

Das multiple Keloid.

Von Prof. Dr. **Ernst Schwimmer** in Budapest.

Jene Geschwulstformen an der allgemeinen Decke, welche unter der wenig geeigneten Bezeichnung des Keloids bekannt sind, bildeten in den letzten Jahrzehnten mehrfach den Gegenstand eingehender histologischer Untersuchungen. Diesen ist es zu danken, dass das Urtheil über das Wesen dieser Erkrankung, welche mannigfaltige Krankheitsformen gleichen Aussehens aber verschiedenen Charakters umfasst, heute wesentlich richtiger ist als früher, und dass, nachdem die feinere Structur dieser Gebilde genauer erforscht wurde, selbe auch in klinischer Beziehung auf ihre pathologische Wesenheit zurückgeführt wurden. Schon Alibert¹⁾, von dem die Bezeichnung stammt, stellte zweierlei Formen von Keloid auf; die eine bezeichnete er als das wahre Keloid oder die idiopathische Form, im Gegensatze zu der anderen, nämlich der aus Narben entstandenen hyperplastischen Bildung, welche er das falsche Keloid nannte. Spätere Autoren, wie Schuh, Wedl, Addison, Warren, haben die Begriffe, welche man mit diesen Leiden verband, theils verändert, theils erweitert, und die neueren Histologen und Kliniker acceptirten schliesslich die von Dieberg²⁾ aufgestellte Eintheilung, welche neben den genannten Abarten des Keloids noch eine dritte enthielt, nämlich die warzige Narbengeschwulst. Virchow³⁾ hat, von der Beobachtung ausgehend,

¹⁾ Description des maladies de la peau, Paris 1806, pag. 113 und „Monographie des Dermatoses.“ Deutsch von Dr. Bloest. Leipzig 1837. II. pag. 141.

²⁾ Deutsche Klinik 1852, Nr. 33.

³⁾ Die krankhaften Geschwülste. II, p. 244.

dass einzelne, als Keloid bezeichnete Geschwulstbildungen cancroider (krebsartig), andere wieder fibromatöser oder sarcomatöser und selbst syphilitischer Natur sind, vorgeschlagen, alle aus Narben hervorgegangenen Gewächse von dem Keloid gänzlich zu sondern und nur die spontanen oder aus gewissen pathologischen Processen entstandenen Gebilde so zu bezeichnen. Die mikroskopische Untersuchung genügte aber nicht, dieser Auffassung im gewünschten Sinne Rechnung zu tragen, indem man auch bei den spontan entstandenen nicht immer die gleiche Structur vorfand und je nach den gewonnenen Ergebnissen sich bestimmen liess, das Keloid bald zu den fibromatösen, bald zu den sarcomatösen Tumoren zu zählen. In dem einen Falle war nämlich das Gebilde von überwiegend bindegewebigem Gefüge, wesshalb man eine Analogie mit dem Fibrom statuirte, in anderen Fällen war es wieder die grosse Recidivfähigkeit und Hartnäckigkeit des Uebels, sowie die überaus reichliche Zellenwucherung, die das neoplastische Gebilde aufwies, welche eine Verwandtschaft mit dem Sarcom annehmen liessen. Um diesen Widerstreit der Auffassung zu lösen, haben namentlich Langhans¹⁾, Warren der Jüngere²⁾ und Kaposi³⁾ den Gegenstand eingehend geprüft, und das Resultat ihrer Untersuchung ist heutzutage das allgemein angenommene. Selbe besagt in Kürze Folgendes: das eigentlich idiopathische oder wahre Keloid erscheint als eine dichtfaserige Gewebsmasse, von der Längsaxe der Geschwulst entsprechender paralleler Faserung, die zahlreiche Spindelzellen enthält, welche aus nach dem Typus der Sehne zusammengesetzten Bindegewebsbündeln besteht. Das ganze Gebilde scheint im Corium eingeschoben, indem ober- und unterhalb desselben normale Schichten des Cutisgewebes sich vorfinden und ausser Haarbälgen, Talg- und Schweissdrüsen auch die Papillen erhalten sind (Kaposi). Letztere erscheinen unregelmässig breit und abgeflacht, so dass die Papillen als Ausdruck von der Längsaxe des Tumors parallelen Leisten angesehen werden müssen. Die Epidermis ist sehr dünn und die ganze Masse des

¹⁾ Virchow's Archiv, 40. Bd. 1867, p. 330.

