IV. Aus Dr. Max Joseph's Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.

Ueber gummöse Lymphome.

Von Walter Guttmann.

Es giebt wenige Erkrankungen, wo unsere Therapie von so eclatanten Erfolgen begleitet ist, wie bei den verschiedenen Formen der Syphilis. Das ist in so hohem Maasse der Fall, dass man bei zweifelhaften Fällen allein aus dem Erfolge der angewandten Specifica auf die Natur des Leidens Rückschlüsse zieht. Unter diesen Verhältnissen ist daher eine richtige Diagnose von der weittragendsten Bedeutung. Denn es giebt eine grosse Zahl syphilitischer Affectionen, die, rechtzeitig erkannt, leicht und gefahrlos geheilt werden, im anderen Falle aber zu grösseren Operationen Veranlassung geben.

Die Litteratur ist nicht arm an Beispielen hierfür. Schon Ricord berichtet von einem Falle, wo ein phagedaenisches Ulcus, das fälschlich für Krebs gehalten wurde, die Indication zur Amputation penis geben sollte. In neuerer Zeit haben besonders v. Langenbeck¹⁾, Karewski²⁾ und v. Esmarch³⁾ die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt gelenkt und genügend Beispiele angeführt, wo auf Grund falscher Diagnosen schwere und verstümmelnde Operationen gemacht wurden. Letzterer ist nicht nur davon überzeugt, dass ein grosser Theil der Sarkome und Fibrome, sowie manche der malignen Lymphome zu den Syphiliden zu rechnen sind, sondern stellt sogar die Vermuthung auf, dass die Entstehung von Geschwülsten zusammenhängt mit einer von syphilitischen Vorfahren ererbten Prädisposition. Ohne hier auf diese Hypothese einzugehen, ist es jedenfalls Thatsache, dass die Syphilis als ätiologisches Moment heutzutage eine ausserordentlich grosse Rolle spielt.

Natürlich handelt es sich hier immer um die Späterscheinungen dieser Krankheit, oder wie man früher nach einem unbegründeten Schematismus sagte, um die tertiären Symptome; denn die Frühererscheinungen waren schon von den älteren Beobachtern ein-

gehend studirt und beschrieben worden. Zwar waren auch die gummösen Processe in den frühesten Zeiten der Syphilidologie bekannt, aber eine genaue Beschreibung und Erklärung fanden sie erst in diesem Jahrhundert, vor allem durch Virchow¹⁾.

Zu den am wenigsten bekannten gummösen Processen gehören diejenigen, welche sich in den Lymphdrüsen abspielen. Sie gelten noch heute als ein so seltenes Ereigniss, dass es mir für weitere Kreise nicht werthlos erscheint, vier hierher gehörige Fälle zu veröffentlichen, die ich in Dr. Joseph's Poliklinik für Hautkrankheiten zu beobachten Gelegenheit hatte.

Fall 1. Der erste Kranke war der 25 Jahre alte Schlosser Max Sch. Er giebt an, dass beide Eltern gesund sind und noch leben. Kinderkrankheiten will er nicht durchgemacht haben. Vor drei Jahren bekam er einen Schanker an der Vorhaut, der in 14 Tagen unter Jodoformverband und Pillen heilte. Dann bekam er Flecke im Gesicht und an der Hand, sowie Schmerzen im Halse. Wegen letzterer wurde er geätzt und erhielt Pillen. Anfang Januar 1894 bemerkte er in der rechten Leiste eine Schwellung und trat vier Wochen später darauf in Behandlung des Herrn Dr. Joseph.

