562 b.

Chirurgische Klinik
Dorpat.

Beiträge

zur

CHIRURGIE

von

Dr. med. **Joseph Grosch**.

Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
61304

Dorpat.

Druck von H. Laakmann's Buch- und Steindruckerei

1885.

562 b.

Chirurgische Klinik
Dorpat.

Inhaltsverzeichniss.

	Seite.
Ueber das Lipom der Schädeldecken	7—50
Ueber das volare Hand- und Fingerlipom	51—78

Ueber das Lipom der Schädeldecken.

Die Lehre von dem Lipom kann wol im Allgemeinen, Dank der Einfachheit der Structurverhältnisse und der ungemeinen Regelmässigkeit in dem klinischen Verhalten dieser typischen Geschwulstform, zu den bestgekannten Capiteln der chirurgischen Onkologie gezählt werden. Bei genauerer Prüfung wird man sich indess nicht verhehlen, dass auch diese Neubildung nach mancher Richtung hin noch interessante Seiten aufzuweisen hat, für welche uns eine richtige Erkenntniss mangelt und die bisher entweder gar keine oder doch nur sehr unzureichende Aufklärung gefunden haben. So kann z. B. die in practischer und theoretischer Beziehung gleichwichtige Frage nach der Aetiologie der in Rede stehenden Geschwulst, wie die der überwiegenden Mehrzahl der Geschwülste überhaupt, bis hiezu noch als eine ganz offene angesehen werden, vereinzelte Beobachtungen abgerechnet, in denen ein causaler Zusammenhang zwischen Lipombildung und einer vorausgegangenen traumatischen Einwirkung oder dem Momente der Erblichkeit schlechterdings nicht

von der Hand zu weisen sind. Nicht viel besser sind wir in Betreff einzelner Detailfragen unterrichtet, welche sich auf die Ausbreitungsweise, die genetischen und anatomischen Beziehungen einiger seltenerer Lipome zu den benachbarten Gewebselementen erstrecken.

Bei dieser Sachlage schien es mir gerechtfertigt, jene soeben angedeuteten und von der weiten Heerstrasse der augenblicklich herrschenden wissenschaftlichen Tagesinteressen etwas abseits gelegenen Gebiete zu betreten und den bescheidenen Versuch zu wagen, einige sich daran knüpfende Fragen, wenn auch nicht sogleich zu einer definitiven Beantwortung zu bringen, so doch wenigstens anzuregen und ihrer Lösung näher zu rücken, indem ich die Aufmerksamkeit der Fachgenossen wiederum auf diese Gegenstände hinlenke. In die erste Reihe unserer Erörterungen will ich die so ziemlich scharf abgegrenzte Gruppe derjenigen Lipome stellen, die innerhalb der weichen Schädeldecken ihre Entstehung und Ausbreitung nehmen.

Das Lipom der Schädeldecken gehört unstreitig zu den seltenen klinischen Beobachtungsobjecten: Wie eine von mir in den „Studien über die Aetiologie der Lipome“ aus der Literatur zusammengetragene Statistik ergiebt, findet sich unter

685, über die gesammte Körperoberfläche verbreiteten Lipomen die bescheidene Zahl von nur 13 im Bereiche des behaarten Kopfes und der Stirn, was einem Frequenzverhältnisse von nicht vollen 2 % (genauer berechnet 1,9 %) entspricht. Wenn wir berücksichtigen, dass überhaupt das Lipom keineswegs zu den Alltäglichkeiten der chirurgischen Praxis gezählt werden kann, indem dasselbe beispielsweise gegenüber dem Fibrom, Sarcom, ganz besonders aber gegenüber dem Carcinom sehr erheblich an Frequenz nachsteht [1]), so wird man es verständlich finden, dass selbst gewiegte Kliniker von umfassender, vieljähriger Praxis doch nur über höchst vereinzelte Beobachtungen von Lipomen an den weichen Schädeldecken zu berichten wissen. So kann Billroth in seinem Generalberichte über die chirurg. Kliniken in Zürich und Wien, der einen Zeitraum von 16 Jahren umfasst, nur über 2 Fälle von Lipomen an der Stirn Mittheilung machen; in den Journalen der Dorpater Klinik finden sich während einer Beobachtungszeit von 70 Jahren, in denen freilich die verhältnissmässig geringe Zahl von 82 Lipomen (gegenüber 68 in dem Berichte von Billroth) zur

1) Nach der Geschwulststatistik von Gurlt im XXV. Bd. des Arch. f. klin. Chir. p. 425, kommen auf 318 Lipome, 699 Fibrome, 894 Sarcome und 11131 Carcinome. Das Verhältniss der Lipome zu der letzt genannten Geschwulstart gestaltet sich nach den Beobachtungen auf der Dorpater chirurg. Klinik in runder Zahl wie 1 : 10, indem 85 Lipomen 876 Carcinome gegenüberstehen.

Behandlung gelangten, nicht mehr wie nur 4 Lipome verzeichnet, von denen eines den behaarten Kopf, die drei übrigen die Stirn betrafen; wenn ich endlich noch auf die Gurlt'sche Geschwulststatistik verweise, welche aus dem gesammten Krankenmateriale der drei grossen Wiener Krankenhäuser, nämlich dem Allgemeinen Krankenhause, der Rudolf-Stiftung und dem Wiedener Krankenhause während einer umfassenden Hospitalthätigkeit von durchschnittlich 21 Jahren für jede Anstalt, geschöpft ist und gleichwol nicht mehr wie nur 6 Lipome am Kopfe unter einer Totalsumme von 287 Lipomen zu registriren hat, so ist damit die ausserordentliche Seltenheit der in Rede stehenden Geschwulst am Anschaulichsten dargethan.

Es ist daher wol verständlich, dass das Kopflipom, welches durch die zumeist gesetzte Verunstaltung wol eher als ein lästiges, denn als ein wirklich ernstes Leiden von seinem Träger empfunden wird, dessen definitive Beseitigung überdies auf keine nennenswerthen Schwierigkeiten stösst, von Seiten des Chirurgen kaum mehr als das Interesse eines pathologischen Curiosum für sich zu gewinnen vermochte.

Ihrem seltenen Vorkommen entsprechend, werden sie denn auch in den Hand- und Lehrbüchern der Chirurgie entweder gar nicht oder nur mit knappen Worten abgehandelt und gewisse Eigenthümlichkeiten, soweit dieselben in der Form, der Localisation

und Ausbreitungsweise des Kopflipoms, namentlich aber in seinen genetischen Beziehungen zu den einzelnen Schichten der Schädeldecken zum Ausdrucke kommen, haben bisher immer nur eine ganz ungenaue oder eine nicht selten in den wesentlichsten Puncten sich widersprechende Darstellung von Seiten der einzelnen Autoren gefunden. Selbst die grossen Geschwulstwerke von Virchow, Lücke u. A. geben uns über alle diese Fragen gar keine Auskunft, auch v. Bruns, der im I. Bd. seines Handbuches der practischen Chirurgie eine Casuistik von neun, zum Theil selbst beobachteter, zum Theil aus der Literatur entnommener Fälle zusammenstellt, geht darüber flüchtig hinweg und ebenso Grüter[1]), der sich darauf beschränkt hat, 17 Lipomfälle, von denen nicht einmal alle dem engeren Gebiete der Schädeldecken angehören, in regelloser Weise aneinanderzureihen und seiner Zusammenstellung einige gleichgültige Bemerkungen hinzuzufügen, die für das Verständniss der in Rede stehenden Affection von untergeordneter Bedeutung sind. Angesichts dieser Sachlage schien es mir angezeigt, die Casuistik des Kopflipoms einer nochmaligen und soviel wie möglich erschöpfenden Revision zu unterziehen, um auf Grundlage derselben jene oben mehrfach berührten Fragen zu einer befriedigenderen Aufklärung zu bringen.

1) Ein Fall von Lipoma fibrosum des Kopfes. Inaug.-Diss. Greifswald. 1883.

Der Zusammenstellung der in der Literatur zerstreuten Fälle schicke ich die Beschreibung dreier Stirnlipome voraus, von denen das erste unter Prof. v. Bergmann, die beiden andern unter Prof. v. Wahl auf der Dorpater chirurgischen Klinik zur Beobachtung gelangten.

I. Fall. Beobachtung von Prof. v. Bergmann: Johann Tamm, 52-jähriger ehstnischer Bauer, wurde am 4./II. 1874 wegen einer Geschwulst an der Stirn in die chirurgische Station aufgenommen. Etwa von dem Umfange eines guten Apfels und mit seiner gleichmässig gewölbten Oberfläche das Niveau der Umgebung um 1 Zoll überragend, sass der Tumor auf dem mittleren Theile der Stirn, die ganze Höhe derselben, von den Arcus superciliares bis hinauf 2 Querfinger breit vor der Coronarnath mit seiner rundlichen Basis occupirend. Die Haut war unverändert und liess sich frei über der Geschwulst verschieben, die beim festeren Palpiren einen ausgesprochen lappigen Bau darbot. Consistenz weich elastisch, nicht

fluctuirend. Die Basis der Geschwulst wurde ringsum von einem stellenweise scharf markirten, im Ganzen jedoch wenig prominirenden knochenharten Wall umgeben, von welchem der tastende Finger in eine seichte, dellenförmige Vertiefung des Stirnbeins unter der Geschwulst hinabglitt. Die Beweglichkeit der letzteren auf ihrer Unterlage war sehr beschränkt. Weder spontane, noch Druckempfindlichkeit belästigten den Kranken; indess, das stetige Wachsthum der Geschwulst und die damit zunehmende Verunstaltung erweckten in ihm den Wunsch, von derselben befreit zu werden. Hinsichtlich der Entstehungsgeschichte seines Leidens theilte Patient mit, dass er vor ungefähr 3 Jahren zurück mit der Stirn gegen die scharfe Kante einer geöffneten Thür aufgestossen sei und einige Zeit darauf an der contundirten Stelle eine erbsengrosse Geschwulst bemerkt habe, die bei gleichmässigem Wachsthum ihren gegenwärtigen Umfang erreichte. — Mittels eines ausgiebigen Verticalschnittes, entsprechend der Mittellinie der Stirn, wurde nach Spaltung des subcutanen Fettgewebes und der Galea aponeurotica die Geschwulstmasse freigelegt, die makroscopisch und mikroscopisch alle Charactere eines einfachen, weichen Lipoms mit lappigem Bau darbot. Die hintere Kapselwand war mit dem Periost des Stirnbeines in der Ausdehnung eines Quadrat-Ctm. untrennbar verlöthet und wurde im Zusammenhange mit letzterem exci-

dirt. — Ungestörter Wundverlauf und Heilung in 8 Tagen.

II. Fall. Beobachtung von v. Wahl: Sanne Melnitz, ein 37-jähriges kräftiges ehstnisches Bauernweib, stellt sich am 27. Oct. 1884 in der poliklinisch-ambulatorischen Abtheilung der chirurgischen Klinik eines Tumors wegen vor, dessen Entstehung sie vor einigen Jahren an der Stirn bemerkte, der stets schmerzlos gewesen und gleichmässig-langsam bis zu seinem gegenwärtigen Umfange gewachsen ist. Eine plausible Entstehungsursache wusste die Frau nicht anzugeben.

Der Tumor (siehe Tab. I), vom Umfange einer Wallnuss und von halbkugelförmiger Gestalt, sitzt in der Gegend des linken Stirnbeinhöckers, reicht mit dem oberen Theile seiner Peripherie bis an die Grenze des Haarwuchses hinauf; die Distanz zwischen seinem unteren Rande und dem lateralen Abschnitt der linken Augenbraue beträgt etwa die Breite von anderthalb Fingern. — Die den kleinen Tumor überziehende, vollständig normale Haut ist über der Oberfläche desselben frei verschieblich und lässt sich in Falten abheben. Der Tumor selbst ist dagegen auf seiner Unterlage unbeweglich fixirt. Seine Oberfläche ist gtatt, ohne Andeutung einer Lappung. Seine Consistenz ist eine weich-elastische, fast an Fluctuation erinnernd. Im Umkreise der Geschwulst ist der Knochen vollständig glatt, es lässt

sich an ihm weder ein vorragender Wall noch ein scharfer Rand durchfühlen. Der Tumor lässt sich durch Compression gar nicht verkleinern und ist selbst bei starkem Drucke unempfindlich. Weder pulsatorische noch respiratorische Bewegungen sind an ihm wahrzunehmen.

In Anbetracht der tiefen, augenscheinlich subaponeurotischen Lage der Geschwulst konnte die Diagnose, nach Berücksichtigung aller übrigen diagnostischen und anamnestischen Momente nur zwischen Dermoid und Lipom schwanken. Gegen ersteres sprach jedoch ein schwerwiegender Umstand, dass nämlich die Existenz des Tumors von der Trägerin bis vor einigen Jahren unbemerkt geblieben war.

Bei der Exstirpation erwies es sich, dass es sich um ein der Nachbarschaft gegenüber abgekapseltes Lipom handele, welches seinen Sitz zwischen dem Pericranium einerseits und der Uebergangsstelle des Musc. frontalis in die Galea andererseits aufgeschlagen hatte. — Die kleine durch die Operation gesetzte Wunde heilte p. primam bei ambulatorischer Weiterbehandlung. — Auf dem Durchschnitte zeigte die Geschwulst das gewöhnliche Bild eines Lipoms, und zwar der weicheren Varietät desselben.

