V. Ueber Gummigeschwülste in der Hohlhand.

Von O. v. Ley in Köln a. Rh.

In keinem Falle ist der Chirurg so leicht der Gefahr ausgesetzt, therapeutische Missgriffe zu begehen, wie bei Behandlung der syphilitischen Geschwulstproducte; während sonst in zweifelhaften Fällen die mikroskopische Untersuchung die Diagnose und somit die Therapie sichern hilft, lässt diese uns bei den Gummigeschwülsten leider auch im Stich: denn oft genug lassen die Syphilome sich weder makroskopisch noch mikroskopisch von kleinzelligen und Spindelzellensarkomen unterscheiden. Dasselbe gilt von den schrankenlos wuchernden Granulomen, die zuweilen aus aufgebrochenen Syphilomen hervorgehen. Geschweige der Schwierigkeiten, welche der Diagnose durch die syphilitischen Lymphome erwachsen, die recht häufig und besonders auch als Zeichen ererbter Syphilis vorkommen und sehr oft mit anderen Arten, namentlich mit tuberkulösen, pseudoleukomatösen, malignen Lymphomen und Lymphosarkomen vewechselt werden.

Um so mehr müssen wir daher alle Zeichen und Merkmale mit erschöpfendster Genauigkeit sammeln, um die Kranken vor unnützen Operationen zu schützen, zumal nach der Exstirpation dieser Geschwülste meist rasche und immer raschere Recidive sich folgen, an denen die Kranken marastisch zugrunde gehen.

Die Anhaltspunkte, die die Anamnese zur richtigen Beurtheilung bietet, fehlen, ganz abgesehen davon, dass falsche Scham jede Ansteckung leugnen lässt, oft genug aus dem Grunde, weil zwischen Acquisition der Syphilis und dem Auftreten der specifischen sogenannten tertiären Geschwulstbildung ganz respectable Zeiträume liegen können, während welcher Zeit sich der Kranke eines ungestörten Allgemeinbefindens zu erfreuen hatte und alte Jugendsünden längst vergessen hat. Tritt dann die Geschwulst auf, und zwar an einer Stelle, die nicht gerade als Prädislocationsort gilt, so sind die diagnostischen Schwierigkeiten nicht klein, so dass auch der Erfahrenste wohl getäuscht wird. So berichtet Langenbeck (Langenbeck's Archiv Bd. XXVI) aus seiner Praxis über einen Fall, bei dem er eine sehr schmerzhaftes Geschwulst aus der Tibia hervorstachsend als malignes Neoplasma ausgemeisselt habe. Spätere genauere Untersuchung und Nachforschung erwies die Geschwulst doch als Gumma. Patient hatte aufs entschiedenste jegliche Infection abgeleugnet.

Mir selbst ist aus der Spitalpraxis ein Mann in der Erinnerung, bei dem zuerst eine partielle Auftreibung im oberen Drittel des Femur operativ entfernt worden war und der nach einigen Monaten sich wieder vorstellte wegen einer an dem gleichen Femur nahe an der Zwischengrenze zwischen Dia- und Epiphyse aufgetretenen Geschwulst. Jede Infection wurde abgeleugnet. In der Annahme, es handle sich um ein Sarkom, wurde die Exarticulation im Hüftgelenk gemacht: Wenn auch mit glücklichem Erfolg, so doch unnöthig, denn auch diese Geschwulst war ein Knochengumma.

Zwei Beobachtungen in meiner Praxis haben meine Aufmerksamkeit auf eine Lokalisation des Gumma gelenkt, über welche wohl nur deshalb so spärlich in der Litteratur berichtet ist, weil sie meist nicht richtig erkannt wird, als weil die Seltenheit ihrer Erwähnung wirklich der Rarität ihres Auftretens gleichkommt.

Im Juni 1896 wurde mir eine Dame zugeschickt wegen einer sehr schmerzhaften Affection in der rechten Hohlhand. Aus der Anamnese ist hervorzuheben, was beiläufig durch die thatsächliche Beobachtung Lügen gestraft wurde, dass eine syphilitische Infection absolut geleugnet wurde. Ohne besondere Veranlassung war in der Hohlhand eine kleine, schmerzhaftes, erbsengrosse Geschwulst gewachsen, die von einem Arzte, der den Tumor für ein Panaritium gehalten hatte, oberflächlich incidirt worden war. Als ich die Dame zuerst sah, machte die Affection allerdings den Eindruck, als ob es sich um ein Panaritium tendinosum handle, an das sich eine subfascial gelegene Phlegmono angeschlossen habe. Eine in Narkose gemachte Incision bis auf die Sehnenscheiden der Flexoren des kleinen Fingers entleerte nicht erheblich viel Eiter, mehr entleerte sich aus der Gegenincision, die in der Gegend des in die Fascia palmaris ausstrahlenden Musculus palmaris longus angelegt wurde. Der Wundverlauf entsprach trotz genauer Befolgung antiseptischer Wundbehandlung und Beschränkung der phlegmonösen Entzündung des subfascialen Bindegewebes keineswegs dem gewöhnlichen Verhalten bei operirten Panaritiis und beschränkten Phlegmonen. Die Schmerzhaftigkeit blieb nach wie vor, nahm sogar besonders Nachts an Heftigkeit zu; der Handrücken, die Fingergelenke und das Radiocarpalgelenk waren schmerzhaft und geschwollen (Synovitis serosa),