Am 18. Februar 1894 konnten wir bei dem mittelgrossen, kräftigen Manne in der Regio inguinalis dextra unterhalb des Ligamentum Poupartii eine ca. 12 cm lange, deutlich prominirende Hervorwölbung constatiren. Die Haut über derselben war stark geröthet und nicht verschieblich. Fluctuation war nicht nachweisbar, und die Consistenz der Geschwulst war ziemlich hart. Einzelne Drüsen waren nicht durchzufühlen. Schmerzen waren nicht vorhanden. Der ganze Penis zeigte eine normale Bedeckung, ebenso wenig konnte an der unteren Extremität eine Ursache für die Lymphdrüsenanschwellungen gefunden werden. Anderweitige Zeichen von Lues waren bei dem Patienten nicht nachzuweisen. Wir stellten hiernach die Diagnose auf ein gummöses Lymphom und leiteten eine energische Quecksilberbehandlung ein. Der Patient machte Einreibungen, und zwar täglich mit 3,0 Unguentum Hydrargyri cinereum; daneben erhielt er eine vierprocentige Jodkaliumlösung, von der er dreimal täglich einen Esslöffel nehmen sollte. Lokal legten wir auf die Geschwulst Quecksilberpflastermull. Nach Gebrauch von 40,0 Jodkalium und 90,0 Unguentum Hydrargyri cinereum bestand am 18. März nur noch eine wallnussgrosse Erhabenheit, die sich bald vollständig zurückbildete, so dass die Drüsen nur noch Erbsengrösse hatten.

Fall 2. Zu gleicher Zeit kam der 51jährige Handelsmann Isidor G. in unsere Beobachtung. Er giebt an, dass sein Vater an Altersschwäche, die Mutter an einem Herzleiden gestorben ist. Eine Schwester ist seit 20 Jahren blind, die übrigen Geschwister sind gesund. Anfang der 70er Jahre zog er sich einen weichen Schanker zu, der ohne Bubo heilte. 1873 trat an der Wurzel des Penis ein Ulcus durum auf. Dasselbe wurde excidirt, und nachdem Flecke am Körper aufgetreten waren, 30 Einreibungen mit grauer Salbe gemacht. In den folgenden Jahren will Patient niemals spezifische Erscheinungen (Hautausschläge, Rachengeschwüre etc.) gehabt haben, bis er vor ca. einem Jahre auf der rechten Brusthälfte eine Anschwellung bemerkte. Dieselbe setzte sich nach dem Schlüsselbein zu fort und ging dann auf die rechte Halsseite über. Auf der Brust verschwand sie nach einem halben Jahre ohne Behandlung, trat dann aber auch auf der linken Halsseite auf.

Als wir am 19. Februar 1894 den mittelgrossen, kräftigen, leicht ergrauten Mann untersuchten, fanden wir an den inneren Organen nichts Abnormes. Auf der linken Brustseite zeigte sich eine kleinhaselnussgrosse Geschwulst, die gegen die Unterlage und die Haut verschieblich war. Rechts und noch viel stärker links war eine Anschwellung der Portio clavicularis der Musculi sternocleidomastoidei zu fühlen. Hinter dem rechten Ohr am Processus mastoideus ossis temporis war eine apfelgrosse Schwellung von elastischer Consistenz. Die Haut war darüber verschieblich und normal. Ausserdem befand sich auf beiden Sternocleidomastoidei eine über pflaumengrosse, polyganglionäre Anschwellung, die gegen die Muskeln verschieblich war, sich mässig hart anfühlte und nicht fluctuirte. Auch hier war die Haut über der Geschwulst unverändert. Alle diese Anschwellungen waren sowohl spontan wie auf Druck durchaus schmerzlos. Das Allgemeinbefinden war nicht beeinträchtigt.

Auch hier wurde die Diagnose auf Gummata der beiderseitigen Cervicaldrüsen gestellt. Daneben bestanden in diesem Falle noch ein Gummi periostale des rechten Processus mastoideus, sowie Muskelgummata beider Kopfnicker. Es wurde dieselbe Therapie angewandt wie im ersten Falle, und bereits am 28. Februar hatte sich beiderseits das gummöse Lymphom so verkleinert, dass ein hiesiger Chirurg, den Dr. Joseph bat, zur mikroskopischen Untersuchung den Drüsensumor der einen Seite zu extirpiren, sich wegen der unbedeutenden Anschwellung nicht mehr zur Operation entschliessen konnte. Desgleichen hatte sowohl das periostale wie das musculäre Gummi erheblich an Umfang abgenommen. Unter fortgesetztem Jodkaligebrauch war am 28. Mai nur noch auf dem linken Sternocleidomastoideus eine geringfügige, erbsengrosse Drüsenschwellung zu constatiren, die bald darauf auch verschwand. Am 6. Juni war an den betreffenden Stellen eine lederartige Resistenz zu fühlen, der klinische Ausdruck für die bindegewebige Umwandlung des Drüsengewebes.