III. Fall. Gleichfalls Beobachtung von v. Wahl: Frau N., 52 Jahre alt, giebt an, sich vor 3—4 Jahren die linke Stirngegend an einem scharfkantigen Holzpfosten gestossen zu haben. Einige Zeit darauf

bemerkte sie an derselben Stelle einen unter der Haut gelegenen, etwa erbsengrossen Knoten, der lange stationär blieb, um erst seit einigen Monaten eine merkliche Grössenzunahme zu zeigen. Keine Beschwerden vorhanden. Der Knoten hat zur Zeit der Vorstellung die Grösse einer guten Haselnuss erreicht und sitzt an der linken Stirnhälfte in der Mitte zwischen Tuber frontale und Arcus superciliaris. Seine Consistenz ist weich elastisch; bei dem geringen Umfange der Neubildung lässt sich das Gefühl der Fluctuation nicht deutlich nachweisen. Der Tumor ist unter der leicht faltbaren Haut, sowie auf seiner knöchernen Unterlage leicht verschiebbar. Eine Depression des Knochens ist ebensowenig wie ein circulärer Knochenwall vorhanden. — Durch die vorige Beobachtung an das gelegentliche Vorkommen von Lipomen an der Stirn lebhafter erinnert, wurde die darauf hinzielende Untersuchung dieses Mal mit um so grösserer Sorgfalt ausgeführt und in der That liess sich auch beim zarten Palpiren, noch besser aber beim Anspannen der Haut über der Geschwulst der lappigen Bau derselbeu mit hinreichender Sicherheit feststellen. Die am 20. October 1885 vorgenommene Operation bestätigte denn auch die Diagnose eines gewöhnlichen Lipoms, das seinen Sitz in dem lockeren Gewebe zwischen Galea aponeurotica und Pericranium aufgeschlagen hatte. — Verschluss der ca. 4 Ctm. langen Wunde durch mehrere Näthe; Primärheilung.

Die Anordnung des nun folgenden casuistischen Materials habe ich nach den einzelnen Regionen der Schädeloberfläche vorgenommen, und bei der Wiedergabe der einzelnen Krankengeschichten nur das für unsere Zwecke Wesentliche aus den häufig sehr weitschweifigen Beschreibungen besonders hervorgehoben.

a.) Stirngegend.

Die Mehrzahl der hierhergehörigen Fälle giebt sichere Auskunft in Bezug auf den Ausgangspunkt der Geschwulst. Es sind das, abgesehen von den 3 Fällen der Dorpater Klinik, folgende Mittheilungen.

IV. Fall. Cruveilhier[1]) fand an der rechten oberen Stirngegend eines Cadavers einen halbkugeligen Tumor von der Grösse einer halben Königspflaume (reine-claude), der sich „zu seinem grossen Erstaunen" als ein zwischen Periost und Galea aponeurotica gelagertes Lipom erwies. Die Geschwulst war gut abgegrenzt und liess sich leicht enucleiren.

V. Fall. Gruber[2]) beobachtete am Cadaver eines Mannes im vorgerückteren Alter eine Geschwulst, die in Form einer flachen Hervorwölbung den grössten Theil der Stirn einnahm. Vor der Präparation vermochte Gr. die Diagnose nicht zu stellen. Die Geschwulst lag zwischen Periost und Mm. fron-

1) Traité d'Anatomie patholog. gén. III. p. 307.
2) Virchow's Archiv. Bd. 77. p. 101. (1879).

talis und liess sich leicht ausschälen, da die Verbindung mit ihrer Umgebung nur durch lockeres Zellgewebe hergestellt wurde. — Die vordere und hintere Fläche der Geschwulst ist eben, an den Polen und Rändern dagegen lappig. — Dünne, aber dichte Umhüllungsmembren. Die Fettmassen sind von zarten Septen durchzogen, welche jedoch nicht von den Flächen, sondern von den Rändern eindringen und die Geschwulst in mehrere, den Oberflächen parallel gelagerte Schichten oder Blätter zerlegen.

VI. Fall: Vogt[1]). Bei einem 65 jährigen Manne sass eine über kindskopfgrosse Geschwulst von halbkugliger Gestalt auf der rechten Seite des Kopfes, von der Mitte des Scheitelbeines bis über den Supraorbitalbogen herabreichend. Die bis auf die stark erweiterten Venen normale Haut lässt sich überall leicht in Falten abheben. Die Geschwulst sitzt breit ihrer Unterlage auf und lässt sich auf derselben verschieben. Die Oberfläche ist durchaus glatt, nirgends Lappung oder Unebenheiten. Consistenz prall und derb, nirgends Fluctuation.

Vor ca. 36 Jahren (also im 29. Lebensjahre) wurde die Entstehung der Geschwulst bemerkt; ihr Wachsthum war ein gleichmässig langsames und verursachte nur durch ihre Grösse Unbequemlichkeit.

1) Grüter: Ein Fall von Lipoma fibrosum am Kopfe. Inaug.-Diss. Greifswald 1883.

— Die Diagnose wurde auf ein Fibro-Lipom gestellt. — Die Exstirpation wurde von Prof. Vogt ausgeführt. Die Ausschälung der Geschwulst aus den sie umgebenden Weichtheilen liess sich überall leicht bewerkstelligen „mit Ausnahme einer kleinen Stelle, ungefähr in der Mitte der Basis der Geschwulst, wo der Tumor mit dem Periost des Schädeldaches in der Ausdehnung eines Markstückes feste Verbindungen zeigte", welche mit dem Messer gelöst werden mussten. Es erwiess sich, dass der Tumor seine Basis unter der Galea aponeurotica hatte. — Rasche Heilung. — Die makroscop. wie auch mikroscop. Untersuchung erwies, dass neben dem Fettgewebe sehr viel Bindegewebe im Tumor vorhanden war — daher Grüter den Tumor als: „Lipoma fibrosum" bezeichnet.

Von Fehleisen[1]), werden 4 Lipome der Stirn angeführt, die in der Würzburger Klinik unter v. Bergmann zur Beobachtung gelangten.

VII. Fall. Das eine, kleinapfelgross, von halbkugelförmiger Gestalt, prall-elastisch, beinahe fluctuirend sitzt etwas links von der Mittellinie der Stirn. Oberfläche lappig. Haut über der Geschwulst verschieblich, in Falten aufhebbar. Die Geschwulst lässt sich auf dem Knochen auch etwas verschieben. Rings um die Geschwulst zieht sich, dem Knochen

1) Ueber Lipome der Stirn. Sitzungsbericht der physik.-med. Ges. zu Würzburg. 1882 Nr. 9 p. 131.

aufliegend, ein harter Wall, welcher das täuschende Gefühl eines Knochenrandes darbietet und leicht den Anschein hervorrufen könnte, als ob die Geschwulst in einer Vertiefung des Knochens eingebettet läge. Bei genauerer Untersuchung kann man sich jedoch überzeugen, dass der harte Rand nichts anderes ist, als eine starre Infiltration des Pericranium und des subaponeurotischen Zellgewebes.

VIII. u. IX. Fall. Betreffen 2 weitere von v. Bergmann operirte Lipome, die bei männlichen Individuen im Alter von 30 und 40 Jahren, seit einigen Jahren sich entwickelt hatten. Auch in diesen Fällen war ein ähnlicher Wall um die Geschwulst vorhanden, der in wenigen Tagen nach der Operation vollständig verschwand.

X. Fall. Im 4., von Fehleisen referirten Falle handelte es sich um ein junges Mädchen mit einem angeborenen Lipom über dem inneren Augenwinkel. Hier entsprach der an der Peripherie der Geschwulst fühlbare harte Rand einem wirklichen Knochenrande; es fand sich bei der Operation eine ziemlich tiefe Mulde im Stirnbeine.

XI. Fall. Georg Fischer[1]). 46 Jahre alter Mann, aufgenommen den 7. Februar 1860. Seit 8 Jahr besteht eine langsam wachsende, nie schmerzhafte Geschwulst vor der rechten Stirn. Jetzt hat

1) Mittheilungen aus der chirurg. Universitäts-Klinik zu Göttingen 1861, p. 237.

sie die Grösse einer halben Wallnuss, ist weich, nicht fluctuirend, sitzt völlig fest, unbeweglich auf; die Haut darüber ist unverändert und verschiebbar. Im Umfang der Geschwulst fühlt man einen harten Rand. — Exstirpation: die Geschwulst sass unmittelbar auf dem Pericranium, auf welchem ein seichter Eindruck war; Blutung unbedeutend.

In allen bisher citirten Fällen wird ausdrücklich die subaponeurotische Entstehung und Lagerung der Geschwulst hervorgehoben.

XII. Fall. Rüdinger[1]) giebt im Anschlusse an den Fehleisen'schen Vortrag an, dass er ein Lipom an der Stirn, das kein angeborenes gewesen, exstirpirt habe. Die Ablösung machte grosse Mühe. Rüdinger sagt zwar nicht ausdrücklich, dass sein Lipom subaponeurotisch gelegen war; aus der unmittelbaren Anknüpfung dieser seiner Mittheilung an die Fehleisen'sche geht jedoch hervor, dass er kein anderes im Sinne gehabt haben kann.

XIII. Fall. Wheeler[2]) theilt die Krankengeschichte eines 75-jähr. Mannes mit, der seit 25 Jahren einen mächtigen, ca. 1½ Fuss hohen und 1¼ Fuss im Umfange messenden Tumor über der linken Hälfte des Stirnbeins und über dem vorderen und seitlichen Theile des linken Seitenwandbeines trug. Er fühlte sich sehr derb an, nur an einer Stelle

1) Sitzgsber. d. phys. med. Ges. zu Würzb. 1882. p. 133.
2) Dublin Journ. of. med Sc 1873. Dcbr.

undeutliche Fluctuation in der Tiefe. Durch die linke Art. temporalis wurden der Geschwulst leichte pulsatorische Erschütterungen mitgetheilt. — Der Tumor verursachte keine Schmerzen, behinderte aber durch Herabhängen den Gebrauch des linken Auges. — Die Diagnose blieb bis zur Operation unbestimmt. Pat. erinnerte sich, einige Jahre vor Entstehung der Geschwulst einen harten Schlag gegen die Stelle erhalten zu haben, wo sich der Tumor jetzt befindet. — Bei der Operation zeigte sich an circumscripter Stelle eine feste Verwachsung mit dem Periost. — Heilung. Der Tumor zeigte unter dem Mikroskop die „charakteristischen Eigenschaften einer Fettgeschwulst."

Auch in diesem Falle hat also, wie sich bei der Operation herausstellte, eine enge Verbindung des Tumors mit dem Periost vorgelegen; also auch hier ein subaponeurotisches Lipom.

Dagegen scheint es sich in dem folgenden Falle, über welchen Krönlein in seinem Berichte über die v. Langenbeck'sche Klinik im Supplementhefte zum XXI. Bd. des Arch. f. klin. Chir. eine kurze Mittheilung macht, vielleicht um ein subcutan gegenes Lipom gehandelt zu haben.

XIV. Fall. Ein 55 Jahre alter Mann wurde vor 10 Jahren wegen einer wallnussgrossen Fettgeschwulst, welche rechts von der Mittellinie „unter der Haut" der Stirn sass, operirt; doch bemerkte Patient schon

1/2 Jahr später ein Nachwachsen der Geschwulst, die, nur langsam an Grösse zunehmend, zur Zeit der Aufnahme abermals die Grösse einer Wallnuss erreicht hatte. Exstirpation; Heilung in 9 Tagen.

Gar keine Angaben darüber, in welcher Schicht der Schädeldecken die Geschwulst ihren Sitz aufgeschlagen hatte, finden sich in folgenden Fällen:

XV. Fall. Bertrandi[1]) entfernte durch Schnitt mit glücklichem Erfolge ein an einem langem Stiele sitzendes, kürbisförmiges Lipom von der Stirn einer 50-jähr. Frau. Gewicht der Geschwulst 3 Pfund.

XVI. Fall. v. Bruns[2]) erwähnt eines in dem Journal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa beschriebenen Lipoms der Stirn von der Grösse einer Pomeranze, welches in Folge wiederholter Cauterisation das Aussehen eines phagedänischen Geschwüres erlangt hatte.

XVII., XIII., XIX. Fall. Steinhausen[3]) veröffentlichte kurze Notizen über 3 von der Stirnregion entfernte Lipome. — In dem einen Falle war der Träger der Geschwulst ein 9-jähriger Knabe; in den beiden anderen Fällen ältere Personen; das eine Mal ein Mann, das andere Mal eine Frau.

XX. Fall. Vollkmann[4]). 43-jähriger Mann

---

1) v. Bruns; Handbuch der pract. Chirurgie, p. 96—98.
2) Ibidem.
3) Rust's Magaz. Bd. 63. 1844. p. 503 u. 504.
4) Beiträge zur Chirurgie 1875. p. 295.

mit einem Hühnereigrossen Lipom, das mitten auf der Stirn sass. Exstirpation. Heilung.

XXI. Fall. Billroth[1]). Mann von 41 Jahren, Lipom an der Stirn; Differentialdiagnose von Atherom kaum sicher zu stellen. Exstirpation. Heilung.

XXII. Fall. Billroth[2]). Frau von 35 Jahren. Lipom an der Stirn. Differentialdiagnose von Atherom kaum sicher zu stellen. Exstirpation. Heilung.

XXIII. Fall. Billroth[3]). Mann von 34 Jahren. Lipom auf der Stirn, weich und flach, von Thalergrösse. In 8 Jahren entstanden. Excision.