²⁾ Sitzungsbericht der kais. Akademie der Wissenschaften, Wien 1868, III, p. 443.

³⁾ Hebra-Kaposi, Lehrb. d. Hautkrankheiten. 1876, II. p. 204.

Tumors lässt sich von den tieferen Lagen der Cutis leicht ablösen (Langhans). Der Umstand, dass Papillarkörper und Retezapfen intact erscheinen, ist nach diesen Untersuchungen ein Hauptargument für die Annahme eines eingeschobenen Gebildes, während die Narbe oder Narbengeschwulst, wo diese dem normalen Gewebe zugehörigen Schichten fehlen, die Annahme gestatten, dass eine durch Geschwürsbildung oder Eiterung verloren gegangene normale Gewebspartie durch bindegewebige Massen ersetzt wurde. Die Gefässe scheinen auch für das Wesen der Erkrankung von ätiologischer Wichtigkeit zu sein, da die erwähnten Spindelzellen sich in grosser Menge rings um dieselben und den Verlauf derselben einhaltend vorfinden. Langhans meint sogar, dass die charakteristischen Zellenstränge, die sich vielfach verästelnd im Keloidtumor vorfinden, nichts anderes als obliterirte Capillaren darstellen. Zur Ergänzung des Ganzen sei noch bemerkt, dass jene Bildungen, wo nebst den eben beschriebenen Veränderungen gleichzeitig andere der Narbe entsprechende bindegewebige Schichten nachzuweisen sind, als falsche oder Narben-Keloide zu bezeichnen wären.

Auf Grund mikroskopischer Untersuchung wäre demnach beim Fehlen der Papillen an eine Narbengeschwulst zu denken, während hingegen reichlich vorhandene Faserzüge bei gleichzeitig erhaltenem Papillarstratum und Epidermisdecke das Bestehen eines wahren Keloids anzunehmen gestatten würden.

Die Eigenthümlichkeit des Keloids, nach seiner Entfernung vom Mutterbett sich neuerdings in ursprünglicher Ausdehnung zu bilden, glaubt Warren dadurch zu erklären, dass die Erkrankung der Gefässwände auf weite Strecken hinaus statt hat, und dass die Neubildung von diesem Gebiete aus sich stetig einstellt.

Wie aus diesen Angaben ersichtlich, ist die Distinction zwischen einem wahren und einem falschen Keloid demnach eine histologische, und die Diagnose würde kaum je correct gemacht werden können, da man für die Bildungen keinen anderen richtigen Gradmesser zur Beurtheilung besitzt. In diesem Sinne erscheint die Angabe der genannten Forscher vielleicht doch etwas zu weitgehend, und abgesehen von einigen Abweichungen in den histologischen Details, die ich im Vereine mit Herrn Dr. Babesiu an mehrfach exstirpirten Keloidbildungen wahrgenommen habe,

und die später folgen sollen, dürfte es vielleicht auch andererseits nicht so schwierig sein, für gewisse Fälle die klinische Diagnose des Keloids genau präcisiren zu können.

Kaposi¹⁾, der die genannten Schwierigkeiten in der klinischen Beurtheilung der Keloiderkrankungen in gleicher Weise betonte, glaubt deshalb, dass man im Allgemeinen nur Wahrscheinlichkeitsdiagnosen zu stellen im Stande ist, wobei die Anordnung der Geschwülste und der Sitz derselben namentlich am Sternum verlässliche Behelfe abgeben sollten, um vorkommenden Falles sich für die Annahme einer idiopathischen Bildung bestimmen zu lassen. Ich glaube jedoch, dass diese Behelfe für die Beurtheilung nicht immer ausreichend sind; und da wir über das Entstehen des Keloids keine sicheren Anhaltspunkte haben, vom Narben-Keloid jedoch wissen, dass es stets auf äussere Reize und Verletzungen der Cutis zur Entwicklung kommt, so wird man in solchen Fällen, wo letzteres Moment fehlt, und bei denen die bekannten charakteristischen Bildungen sich trotzdem entwickeln, mit aller Entschiedenheit für das Auftreten eines idiopathischen Keloids sich aussprechen können.