dabei entleerten sich aus der Incision über dem Tumor fast nur nekrotische Fetzen, während aus der Gegenincision serös-eitrige Flüssigkeit in mässiger Menge quoll. Vor allem fesselt die Aufmerksamkeit eine diffuse, den ganzen Hypothenar einnehmende, teigige Infiltration, die proximal mit dem Ligamentum carb. transversum vol. abschliesst, während die Incision übermässige, mattrothe, pralle, mässig secernirende Granulationen bis zur Grösse einer Baumnuss producirt, die entschieden geschwulstartigen Charakter haben. Zu gleicher Zeit zeigt sich in dem nasalen Winkel des Margo supraorbitalis ein papulöses Syphilid. Aehnliche Knötchen zeigen sich auf Unterarm, Rücken, Brust. Nach einigen Tagen ist der Hypothenar von einem flachen, fast centimeterhohen, länglichen Gumma eingenommen, das sich in das Granulom über den Beugesehnen des dritten Fingers fortsetzt.

Unter energischer antisypilitischer Behandlung, combinirt mit Kaltwassercur, brachten wir sämtliche Gummata zur Heilung; das grösste in der Hohlhand (das primäre) jedoch erst nach dreimonatlicher specifischer Behandlung.

Dass wir ziemlich früh den Charakter der Geschwulstbildung erkannten und danach handelten, lag an dem Umstand, dass bei der ersten Narkose ein bestehendes Leukoderma colli bemerkt und trotz Aussagen und äusserer Verhältnisse eine bestehende constitutionelle Syphilis damit objectiv erwiesen war.

Den Schaden eines operativen Eingriffs illustriert der Fall aufs deutlichste: das bestehende primäre Gumma über der Sehne des kleinen Fingers — denn ein echtes Gumma und nicht ein Panaritium war der Tumor — wird durch operative Manipulationen in einen Reizzustand versetzt: allgemeine Entzündung, die sogar die Gelenke betrifft, ist die Folge, vielleicht war auch durch den ersten Eingriff noch eine secundäre, neue, zur genuine Eiterung tendirende Infection gesetzt (Phlegmone), vor allem wird aber die specifische Noxe mächtig angeregt und zur Bildung des Granuloms und des Gumma in Thätigkeit gesetzt. (Vergl. Schmidt's Jahrbücher Jahrgang 1893, S. 52, über die theoretische Auffassung.)

In einem anderen Falle sah ich bei einem vor mehr als zehn Jahren syphilitisch infectirten Hoteldiener, einem sonst gesunden Menschen, der schwere Lasten ohne Anstrengung hob und auch sonst sich bester Gesundheit zu erfreuen gab, zwei symmetrisch in beiden Hohlhänden gelegene, transversal länger, vom zweiten bis vierten Finger unter der Haut mit ihr verlöthete, schmerzhaftes Gummigeschwülste unter Gebrauch von Jodkali langsam schwinden: die Hornhaut war allenthalben sehr vertical, so dass man nicht deutlich fühlen konnte, ob die Resorption vollständig war oder ob noch Indurationen zurückgeblieben. Ich möchte gerade bei Handarbeitern darauf hinweisen, dass solche niedrige, mit der Haut und der Fascie ringsum verwachsenen Geschwülste dem Aussehen gemäss als Hautschwielen imponiren und erst eine sorgfältige Palpation über das wirkliche Verhalten aufklärt.