XXIV. Fall. Assendelft[4]). Frau von 38 Jahren. Lipoma frontis. Trägt seit Jahren eine langsam sich vergrössernde, bewegliche Geschwulst an der Stirn, entsprechend der Glabella. Leichte Exstirpation des flach gedrückten, 3 Ctm. langen und $2^1/_2$ Ctm. breiten Lipoms. Primärheilung.

b.) Scheitelgegend.

Es gelang mir blos vier, in dieser Region sitzende Fälle aufzufinden.

XXV. Fall. Mac. Cormac[5]) referirt in der Pathol. Society of London über ein Lipom (von der

1) Bericht der chirurg. Klinik zu Zürich. 1860—1867.
2) Ibidem.
3) Bericht der chirurg. Klinik zu Wien 1869—1870. p. 59.
4) Chirurg. Erfahrungen eines Landarztes. Inaug.-Diss Dorpat 1883. p. 29.
5) Lancet. 1880. Oct. 23 p. 657.

Grösse eines „bun"?) das einem 14 jährigen Mädchen auf dem Scheitelbeinhöcker sass. Bei der Operation erwies sich, dass das Lipom unter den Weichtheilen des Schädels lag und stellenweise dem Pericranium adhärirte. Die Existenz der Geschwulst war erst vor 2 Jahren bemerkt worden.

XXVI. Fall. Sydney Jones[2]) beobachtete bei einem 20-monatlichen Knaben eine Geschwulst von der Grösse und Form einer halben Orange, welche, über der Sutura sagittalis gelegen, mit dem hinteren Theile ihrer Peripherie an die kleine Fontanella heranreichte. Sie zeigte das Gefühl der Fluctuation, nur die Randzone der Geschwulst fühlte sich derber an. Durch Druck konnte weder eine Verkleinerung des Volumens noch Auftreten von Hirnerscheinungen beobachtet werden; beim Schreien des Kindes schien jedoch der Tumor etwas anzuschwellen. Die Geschwulst wurde im 2. Lebensmonate bemerkt; in der letzten Zeit ist sie rascher gewachsen.

Operation: Die Geschwulst adhärirte der unteren Fläche der Galea und liess sich von der Oberfläche des Pericranium leicht abschälen. Heilung. Die Geschwulst bestand aus Fettgewebe; die Ränder waren etwas derber als die übrige Geschwulstmasse und wiesen Lappung auf.

XXVII. Fall. C. Fieber[1]). Ein 58-jähr. Mann

2) Lancet. 1880. Oct. 9. p. 587.
1) C. Fieber. Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. XII. p. 113.

trägt seit 8 Jahren in der Gegend des unteren vorderen Winkels vom linken Scheitelbeine eine Geschwulst, welche allmälich bis zum Umfange einer kleinen Orange herangewachsen ist. Sie ist flach halbkuglig, auf ihrer Unterlage etwas verschiebbar, von normaler, in Falten abhebbarer Haut bedeckt. Derb elastische Consistenz, kein lappiges Gefüge, sondern eine durchaus glatte, homogene Oberfläche darbietend. — Die Diagnose wird auf eine Bindegewebsgeschwulst gestellt. Exstirpation. „Leichte Ablösung der Haut von der Geschwulst, schwierigere der Geschwulst von ihrer Unterlage, an die sie ziemlich fest bindegewebig angeheftet war.“ Heilung. Die Geschwulst wies keine Lappung auf. Die Hauptmasse der Geschwulst wurde von Fettgewebe gebildet, welches jedoch nach allen Richtungen von relativ sehr mächtigen bindegewebigen Sepimenten durchzogen wurde.

Leider hat Fieber versäumt ausdrücklich anzugeben, von welcher Schicht der weichen Schädeldecken die Unterlage der Geschwulst gebildet wurde. Da jedoch die Haut über der Geschwulst nicht nur verschiebbar, sondern sogar in Falten abzuheben war, muss angenommen werden, dass dieselbe nicht im Unterhautfettgewebe ihren Sitz gehabt habe, sondern tiefer, unter der Aponeurose.

Die beiden folgenden, unoperirt gebliebenen Fälle, geben uns hinsichtlich des Mutterbodens der Geschwulst gar keine Auskunft.

XXVIII. Fall. Roper[1]) beschreibt eine Geschwulst von monströsem Umfange, die er bei einer 35-jährigen Negerin beobachtete, bei der die Geschwulst in ihrem 2. Lebensjahre auf dem linken Scheitelbeine, anfangs als weicher, beweglicher Knoten entstanden war. Gegenwärtig erscheint die Gerchwulst wie aufgehängt an den Bedeckungen des Stirn- und Scheitelbeines, und hat gleichsam noch eine weitere Befestigung an dem Kinne und der Brust. Die Geschwulst ist 3 Fuss 3 Zoll lang und reicht der Frau bis zu den Knieen herab. Mit den durch die Geschwulst verzogenen Schädeldecken waren auch die Lieder des linken Auges und das linke Ohr nach abwärts gewichen, ja der Bulbus hervorgezogen und Nase und Mund verunstaltet. Eine Abbildung des interessanten Falles findet sich bei v. Bruns. Die Geschwulst fühlt sich teigig an; in der Tiefe lassen sich zahlreiche unregelmässige Lappen durchfühlen. Die Geschwulst ist ganz schmerzlos, belästigt aber sehr durch ihre Schwere. — Aehnliche, aber kleinere Geschwülste sind über die ganze Körperoberfläche zerstreut. Die Ernährung des Körpershat nicht gelitten.

XXIX. Fall. Renard[2]) theilt folgende Beobachtung mit: 40 jähriger Mann, Sohn der unter Nr. XXXVI aufgeführten Patientin, ein verkrüppeltes

1) v. Bruns. Handbuch der practischen Chirurgie p. 98.

2) Med.-chirurg. Zeitung. Salzburg 1815. II. Bd. cf. auch d. Handbuch v. Bruns.

und geistesschwaches Individium, ist mit multiplen Fettgeschwülsten ähnlicher Art, wie seine Mutter behaftet, nur haben sie bei ihm durchschnittlich noch nicht jene Grösse erreicht. Unter der grossen Zahl der Geschwülste erregt namentlich die auf dem Kopfe sitzende unser besonderes Interesse durch ihren Umfang und ihre Gestalt. Die Mutter hatte die erste Entstehung des Tumors Mitten auf dem behaarten Kopfe im zweiten Lebensjahre des Kranken bemerkt. Gegenwärtig hat die Geschwulst eine Grundfläche von 4 1/2 Zoll Durchmesser und reicht nach vorn bis zur Stirn, wo sie frei beweglich in einer Länge von 3 Zoll bis auf die Augenbrauen hinabhängt. An diesem Theile der Geschwulst, dessen Dicke ungefähr 3 Zoll misst, finden sich mehrere kleinere Auswüchse von der Grösse einer Haselnuss. An der Stirn sitzen einige isolirte Knoten, die jedoch die Grösse einer Erbse nicht überschreiten.

c.) Hinterhauptsgegend.

XXX. Fall. Seerig[1]). Ein 2 1/2 jähr. Knabe war mit einer erbsengrossen Geschwulst in der Gegend des Hinterhauptes geboren worden; die Geschwulst wuchs sehr rasch; möglicherweise beförderten die Cauterisationen, mit denen das Kind in seinem ersten Lebensjahre behandelt wurde, das

1) Bruns l. c.

schnelle Wachsthum. Gegenwärtig hat die Geschwulst eine dem Kopfe des Kindes gleiche Grösse und nimmt die ganze Hinterhauptsgegend, nach unten bis zum Nacken, seitwärts bis zu den Ohren ein. Sie fühlt sich grösstentheils „wie ein mit Wolle festgestopfter Sack“ an; an 2 Stellen jedoch deutliche Fluctuation und an 2 weiteren Stellen in der Nähe der Basis eine nicht unbedeutende Pulsation. Links erscheint die Geschwulst deutlich verschiebbar, rechterseits aber in der Gegend, wo sich das Hinterhauptbein mit dem Seitenwandbeine verbindet, war nicht nur die Verbindung derselben mit dem Knochen anscheinend eine innige, sondern es verrieth auch ein hervorstehender Knochenrand die Abtheilung des Hinterhaupt und Seitenwandbeines. Das Kind ist übrigens körperlich und geistig gut entwickelt.

Exstirpation: Die Geschwulst liess sich rasch und leicht entfernen, nachdem die oben und rechterseits etwas festere Verbindung mit dem Pericranium durch das Messer gelöst war. Blutung sehr gering. Heilung per secundam in 4 Wochen. Die Geschwulst sie bestand aus einer „weissen, dem Speck ähnlichen Masse, und war von einer Zellhaut umgeben, die sich an einzelnen Stellen zwischen die einzelnen staatomatösen Parthieen hineinbegab.“

Schon aus der Beschreibung der Geschwulst ging es hervor, dass sie unter dem aponeurotischen Stratum der Kopfbedeckungen liegen müsse; durch

den Befund bei der Operation wurde diese Voraussetzung bestätigt.

XXXI. Fall. Der von Heineke [1]) nur ganz beiläufig erwähnte Fall seiner eigenen Beobachtung war ein subepicranielles Lipom, denn „es entsprang" — wie sich bei der Operation erwiess — „aus den tieferen Schichten" der Schädeldecken. Der Träger der Geschwulst war ein 18-jähriger Mann, bei welchem die Entstehung der Geschwulst schon in frühester Jugend bemerkt worden war. Das Lipom war, der Abbildung nach zu urtheilen, etwa faustgross, und zeigte, am tiefsten Theile des Hinterkopfes gelegen, durch Form und Sitz eine auffallende Aehnlichkeit mit einer Cephalocele.

In den beiden folgenden Mittheilungen von subepicraniell gelegenen Lipomen ist leider nicht ersichtlich, an welcher Stelle des Kopfes die Neubildung ihren Sitz aufgeschlagen hatte.

XXXII. Fall. Chassaignac [2]) legte der Pariser anatomischen Gesellschaft ein Lipom vor, welches im lockeren Bindegewebe zwischen dem Pericranium und dem Musc. epicraniues sich entwickelt hatte. Die Muskelbündel waren sehr deutlich auf dem Tumor zu sehen.

Es handelte sich demnach in diesem Falle um

1) Die chirurg. Krankheiten des Kopfes. Deutsche Chirurgie. Lieferung 31. 1882. p. 159

2) Bullet. de la Soc anatom. de Paris. 1836 p. 139. Gruber l. c.

ein submusculäres Lipom, nur bleibt es fraglich, ob dasselbe unter dem M. frontalis oder M. occipitalis gelegen war, ob es also den Lipomen der ersten oder denjenigen der dritten Gruppe anzureihen ist. Was endlich die zweite, gleichfalls hierher gehörige Beobachtung anbetrifft:

XXXIII. Fall. Nancrede[1]), Congenital fatty tumour beneath occipito-frontal-muscle; so bin ich nicht in der Lage, denselben unter eine der drei bisher abgehandelten Kopfregionen zu rubriciren, da mir keine der in der Note verzeichneten amerikanischen Zeitschriften, welche die Originalmittheilung gebracht haben, zugänglich war. Die Beziehungen der Geschwulst zu den Schichten der Schädeldecken sind jedoch in dem Wortlaut des Titels klar ausgedrückt.

d.) Schläfengegend.

XXXIV. Fall. König[2]) erwähnt eines von ihm beobachteten, unter der Fascie des Temporalmuskels gelegenen Lipoms.

In Bezug auf den folgenden Fall bin ich, da mir die Originalmittheilung nicht zugänglich ist, auf die kurz gefasste Notiz in dem Constatt'schen Jahresberichte angewiesen:

---

1) Boston Med. and Surg. Journal 1883 p. 87; Philad. med. Times, 1882—1883 p. 808; Med. News, Philad. 1883 p. 214.

2) König Lehrbuch der spec. Chir. I. Bd. p. 202.

XXXV. Fall. Fano[2]) exstirpirte ein Lipom von 4 Ctm. Länge und 3½ Ctm. Dicke, welches seinen Sitz in der Orbito-Temporalregion hatte. Heilung.

An letzter Stelle der in vorstehender Uebersicht aufgeführten Fälle von Kopflipomen will ich noch eine Beobachtung von Renard citiren, in welcher es sich um eine multiple Geschwulstbildung im Bereiche des behaarten Kopfes handelte:

XXXVI. Fall. Renard[3]). Die Trägerin dieser Geschwülste, eine 79-jährige Frau, die Mutter des unter Fall XXIX beschriebenen Patienten, weist eine stattliche Anzahl von Fettgeschwülsten auf, die den grössten Theil der Körperoberfläche dicht besetzt haben; nur das Gesicht, die Hohlhände und Fusssohlen sind ganz frei geblieben. Dagegen sind Kopf, Rücken und Unterleib am dichtesten besät, so dass vom Anfange der Haare an der Stirn und längs dem Rückgrat bis auf den dritten Theil der Hinterbacken keine Stelle von der Grösse eines 24-Kreuzerstückes frei ist. Die Geschwülste am Kopfe haben einen geringen Umfang und weisen eine constante Form auf: sie haben alle eine breite Grundfläche.

Das Auftreten dieser Geschwülste wurde zu Anfang der 30er Lebensjahre bemerkt, 5 Monate nachdem die Frau den oben beschriebenen Sohn entwöhnt hatte.

2) L'Union médicale 1861. Nr. 106. Const. Jahresberichte 1861 II. p. 251.

3) Medicin. chirurg. Zeitung. Salzburg 1815. II. Bd.