Für die richtige klinische Diagnose des wahren Keloids wäre noch ausserdem zu betonen, dass man sehr oft eine eigenthümliche Beschaffenheit der Haut einzelner Körperregionen anklagen muss, welche zu diesen Erkrankungen disponire. Hiezu gehören dann sowohl alle jene Fälle, bei denen das Keloid sich in mehrfacher Anzahl spontan entwickelt, als auch jene, bei denen durch gewisse, die tieferen Hautgewebe treffenden Eingriffe prominirende narbenartige Geschwülste leicht zu Tage treten, die einer Exstirpation nur vorübergehend weichen, und die sich immer neuerdings entwickeln. Ohne das Wort oder den Begriff der Diathese für unseren Gegenstand anzusprechen, glaube ich, dass die Idee nicht von der Hand zu weisen sei, dass gewisse Geschwulstformen sich auf der allgemeinen Decke generalisiren in der Weise, dass sie, spontan entstanden, sich oft ohne Veranlassung in ausserordentlicher Menge vervielfältigen und je nach der Anzahl der Bildungen, welche sie erzeugen, nur gleichsam gewisse Abstufungen in der Krankheitsdisposition darstellen. Ich glaube

¹⁾ l. c.

mich zu dieser Annahme umsomehr berechtigt, als ich auf Grund mehrfacher Beobachtungen Formen von multiplem Keloid sich entwickeln gesehen habe, die ohne Schwierigkeit in die Reihe der sich generalisirenden Hautgeschwülste einfügen lassen, bei denen nur die allgemeine Decke und nicht die übrige Constitution als pathologisch zu bezeichnen war.

Die Neigung generell aufzutreten zeigen mitunter auch Geschwulstformen anderer Natur, so dass die Idee einer Diathese auch bei anderen Arten von Tumoren sich aufzudrängen scheint. Man kann in Bezug der Multiplicität der Keloide, sowie der anderen Geschwülste der Haut, die Ansicht Virchow's als eine zutreffende bezeichnen, wenn er an einer Stelle über die Multiplicität der Myome¹⁾ sagt: „Selbe hat durchaus nichts mit der Malignität und Heteroplasie zu schaffen, sie ist auch keineswegs als Ausdruck eines dyskrasischen Allgemeinleidens, sondern ganz wesentlich als örtliche Erscheinung aufzufassen. Jeder einzelne Tumor ist das Produkt örtlicher Reizung, die Multiplicität bedeutet nichts als die Ausdehnung des Reizes.“

Mit der Wahrnehmung, dass an einer Körperoberfläche vielfache Bildungen gleichen Aussehens auftreten, ist nicht immer deren Wesenheit festgestellt, und wenn man auf gewisse Formen der Geschwülste der Haut einen Blick wirft, so wird man die Mannigfaltigkeit derselben leicht zugeben und begreifen, warum man bei deren Classification keine einheitliche Grundlage bis heute festzustellen wusste. Oft ist es der Sitz, oft die Ursache, oft wieder das Wesen der Erkrankung, oft die Consistenz, Farbe, Verbreitung der Bildung u. s. w., welche der Geschwulst ein eigenthümliches Gepräge verleihen, und wenn auch der klinische Charakter ziemlich sicher erscheint, sind es wieder die histologischen Veränderungen, welche für einzelne Formen Analogien oder auch differente Verhältnisse aufweisen, die mit dem klinischen Urtheil nicht zusammentreffen. Gerade aus den letzten Jahren wurden Mittheilungen ähnlicher Art öfter bekannt, und die Autoren haben in Ermangelung einer einheitlichen Nomenclatur solchen Geschwulstbildungen auf der Haut verschiedenartige Bezeichnungen beigelegt. Wir erinnern beispielsweise an Köbner's²⁾ „beerschwammähn-

¹⁾ Geschwülste, Berlin 1867. III, p. 418.

