ungefähr dieselbe Zeit. Es sei hier der Ort, die Lebensgeschichte der Patientin einzuschalten.

¹⁾ u. ²⁾ O. Weber, l. c. Beob. 77 u. 78. S. 42.

³⁾ Jahresber. von Virchow-Hirsch 1872. Bd. I.

⁴⁾ Jahresber. von Virchow-Hirsch 1868. S. 373.



Zwei Fälle von
Eosinophilie und Schleimdrüsenkrankheit

Die Eosinophile Cyste. Nach Dr. G. Körber.

Geboren 1830 verlor sie im 5. Jahre ihren Vater, der sich sonst einer guten Gesundheit erfreute, an der Cholera; 2 Jahre später starb ihre Mutter, die mehrere Jahre hindurch kränklich und leidend gewesen sein soll, dieselbe erreichte ein Alter von 35 Jahren.

Sie kam hierauf in das Waisenhaus, wo sie grösstenteils auf der Krankenstation geblieben ist. Sie wurde viel gebadet, vermutlich mit Seesalz, und bekam viel Milch zu trinken.

Es wird ferner berichtet, dass sie am Unterleibe geschröpfte wurde und dass sie die leichteste Arbeit nicht verrichten konnte.

Im 18. Jahre litt sie 3 Monate lang am kalten Fieber, ein Jahr später soll sie die „Gelbsucht“ gehabt haben und wurde im Krankenhouse behandelt, wo sie ausnahmsweise viel Milch trinken musste.

Um diese Zeit begann eine leichte Verbiegung der Wirbelsäule ohne sonderliche Schmerzen, die später nach jeder Entbindung nur unbedeutend zunahm.

Im 20. Jahre verheirathete sie sich, wurde ein Jahr später von einem Knaben entbunden, der sehr blutarm war und im 14. Jahre nach nur 3 tägigen Kranksein am Gehirnschlage starb. Nach einer Pause von $1\frac{1}{2}$ Jahren gebar sie ein Mädchen, das in Folge von Rachitis erst im 4. Jahre gehen lernte; dieselbe ist jetzt 25 Jahre alt, von schlanker Figur und leidendem Aussehen; 2 Knaben die später geboren wurden, im Alter von 23 und 17 Jahren, sind kräftig und gesund. Ein stark hydrocephalisch Kind mit stark verkrümmten Extremitäten starb im 3. Lebensjahr.

Im Ganzen wurde Patientin 7 Mal entbunden.

Bei ihrer 4 Jahre älteren Schwester entwickelte sich nach den Pubertätsjahren eine leichte Verkrümmung der Wirbelsäule, dieselbe hat indess nie über Schmerzen geklagt, war immer gesund, hatte gesunde Kinder und starb plötzlich im Alter von 40 Jahren.

In ärztlicher Behandlung war Patientin vorzugsweise, wenn nicht ausschliesslich, wegen Beschwerden im Unterleibe, die sie sich nach einer schweren Entbindung im 36. Jahre zugezogen haben wollte. Als dieselbe in meine Behandlung kam, war sie eine stattliche Erscheinung, keineswegs mangelhaft ernährt, der Gesichtsausdruck etwas leidend, die rechte Hüfte nach hinten und oben verzogen, die untersten Lendenwirbel nach links und hinten gebogen, der Leib nicht schmerhaft, in der Nabelhöhe 114 Cm. im Umfange; ein Tumor war wegen des starken Panniculus nicht durchzufühlen. Ich fand bei innerer Untersuchung die Portio, in Folge einer chronischen cervicalen Endometritis geschwollen, den Uterus stark retrovertirt, nicht schmerhaft, für die Sonde leicht durchgängig und beinahe 11 Cm. lang, vermutlich durch mangelhafte Involution im Wochenbett.

Es galt hinsichtlich der Therapie, die cervicale Endometritis zu beseitigen, sowie der starken, häufig wiederkehrenden Metrorrhagie, Herr zu werden.

Ersteres geschah durch Einlegen von Stiften aus Cacaobutter und Kupfervitriol und Ausspülungen mit Holzessig.

Das Letztere wurde erreicht durch Einführen von Stiften aus Cacaobutter und Ferr. sesquichl. cryst. siccum in die Gebärmutterhöhle, durch Tamponade, durch subcutane Ergotin-Einspritzungen und innerlicher Verabreichung von Acetum pyrolignosum crudum, c. Syr. Menth. pip., nachdem Liq. ferri in Pillen im Stich gelassen hatte.

Ausserdem wurde Patientin fleissig in Bädern von Stassfurter Salz gebadet, weil die Verkrümmung bei mässiger Schmerhaftigkeit der Wirhelsäule ziemlich auffallend zunahm. Eier, Fleisch, Milch und Hartenstein'sche Leguminose bildeten ihre Hauptnahrung.

Im Sommer 1877 erholte sich die Patientin im Allgemeinen und kam erst am 24. October 1877 wieder in ärztliche Behandlung.

Diesmal wegen grosser Schmerzen in den Bauchmuskeln, die ihr das Gefühl von Umschnürtsein erzeugten und lebhaft nach den unteren Extremitäten ausstrahlten.

Ich glaubte zunächst eine von den kranken Wirbeln ausgehende entzündliche Reizung der Nervenstränge annehmen zu müssen. Morphium subcutan war wirkungslos, dagegen verschaffte Chloralhydrat und ruhige Rückenlage bedeutende Erleichterung.