Nach genauer Durchsicht des in vorstehender Casuistik niedergelegten Materials lässt sich das Lipom des Kopfes etwa in folgender Weise characterisiren: Es stellt meist eine halbkugelig gewölbte oder auch flach gedrückte und mit breiter Basis aufsitzende Geschwulst dar, die bei excessivem Wachsthum mitunter auch (Fall XIII, XV, XXVIII) an einem lang ausgezogenen Stiele hängen kann (Lipoma pendulum). Die Haut über derselben bleibt in der Regel unverändert, bei umfangreicheren Tumoren erscheint sie wol auch gedehnt und von einem durchschimmernden Venennetze durchzogen; doch bleibt dieselbe immer verschiebbar und lässt sich bequem in Falten emporheben. Letztere Eigenschaft der freien Faltbarkeit und Verschiebbarkeit, welche sie vor einer später noch zu erwähnenden Geschwulstform besonders auszeichnet, ist wiederholt in den Krankengeschichten vermerkt, während von einer gegentheiligen Beschaffenheit niemals die Rede ist. Die Hautdecke des Kopflipoms zeigt demnach dieselbe Beschaffenheit, wie wir sie überhaupt bei den Lipomen zu finden gewohnt sind. — Anders verhält es sich schon mit der Oberfläche der in Rede stehenden Neubildung: während bekanntlich das Lipom der allgemeinen Hautdecke durch den Eintritt bindegewebiger Septa in das Innere der Geschwulstmasse eine mehr oder weniger ausgesprochene Furchung seiner Oberfläche darbietet, die schon bei äusserer

Betrachtung den lappigen Bau des Tumors deutlich verräth, namentlich wenn es gelingt, durch Anspannung der Haut die characteristischen grubenförmigen Einziehungen an letzterer zur Anschauung zu bringen, so ist die Oberfläche des am Kopfe gelegenen Lipoms in der Regel entweder vollkommen homogen und glatt, ohne die allermindeste Andeutung eines lappigen Gefüges; oder die Lappung beschränkt sich höchstens nur auf einzelne circumscripte Parthien der Geschwulst, und zwar besonders gern, wie es scheint, auf die Randzone derselben. Dieser von dem Schema des gewöhnlichen Lipoms abweichende Bau des Kopflipoms ist bedingt durch die im Allgemeinen auffallend geringe Betheiligung der bindegewebigen Elemente, die dem grossen Reichthume der Geschwulst an reinem, lockeren Fettgewebe gegenüber, sehr in den Hintergrund treten. Nur ausnahmsweise (Fall VI und XXVIII) gewinnt das in Form von breiten Septen oder rundlichen Strängen angeordnete Bindegewebs-Gerüst eine grössere Mächtigkeit und kann sich, je nach dem Grade der bindegewebigen Beimengung die für gewöhnlich weiche, mitunter deutlich fluctuirende Beschaffenheit dieser Neubildung gelegentlich auch bis zur prall-elastischen, ja selbst unnachgiebig-derben Consistenz steigern (Lipoma fibrosum s. tuberosum).

Was die Wachsthumsverhältnisse der Geschwulst anlangt, so sind dieselben denen des ge-

wöhnlichen Lipoms durchaus analog: in der Regel sehr langsam und gleichmässig an Umfang zunehmend, zuweilen auch auf einer bestimmten Entwickelungsstufe stationär bleibend, zeigt das Lipom des Kopfes nur ausnahmsweise ein lebhafteres Wachsthum und kann dann, wie ein jedes andere Lipom, unter Umständen eine geradezu monströse Grösse erreichen. Vielleicht einzig in seiner Art ist der von Roper (sub XXVIII.) beschriebene Fall, der eine 35-jährige Negerin betrifft: jene unglückliche Frau war dazu verdammt, seit ihrem zweiten Lebensjahre eine Geschwulst mit sich herumzutragen, die in Form eines lang ausgezogenen, pendelnden Beutels vom Scheitel bis zu den Knieen herabhing und die durch ihr respectabeles Gewicht eine hochgradige Verzerrung der einen ganzen Gesichtshälfte, in die auch das Auge und Ohr der betreffenden Seite hineingezogen waren, zu Wege gebracht hatte. Meist pflegen jedoch die Lipome des Kopfes, wie bemerkt, nur einen mässigen Umfang, etwa den einer Wallnuss oder eines kleinen Apfels zu erreichen, da wol die meisten Patienten, vielleicht nicht so sehr aus Besorgniss um ihre Gesundheit, als besonders aus kosmetischen Rücksichten sich gedrungen fühlen, rechtzeitig ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Hinsichtlich der Localisation der Lipome nach den einzelnen Regionen der Schädeloberfläche ergiebt unsere Casuistik, dass als ein ganz beson-

ders bevorzugter Lieblingssitz dieser Geschwulst die Stirn angesehen werden muss, denn auf 9 Lipome des behaarten Kopfes kommen nicht weniger als 24, die im Bereiche der Stirn allein gelegen sind[1]); es ist demnach letztere Region um das zwei- bis dreifache stärker mit der Eruption der in Rede stehenden Geschwulstform belastet, als die übrigen Regionen des Schädels zusammen genommen, welches Verhältniss noch eine Steigerung zu Gunsten der Stirngegend erfährt, da ja diese einen viel kleineren Raum repräsentirt als das Gebiet des Haarwuchses. Ich will mich hier nur darauf beschränken, auf diese eigenthümliche Verbreitungsweise der Lipome aufmerksam zu machen und behalte es mir vor, die hierbei wahrscheinlich in Betracht kommenden ursächlichen Momente im Zusammenhange mit einer Reihe anderer einschlägiger Fragen in dem „über die Aetiologie der Lipome" handelnden Artikel näher einzugehen. — Die Zahl der am behaarten Kopfe sitzenden Lipome unserer Casuistik ist zu klein, um daraus das relative Frequenzverhältniss derselben je nach den verschiedenen Regionen dieses Gebietes mit Sicherheit feststellen zu können; ich recapitulire daher nur der be-

1) Für die Frage der Localisation können 3 Fälle nicht verwerthet werden, da es sich in dem einen Falle (XXVI) um multiple Lipome handelte, die die gesammte Schädeloberfläche besetzt hatten; zwei Mal (Fall XXXII und XXXIII) ist der Sitz der Neubildung nicht genauer angegeben.

quemeren Uebersicht wegen die einzelnen Zahlen aus der obigen Zusammenstellung: in der Scheitelgegend fanden wir 5, am Hinterkopfe 2 und an den Schläfen gleichfalls nur 2 Lipome.

Wenden wir uns jetzt zur Erörterung der Frage, in welcher Schicht der Schädeldecken das Lipom vorzugsweise seine Entstehung nimmt? — In seinem in den Würzburger phys.-med. Gesellschaft[1]) gehaltenen Vortrage knüpft Fehleisen an die Besprechung der sub VII—X referirten Fälle die Bemerkung an, dass die Lipome der Stirn, ebenso wie die Dermoide, stets unter der Galea aponeurotica gelegen seien und dass sie sich durch eben diese Lage von den bei der Differentialdiagnose eventuell in Betracht kommenden Atheromen wesentlich unterscheiden, welche letztere ihren Sitz stets in der Cutis selbst, also oberhalb der Aponeurose aufschlagen. Untersuchen wir nun, wie weit diese Angaben von Fehleisen in unserer Casuistik ihre Bestätigung finden:

Bei den 13 ersten, in fortlaufender Reihe verzeichneten Lipomen an der Stirn ist von einigen Beobachtern oder den resp. Referenten das Lagerungsverhältniss der Neubildung zu den benachbarten Weichtheilschichten entweder ausdrücklich vermerkt, oder er lässt sich dasselbe aus gewissen Einzelhei-

1) l. c.

ten bei der Operation mit hinreichender Bestimmtheit eruiren; dem XIV. Falle unserer Beobachtungsreihe befinde ich mich jedoch rücksichtlich seiner genetischen und anatomischen Beziehungen zu seiner Umgebung in einiger Verlegenheit, insofern es zweifelhaft bleibt, ob Krönlein seine, nur in meinem Referate durch gesperrten Druck markirte Angabe, dass der Tumor sich rechts von der Mittellinie unter der Stirnhaut befunden habe, in streng anatomischem Sinne als subcutan im Gegensatz zu subaponeurotisch aufgefasst wissen will, oder damit nur anzudeuten wünschte, dass derselbe, ohne stärkere Hervorwölbung oder Stielung zu zeigen, gleichsam wie unter der Haut versteckt gesessen habe. Lassen wir diesen zweifelhaften Fall, sowie die nächstfolgenden 10 Beobachtungen, in denen das Verhältniss der Geschwulst zu den umliegenden Geweben keine Berücksichtigung gefunden hat, ganz bei Seite, so haben wir es in 13 Fällen mit Lipomen zu thun, die ihre Entwickelung und Ausbreitung ausnahmslos in dem unterhalb der Galea aponeurotica resp. dem M. frontalis gelegenen Gewebsschichten genommen haben. — Eine Durchmusterung der in den übrigen Regionen des Schädels gelegenen Lipome zeigt uns dasselbe anatomische Verhältniss: von den 5 Scheitellipomen hatten 3, von den Schläfenlipomen 1, und die beiden Hinterhauptslipome gleichfalls einesubaponeu-

rotische, resp. submusculäre Lage; bei den 3 übrigen Lipomen des behaarten Kopfes bleibt dieselbe wegen mangelnder Angaben zweifelhaft. — Demnach können wir wol den von Fehleisen für die Stirnlipome als gültig aufgestellten Satz auf Grundlage unseres casuistischen Materials nicht allein unbedingt unterschreiben, sondern vielmehr auch auf die gesammte Gruppe der am Schädel sitzenden Lipome als zu Recht bestehend ausdehnen.

Dieses ganz constant wiederkehrende Verhältniss des Lipoms zum M. epicranius findet seine Erklärung in den eigenthümlichen Structurverhältnissen der Kopfhaut, wie sie in gleich prägnanter Form an der gesammten übrigen Haut des Körpers nicht wiederkehren: nicht allein das an sich schon fest gewebte Corium weist durch seinen grossen Reichthum an elastischen Fasern und Muskelbündeln ein ungemein straffes Gefüge auf, das im Bereiche des Haarwuchses durch die Haarwurzeln und deren Adnexe noch eine namhafte Steigerung erfährt; auch der Panniculus adiposus, in welchen das Corium ohne scharf markirte Grenzen übergeht, ist durch eine ungewöhnliche Derbheit und Rigidität ausgezeichnet: aus kleinen, meist nur stecknadelkopfgrossen Fettläppchen bestehend, hängt derselbe durch ein engmaschiges und straffes Bindegewebsgerüst, in welches die Fettläpp-

chen gleichsam hineingezwängt sind, einerseits mit dem Corium, andererseits mit der Galea aponeurotica und den musculösen Theilen des M. epicranius so innig zusammen, dass die gesammte Cutis auf ihrer Unterlage weder verschoben, noch in Falten emporgehoben werden kann. Berücksichtigen wir ferner, dass der Panniculus adiposus noch durch die Summe der bis in seine untersten Schichten pallisadenartig vordringenden Haarwurzeln überdies noch mit Organen von festerer Textur überlastet ist, so ergiebt sich daraus von selbst, wie wenig die Kopfschwarte, allein schon aus mechanischen Gründen, sich für die Entstehung und Ausbreitung von Lipomen eignet.

Ungleich günstiger, wie in dem Gewebe der Kopfschwarte, liegen dagegen die Verhältnisse in dem unmittelbar unter dem M. epicranius befindlichen Stratum, das zwar von einem fettarmen, oder selbst ganz fettlosen, jedoch ungemein zarten und dehnbaren Bindegewebe hergestellt wird. Wie dieses Bindegewebslager, das den M. epicranius in allen seinen Theilen mit dem Periost des Schädeldaches in eine lockere und leicht trennbare Verbindung setzt, traumatischen Blutextravasaten und Eiteransammlungen im stricten Gegensatze zur Kopfschwarte den freiesten Spielraum gewährt, so können auch hier, wenn gleich freilich nur in seltenen Ausnahmefällen, Lipome entstehen und einen geradezu monströsen Um-

fang erreichen; die Fälle XIII, XXVIII und XXX aus unserer Casuistik liefern hierfür die eclatantesten Beispiele. Dahingegen ist eine unzweifelhafte Beobachtung von Lipombildung in dem Gewebe der Kopfschwarte meines Wissens überhaupt nicht in der Literatur bekannt gegeben. — Wie ich in dem nächstfolgenden Aufsatze darthun werde, zeigen die, gleichfalls äusserst selten beobachteten Lipome der Hohlhand und wahrscheinlich auch diejenigen der Fusssohle, ein ganz analoges Verhalten zu der betreffenden Fascie, was sich aus der in mancher Beziehung grossen Aehnlichkeit in den Structurverhältnissen der Weichtheildecken an der Vola resp. Planta mit denjenigen der Schädeldecken hinreichend erklären lässt.

Aus seiner subaponeurotischen, oder richtiger gesagt, seiner subepicraniellen Lage ergeben sich für das Lipom mancherlei Beziehungen zu dem Pericranium und den Schädelknochen, die von einigem practischen Interesse sein dürften: Es findet sich nämlich, wie die Beobachtungen G. Fischer's und v. Bergmann's (Fall I, VII, VIII, IX, X, und XI) zeigen, nicht selten ein die Basis der Geschwulst rings umkreisender, mehr oder weniger merklich über das Niveau der Schädelknochen hervorragender Wall, welcher »das täuschende Gefühl eines Knochenrandes darbieten und leicht den Anschein hervorrufen kann, als ob die Geschwulst in einer Vertiefung des Knochens eingebettet läge«.