Fall 3. Von diesen beiden Beobachtungen unterschied sich der dritte Fall insofern, als hier in der Anamnese eine syphilitische Infection verneint wurde. Trotzdem stellten wir die Diagnose auf ein gummöses Lymphom, und der Erfolg unserer Therapie gab uns Recht.

Der 25jährige Schuhmacher Franz W. litt mit sechs Jahren an Halsbräune und mit 21 Jahren an einem Tripper, der nach Einspritzungen bald verschwand. Während seiner Militärzeit hatte er vier Wochen lang

¹⁾ Arch. f. klin. Chirurgie 1881.

²⁾ Berl. Klinik 1889, Heft 18.

³⁾ Deutscher Chirurgencongress 1889.

¹⁾ Constitutionelle Syphilis, Virchow's Arch. Bd. XV; und Krankhafte Geschwülste Bd. II.

Magenkatarrh und Gelbsucht. Anfang März 1894 bemerkte er eine Schwellung der linken Leistengegend, die langsam zunahm, aber schmerzlos blieb. Er rieb von selbst Jodkaliumsalbe ein, doch ohne Erfolg. Am 30. April d. J. kam er in unsere Behandlung.

Wir constatirten bei dem kräftigen jungen Manne in der linken Leistengegend eine deutlich hervorragende, ungefähr 10 cm lange Geschwulst. Dieselbe ging offenbar von den Leistendrüsens aus, die aber so mit der Umgebung und untereinander verwachsen waren, dass es unmöglich war sie einzeln abzutasten. Die Geschwulst war durchaus schmerzlos und auf der Unterlage nicht zu verschieben. Dagegen war die sie bedeckende Haut nicht mit ihr verwachsen und zeigte keine Röthung. Die Consistenz war hart; Fluctuation fehlte. Daneben bestanden Lymphadenitides totius corporis, insbesondere waren die rechten Glandulae inguinales sowie die beiderseitigen Glandulae cubitales exquisit zu fühlen. Die inneren Organe zeigten nichts Abnormes.

Der Erfolg unserer Therapie, welche dieselbe war wie die in den beiden ersten Fällen, befestigte unsere Ansicht, dass auch hier wieder ein Bubo gummosus vorlag. Am 29. Mai war die Geschwulst schon so weit zurückgegangen, dass die sie zusammensetzenden einzelnen Drüsen ganz deutlich gefühlt werden konnten, und am 6. Juni hatte der Tumor nur noch Wallnussgrösse. Da der Patient nach Amerika auswanderte, konnten wir leider die vollständige Heilung nicht beobachten.

Fall 4. Der letzte Fall war insofern von hohem Interesse, weil er die Eigenthümlichkeit der syphilitischen Eruptionen, den Locus minoris resistentiae zu bevorzugen, auf das schönste demonstirte.