²⁾ Klin. und experiment. Mittheil. Erlangen 1864.

liche multiple Papillargeschwülste der Haut“, eine pathologische Form, welche in etwas ähnlicher Form von Alibert¹⁾ gesehen und als Mycosis bezeichnet wurde. Es sind dies papilläre Geschwülste allgemeiner Verbreitung (framboisieartige Bildungen), die von Köbner mit Entschiedenheit als idiopathische und nicht syphilitische Produkte trotz ihrer offenbaren äusseren Aehnlichkeit mit denselben bezeichnet und abgebildet wurden. Diesen in grosser Mannigfaltigkeit auftretenden Geschwülsten stehen die umschriebenen und nur örtlich erscheinenden Bildungen der Haut nahe, welche vor einiger Zeit Kaposi²⁾ abgehandelt, und welche sich an analoge ältere Mittheilungen von Sauvages³⁾, Plenck⁴⁾, Willan⁵⁾, Meyer⁶⁾ u. A. anschliessen. Es sind dies Erkrankungen, welche auf der Gesichts- und Kopfhaut vorkommen und eine Gruppe von den Neubildungen zugehörigen Affectionen betreffen. Die Mitte zwischen diesen papilläre und abgegrenzte Tumoren mit seitlichen Ausläufern, wie sie das Keloid zeigt, bildenden Bindegewebshypertrophien halten dann die eigentlichen Sarcome der Haut ein, wie deren Port⁷⁾ ein Beispiel mitgetheilt hat, bei dem zahlreiche Tumoren an den verschiedensten Stellen der allgemeinen Decke aufsassen, die sich bei der anatomischen Untersuchung als multiple Sarcombildungen erwiesen, doch auch den Verdacht nicht ausschlossen, dass diese Form aus Granulationsbildung sich entwickelt haben könnte. — Eine Mischform beider stellt wieder der von Duhring und Heitzmann⁸⁾ untersuchte und beschriebene, den angeführten multiplen Geschwulstbildungen der Haut analoge Fall dar, der theils als entzündlicher (Bindegewebs-) Tumor, theils als sarcomatöse Erkrankung erschien. Wir sehen demnach Hautgeschwülste mannigfacher Art als locale Erkrankung sowie als generale auftreten und die Uebergänge bindegewebiger Neubildungen

¹⁾ Monograph. des Dermatos. Deutsch von Bloest. Leipzig 1837. pag. 297.

²⁾ Archiv f. Dermatol. u. Syphilis 1869, p. 382 u. ff.

³⁾ Nosologia method. Amstelodami 1768, II, p. 554.

⁴⁾ De morbis cutan. Wien 1783, p. 101.

⁵⁾ Darstellung der Hautkrankheiten von Bateman. Leipzig 1841, pag. 408.

⁶⁾ Virchow's, Archiv 1869, pag. 113.

⁷⁾ Deutsches Archiv f. klin. Medic. 1874, p. 134.

⁸⁾ Americ. Archives of Dermatol. 1879, V. Bd., p. 1—26.

zur Granulationsgeschwulst erklären die Schwierigkeit in der exacten Diagnostik dieser Tumoren, da man es bald mit papillären und Granulationsbildungen, bald mit Fibrom, Sarcom oder einer Combination der letzteren, dem Fibrosarcom zu thun hat. In die Reihe dieser Geschwulstformen gehören ferner auch die reinen Myome und die Fibromyome; Tumoren, die nicht nur im subserösen und submucösen Gewebe, sondern auch auf der allgemeinen Decke in solitärer und genereller Form sich zeigen, und erst jüngst hat Besnier¹⁾ einige Fälle von zahlreichen, zerstreuten, in grosser Ausbreitung fast den ganzen Stamm einnehmenden Dermatomyomen und Fibromen mitgetheilt.