Thatsächlich handelt es sich aber, wie Fehleisen in seinem mehrfach citirten Vortrage in der Würzburger phys.-med. Gesellschaft weiter ausführt, um nichts Anderes, als um eine starre Infiltration des Pericranium und des subepicraniellen Zellgewebes. Diese Infiltration ist mit der bei tief unter den Schädeldecken sitzenden Blutergüssen nicht selten zu beobachtenden Infiltrationszone durchaus identisch, die gelegentlich wol den Anlass zu der irrthümlichen Diagnose einer Depressionsfractur gegeben hat. Auch bei den Dermoidcysten, die ja gleichfalls stets unterhalb des M. epicarnius gelegen sind, bildet sich solch ein randständiger, die Peripherie der Geschwulst theilweise oder ganz vollständig umgreifender Wall, wenn der Tumor durch Druck und Zerrung einen chronischen Reizzustand in dem angrenzenden Periostgebiete unterhält; unter Umständen kann diese periosteale Wucherung selbst einen ossificirenden Character annehmen und zur Bildung einer ringförmigen Periostose führen. Ein sehr prägnantes Beispiel dieser Art lieferte uns ein vor ungefähr drei Jahren zur Beobachtung gelangter Fall eines über mannesfaustgrossen Dermoids an der Kopfhaut eines 35-jährigen Arbeiters, welches durch seinen Sitz neben dem Processus mastoideus der linken Seite als grosse Rarität noch eine besondere Erwähnung verdient: hier präsentirte sich die Knochenauflagerung in Gestalt eines geschlossenen Ringes, der stellenweise bis zu einer

Höhe von 1 Ctm. über das Niveau des Os parietale hervorragte und sich durch seine höckerigen Osteophytenbildungen schon bei der äusseren Untersuchung dem zufühlenden Finger deutlich bemerkbar machte. Unsere Casuistik der Kopflipome weist zwar kein analoges Beispiel einer solchen ossificirenden Gewebsproliferation auf, doch lässt es die grosse Uebereinstimmung der bei beiden Geschwulstformen in Betracht kommenden anatomischen Lagerungsverhältnisse als ganz unzweifelhaft erscheinen, dass auch in der Umgebung eines Lipoms Processe von gleichem Character und gleicher Intensität sich abspielen können, die zu einer bleibenden Veränderung der Knochenoberfläche führen[1]). Wo es sich hingegen, wie in den bisher beobachteten Fällen, nur um ein chronisch-indurirtes Oedem des Pericranium und der Tela conjunctiva handelt, da pflegt dasselbe im Verlaufe weniger Tage nach der Entfernung der Geschwulst sich zurückzubilden und der ursprünglichen Glätte der Schädeloberfläche Platz zu machen. Eine wirkliche Excavation des Knochens, die der harte Wall bei Unkenntniss der Verhältnisse leicht vortäuschen kann, wird jedoch nicht allein beim Dermoid, sondern auch beim Lipom gefun-

1) Während des Druckes finde ich zufällig in dem „Lehrbuch der pathol. Anatomie von Rokitansky" III. Aufl. 1885 eine Stelle, die obige Annahme vollauf bestätigt; es heisst nämlich auf p. 112: „Zuweilen kommt das Lipom auch in weniger fettreichen Gegenden z. B. unter der behaarten Kopfhaut vor, wo es, wie andere Geschwülste in der Nähe des Knochens, neben Atrophie durch Druck auch Knochenwucherung veranlasst."

den, wofür der sub. X aufgeführte Fall der v. Bergmann'schen Beobachtung ein instructives Beispiel liefert: hier entsprach der an der Peripherie der Geschwulst fühlbare harte Wall einem wirklichen Knochenrande, der eine ziemlich tiefe Mulde im Stirnbeine des jungen Mädchens umgrenzte. Nach Tyrrel sollen derartige tellerförmige Gruben jedoch nur bei den angeborenen und unter der Galea gelegenen Tumoren der Schädeldecken zu erwarten sein und ihre Entstehung einer Entwickelungshemmung der Schädelknochen verdanken, welche durch die mit dem Pericranium verwachsene Geschwulst in ihrem normalen Wachsthume beeinträchtigt werden[1]). In dem soeben herangezogenen Falle handelte es sich thatsächlich auch um ein congenitales Lipom.

Aus den in obigen Erörterungen mehrfach berührten anatomischen Beziehungen des Lipoms zu seiner Unterlage ergiebt es sich von selbst, dass dasselbe im Laufe der Zeit Verbindungen mit dem Pericranium eingehen kann, die die freie Beweglichkeit und Verschiebbarkeit des Tumors einschränken oder selbst ganz aufheben, so dass derselbe endlich starre fixirt auf dem Knochen aufruht[2]). Doch fehlt es keineswegs an gegentheiligen Beobachtungen[3]), wo selbst bei umfangreichen Lipomen von mehrjährigem

1) Fehleisen l. c.
2) cf. Fall I, II, VII, XI, XIII und XXVII.
3) cf. Fall III, VI und XXIV.

Bestande festere Verbindungen mit dem Mutterboden ausgeblieben sind und die Neubildung ihre freie Beweglichkeit bis zuletzt bewahrt hat.

Was das Geschlecht der Patienten anlangt, so kommen nach unserer Zusammenstellung auf 18 Männer nur 11 Frauen. Ich möchte aus diesen Zahlen nicht ohne Weiteres den Schluss ziehen, als ob das weibliche Geschlecht, das ja erwiesenermassen zur Lipombildung erheblich stärker disponirt, als das männliche, einen geringeren Procentsatz von Kopflipomen liefere; bei dem Vergleiche dieser nackten Zahlen darf eben nicht ausser Acht gelassen werden, dass nach einer allgemeinen Erfahrung in dem Krankenbestande namentlich aller öffentlichen Anstalten, sich das weibliche Element stets in der Minderzahl vertreten findet und dass mithin ein dem entsprechendes Plus bei einer vergleichend-statistischen Berechnung stets in Zuschlag zu bringen ist. Bei der Kleinheit der uns hier zu Gebote stehenden Zahlen dürfte sich übrigens eine solche Berechnung wol von selbst verbieten, da sie keinen Anspruch auf unbedingte Zuverlässigkeit erheben kann.

Wie bei den Lipomen im Allgemeinen, so finden wir auch bei dem Lipom der Schädeldecken sämmtliche Altersklassen vertreten, in welchen die Neubildung zur Entwickelung gelangt: drei Mal (Fall X, XXX und XXXIII) brachten die Patienten die Geschwulst mit auf die Welt; in 4 Fällen gehörten

die Träger derselben dem zarten Kindesalter an; bei einer Patientin war die Entstehung des Lipoms im 12. Lebensjahre bemerkt worden; besonders scheint es jedoch das Alter der vollen Geschlechtsreife und der beginnenden senilen Involution zu sein, welches auch für die Lipome der Schädeldecken das stärkste Contingent liefert[1]).

Die Frage nach der Aetiologie der Schädellipome will ich hier nur flüchtig berühren, da uns die Casuistik keine befriedigenden Aufschlüsse darüber giebt; ich will nur erwähnen, dass in drei Fällen (I, III und XIII) die Entwickelung der Neubildung von den Patienten mit Bestimmtheit auf ein vorausgegangenes Trauma zurückgeführt wurde; in dem Falle XXIX macht sich ganz unzweifelhaft der Einfluss der Erblichkeit bemerkbar.

Wenn von einzelnen Autoren das Tragen von unbequemen Kopfbedeckungen, namentlich für die Entstehung der Lipome an der dem Drucke am stärksten ausgesetzten Stirn, verantwortlich gemacht wird, so möchte ich eine solche Annahme wenigstens in ihrer verallgemeinernden Fassung nicht recht gelten lassen. Ich gebe gern zu, dass der Druck eines schweren und hart gepolsterten Helmes,

1) Es standen im Alter von 20—30 Jahren 4 Personen,
„ „ „ 31—40 „ 4 Personen,
„ „ „ 41—50 „ 5 Personen,
in noch vorgerückterem Alter 2 Personen.

ja selbst vielleicht schon der eines scharfkantigen Cylinderhutes ausnahmsweise einmal den Anstoss zu der Bildung einer Fettgeschwulst geben kann, welche dann gewissermassen als Prellkissen, das die Natur an der am härtesten gedrückten Stelle unterschiebt, die Rolle eines subcutanen Schleimbeutels übernimmt, wie ein solcher thatsächlich von Führer u. A. als Folge einer ungeeigneten Kopfbekleidung beobachtet worden ist. Wenn wir aber in Erwägung ziehen, wie unendlich viele Männer berufsmässig oder mit Rücksicht auf die herrschende Mode die Stirn während eines grossen Theiles ihres Lebens ganz ungestraft jenem mechanischen Insulte aussetzen und andererseits die Frauenwelt, ungeachtet der leichteren und im Ganzen auch rationelleren Art ihrer Kopfbedeckung, bei welcher die Stirn meist ganz frei bleibt, keineswegs von der entstellenden Zugabe eines auf der Stirn thronenden Lipoms verschont bleibt, so werden wir die Hinfälligkeit obiger Hypothese bereitwillig anerkennen und uns nach einer plausibleren Erklärung umsehen müssen. In dem die Aetiologie der Lipome behandelnden Artikel will ich es versuchen, diese Frage vom Standpunkte einer physiologisch begründeten Erklärungstheorie ihrer Lösung näher zu bringen.

Nachdem ich mich in Vorstehendem bemüht habe, ein möglichst naturgetreues Bild von dem klinischen Verhalten des Schädellipoms zu entwerfen,

soweit ein solches auf Grundlage unserer lückenhaften Erfahrungen überhaupt möglich ist, erübrigt nur noch, die etwa noch bei der Differentialdiagnose in Betracht kommenden Momente mit kurzen Worten hervorzuheben. Das Schädellipom ist zuweilen mit der Follicularcyste (Atherom) verwechselt worden; bei genauerem Zusehen kann aber die Unterscheidung dieser beiden Geschwülste, trotz ihrer unter Umständen geradezu verblüffenden äusserlichen Aehnlichkeit doch wol kaum auf erheblichere Schwierigkeiten stossen: die Atherome, die ja bekanntlich den Talgfollikeln ihre Entstehung verdanken, müssen demzufolge stets in der Haut selbst befindlich sein, d. h. ihr Balg wird, selbst wenn er auch tief in das Subcutangewebe vordringt, sowol oben wie unten von der Cutis gebildet; die Geschwulst wird sich daher mit letzterer verschieblich zeigen, hingegen wird es nicht möglich sein, die Haut über der Geschwulst zu verschieben und in einer Falte emporzuheben. Die Haut über dem Lipom zeigt das gegentheilige Verhalten: sie ist in der Regel, vielleicht sogar ausnahmslos verschiebbar und leicht faltbar, da die Geschwulst tief unter ihr, im subepicraniellen Bindegewebe zu sitzen pflegt. Auf diesen principiellen Unterschied machte zuerst Fehleisen in seinem bereits mehrfach citirten Vortrage aufmerksam. — Etwas schwieriger gestaltet sich vielleicht die Differentialdiagnose gegenüber der Der-

moidcyste: Da dieselbe mit dem Lipom die gleiche Lage und Ausbreitung unter der Galea aponeurotica theilt, so zeigt auch die sie bedeckende Haut das gleiche Verhalten. Wir müssen uns daher nach anderen Unterscheidungsmerkmalen umsehen. Diese sind in der Entwickelungsgeschichte und in der typischen Localisation des Dermoids gegeben: denn erstens tritt diese Geschwulst, als das Product einer fötalen Störung, ausnamslos entweder sogleich bei der Geburt oder doch wenigstens innerhalb der ersten Lebensjahre in die Erscheinung; während das Lipom, wie schon bemerkt, grösstentheils eine den höheren Altersklassen eigenthümliche Neubildung darstellt. Ferner ist das Dermoid auch noch an bestimmte Praedilectionsstellen gebunden, unter welchen die Gegend über dem oberen lateralen Augenhöhlenrand ganz besonders bevorzugt ist gegenüber seinem viel selteneren Standorte an der Glabella, in der Gegend der grossen Fontanelle und der Regio mastoidea. Dahingegen ist die Verbreitung der Lipome sowol im Bereiche der Stirn, als auch am übrigen behaarten Kopfe eine durchaus regellose. Achtet man endlich noch auf die Beschaffenheit der Oberfläche, die Consistenz, die Form- und Grössenverhältnisse, so wird man wol unter Berücksichtigung aller dieser Momente, mit ziemlicher Sicherheit vor einem Irrthume in der Diagnose bewahrt bleiben, ohne erst zu einer probatorischen Punction oder

Incision seine Zuflucht genommen zu haben. — Das von den Dermoiden Gesagte hat seine volle Gültigkeit auch für die, bei der Besprechung der Differentialdiagnose noch zu erwähnenden Cephalocelen: doch ist letztere Geschwulstgruppe durch ihre unmittelbaren Beziehungen zu dem Inhalte der Schädelhöhle fast ausnahmslos durch eine so gut characterisirte Symptomenreihe ausgezeichnet, dass eine Verwechselung mit ihr wol nur unter ganz aussergewöhnlichen Umständen denkbar erscheint.

Ueber das volare Hand- und Fingerlipom.