Am 6. Juni 1894 kam nämlich der 25jährige Maler Otto Sch. zu uns und klagte über eine Geschwulst in der rechten Leistengegend, die er einen Tag, nachdem ihn ein schweres Brett an diese Stelle getroffen hatte, bemerkte und die nun seit 14 Tagen immer grösser geworden war. Die weitere Anamnese ergab, dass er ausser einem „Fieber“ im Alter von 12 Jahren keine anderen Krankheiten durchgemacht hat. Die Eltern und fünf Geschwister leben und sind gesund. Vor sieben Jahren zog er sich einen harten Schanker zu, den er vier Wochen post coitum bemerkte. Unter lokaler Behandlung mit einer „gelben Salbe“ (Quecksilber?) heilte derselbe in vier Tagen. Damals und auch im weiteren Verlaufe will Patient nie eine Anschwellung der Leistendrüsens bemerkt haben. Vier Wochen nach Abheilung des Schankers bekam er Ausschläge auf den Fusssohlen und Handtellern, die ohne Behandlung wieder verschwanden. Nach starkem Schwitzen sollen noch jetzt an diesen Stellen rothe Flecke sichtbar werden. Nach einem Jahre bemerkte er einen trockenen Ausschlag am Kinn und an den Lippen; ferner gingen ihm die Haare der Lider sowie ein Theil der Kopfhare aus; auch bekam er Geschwüre im Munde. In derselben Zeit lag er vier Wochen wegen Lungenentzündung zu Bett. Nachdem letztere überstanden war, erhielt er innerlich Medicin (Jodkali?); schon nach Gebrauch von zwei Flaschen wuchsen die Haare wieder, und der Ausschlag verschwand. 1890 verheirathete er sich, nachdem er seine spätere Frau schon vorher inficirt hatte. Dieselbe bekam Eruptionen an den Schamlippen und im Munde und machte eine gründliche Allgemeincur durch. Bisher ist sie noch nicht schwanger gewesen. Nach der Heirath bekam Patient einen „Carbunkel“, der incidirt wurde, und bald darauf ein „Rachengeschwür“, welches der Arzt mit dem Finger ausdrückte, wobei viel Eiter herauskam. Im allgemeinen fühlt er sich jetzt wohl; nur klagt er über heftige Kopfschmerzen im späteren Verlaufe des Nachmittags und schwitzt sehr stark. Zum Militär war er wegen Genu valgum nicht gekommen.

Die Untersuchung ergab, dass der anämisch aussehende, sonst aber kräftig gebaute Mann in der rechten Leistengegend einen stark prominirenden Tumor von ca. 10 cm Länge aufwies. Die Haut über demselben war etwas geröthet, wahrscheinlich vom früheren Massiren, und nicht verschieblich. Einzelne Drüsens konnte man nicht durchfühlen. Die Consistenz der Geschwulst war derb elastisch; Fluctuation war nicht vorhanden. Schmerzen bestanden nur an einer umschriebenen Stelle in der Mitte (wahrscheinlich dort, wo der Balken angestossen hatte). Das Gehen machte keine Beschwerden. Am Dorsum penis war ooch deutlich die Narbe des Ulcus zu sehen. Auf der linken Körperseite waren zwei haselnussgrosse Inguinaldrüsens und auch eine sehr deutliche Cubitaldrüse zu fühlen. Am Anus bemerkte man ein Condyloma latum. Ueber der rechten Lungenspitze hörte man verschärftes Exspirium; der zweite Pulmonalton war etwas klappend. Die anderen inneren Organe waren normal.

Auch hier wurde die Diagnose auf einen Bubo gummosus gestellt und innerlich Jodkalium, lokal Quecksilberpflastermull verordnet. Schon am 10. Juni nach Gebrauch von 8,0 Jodkali war die Geschwulst merklich kleiner und fühlte sich weicher an. Die Schmerzen waren ganz geschwunden.

Dass gummöse Lymphome bisher für ein sehr seltenes Ereigniss galten — Gold¹⁾ sah unter 533 Fällen von tertiärer Lues nur einen Bubo gummosus — muss überraschen, wenn man bedenkt, in welch innigem Zusammenhange das Lymphgefässsystem mit den verschiedenen Phasen der Syphilis steht. Indess lässt sich die geringe Beachtung, die man den gummösen Affectionen der Lymphdrüsens schenkte, aus gewissen Umständen erklären, deren Kenntniss deshalb wichtig ist, weil sie gegen die Existenz dieser Krankheit angeführt werden können. Zunächst ist es der lange Zeitraum, der manchmal zwischen diesen Erscheinungen und dem Primäraffecte liegt, ein Zeitraum, der sich bis zu 30 Jahren erstrecken kann und keine anderen specifischen Eruptionen aufzuweisen braucht. Von unseren Fällen bietet der zweite diese Eigenthüm-