Mit der Wahrnehmung, dass eine grosse Reihe von Geschwulstformen bekannten sowie auch nicht festgestellten Charakters auf der allgemeinen Decke vorkommen oder sich in langsamer Entwicklung über grosse Flächen der Haut ausbreiten, erscheint demnach das Keloid, welches mitunter diese Neigung aufweist, als eine Neubildung von grösserer Dignität als man bisher anzunehmen geneigt war, und wenn man sich dessen histologische Wesenheit vor Augen hält, wäre man wohl geneigt, die für den Charakter der Krankheit nichtssagende Bezeichnung Keloid aus der Nomenclatur zu streichen; doch kann man diese Gebilde andererseits mit keinem neuen Namen belegen, da man statt des bekannten denjenigen des Hautfibroms auch nicht zu wählen vermag, indem man wieder andererseits gezwungen wäre, Bildungen von analogem Aussehen und Charakter als Sarcome anzuerkennen.

Die Keloide kommen, wie bekannt, gewöhnlich nur als vereinzelte Gebilde vor, und der Stamm, namentlich die Sternalpartie desselben pflegt deren Lieblingssitz zu sein. Es fehlt absolut jeder Anhaltspunkt zur Erklärung dieser Erscheinung und selbst bei multiplem Vorkommen derselben pflegen die Extremitäten gänzlich verschont zu bleiben; ich habe wenigstens bei einer grossen Zahl von Keloiden verschiedener Form, die ich zu sehen Gelegenheit hatte, ausser an den genannten Körperregionen das Auftreten derselben anderswo höchst selten beobachtet. Cazenave²⁾ berichtet von einem Fall bei einer jungen Frauensperson, die mehr

¹⁾ Les Dermatomyomes, Annal. de Derm. et Syphilogr. Paris 1880 p. 25.

²⁾ Abrég. prat. d. Mal de la peau Paris 1847 p. 603.

als 20 Keloide theils an der Brust theils an den oberflächlichen Lymphsträngen (?) des Ober- und Vorderarmes zu sehen Gelegenheit bot. Bazin¹⁾ sagt im Allgemeinen darüber „son siège de prédilection est la région sternale; on l'a également observée au cou, à la face, aux membres supérieurs et inférieurs, et l'on peut dire, qu'aucune partie du corps n'est d'une manière absolue à l'abri de cette affection“. Er erwähnt auch einen Fall aus seiner Beobachtung, wo der Unterleib, die Hüftgegend und die Schenkelflächen von zahlreichen Keloidtumoren bedeckt waren. Selbstverständlich handelt es sich hierbei nur um Fälle von spontanen und nicht den früher erwähnten Narbenkeloiden wie sie nach Verbrennungen überall vorkommen können.

Bekannt sind auch solche Fälle, wo narbenartige, wulstförmige Gewebsneubildungen (wahre fibröse Tumoren) sich an den Fingern und Zehen entwickeln, doch stellen diese Gebilde, wenn auch histologisch mit dem Keloide verwandt, klinisch etwas veränderte Geschwülste dar. Einen derartigen ausgezeichneten Fall hat Volkmann²⁾ vor einiger Zeit veröffentlicht.

Was nun die Zahl der einzelnen Tumoren anbelangt, so haben einzelne Beobachter selbe schon in ziemlicher Häufigkeit vorkommen gesehen. Doch wird die Zahl von 20—30 einzelner zerstreut auftretender Tumoren selten überschritten gefunden. Wilson³⁾ beobachtete einen Fall bei einer Dame, die an der vorderen Brustfläche 30, und an der Rückenseite 9 einzelne Tumoren aufwies. Kaposi⁴⁾ führt einen Fall an, bei welchem er nahe an 20 vereinzelte Tumoren bei einem männlichen Individuum vorgefunden hatte. Die nun folgenden Beobachtungen, die ich im vorigen Jahre zu machen Gelegenheit hatte, übertreffen an Multiplicität der Gebilde alle mir bekannten Fälle und sie mögen deshalb an dieser Stelle eine kurze Darstellung finden.