Eine gewiss ebensogrosse, wo nicht gar noch grössere Rarität als das subaponeurot. Lipom des Kopfes, ist das Auftreten dieser Neubildung an der volaren Fläche der Hand und der Finger. Diese ausserordentliche Seltenheit erklärt es denn wol auch, wesshalb die genannte Affection trotz ihres in mancher Beziehung eigenthümlichen Verhaltens, in den gangbarsten Hand- und Lehrbüchern, ja selbst in den monographischen Abhandlungen über die chirurgischen Krankheiten der oberen Extremität von P. Vogt, Annendale und A. eine ungenaue oder geradezu fehlerhafte Darstellung erfahren haben und in Folge dessen das Lipom der Hand noch immer zu diagnostischen Irrthümern, so namentlich zu Verwechslungen mit dem Hygrom der Sehnenscheiden Anlass giebt. Es möge daher gerechtfertigt erscheinen, wenn ich in Nachfolgendem eine Casuistik der in der Literatur sehr spärlich zerstreuten einschlägigen Beobachtungen zusammenstelle und dieser Zusammenstellung einen vor Kurzem in der Dorpater chirurgi-

TRU Raamatukogu

schen Klinik unter Prof. von Wahl zur Beobachtung gelangten, sehr instructiven Fall hinzufüge. Auf Grund dieser, so weit mir zugänglichen Erfahrungen will ich es dann versuchen, das klinische Bild der in Rede stehenden Affection in kurzen Umrissen zu entwerfen und gewisse Eigenthümlichkeiten derselben hervorheben, die für die Differentialdiagnose von Werth sein dürften.

I. Beobachtung von Prof. v. Wahl auf der Dorpater chirurgischen Klinik. Alexandra Kurnosowa, eine 50 jährige russische Bauersfrau, trat am 7/V 1885 in die chirurgische Klinik ein wegen einer Geschwulst, die vor ungefähr 5 Jahren zurück ohne nachweisbare Ursache an der Volarfläche der rechten Hand entstanden war. Die Geschwulst hatte während dieser Zeit stetig an Umfang zugenommen und sich allmälig über den grössten Theil der Hohlhand ausgebreitet, jedoch ohne dabei irgend welche Schmerzen verursacht und die Functionsfähigkeit des Gliedes in empfindlicher Weise beeinträchtigt zu haben: die activen Bewegungen sämmtlicher Finger konnten stets kräftig und, bis auf eine leichte, die volle Streckung erschwerende Flexionscontractur, innerhalb der normalen Grenzen ausgeführt werden; indess war die Hand seit einiger Zeit für die Ausführung feinerer Frauenarbeit nicht mehr in dem Maasse geschickt, wie vorher. — Die Geschwulst selbst anlangend, so erschien dieselbe in

3 von einander ziemlich scharf gesonderte Abschnitte zerlegt, die sich über die Vola manus in folgender Weise ausbreiteten: die Hauptparthie der Geschwulst, etwa von dem Umfange eines mässigen Hühnereies und dabei von länglich rundlicher Form, nahm den Raum zwischen den Metacarpalknochen des Daumens und Zeigefingers ein und erstreckte sich von der Höhe des Daumenballens bis hinunter zur entsprechenden Finger-Commissur, wo sie in einen auf der dorsalen Fläche des genannten Abschnittes gelegenen, leicht prominirenden Wulst überging. Von dem carpalen Ende dieses Tumors zweigte sich ein 3 ½ Ctm. langer und 1 ½ Ctm. breiter rundlicher Strang ab, der das Gebiet des dritten Intermetacarpalraumes occupirte und den Mittel- und Ringfinger an ihrer Basis 1 Ctm. weit auseinander drängte, jedoch ohne dabei auf die Rückenfläche der Hand überzugreifen. Die dritte Geschwulstparthie endlich, kleiner als die beiden vorigen und mit der letzt erwähnten gleichfalls durch einen Strang in Verbindung gesetzt, lag in dem 4. Intermetacarpalraume in der Nähe der Fingercommissur und drang daselbst, gleich wie der erste Tumor auf das Dorsum manus in Form eines ca. haselnussgrossen Knotens vor. Die Haut des Handtellers war über diesen drei Wülsten zwar etwas gespannt, liess sich jedoch ziemlich frei verschieben und in Falten emporheben und hatte ihre eigenthümliche Furchung beibehalten. Das Gebiet des Carpus, sowie

der untere Abschnitt des Vorderarmes waren vollkommen frei. Die Consistenz der Geschwulst war in allen drei Abschnitten eine weich elastische und zeigte deutlich das Gefühl der Fluctuation, die sich bei Druck auf die eine Geschwulstparthie gleichmässig über die beiden anderen verbreitete. Sehr bemerkenswerth war es nun, dass bei diesen Manipulationen, besonders bei stärkerem Drucke auf den mittleren Wulst, ein deutliches Knarren und Reiben wahrgenommen werden konnte, das mit dem sogen. „frémissement" eines mit Reiskörperchen gefüllten Hygromes die täuschendste Aehnlichkeit darbot.

Der in Obigem kurz referirte Befund, namentlich aber das neben den unzweideutigen Erscheinungen der weich elastischen Consistenz und verbreiteten Pseudo-Fluctuation so ungemein deutlich ausgesprochene Crepitationsgeräusch, liessen die Diagnose eines Carpalhygroms der Fingerbeuger fast unzweifelhaft erscheinen, welcher Annahme ja auch die Anamnese und die für die in Rede stehende Affection des carpalen Schleimbeutels nicht gerade ungewöhnliche Form und Ausbreitungsweise der Geschwulst keineswegs widersprach. Demgemäss wurde denn auch beschlossen, operativ vorzugehen und den Sack nach der von v. Volkmann angegebenen Methode der Doppelincision zu eröffnen und von seinem flüssigen und corpusculären Inhalt zu befreien. Jedoch schon der erste, der Längsrichtung der Hauptgeschwulst

entsprechend angelegte Schnitt deckte den Irrthum der Diagnose auf, indem nach Spaltung des subcutanen Fettgewebes und der an dieser Stelle bereits sehr verdünnten Palmarfascie statt der erwarteten Sackwandung sich die Läppchen eines wohlcharacterisirten Lipoms vordrängten. Nachdem die Incisionsöffnung auf 4—5 Ctm. erweitert worden war, gelang es mit leichter Mühe, die Geschwulstmasse theils durch stumpfes Ablösen, theils durch Zug und Druck, dem auch die an der Dorsalfläche gelegenen Antheile willig nachgaben, in ihrer Totalität zu extrahiren. Die Geschwulst präsentirte sich nunmehr in Gestalt eines, der Hauptmasse nach aus drei grösseren, mit einander durch rundliche Stränge in Verbindung gesetzten Lappen bestehendes Lipom (Lipoma arborescens) von weicher Consistenz, das mit seinen zahlreichen Anhängseln den Raum zwischen der Fascia palmaris und den Flexorensehnen ausgefüllt und an einzelnen Stellen Fortsätze in die benachbarten Spatia intermetacarpea vorgeschoben hatte; an zwei Stellen, nämlich dem spatium intermetacarpeum I und II hatten die Fettlappen in der Nachbarschaft der Metacarpo-phalangealgelenke die Zwischenknochenmuskulatur verdrängt und waren an den entsprechenden Bezirken des Dorsum manus in Form jener beiden oben beschriebenen flachen Hervorwölbungen zu Tage getreten. — Nach 11 tägiger, völlig fieberloser Primärheilung konnte Patientin als geheilt die Anstalt verlassen.

Einen dem unserigen in vielen Puncten durchaus analogen Fall von subfascialem Lipom der Hand, das gleichfalls ein mit Reiskörpern gefülltes Hygrom der Flexorenscheide vortäuschte, beobachtete

II. Boinet im Jahre 1866 (Gazette des hôpitaux, 1866 p. 271; Lipôme sous-aponevrotique de la paume de la main). Der Fall betraf eine 53 jährige Frau, die seit 7 oder 8 Jahren, in der Vola manus zwischen Daumen und Index eine hühnereigrosse Geschwulst, eine kleinere auf dem Hypothenar und vier weitere ebenfalls kleinere Geschwülste in den Gegenden der Plicae metacarpo-phalangeae palmares sitzen hatte. Die Geschwülste schienen nicht blos sehr deutlich zu fluctuiren, sondern sogar mit einander zu communiciren, da, wenn man auf eine derselben stark drückte, die anderen praller wurden. Die an der Wurzel des kleinen Fingers sitzende Geschwulst liess sogar unter dem Druck des palpirenden Fingers wahrnehmen „une crépitation très-sensible et très-nette, la crépitation qu'on rencontre ordinairement dans les tumeurs synoviales qui renferment de petits corps hydatiformes". Somit erschien die Diagnose eines Sehnenscheidenhygroms absolut sicher; erst die Operation deckte den Irrthum auf. Nachdem durch eine Incision die grösste Geschwulstparthie frei gelegt und als Lipom erkannt worden war, konnte Boinet „extraire la partie la plus volumineuse de ce lipôme et tous les autres lobes, qui

en dépendaient et qui s'étalaient dans la paume de la main, dans tous les points que j'ai indiqué." Hinsichtlich der Consistenz der Geschwulstmasse heisst es dann weiter in der Mittheilung: „cette tumeur était tellement molle, tellement élastique et facile à déprimer, que la pression sur l'un des lobes tendait et rendait plus saillants tous les autres lobes, de telle sorte qu'on croyait au déplacement d'un liquide".

III. Trélat; Gazette des hôpitaux, 1868, p. 223. Lipôme de la main, simulant un kyste synovial. 58-jahrige, sonst vollkommen gesunde Frau mit einem Tumor an der linken Hohlhand, der sich ganz allmälig und abgesehen von einem zeitweilig eintretenden Gefühl der Unbequemlichkeit und leichter Ermüdung der Hand, ohne erhebliche Schmerzen entwickelt hatte. Der Handteller erschien von 2 rundlichen Wülsten emporgewölbt, die das Gebiet des Thenar und Hypothenar einnahmen und dabei ausschliesslich auf das Gebiet der Hohlhand beschränkt blieben, während der unterste Abschnitt des Vorderarmes nicht die geringste Schwellung darbot. Bei Druck auf den einen Lappen schien sein Inhalt gegen den anderen verdrängt zu werden und diese Erscheinung der Fluctuation vollzog sich „avec une incontestable netteté." Obgleich es nicht möglich war, Reiskörperchen ähnliche Bildungen durchzupalpiren, so liess sich nichtsdestoweniger „une sorte de frôlement rugueux et

prolongé" wahrnehmen, wenn man die Geschwulstmasse abwechselnd nach der einen und anderen Seite verdrängte. Trélat diagnosticirte ein Carpalhygrom. Nach 2-maliger vergeblicher Punction machte er einen 3 Ctm. langen, der Achse der Hand parallel gerichteten Einschnitt und es drängte sich nun aus dem Wundspalt hernienartig eine Fettmasse hervor, die durch leichte Tractionen in toto herausbefördert werden konnte. Es handelte sich um ein zweilappiges Lipom von zarter Textur, das allseitig von einer Kapsel umschlossen war. Die Geschwulstmasse ruhte auf den Flexorensehnen und war an ihrer mittleren Parthie durch den Druck der Palmaraponeurose leicht vertieft.

In der sich an obige, in der Société impériale de chirurgie am 29. April 1868 gemachten Mittheilung anschliessenden Discussion berichtet Tillaux über einen

IV. Fall bei einem männlichen Patienten, den er 1859 bei Gosselin zu sehen Gelegenheit hatte: auf einer der Flexorensehnen der Hand fand sich ein weicher, fluctuirender, jedoch nicht crepitirender Tumor, der gleichfalls für eine Cyste gehalten wurde; es war aber ein Lipom.

V. Robert; Annales therapeutiques, T. II, citirt von Fagoll. Des kystes synoviaux tendineux à grains riziformes, p. 39. In einem Falle, wo eine Verwechselung mit einem Hygrom vorgekommen war,

erstreckte sich der längliche Tumor in einer Ausdehnung von 7 Ctm., von 2 Finger breit unter der Höhe des Kleinfingerballens bis zur Mitte der Hohlhandseite des kleinen Fingers, ohne Veränderung der Hautfarbe. Er war weich, fluctuirend und bot auf Druck eine Art von Crepitation dar, die an ein mit Reiskörpern gefülltes Hygrom denken liess. Es wurden vergeblich Punctionen gemacht und endlich durch Einschnitt ein Tumor entfernt, der sich aus 2 ineinander geschachtelten Lipomen zusammensetzte.

VI. v. Dumreicher; Albert berichtet in seinem Lehrbuche der Chirurgie, III. Auflage 1884, p. 543 II. Bd. über einen in der v. Dumreicher'schen Klinik beobachteten Fall, wo das Lipom mitten in der Musculatur des Daumenballens und zwar so lose eingebettet war, dass es nach Durchtrennung der deckenden Schichten förmlich heraussprang.

VII. Notta; Lipom de la paume de la main; Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1882 p. 389; nach einem Ref. im Jahresbericht von Virchow-Hirsch. 66-jähriger Patient mit einem Lipom an der rechten Vola manus, seit 6 Jahren bemerkt. Bei der Operation zeigt es sich, dass sich das Lipom bis unter die Flexoren der Finger erstreckt. Das Herauspräpariren ist demgemäss langwierig und mühsam. Als Patient fast geheilt war, erlag er einem Schlaganfalle.