lichkeit dar. Ferner ist zu betonen, dass auf die Anamnese oft allzugrosses Gewicht gelegt wird. Gewiss trifft der alte Satz „quavis syphiliticus est mendax“ sehr oft zu, daneben befinden sich aber in einer grossen Reihe von Fällen die Krauken in der That in Unwissenheit über die Natur ihres Primäraffectes. Die Angaben solcher Leute, sie hätten einen weichen Schanker oder einen Tripper gehabt (wie in unserem dritten Falle), können nur den Werth beanspruchen, den Arzt auf die Möglichkeit einer syphilitischen Infection aufmerksam zu machen. Drittens findet man zuweilen auch die Ansicht, die z. B. Thayssen¹⁾ vertritt, dass die Lymphdrüsens durch die Mitleidenschaft im sogenannten secundären Stadium immun gegen neue Attacken des Virus werden. Demgegenüber lehrt aber die klinische Erfahrung, dass z. B. an der Haut Gummata gerade an den Stellen mit Vorliebe auftreten, wo vorher eine syphilitische Efflorescenz ihren Sitz hatte. Schliesslich muss noch als wesentliches Moment angeführt werden, dass, wie schon Virchow²⁾ bemerkte, die Vorgänge bei den indolenten Bubonen (also in der sogenannten zweiten Periode) die grösste Aehnlichkeit mit den Gummositäten anderer Theile darbieten. Somit könnte die besondere Aufstellung von Gummata der Lymphdrüsens überflüssig erscheinen. Hier ist aber zu betonen, dass bei der Diagnose der gummösen Lymphome die mikroskopische Untersuchung nur eine geringfügige Rolle spielt; kann sie ja nicht einmal genau zeigen, ob man syphilitische, leukämische, typhöse oder andere Drüsenschwellungen vor sich habe, da eben alle diese auf Hyperplasie der Lymphzellen beruhen (Virchow).

Wir sind daher auf die klinische Beobachtung angewiesen, und diese lehrt, dass gewisse syphilitische Bubonen durch die späte Zeit ihrer Entstehung und ihr charakteristisches Verhalten als besondere Erkrankung von den secundären Drüsenschwellungen geschieden werden können.

Durch diese Ausführungen erklärt es sich wohl, warum Gummata der Lymphdrüsens so selten beobachtet worden sind. Lustgarten³⁾ hat Recht, wenn er sagt, dass wohl viel mehr Fälle diagnosticirt würden, wenn nur an die Möglichkeit ihres Vorkommens gedacht würde. Für alle zweifelhaften Fälle gelte der alte Satz: In dubiis suppone luen.

Die erste genauere und kritische Beschreibung der „subcutanen Drüsenerkrankungen im Spätstadium der Lues“ rührt von Lustgarten her. Schon vorher war allerdings, namentlich von französischer Seite, eine Anzahl hierher gehöriger Fälle richtig erkannt und beschrieben worden, und Lancereaux⁴⁾ hatte die analogen Veränderungen der Drüsens im Körperinnern geschildert.

