

2.

Weitere Mittheilung über Xanthelasma multiplex.

(Aus der chirurgischen Klinik zu Heidelberg.)

Von Dr. Alb. Poensgen, Assistenzarzt.

Im Juli dieses Jahres stellte sich in der Ambulanz der chirurg. Klinik zu Heidelberg ein 7jähriger Bauerssohn Bernhard Lutz aus Gauaugelloch im Odenwalde wegen ihn belästigender Geschwülste an beiden Fersen vor. Der Knabe trug eine ganze Zahl von Xanthelasmen und eine genauere Familienanamnese ergab, dass er mit dem in diesem Archiv¹⁾ von mir beschriebenen B. Klingmann, der in so exquisitem Maasse an Xanthelasma litt, verwandt war; beider Väter waren Geschwisterkinder. Ein weiteres Vorkommen von Xanthelasma in beiden Familien, namentlich in aufsteigender Linie, wurde in Abrede gestellt.

Eine prädisponirende Erkrankung, wie Icterus, Diabetes u. s. w., lag nicht vor und es mag dahingestellt bleiben, ob man hier die Heredität ätiologisch verwerthen darf. Es ist ja eine ganze Zahl von Fällen bekannt²⁾, in denen unzweifelhaft die Heredität eine Rolle spielte. Der Fall verdient aber auch sonst Beachtung, weil erst zweimal³⁾ diese eigenthümliche Erkrankung im Kindesalter beobachtet worden ist und sie vielleicht hier ihre klinischen Besonderheiten darbietet, was natürlich erst durch weitere Casuistik festgestellt werden kann.

Die Entstehung der Geschwülste bei dem sonst gesunden Knaben wurde von seiner Mutter auf 2 Jahre zurück datirt.

An dem linken Ellbogen findet sich eine flache Infiltration der Haut von circa Dreimarkstückgrösse, mit ungefähr 20 gelben, etwas erhabenen, bis erbsengrossen Flecken bedeckt. Der rechte Ellbogen ist frei. Zwischen den Fingern haben sich beiderseits Xanthelasmen entwickelt, die grössten, stark linsengross, zwischen Daumen und Zeigefinger, ferner ein Knötchen oberhalb der rechten Spina tibiae, drei an der gleichen Stelle links. Ueber beiden Fersen sind kirschengrosse Geschwülste mit der Achillessehne fest verwachsen, die Haut darüber ist normal gefärbt, wenig verschiebbar, bei der Exstirpation und Untersuchung erweisen sie sich als typische Xanthelasmen. Besonders interessant war mir das Vorkommen eines kleinen flachen Xanthelasma über dem linken Sitzbeinhöcker, da in dem ersten Falle sich an genau derselben Stelle eine grössere Geschwulst entwickelt hatte.

Es ist gewiss auffällig, dass in dem dritten, in so jugendlichem Alter zur Beschreibung gelangten Falle sich ganz dieselbe Localisation der Er-

¹⁾ Bd. 91, 1883.

²⁾ a. a. O. S. 360.

³⁾ a. a. O. Corry, Contribution à l'étude du Xanthoma. Annales des Dermat. et de Syphilogr. Tome I, 1880.

krankung und symmetrische Anordnung findet, wie in den beiden ersten (an Händen, Ellbogen, Knien, Achillessehnen, linker Glutäalgegend), dass ebenfalls die Lider, die Prädilectionsstelle des höheren Alters, frei sind, und die Geschwulstbildung eine relativ beträchtliche Grösse erreicht hat. — Ich bin nun in der Lage, eine neue Eigenthümlichkeit des Xanthelasma zu erwähnen, die demselben bis dahin fremd zu sein schien und die doch vielleicht die Forderung Corry's, die Xanthelasmen des Kindes- und des höheren Alters klinisch zu sondern, berechtigt erscheinen lässt.

Ich liess bei dieser Gelegenheit den früher beschriebenen Knaben B. Klingmann kommen. An beiden Ellbogen waren kirschengroße, subcutane Recidive entstanden und um sie herum zahlreiche neue xanthelasmatische Flecken. Ein weiteres Recidiv von Bohnengröße präsentierte sich wieder in Polypenform in der Narbe an der linken Hinterbacke. Die früher nicht entfernten Geschwülste an Händen und Fersen waren anscheinend nicht gewachsen, dagegen hatten sich an den inneren Lidwinkeln symmetrische Xanthelasmen entwickelt.

Von einem Recidiv ist mir bisher aus der Literatur nichts bekannt geworden. Besonders bemerkenswerth erscheint mir das Recidiv an der Geschwulst über dem Os ischii, die vollständig mit gesunder Haut extirpiert wurde, während an den Ellbogen die mehr subcutanen Geschwülste wegen fester Verwachsung mit der Haut vielleicht weniger gründlich entfernt worden waren und deshalb Geschwulstkeime zurückgeblieben sein mögen.

Jedenfalls verdient das weitere Verhalten der Xanthelasma bei den beiden Knaben beobachtet zu werden.

3.

Einige Beobachtungen über die Verhältnisse der Darmtuberkulose zur Anzahl der Darmfollikel.

(Aus dem pathologischen Institut zu Zürich.)

Von Dr. Arthur Hanau, I. Assistenten.

Dr. Passow bemerkt am Schlusse seines Aufsatzes über das quantitative Verhalten der Follikel im Dünndarm (dieses Archiv Bd. 101. S. 155): „man muss annehmen, dass entsprechend dem Reichthum (an Follikeln) der Darm von Affectionen befallen werde, welche vorzugsweise in den Follikeln ihren Sitz haben: Leukämie und Scrofulose“. Für diese von Virchow zuerst geäusserte Annahme bin ich in der Lage drei beweisende Fälle von Tuberkulose anzuführen, welche im letzten Sommersemester im hiesigen Institut zur Autopsie kamen.

1) 30jährige Frau, Prot. No. 159.

Puerperalinfektion. Lungenphthise mit Cavernen. Die Peyer'schen Haufen fehlen vollkommen, der Dünndarm ganz frei von Tuber-