Ein dritter einschlägiger Fall wurde von mir beobachtet, entzog sich aber der weiteren Beobachtung, so dass der strikte Beweis (ex juvantibus) fehlt, nichts destoweniger ist der Fall gesichert. Eine schwedische junge Dame consultirte mich auf der Reise im zweiten Monat nach ihrer Verheirathung wegen einer Geschwulst in der Zunge, in der linken Zungenhälfte, wenige Millimeter von der Raphe entfernt, näher der oberen Fläche, deutlich im Muskelstratum als längliches, linsengrosses Knötchen zu fühlen. Ausser Drüseninduration fühlte man in der Hohlhand im Thenar, etwa dem Musculus abductor pollicis brevis der Lage nach entsprechend, einen kleinen, rings mit seiner Umgebung verwachsenen, schmerzlosen Tumor. Ueber die Zeitverhältnisse konnte ich nichts genaues feststellen. Der Ehemann war als Bräutigam nach eigener Aussage syphilitisch und hat durch Kuss oder wie auch immer seine Braut infectirt. Obschon die tertiären Manifestationen ziemlich früh in die Erscheinung traten, so ist dies ja auch nichts ganz Ungewöhnliches; die Annahme, dass eine mangelhafte oder gar keine Behandlung — das gewöhnliche bei sohelem Hergang — das frühe Auftreten schwerer tertiärer Erscheinungen schon nach wenigen Monaten zur Folge hat, ist nicht von der Hand zu weisen.

Auffallend, namentlich bei der Reichhaltigkeit der einschlägigen Litteratur, ist es, dass das Vorkommen von Gummigeschwülsten in der Hohlhand zuerst im Jahre 1882 in der Arbeit von Lewin erwähnt wird: bis dahin sind in der Litteratur Gummata in der Hohlhand niemals beobachtet. Lewin (Charité-Annalen VII. 1882) berichtet über drei Fälle, bei denen betreffs der Diagnose infolge sonstiger untrüglicher Manifestation der Syphilis irgend ein Zweifel nicht aufkommen konnte.

Fall 1. Der erste Patient hat mehrfach syphilitische Rachenaffectionen, Ulcerationen der Knorpel am Kehlkopf etc. überstanden. Acht Jahre nach der Infection traten im Verlauf von $\frac{3}{4}$ Jahr successive drei Tumoren in der rechten Vola manus auf; zuerst eine erbsengrosse Geschwulst unterhalb des Hypothenar in der Gegend des Abductor digiti minimi; unter diesem ist ein zweiter; nach einem Monat tritt der dritte

im Thenar auf. An der linken Hand sitzt ein haselnussgrosser Tumor an der zweiten Phalanx des Daumens.

Fall 2. Infectirt vor neun Jahren. In der rechten Vola manus 3 cm unterhalb des ersten Gliedes des Zeigefingers, sowie 2 cm unter der ersten Phalanx des kleinen Fingers je eine Geschwulst, ca. $1\frac{1}{2}$ cm lang und breit, von Knorpelhärte. Haut pigmentirt, eng verwachsen mit dem Tumor. Nicht druckempfindlich. Ausserdem noch andere Tumoren an den Armen.

Fall 3. Neun Jahre post infectionem zwei Tumoren in der rechten und einer in der linken Handfläche: erstere in der Mitte des Hypothenar, letztere fast in der Mitte. Machen den Eindruck von Hautschwielen. Consistenz nicht gerade knorpelhart. Wenig verschieblich. Links mit einem Stiel in die Tiefe fortgesetzt; mehr beweglich.

Diese drei Fälle sind vor allem durch ihre harte Consistenz bemerkenswerth: einen so hohen Grad von Härte, die dem Knorpel gleich kommt, bieten die subcutanen Gummata gewöhnlich nicht dar. Im allgemeinen scheinen die das Gumma constituirenden Rundzellen mehr oder minder die Eigenthümlichkeit des befallenen Gewebes ihrer Consistenz nach nachzuahmen: so producirt das Knochengumma das härteste Gewebe, ihnen folgen die der Sehnen und Muskeln, relativ am weichsten sind die in dem fettzellreichen subcutanen Bindegewebe gelegenen. Abgesehen von dieser abnormen Härte, für welche Lewin auch keine Erklärung geben kann, bieten doch die Hohlhandgummata manche gemeinsamen Merkmale, die in zweifelhaften Fällen den richtigen Charakter entdecken lassen: in den meisten Fällen befallen sie syphilitische Personen, die mehrfache deutliche Zeichen constitutioneller Syphilis aufweisen (Halsulcerationen, Drüseninduration, Geschwülste an sonstigen Prädislocationsstellen bei den Fällen Lewin's, Leukoderma, Zungengumma in meinen Fällen), in den späteren Jahren (das früheste Auftreten wäre sechs Monate), dabei scheint eine Vorliebe für die kleinen Muskeln des Thenar oder Hypothenar obzuwalten. Eine bemerkenswerthe Eigenthümlichkeit, auf die auch Langenbeck in seiner Monographie aufmerksam macht, bietet die sprungweise erfolgende Vergrösserung der Gummata: auf eine lange Zeit der Ruhe plötzlich, ohne äussere Veranlassung, ein rapides Wachsthum der Geschwulst, mit dem auch in der Regel Entzündungserscheinungen verbunden sind, ja diese letzteren können so sehr nach Ausdehnung einer Intensität hervortreten, dass der Geschwulstcharakter ganz verloren geht und an seiner Stelle das Bild einer unbestimmt begrenzten entzündlichen Infiltration tritt. Andererseits können aus dem Granulationsgewebe durch mächtige Wucherung der specifischen Rundzellen Granulome hervorgehen, die in „ihrem äusseren Habitus“ den krankhaften Geschwülsten im eigentlichen Sinne vollkommen ähnlich sind und eine ganz respectable Dimension erreichen. So ist das aus der Incision entstandene Gebilde in unserem ersten Fall ein solches Granulom von Nussgrösse (vergl. Langenbeck, Archiv 1881, Bd. XXVI).