Gummöse Lymphome erscheinen im Spätstadium der Syphilis, zuweilen erst lange Zeit nach dem Primäraffect, und sind manchmal die einzigen Manifestationen der Krankheit, wie z. B. in dem zuerst beschriebenen Falle. Sie können alle Lymphdrüsens des menschlichen Körpers befallen, bevorzugen aber die Inguinaldrüsens und diejenigen der Halsgegend, besonders die Glandulae submaxillares. Interessant ist die Thatsache, dass sie öfters an dem Locus minoris resistentiae, also im Anschluss an Traumen oder andere Schädlichkeiten entstehen; der zuletzt von uns beobachtete Kranke ist ein schönes Paradigma hierzu. Gewöhnlich betrifft die Gummibildung ganze Drüsenspackete, im Unterschiede zum sogenannten Bubo rheumaticus, der gewöhnlich nur eine Drüse befällt. Die meist wallnussgrossen Tumoren haben eine derb elastische bis harte Consistenz, obwohl auch weiche mitunter vorkommen. Sie zeichnen sich aus durch sehr langsames Wachsthum und sind gewöhnlich weder spontan noch auf Druck schmerzhaft. Die Haut über ihnen zeigt im Anfang meist keine Veränderungen und lässt sich von ihnen abheben; auch mit der Unterlage sind sie nicht verwachsen. Dieses Stadium, das mikroskopisch durch die Hyperplasie der zelligen Elemente charakterisirt ist, kann monatelang ohne weitere Veränderungen bestehen. Alle drei von uns beschriebenen Fälle sind über dasselbe nicht hinausgekommen, da auf Grund einer rechtzeitigen Diagnose die Therapie erfolgreich einschreiten konnte.

Die Wirkung der letzteren besteht darin, dass die Gummata fettig atrophiren und dann zur Resorption kommen. Bleiben sie sich aber selbst überlassen, so bilden sie sich entweder in den allerseltensten Fällen spontan zurück (bei unserem zweiten Kranken geschah das anfangs theilweise), oder gewöhnlich verwachsen die Drüsens fest mit der Nachbarschaft, so dass eine Ausschälung fast unmöglich wird. Es kommt dann zu einer centralen Einschmelzung, so dass ein Gefühl der Fluctuation erzeugt wird. Regelmässig wird dann die Haut in Mitleidenschaft gezogen; sie verfärbt sich

¹⁾ Inaug.-Dissert. Kiel 1872.

²⁾ Die krankhaften Geschwülste II, 20. Vorles.

³⁾ Wien. med. Presse 1890, No. 26—28.

⁴⁾ Traité de la syphilis, 11. Aufl., S. 289 ff. Paris 1873.

¹⁾ Wien. med. Presse 1893, No. 2.

dunkelroth bis livide, wird immer dünner, und schliesslich kommt es zum Durchbruch, indem ein charakteristisches Geschwür entsteht, aus dem sich eine gummiartige, mit Gewebsbruchstücken vermischte Masse entleert. Mikroskopisch erklärt sich das durch Auflösung der zelligen Elemente und Bildung eines structurlosen käsigen Detritus.

Von grösster Wichtigkeit ist die prompte Reaction auf anti-syphilitische Behandlung: auf wenige Flaschen Jodkalium oder nach einer combinirten Behandlung verkleinern sich die Tumoren überraschend schnell; „comme par enchantement“, „zauberhaft“ nennt es ein französischer Autor. Diese Diagnose ex juvantibus ist um so werthvoller, weil sonst die Differentialdiagnose auf grosse Schwierigkeiten stösst. Wie schon erwähnt, ist ja das mikroskopische Aussehen vieler Drüsentumoren das gleiche; selbst gewisse Sarkome haben ähnliche histologische Structur. Aber auch die klinische Beobachtung ist nicht immer über jeden Zweifel erhaben. Im allgemeinen kann man sagen, dass Infectiouskrankheiten, wie Scharlach, Typhus, Milzbrand durch die Anamnese auszuschliessen sind. Bei Verdacht auf Tuberkulose ist es nöthig, die Lungen genau zu untersuchen, das Alter zu berücksichtigen und nach anderen „scrophulösen“ Erscheinungen zu forschen. Maligne Neubildungen unterscheiden sich meist durch ihre Schmerzhaftigkeit, Sarkome insbesondere durch ihr rasches Wachsthum. Bei Carcinomen, die nur sehr selten primär in Lymphdrüsen entstehen, ist auf Metastasen zu fahnden. Die leukämischen Tumoren sind durch Blutuntersuchung nachzuweisen; die sogenannten pseudo-leukämischen Drüsenschwellungen oder maligne Lymphome haben geringere Neigung zum Zerfall und befallen gewöhnlich fast alle Lymphdrüsen des Körpers inclusive der Milz, während die gummiösen Bubonen nur in einer oder wenigen Regionen localisirt sind.