I.

K. F., eine 35 Jahre alte, gesunde und kräftige Frau, kam am 6. Mai 1879 wegen einer ausgebreiteten Veränderung an der allge-

¹⁾ Leçons clin. et théor. sur l'affect. cut. artif. Paris 1862 p. 365.

²⁾ Langenbeck's Archiv 1872 B. XIII p. 374.

³⁾ Diseases of the Skin. London 1876 p. 381.

⁴⁾ Hebra u. Kaposi, Handbuch II. B. 199.

meinen Decke zur Behandlung. Sowohl die rechtsseitige Brusthälfte von der Claviculargegend an bis über die Brustdrüse hinaus, als auch der rückwärtige Theil des Stammes derselben Körperhälfte von der oberen Scapulargrenze an bis zur Wirbelsäule hin zeigte eine grosse Reihe von Knotenbildungen, die von Erbsen- bis zu Daumengrösse anscheinend in unregelmässiger Anordnung der Haut aufsassen.

Während nach vorne keine bestimmte Richtung in der Anordnung der Geschwülste zu finden war, erschienen in der Gegend, welche dem Verlaufe der 4.—6. Rippe bis zur Wirbelsäulgrenze entsprach, einzelne Tumoren so ziemlich nach einer bestimmten Richtung sich ausbreitend, ausserdem jedoch ober- und unterhalb derselben viele einzelne zerstreut aufsitzende Gebilde. Alle waren von durchwegs fester Structur, wenig verschiebbar und zumeist von normal gefärbter Haut bedeckt. Stellenweise jedoch erschien die Oberfläche derselben röthlich glänzend, von feinen Gefässzweigen durchzogen. Die Tumoren selbst erschienen wohl in ziemlicher Anzahl rundlich, ein grosser Theil derselben zeigte jedoch grössere Ausläufer in das umliegende Gewebe, so dass die Gebilde an ihren Grenzpartien in der normalen Haut eingelagert erschienen. Man konnte in den verschiedenen Formationen mannigfache Bildungen erkennen, indem mehrfache Ausläufer ineinandergreifend, dadurch längliche, mässig ovale Wulstgrenzen bildeten, zwischen denen vielfach normale Hautstellen inselförmig eingelagert erschienen. Doch waren die ineinander übergelenden kleinen und grösseren Geschwulstformen nicht allzu zahlreich und die grosse Masse stellte sich in Form isolirter Tumoren dar. Von den wenigen wulstartigen, aus verfilztem Gewebe bestehenden Endpartien abgesehen, konnte man hundertfünf einzelne Tumoren zählen. Die einzelnen Geschwülste zeigten nur bei tiefem Drucke mässige Schmerzhaftigkeit; über spontanen Schmerz wusste Patientin nicht zu klagen. Die Epidermisdecke konnte von den einzelnen Geschwülsten selbst seitlich abgedrängt werden, central haftete sie jedoch der Bildung fest an, ohno dass man einen besonderen Nabel an den einzelnen Tumoren bemerken konnte.

Das Leiden war innerhalb 6 Jahren in langsamer Entwicklung entstanden, und wie Pat. mittheilte, verbreitete sich die Bildung ohne nennenswerthe subjective Erscheinung. Seit einem halben Jahre soll keine wesentliche Veränderung eingetreten sein, und die Keloidbildung scheint hiemit vielleicht nur vorläufig ihren Abschluss gefunden zu