Während Langenbeck auf die grosse Empfindlichkeit der Gummata hinweist, welche in einigen Fällen so gross war, dass eine genauere Untersuchung nur in Narkose möglich war, tritt diese in den Lewin'schen Fällen ganz zurück. Auch unsere Fälle zeigten, in dem einen ganz besonders, erhebliche Druckempfindlichkeit bei nur leichter Berührung.

In Bezug auf die äussere Form herrscht die runde, eiförmige vor, Bänder, Sehnenansätze u. s. w. werden oft Einfluss auf die äussere Gestaltung haben.

In Bezug auf ihr Verhältniss zu dem umgebenden Gewebe und der oft pigmenthaltigen Haut ist im Gegensatz zu anderen Autoren, z. B. Lancereux (Traité hist. et prat. de la syphilis, Paris 1866), die innige faserige Verwachsung ausdrücklich hervorzuheben.

Betreffs Verwechslung mit anderen Tumoren ist die Gefahr wohl meist zu meiden, insofern man alle diagnostischen Kriterien in Betracht zieht. Vor allem sind von vornherein sämtliche Tumoren und Metaplasien der Lymphdrüsen auszuschliessen: denn Lymphdrüsen kommen nicht in der Vola manus vor.

In Gegenden, wo der Cysticercus cellulosae häufiger beobachtet wird, ist eine Verwechslung mit Gumma wohl möglich: Form, Grösse, Sitz, sprungweise erfolgendes Wachsthum ist beiden eigen. Ist die Einwanderung des Parasiten schon vor längerer Zeit geschehen, so werden die an Grösse sehr differirenden Cysticercustumoren im Gegensatz zu der gleichmässigen Grösse der Gummata den Geschwulstcharakter aufklären.

Die bösartigen Carcinome werden in kürzerer Zeit die Hautdecken zerstören, und ehe es noch zu dem offenen Krebsgeschwür gekommen ist, bestehen Metastasen in den regionären Lymphdrüsen; dazu ist das Allgemeinbefinden eines Krebskranken doch sehr augenfällig verschieden von dem eines unserer Kranken.

Neurome treten nur multipel auf, sind viel leichter, namentlich nach einer Richtung hin, verschieblich, treten sehr frühzeitig auf. Sonstige Zeichen von Syphilis fehlen.

Sarkome sind mehr über das Hautniveau emporragend, die Gummata fest in ihr umgebendes Gewebe eingebettet, Lipome nicht mit der Haut verwachsen: Vorkommen in der Hohlhand? Fibrome sind in der Vola manus nicht beobachtet.

Die verschiedene Consistenz wird Atherom und Gumma unterscheiden lassen. Als letztes entscheidendes Mittel ist die Einleitung einer antisypilitischen Cur geeignet, diagnostische Zweifel zu klären: denn eingestandenermaassen sind auch die Gummata der Hohlhand ausnahmslos zur Resorption zu bringen und ist Heilung zu erreichen.

Bei dem Durchblättern der Litteratur ist mir manche Krankengeschichte aufgestossen, die ich mit v. Esmarch als „verdächtige Fälle“ charakterisiren möchte: Es handelte sich in der einen Nachricht speziell um Tumoren der Hohlhand, die der Autor als leukämische Tumoren beschreibt, welche ich aber guten Grund zu haben glaube, als echte Syphilome der Hand zu betrachten. Und auch ich glaube, dass v. Esmarch nicht zu weit geht, wenn er behauptet, eine ganze Anzahl operirter, dann rasch recidivirender Geschwülste oder durch Arsenik kleiner werdender Tumoren sind — Syphilome (v. Esmarch, Archiv für klinische Chirurgie Bd. III, S. 646, 1895).