VIII. Hodges; Exceptional fatty tumours. Boston med. and surg. Journal 1884 p. 361. Im Centralblatte für Chirurgie 1885 Nr. 12, findet sich nur die kurze Notiz, dass das Lipom in der Vola manus zwischen Daumen und Zeigefinger gesessen habe.

Wenn ich noch zum Schlusse hinzufüge, dass nach einer kurzen Notiz im oben citirten Handbuch von Albert weitere Beobachtungen über das Lipom der Vola manus von Polaillon vorliegen, die ich leider wegen mangelnder Quellenangabe nicht verwerthen kann, so wäre mit den obigen Mittheilungen und Referaten wol so ziemlich das gesammte casuistische Material erschöpft, das sich aus der gesammten Literatur der letzten zwei Decennien zusammentragen lässt.

Diese grosse Seltenheit der Lipome an der Hohlhand sowie derjenigen an der Fusssohle ist schon von Virchow im I. Bd. seiner Geschwulstlehre auf Seite 374 betont worden und Lücke (die Lehre von den Geschwülsten im Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie von Pitha-Billroth Seite 147), der sich in ähnlichem Sinne äussert, geht sogar so weit, das Vorkommen der Lipome an letztgenannter Stelle ganz in Abrede zu stellen. Unzweifelhaft ist das Lipom im Bereiche des gesammten Fusses ein weit selteneres Vorkommniss, als das an der Hand, und wenn ich für dieses relative Frequenzverhältniss einen ziffermässigen Ausdruck schaffen soll, so er-

laube ich es mir, auf die in dem folgenden Artikel gegebene Zusammenstellung der Geschwulstvertheilung an der Körperoberfläche zu verweisen, nach welcher das Fusslipom unter den Lipomen der gesammten Körperoberfläche nur mit 0,43 % vertreten ist, während das Lipom der Hand etwas mehr als 3mal so oft, nämlich in 1,33 % der Fälle zur Entwickelung gelangt. Zwar geben uns diese Zahlen noch keinen Aufschluss darüber, wie sich das Verhältniss der dorsal gelegenen Lipome an Hand und Fuss zu den entschieden noch selteneren an der Vola resp. Planta gestaltet, dass aber letztere keineswegs die von Lücke urgirte Immunität gegen Lipombildung besitzt, beweisen einige Beobachtungen aus der neueren Zeit. Ueber ein subfasciales Lipom der Fusssohle, das unser Interesse noch insofern in Anspruch zu nehmen geeignet ist, als es seiner physikalischen Beschaffenheit und Ausbreitungsweise nach ganz ebenso wie das Lipom der Hohlhand zu einer Verwechselung mit dem Sehnenscheidenhygrom geführt hat, beschreibt und bildet Löbker ab auf Seite 39—43 in den von P. Vogt im Jahre 1884 herausgegebenen „Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Greifswald"; da uns dieser Fall hier nicht unmittelbar interessirt, so will ich mich darauf beschränken, auf diese, jedermann leicht zugängliche Quelle zu verweisen und auf zwei weitere einschlägige Beobachtungen aufmerksam zu machen, nämlich

auf den Fall von Serret im Siglo med. Madrid 1879 XXVI, p. 399: Lipoma en la planta del pié; und auf den Fall von Pirovano in den Rev. méd.-quir; Buenos-Aires 1879—1880, XVI, 49, 1 pl.: Lipoma en la planta del pié; exstirpation à calgajo anterior; curation. — Damit wäre die Frage nach dem Vorkommen der Fettgeschwülste an der Fusssohle in bejahendem Sinne beantwortet. — Nach dieser kurzen Abschweifung, die in der grossen Seltenheit des interessanten Beobachtungsobjectes ihre Rechtfertigung finden möge, kehren wir wieder zu dem uns hier beschäftigenden Thema, zur Frage nach den klinischen Eigenthümlichkeiten des an der Vola manus gelegenen Lipoms zurück.

Bei der Durchmusterung der in Obigem referirten Krankheitsgeschichten, erregt hauptsächlich ein Umstand unser Interesse, nämlich die Verwechselung der fettigen Neubildung mit dem Hygrom der Sehnenscheide, in welchen diagnostische Irrthum, wie es scheint, sämmtliche Beobachter verfielen, und dem auch wir in dem Eingangs mitgetheilten Falle nicht entgangen sind. So weisen auch Chassaignac und Larrey d. J. in Anknüpfung an die von Boinet (Fall Nr. II.) in der Sitzung der chirurgischen Gesellschaft zu Paris gemachte Mittheilung darauf hin, dass ähnliche Fehlgriffe in der Diagnose keineswegs zu den Seltenheiten gehörten und mehrfach in der Literatur verzeichnet wären, wie unter Anderem

auch die Erfahrungen von Marjolin dem Vater beweisen.

Eine solche, von allen Autoren einstimmig zugegebene diagnostische Unsicherheit gegenüber der in Rede stehenden Affection kann uns nicht Wunder nehmen, wenn wir bedenken, dass das volare Lipom als eine, wie bemerkt, entschieden sehr rare Krankheitsform, die sich dazu noch weder durch besondere Beschwerden, noch durch ein besonders characteristisches Symptomenbild auszeichnet, lange nicht in dem Maasse das allgemeine Interesse wachzurufen im Stande war, wie das weit häufiger zur Beobachtung kommende Hygrom der Sehnenscheide, dessen Symptomatik Dank den vortrefflichen Arbeiten eines Boyer, Dupuytren und anderer hervorragender Vertreter der älteren französischen Schule den Aerzten sehr viel geläufiger war und welches noch bis in die jüngste Zeit hinauf fast unausgesetzt die Aufmerksamkeit des Klinikers und pathologischen Anatomen in gleich hohem Grade rege zu erhalten vermochte. Weiterhin gaben noch die Arbeiten von Roquette, Robert und besonders die eingehenden Erörterungen von Michon und Gosselin eine fast erschöpfende Darstellung, denen deutscherseits die Untersuchungen von Heineke und Volkmann weitere Belege und Aufklärungen hinzufügten, so dass wir kaum über eine auf so kleinen Bezirk begrenzte typische Affection eine Literatur von ähn-

lichem Umfange aufzuweisen haben, wie sie das Carpalhygrom besitzt. Es liegt somit auf der Hand, dass sich im gegebenen Falle der Vorstellung selbst eines erfahrenen und umsichtigen Beobachters ganz unwillkürlich das Bild eines Hygroms der Flexoren aufdrängen wird und dass unter dem Einflusse einer solchen vorgefassten Meinung, anscheinend nebensächliche Momente leicht übersehen werden, die vor einem diagnostischen Irrthume hätten schützen können.

Eine wie grosse Vorsicht in der Begründung der Differentialdiagnose geboten ist, ergiebt sich sofort aus der Betrachtung der vorgeführten Krankheitsfälle, in welchen eine geradezu frappirende Uebereinstimmung in der Symptomatik der beiden, ihrem Wesen nach doch so grundverschiedenen Affectionen entgegentritt: Das langsame und stetige, in der Regel schmerzlose und nur selten mit lebhaften Beschwerden einhergehende Wachsthum der Geschwulst, ferner ihre Ausbreitungsweise, die sowol der typischen als auch der individuell sehr variablen Anordnung des carpalen Schleimbeutels in Form und Lage entspricht; weiterhin ihre elastische Consistenz, das Gefühl der ausgebreiteten Fluctuation, die sich gleichmässig über sämmtliche Abschnitte der Geschwulst erstrecken kann, ja selbst das weiche Reibegeräusch, das „Frémissement", welches irrthümlicher Weise noch in einigen der modernsten

Lehrbüchern als ein geradezu pathognomonisches Symptom des Zwerchsackhygroms aufgeführt wird; diese ganze Symptomenreihe eines schulgerechten Carpalhygroms kann in vollkommenster Reinheit auch bei dem volaren Handlipom vertreten sein. Wenn ich schliesslich noch daran erinnere, dass auch solide Geschwülste bei hinreichender Zartheit der Textur, wie sie den meisten in der Vola gelegenen Lipomen eigenthümlich zu sein scheinen, unter Umständen auch das Symptom einer vollkommenen Transparenz darbieten können, so scheint Alles so recht eigentlich darauf angelegt, den Arzt in den diagnostischen Irrthum einer cystischen Neubildung hineinzulocken.

Glücklicher Weise kann ein solches Versehen heutzutage, wo wir unter dem Schutze des antiseptischen Verfahrens vorzugehen gewohnt sind, kaum irgend welche schlimmen Folgen nach sich ziehen; auch lässt sich dasselbe nunmehr wol ganz sicher vermeiden, wenn wir in jedem zweifelhaften Falle die endgültige Entscheidung erst von dem Ergebnisse einer probatorischen Incision abhängig machen. Immerhin bleibt es im Interessse unserer Kunst doch wünschenswerth, sich von derartigen, wenn auch noch so geringfügigen operativen Praeliminarien vollkommen unabhängig zu machen und die Diagnose ausschliesslich auf Grund einer sorgfältigen physikalischen Untersuchung mit Berücksichtigung der anamnestischen Daten sicher stellen zu können.

Hiebei kommt uns ein Umstand sehr zu Statten, der bisher keine Berücksichtigung gefunden zu haben scheint, der aber meines Erachtens für die Differentialdiagnose von einiger Wichtigkeit ist, nämlich das anatomische Verhältniss der Geschwulst zu den Weichtheildecken: Wie wir bei den Lipomen des Kopfes fast ausnahmslos die subaponeurotische Lagerung der Neubildung als eine ihrer bemerkenswerthesten Eigenthümlichkeiten zu verzeichnen Gelegenheit hatten, so scheint auch das volare Lipom nicht sowol das reichliche subcutane Fett, sondern vielmehr mit besonderer Vorliebe das fettarme Zellgewebe unter der Fascia palmaris zu seinem Ausgangspuncte zu wählen. Denn mit Ausnahme von Beobachtung V und VIII, wo über den Sitz der Neubildung nichts ausgesagt ist, hatte sich in den übrigen sechs Fällen das Lipom unter der Fascia palmaris ausgebreitet, was entweder ausdrücklich vermerkt ist oder sich aus den näheren Umständen mit Sicherheit erschliessen lässt. Aus dieser anatomischen Beziehung zur Palmarfascie ergiebt sich aber eine bemerkenswerthe Eigenthümlichkeit in der Ausbreitungsweise der Geschwulst, welche sie wesentlich von derjenigen des Carpalhygroms unterscheidet: Während nämlich der von seinem flüssigen und corpusculären Inhalte prall gefüllte carpale Schleimbeutel nicht allein eine Ausbauchung seines volaren, sondern unter der verengten Passage des osseo-fibrösen Canales an der Hand-

wurzel hindurch, auch eine ebensolche seines antibrachialen Antheiles erfahren muss, welcher sich auf 1 Zoll und mehr oberhalb der Handgelenkslinie am Vorderarme hinauf erstrecken kann, ist dem subaponeurotischen Lipome einerseits durch die straffe Anheftung des Fascia palmaris an das Ligamentum carpi transversum, andererseits durch das unmittelbar darunter gelegene, mächtige Sehnenconvolut, der für eine Ausbreitung auf den Vorderarm erforderliche Spielraum ganz oder doch nahezu vollständig genommen.

Diesen anatomischen Erwägungen entspricht denn auch die bisherige klinische Erfahrung vollkommen, denn in keinem einzigen Falle fand ein Uebergreifen des Tumors auf den untersten Abschnitt des Vorderarmes statt, er blieb vielmehr, in der Richtung nach aufwärts, stets auf das Gebiet der Vola manus beschränkt, wo ihm in der Verbindungslinie der Eminentiae carpi radialis und ulnaris eine feste Grenze gezogen ist. In diesem constanten Verhalten des Lipoms ist nun ein bemerkenswerthes differentialdiagnostisches Moment gegeben: das Hygrom der Sehnenscheide präsentirt sich entweder von vorn herein als eine aus zwei Abschnitten, der volaren und antibrachialen Parthie zusammengesetzte Geschwulst, welche durch die carpale Einschnürung jene bekannte characteristische Form des Zwerchsackes angenommen hat, oder es lässt sich diese Form

durch Verschiebung des Inhaltes nach der einen oder anderen Richtung sehr leicht zur Anschauung bringen; dagegen ist und bleibt das subaponeurotische Lipom unter allen Umständen von der Occupation des Vorderarmbezirkes ausgeschlossen.

Ein anderes Verhalten zeigt das Lipom in seiner Ausbreitung gegen die Finger hin: indem die Palmaraponeurose hier an Stärke schon erheblich eingebüsst hat und sich in zipfelförmige Fortsätze auflöst, zwischen denen die digitalen Nerven, Gefässe und Sehnen hindurchtreten, ist auch dem Lipom eine freiere Passage gegeben, um von dem Gebiete der Hohlhand auf die Finger überzutreten. In der Beobachtung von Robert, Fall V, finden wir eine thatsächliche Bestätigung dieser Voraussetzung: es erstreckte sich hier das Lipom in Form eines länglichrunden Wulstes von der Höhe des Kleinfingerballens ohne Unterbrechung bis zur Mitte der volaren Fläche des Kleinfingers und täuschte eben dadurch, sowie durch seine Fluctuation und Crepitation ein Sehnenscheidenhygrom vor.