haben. Die Kranke hatte schon mehrfache ärztliche Hilfe nachgesucht, doch war sie dieserhalb nicht wohlberathen, denn sowohl die reichlichen Tumoren als auch die stellenweise dunkelrothe Färbung der bedeckenden Haut veranlasste einzelne Aerzte, das Leiden für eine specifische Gummaerkrankung zu betrachten. Aus dem Anlasse hatte Patientin eine Zeit lang antisypilitische Mittel in Anwendung gezogen, doch war selbe so vernünftig, nach mehreren missglückten derartigen Heilversuchen selbe gänzlich aufzulassen. Bei der Aufnahme hatte ich der Kranken einzelne Knoten behufs Untersuchung exstirpirt, doch hatten sie an denselben Stellen sich bald wieder in ihrer ursprünglichen Ausdehnung entwickelt. Ausser an den genannten Körperstellen war die Haut des übrigen Körpers vollkommen rein und gesund, nirgends zeigte sich irgend eine Abweichung vom normalen Verhalten und sowohl die Anamnese als auch das jetzige Verhalten der Patientin boten nicht den leisesten Anlass zur Annahme irgend eines Krankheitszustandes. Patientin blieb durch einige Zeit in Beobachtung und wurde im unveränderten Zustande entlassen.

II.

Der nachträgliche Fall einer multiplen Keloiderkrankung hat nicht nur wegen des interessanten Krankheitsbildes sondern auch wegen der theilweise mit günstigem Erfolge durchgeführten Therapie ein mehr als pathologisches Interesse.

S. R., ein 17jähriges, kräftig gebautes Mädchen kam Anfangs Juli 1879 mit einen ausgebreiteten, den Stamm in auffälliger Weise verändernden Hauterkrankung zur Spitalsaufnahme. Betreff der Anamnese wäre zu erwähnen, dass die Kranke das Auftreten ihres Leidens auf eine verhältnissmässig kurze Zeit zurückdatirte, indem sie vor $\frac{1}{2}$ Jahre an einem intensiven Masernausschlag erkrankt gewesen, worauf sich kurze Zeit nach Ablauf des Exanthems am Stamme neuerdings ein umschriebener Fleckenausschlag entwickelt haben soll, welcher an einzelnen Stellen zu Knotenbildungen führte. Die rechtsseitige Thoraxhälfte erschien zur Zeit der Aufnahme von der Sternalpartie bis nahe zur Grenze der rechtsseitigen Wirbelsäule in bemerkenswerther Weise verändert. Man findet daselbst in grosser Anzahl theils einzelnstehende theils ineinanderfliessende, bohnen- bis haselnussgrosse, im Unterhautgewebe festsitzende, wenig verschiebbare, auf Druck mässig schmerzhafte Knoten von theils normaler Hautfarbe, doch stellenweise auch von röthlich schimmerndem Aussehen, indem einzelne Gebilde in

grösserer Anzahl von feineren Gefässen durchzogen sind. Die Knoten sind, obgleich unregelmässig gelagert, in dem Raume zwischen der 4.—7. Rippe conglomerirt, und ziehen so ziemlich dem Verlaufe der Rippen entsprechend über die gut entwickelte Brustdrüse bis unter die Axillargegend in reicher Anzahl hin. An der Sternal- und unteren Partie der Brustdrüse den Charakter derber Knoten beibehaltend, werden sie in der Brustdrüse selbst viel flacher und weniger hervorragend, doch sind sie allenthalben gut zu umschreiben mit wenigen in die Drüsen und Hautgewebe sich einsenkenden Ausläufern.