Mehrere Monate später, zeigten sich die ersten Knoten in der vorderen Bauchwand und eine Hand breit unter dem rechten Schulterblatt; die Schmerhaftigkeit derselben war auf Druck nicht bedeutend. Eine Exstirpation behufs mikroskopischer Untersuchung wurde nicht gestattet.

Vom März 1878 an wurde sie in ein Krankenhaus übergeführt, weil den ärztlichen Anordnungen in der Behausung nicht Folge geleistet werden konnte.

Sie verblieb dort ungefähr 4 Monate.

Während dieser Zeit hatte sich die Anzahl der Knoten beträchtlich vermehrt, dieselben waren in jeder Grösse über den ganzen Körper vertheilt, von höckriger Beschaffenheit und elfenbeinerner Härte. Die Knoten der oberen Körperhälfte entwickelten sich schneller als die der unteren.

Am 17. August 1878 erfolgte der erste Durchbruch durch die geröthete und gespannte Haut, die auf der Höhe des Knotens ein Conglomerat von gelblichen Bläschen bildete; es entwickelte sich von hieraus das bekannte krebsige Geschwür; erwähnen will ich noch, dass Sodawasser-Umschläge und Sodabäder ohne Einwirkung waren. Es liess nunmehr das Ernährungsvermögen beträchtlich nach. Da Chloralhydrat per os nicht vertragen wurde und Chloralhydrat-Klystiere nicht die gewünschte Wirkung hatten, so musste ich zu starken und häufigen subcutanen Morphium-Einspritzungen übergehen.

Am 30. August stellte sich zum ersten Male Erbrechen ein, das trotz Eis-pullen anhielt; dann und wann war das Erbrochene chocoladenfarbig gefärbt.

Gleichen Schritt hiermit hielt der fortschreitende Abfall der Kräfte, die Urin-absonderung war minimal.

Die Functionen des Mastdarms und der Blase waren durch die zunehmende Schwäche sehr beeinträchtigt, so dass ich den Katheter zur Anwendung bringen musste.

Trotz alledem beschloss die Patientin erst 4 Wochen später, am 8. October 1878 ihr schweres Leiden mit dem Tode.

Herr Dr. C. Ruge hatte die Güte in meiner Abwesenheit die Obduction zu machen.

In der Bauch- und Brusthöhle waren mit Ausnahme des Magens alle Organe von normaler Beschaffenheit, der Magen war mit seiner Umgebung nirgends verwachsen, bei Oeffnung desselben fand sich ein etwa handtellergrosser, flacher Defect, mit mässig gewulsteten Rändern, die, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, krebsig infiltrirt waren.

Der Defect ging nicht bis zur Serosa und schien offenbar jüngeren Datums zu sein.

In den Bauchdecken fanden sich unzählbare Knoten von kaum wahrnehmbarer bis Taubeneigrösse vor; merkwürdiger Weise war der Panniculus verhältnissmässig reichlich erhalten geblieben.

Eine Untersuchung der Wirbelsäule fand nicht statt. Die sonstige Beschaffenheit der Hautaffection ist am Besten aus der Zeichnung ersichtlich, auf welche ich hiermit verweise.

Es bleibt nunmehr in allgemein pathologischer Rücksicht die höchst interessante Frage übrig, ob das Leiden primär und von vornherein multipel, in der Haut seinen Ursprung¹⁾ genommen oder ob von einem einzelnen primären Hautcarcinom, dessen Stelle genau anzugeben man nicht im Stande ist, eine Dissemination über die ganze Haut stattgefunden hat, oder endlich ob die Krankheit in einem inneren Organe, z. B. dem Magen begonnen und durch den Lymphstrom eine derartige Verbreitung gefunden hat. Theorie und Erfahrung sprechen zu Gunsten der letzten Annahme, der klinische Verlauf für die erste.

3.

Ueber die Anwendung der Centrifugalmaschine für histologische Studien.

Von Prof. Dr. C. Wedl in Wien.

Die Darstellung des bindegewebigen Gerüstes in normalen oder pathologischen Geweben durch Entfernung der Parenchymzellen oder der wuchernden, abnorm gebildeten Zellen auf mechanische Weise mittelst Pinsels und Schüttels ist bekanntlich oft eine zeitraubende, mühsame und bei grösseren Schnitten schwer zu effectuirende Arbeit, indem die Schnitte häufig eingerissen werden, und hierdurch die Uebersichtlichkeit des Präparates beeinträchtigt wird. Ich habe deshalb versucht, die Centrifugalmaschine in Anwendung zu bringen und will meine Erfahrungen hierüber mittheilen.

Ich habe der Maschine folgende Einrichtung gegeben. Das Postament bildet ein starkes, nahezu 5 Ctm. dickes, mit 4 kurzen Füssen versehenes Brett, dass 24 Ctm. lang, 18 Ctm. breit ist. Auf diesem Postament ist das gusseiserne, 15 Ctm. im Durchmesser haltende, um eine verticale Axe drehbare, mit einer Kurbel versehene Schwungrad angebracht. Die Drehung derselben wird durch einen Riemen besser, als durch eine Darmsaite auf eine Spule übertragen, die an der senkrecht stehenden, 24 Ctm. hohen schmiedeeisernen Spindel sich befindet. Es wurde letztere so hoch angefertigt, damit die Hand am Schwungrad ungehindert sich bewegen kann. Der Durchmesser des mittleren Theiles der Spindel beträgt 1,3 Ctm., derjenige des oberen und unteren Endes 1 Ctm. An dem oberen Ende der Spindel

¹⁾ Cf. Kolaczek (dieses Archiv Bd. LXXV. p. 339), der für zwei Fälle von multiplen Tumoren nicht die metastatische Entstehung annimmt.