Die wachsartige Verfärbung der Haut, von der Lustgarten spricht, war nur in einem der oben angeführten Fälle vorhanden. Theoretisch hat schon Virchow die syphilitische Chloro-Anämie aus den Störungen in der Oekonomie der Lymphdrüsen abgeleitet; aber bei den Affectionen so einzelner Gruppen und in so frühen Stadien braucht sie wohl nicht nothwendig einzutreten.

Die einschlägige Literatur hat zuerst Lustgarten zusammengestellt. Als theilweise Ergänzung der dort angeführten Arbeiten sei zunächst die Inauguraldissertation von Thayssen angeführt, in der ein „ausserordentlich seltener Fall von tertiärem Lymphom“ des Halses und der Brust beschrieben wird. Auch Bier¹⁾ erwähnt nebenbei einen solchen. Was Auspitz²⁾ unter „specifischen infectiösen Bubonen“ versteht, sind nichts anderes wie gummiöse Lymphome. Interessant ist auch die Bemerkung Billroth's³⁾ dass 3 Fälle von Geschwülsten der Cervicaldrüsen, deren Natur unbekannt blieb, durch innerliche Gaben von Jodkalium geheilt resp. gebessert wurden. Wahrscheinlich handelte es sich auch hier um Gummata der Drüsen. Auch Bäumler⁴⁾ giebt die Möglichkeit tertiärer Lymphdrüsenkrankungen zu; ebenso beschreibt Lang⁵⁾ dieselben kurz. Nach der Publication von Lustgarten erschienen bald weitere Arbeiten, die seine Ausführungen bestätigten. Busch,⁶⁾ Montgomery,⁷⁾ Carusi⁸⁾, Gold⁹⁾, beschrieben hierher gehörige Fälle. Von Lehrbüchern sind die von Kaposi¹⁰⁾, Joseph¹¹⁾, Birch-Hirschfeld¹²⁾, Ziegler¹³⁾, Mauriac¹⁴⁾ zu erwähnen, während selbst grössere chirurgische Handbücher wie die von König und Bardeleben so gut wie nichts über diesen wichtigen Gegenstand enthalten.

Wir hoffen durch diese kleine Mittheilung die Aufmerksamkeit weiterer ärztlicher Kreise wieder einmal auf dieses etwas vernachlässigte Gebiet der Syphilidologie gelenkt zu haben. Man achte mehr als bisher auf das Vorhandensein gummiöser Lymphome, und man wird hier durch eine specifische Therapie oft glänzende Erfolge erzielen.

Zum Schlusse sage ich Herrn Dr. Joseph, der mich zu dieser Arbeit anregte und in lebenswürdigster Weise dabei unterstützte, meinen verbindlichsten Dank.

¹⁾ Inaug.-Dissert. Kiel 1888.

²⁾ Die Bubonen d. Leistengegend. Arch. f. Dermatol. u. Syph. 1873.

³⁾ Arch. f. klin. Chirurg. Bd. X.

⁴⁾ Ziemssen, Handb. d. spec. Path. u. Therap. Bd. III.

⁵⁾ Pathol. u. Therap. d. Syphilis. Wiesbaden 1884—86.

⁶⁾ Wien. med. Pr. 1891.

⁷⁾ Pacif. medic. Journ. Febr. 1891; refer. in Vierteljahrsschr. f. Dermatol. u. Syph. 1892.

⁸⁾ Ref. im Journ. des malad. cutan. et vénér. 1892, Bd. IV, S. 33.

⁹⁾ Wien. med. Presse 1893.

¹⁰⁾ Pathol. u. Therap. d. Syph.; deutsche Chirurg. Bd. XI.

¹¹⁾ Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. II. Leipzig 1894.

¹²⁾ Lehrb. d. pathol. Anat. Leipzig.

¹³⁾ Lehrb. d. pathol. Anat. Jena.

¹⁴⁾ Syph. tertiaire et héréditaire. Paris 1893.