Interessanter ist die Rückenpartie des Stammes, wo die isolirten Knoten zur Zeit der Aufnahme viel mächtiger entwickelt waren und den Raum zwischen der 5.—9. Rippengegend als eine Geschwulstmasse erscheinen liessen, die seitlich sowie nach oben und abwärts in die gesunde Haut übergehende Ausläufer bildete. Es waren demnach isolirte und confluirende Tumoren, welche in theilweiser Confluenz die Configuration von halbmondförmiger und mehrfach gelappter Wulstbildung darstellten. Die Hautmasse der Rückengeschwulst sammt den an deren Grenzlinien vorhandenen Tumoren hatte eine Ausdehnung von 10 Ctm. Länge und 8 Ctm. Breite. An einer Stelle erschien die erwähnte massige Neubildung wie ein vielfach verästelter, dicke Zweige aussendender Stamm, dessen grösster Dickendurchmesser 2·3 Ctm. erreicht haben dürfte. Die Epidermis ist, wie in dem vorigen Falle, stellenweise der Geschwulst fest anhaftend, stellenweise jedoch gestattet sie bei Zusammenschieben an den Seitenrändern eine mässige Runzelung. Die ganze Rückengeschwulst ist von durchwegs röthlicher Färbung und das bei einzelnen Keloiderkrankungen in isolirten oder solitären Formen bekannte, mattsche Aussehen der Epidermisdecke fehlte hier gänzlich. Ein zartes Capillargefässnetz überzog die ganze Neubildung. Die einzelnen Knoten waren weder besonders empfindlich noch schmerzhaft, und Pat. hatte während der ganzen Dauer der Erkrankung nie über irgend welche subjective Zufälle zu klagen.

Auffällig war bei unserer Kranken das Verhalten der Haut im Allgemeinen. Während die Gesichtshaut zahlreiche Comedonen aufwies, fanden sich auf der Haut des Nackens, des Bauches und den von der Keloiderkrankung freien Hautflächen des Stammes zahlreiche weisse, zerstreut stehende, flache, einer Narbenbildung ähnliche glänzende Flecke und man konnte mit gutem Rechte die allgemeine Decke als eine vom Hause aus nicht normale bezeichnen. Die

inneren Organe waren vollkommen gesund und Pat. hatte sich auch bis auf die erwähnte Masernerkrankung und das eben beschriebene Hautleiden im Allgemeinen stets einer guten Gesundheit erfreut.

Um eine Behandlung des geschilderten Zustandes anzustreben, habe ich an der Sternalpartie einzelne Knoten theils durch Ausschaben mit dem scharfen Löffel, theils durch andauernde Application von einer 10%igen Pyrogallussalbe zu entfernen versucht, doch fand ich die bekannte Erfahrung bestätigt, dass die Recidiven nach derartiger Behandlung der Keloidknoten in kurzer Zeit zu erfolgen pflegten. Es fragte sich nun, ob nicht ein eingreifenderes Vorgehen wie etwa die totale Exstirpation der auf dem Rücken befindlichen Geschwulstmasse mit Inbegriff des gesammten subcutanen Bindegewebes ein besseres Resultat zu Tage zu fördern vermöchte? Primarchirurg Janig hat nun auf meinen Wunsch in der Narkose die Exstirpation des ganzen Gebildes nebst der Ablösung eines 1 Ctm. breiten gesunden Hautrandes bis auf die Fascien der frei zu Tage liegenden Muskelpartien von der Unterlage vorgenommen, die Wundränder allenthalben mit dem Thermocautère energisch geätzt, und die zurückbleibende grosse Wundfläche unter entsprechender antiseptischer Behandlung theils mit Lister- theils mit Borverbänden der gänzlichen Heilung zugeführt. Es brauchte nahezu 5 Monate bis zur vollkommenen Restitution und ich hatte Patientin im geheilten Zustande der Budapester ärztlichen Gesellschaft im Monate März d. J. vorgestellt. Die Haut erschien zu dieser Zeit in der ganzen Ausdehnung der früheren Geschwulstmasse dunkelroth, flach und glänzend, wie eine ausgebreitete Verbrennungsnarbe und die Untersuchung lehrte, dass keine neue Knotenbildung in dem ganzen Gebiete des Narbengewebes zu Tage getreten, doch zeigen sich an dem äussersten Rande der frisch gebildeten Hautfläche einzelne verdächtige Anschwellungen, die zur Befürchtung Anlass geben, dass sich dort vielleicht neue Herde der früheren Erkrankung bilden könnten. In diesem geheilten Zustande wurde Pat. entlassen.

Die exstirpirte Geschwulst übergab ich behufs eingehender histologischer Untersuchung Herrn Dr. Babesiu, der in Nachfolgendem eine ausführliche Darstellung der gewonnenen Resultate im Anschlusse an diese Arbeit geben wird.