Die Möglichkeit einer solchen Täuschung ist grade am 5. Finger und ebenso am Daumen besonders nahe gelegt, weil die Sehnenscheiden der genannten Finger der Regel nach mit der gemeinschaftlichen Sehnenscheide in der Hohlhand communiciren. Immerhin wird eine genügende Berücksichtigung der soeben berührten Verhältnisse im Bereiche der Handwurzel und des angrenzenden Vorderarmgebietes die

wahre Sachlage wol mit Sicherheit ermitteln lassen. Bei einem volaren Lipom, das auf einen der drei Mittelfinger übergegriffen (wofür ich freilich aus der Casuistik keinen Beleg herbeischaffen kann), dürfte die Differentialdiagnose noch viel einfacher sein: denn da die Sehnenscheiden der drei genannten Finger so gut wie nie mit dem gemeinschaftlichen Schleimbeutel in Communication stehen, so wäre in einem solchen Falle die chronisch-seröse Entzündung des carpalen Synovialsackes mit Bestimmtheit auszuschliessen.

Eine weitere Eigenthümlichkeit des Carpalhygroms, die gleichfalls als ein differentialdiagnostisches Moment gegenüber dem Lipom verwerthet werden kann, ist darin zu suchen, dass dasselbe bei stetiger Zunahme seines Inhaltes nur an der volaren Seite der Hand resp. des Vorderarmes durch allmälige Dehnung der Weichtheildecken zur Entfaltung gelangen kann, da demselben nach der dorsalen Seite hin durch die starre Unterlage der Metacarpalknochen, über welche sich die Sackwandung straff ausspannt, eine unüberwindliche Schranke gesetzt ist. Anders beim Lipom, wie überhaupt bei jeder, durch ein mehr selbstständiges Wachsthumsvermögen ausgezeichneten Neubildung: indem die Geschwulstmasse sich weiter und weiter ausdehnt und Fortsätze nach allen Richtungen aussendet, stösst sie sehr bald auch auf das Fleisch der Intermetacarpalräume und das-

selbe durchsetzend oder auseinanderdrängend bahnt sie sich ihren Weg zur dorsalen Fläche der Hand, woselbst sie nun, wie in unserem Falle, in Gestalt discreter Knoten zum Vorschein kommt. Dabei kann der Durchtritt durch die Zwischenknochenräume mit solcher Energie erzwungen werden, dass die Metacarpalien stark auseinandergedrängt werden und die entsprechenden Finger weite Abstände zwischen sich lassen. In unserem Falle waren es der 3. und 4. Metacarpalknochen, die von dem mechanischen Drucke der Geschwulst am stärksten betroffen waren und diese sofort in die Augen fallende Erscheinung der Diastase darboten, ohne dass es dabei, wie im 1. und 4. Spatium intermetacarpeum zu einem nachweisbaren Uebertritt der Geschwulst auf den Handrücken gekommen wäre.

Wenn demnach als eine characteristische Eigenthümlichkeit des Carpalhygroms das Uebergreifen seines volaren Antheiles auf den Vorderarm, oder umgekehrt des antibrachialen auf den volaren anzusehen ist, so zeichnet sich das subaponeurotische Lipom der Mittelhand von letzterer Affection dadurch wesentlich aus, dass es sich gegen die Tiefe in der Richtung zum Handrücken ausbreiten und daselbst in Form von solitären oder auch multiplen Wülsten zum Vorschein kommen kann, was jedoch nach den bisherigen Erfahrungen nur ausnahmweise der Fall zu sein scheint. — Auf dieses Verhalten des Lipoms auf-

merksam gemacht, möchte ich es empfehlen, künftighin mehr auf die Formverhältnisse des Handrückens und auf eine etwaige Diastase der Mittelhandknochen zu achten und im Falle eines negativen Befundes stets den Versuch zu machen, ob es nicht gelingt, durch zweckentsprechenden Druck von der Vola her, die Geschwulstmasse gegen das Dorsum der Hand vorzudrängen. Gelingt dieses Maneuver, so ist das Hygrom eo ipso ausgeschlossen und es wäre dann nur noch die Frage zu entscheiden, ob es sich um ein Lipom oder um irgend eine andere Geschwulstform handelt.

Hiemit wären wol die hauptsächlichsten Merkmale erschöpft, die das volare Lipom von dem Carpalhygrom unterscheiden; gewisse andere Eigenthümlichkeiten, die zur Vervollständigung der Differentialdiagnose in Berücksichtigung kämen, sind lange nicht so prägnant und zuverlässig. So ist z. B. bei Erhebung der Anamnese zu ermitteln, in welcher Form sich die ersten Anfänge der Geschwulstbildung präsentirten: eine gleichmässig-diffuse, polsterartige Hervorwölbung des Handtellers würde mehr zu Gunsten eines Hygroms sprechen, wogegen eine circumscripte Anschwellung von einer beschränkten Stelle aus wol im Sinne eines Lipoms zu deuten wäre. Doch sind diesbezügliche Angaben, namentlich von Personen, denen man eine zuverlässige Selbstbeobachtung nicht zumuthen kann, immer nur mit einiger

Reserve aufzunehmen. — Was endlich das Gefühl der Crepitation anlangt, dem wol die allermeiste Schuld an den immer wiederkehrenden diagnostischen Irrthümern zugeschrieben werden kann, so möchte ich daran erinnern, dass dasselbe keineswegs dem volaren Lipom allein eigenthümlich ist: man beobachtet dasselbe, wie ich mich selbst überzeugt habe, namentlich oft bei kleineren Lipomen an den verschiedensten Stellen der Körperoberfläche, wenn sie nur, was ja besonders bei subcutaner Lage ganz gewöhnlich ist, ein gewisses Maas freier Beweglichkeit innerhalb ihres Kapselraumes besitzen: man verspürt dann beim sanften Hin- und Hergleiten der Geschwulst über ihrer schlüpfrigen Unterlage ein weiches Reibegeräusch, das an das Crepitiren gegeneinander gedrängter „Reiskörperchen" mitunter recht auffallend erinnert. So führt denn auch Trélat dieses „frottement saccadé" das ihn in dem Falle Nr. 3 in der Diagnose irre geleitet hatte, auf eine Reibung der Fettläppchen gegen die darunterliegenden Sehnenscheiden der Flexoren zurück. Dieses Gefühl der Reibung (une sorte de frôlement rugueux et prolongé, Trélat) kann mitunter, wie wir erfahren haben, dem Crepitiren der corpuscula orizoidea täuschend ähnlich sein, doch möchte ich im Hinblick auf die eben erwähnte Beobachtung an anderweitig situirten Lipomen mich der Ansicht Trélat's anschliessen, der seiner Mittheilung die Bemerkung hinzufügt, dass das Cre-

pitiren eines Lipoms im Allgemeinen doch wol nur recht unvollständig dasjenige der freien Synovialkörperchen wiedergiebt. Es ist schwer, die verschiedenen Qualitäten dieses mehr dem Gefühl als dem Gehör zugänglichen Reibegeräusches sprachlich zum Ausdruck zu bringen: es entspricht vielleicht noch am besten dem Wesen der Erscheinung, wenn man das Crepitiren der „Reiskörperchen" mit dem Schneeballknirschen, dasjenige des Lipoms mit dem Seidenknittern vergleicht. Demjenigen, der seinen Tastsinn auf die Perception dieser feineren Empfindungsnyancirungen an geeigneten Vergleichungsobjecten nur einige Male zu schärfen Gelegenheit hatte, wird ein merklicher Unterschied nicht entgehen und er wird sich im gegebenen Falle nicht nur damit begnügen, an einem Tumor der Hohlhand überhaupt nur das Symptom der Crepitation festzustellen, sondern auch bemüht sein, die besondere Qualität desselben zu eruiren.

Fassen wir noch zum Schlusse das klinische Bild der in Rede stehenden Affection, soweit dasselbe nicht schon in den obigen Erörterungen zum Ausdruck gelangt ist, in kurzen Zügen zusammen, so präsentirt sich das Lipom der Hohlhand sowol als ein einfacher, als auch in Form eines aus mehreren strang- oder kolbenförmigen und bisweilen weit verzweigten Lappen zusammengesetzten Tumors (Lipoma arborescens). Es ist hiebei auffallend, dass das Lipom bei

seiner Ausbreitung sich gern an die Verlaufsrichtung der Sehnen anschliesst, ob mehr zufällig (woran bei der geringen Zahl der Beobachtungen immerhin gedacht werden kann) oder weil vielleicht irgend welche, zunächst noch nicht aufgeklärte Beziehungen der Neubildung zu den genannten Organen bestehen, muss vor der Hand noch unentschieden bleiben; vielleicht hängt auch diese, der Längsrichtung der Hand folgende Anordnung damit zusammen, das die Geschwulst die Intermetacarpalspatien resp. die Spatien zwischen den Muskeln des Thenar und Hypothenar gleichsam als die natürlichen Wege bei ihrer Ausbreitung bevorzugt. Wie dem aber auch sei, diese eigenthümliche Ausbreitungsweise, verbunden mit der meist walzenförmigen Gestalt sowol der einfachen Geschwulst als auch ihrer Lappen, muss dazu beitragen, ihre äussere Aehnlichkeit mit dem Sehnenscheidenhygrom noch zu verstärken.

Wie ich bereits bei Gelegenheit hervorgehoben habe, scheint das volare Lipom sich nicht sowol in dem subcutanen Fettgewebe, als vielmehr mit besonderer Vorliebe in dem Raume unterhalb der Aponeurosis palmaris zu entwickeln. Ganz unzweifelhaft ist es die ungemein straffe, durch ein enges Netzwerk sehniger Fäden vermittelte Anheftung der Haut an ihre aponeurotische Unterlage, welche, wie Virchow im I. Bd. seiner Geschwulstlehre auf Seite 374 bemerkt, sowol an der Hohlhand, als auch an der

Fusssohle und an der Kopfschwarte eine excessive Fettablagerung in dem subcutanen Gewebe verhindert. Ich möchte aber, im Gegensatze zu Virchow nicht allein in dieser anatomischen Eigenthümlichkeit der Cutis an den erwähnten Körperstellen das ursächliche Moment erblicken, wesshalb hier so notorisch selten Lipome zur Entwickelung gelangen, sondern bin geneigt, diese Thatsache auf gewisse Vorgänge des Stoffwechsels zurückzuführen, die mir für die Entwickelung der Fettgeschwülste massgebend zu sein scheinen. Ich will diese Frage hier nur flüchtig berühren, da ich in dem Artikel über „die Aetiologie der Lipome" directe Veranlassung haben werde, darauf näher einzugehen. Sind nun aber ausnahmsweise einmal Bedingungen vorhanden, die den Anstoss zur Lipombildung an der Hohlhand geben, so bevorzugt die Geschwulst das lockere Zellgewebe zwischen Aponeurosis palmaris und der gemeinschaftlichen Sehnenscheide, wo ihr ein viel freierer Spielraum zur Verfügung steht, sich nach der Tiefe und nach der Fläche zu entfalten. — Die subaponeurotische Lage des Lipoms und seine dadurch bedingten nachbarschaftlichen Beziehungen zu den Sehnen und Nerven der Hand, machen die hie und da beobachteten Störungen in der motorischen und sensitiven Sphäre leicht verständlich; indess, die exquisit zarte Textur, welche den meisten Lipomen der Hohlhand eigen zu sein scheint,

sowie ihre leichte Verschiebbarkeit in dem lockeren Zellgewebe der Umgebung bringt es mit sich, dass die genannten Organe nicht in besonders empfindlicher Weise von dem Drucke der Neubildung zu leiden haben.

Ueber das Lipom an den Fingern kann ich mich kurz fassen, da mir keine eigenen Beobachtungen zur Seite stehen und die Casuistik dieser eigenthümlichen Affection eine noch kleinere ist, als diejenige des volaren Handlipoms. Hinsichtlich seines klinischen Verhaltens und besonders der Differentialdiagnose gegenüber anderen Geschwülsten, unter welchen auch hier wiederum das Hygrom der Sehnenscheiden in den Vordergrund der Erwägung tritt, verweise ich auf die im XX. Bd. des Langenbeck'schen Archivs im Jahre 1877 erschienene Arbeit von von H. Ranke. An die Mittheilung zweier, auf der Volkmann'schen Klinik beobachteter und eingehend referirter Fälle von volarem Fingerlipom knüpft Ranke eine ausführliche Erörterung dieser Fragen an, in welcher wol so ziemlich Alles erschöpft ist, was sich auf Grund unserer bisherigen geringen Erfahrungen zur Zeit überhaupt aussagen lässt. Ich möchte nur noch der Vollständigkeit halber auf einige weitere Beobachtungen hinweisen, die Ranke

in seiner Arbeit unberücksichtigt gelassen hat. So theilt Billroth in seinem „Gesammtbericht über die chirurgischen Kliniken in Zürich und Wien 1860 bis 1876“ auf p. 455 zwei Fälle eigener Beobachtung mit: In dem ersten handelte es sich um einen 12 jährigen Knaben, dem in seinem 5. Lebensjahre ein fast hühnereigrosses Lipom an der Volarfläche der I. Phalanx des rechten Zeigefingers exstirpirt worden war. Bald nach der Entlassung stellte sich ein Recidiv ein, welches langsam wachsend im Verlaufe von 5 Jahren wieder seine vorige Grösse erlangte. Abermalige Exstirpation am 9./X. 1874. Keine Auskünfte später zu erhalten. — Der zweite Fall kam bei einem 18jährigen Manne zur Beobachtung: Lipom am Zeigefinger der linken Hand, von cavernösen Venenectasien durchzogen, von der Grösse einer mittleren länglichen Kartoffel. Exstirpation. — Schliesslich möchte ich noch auf eine im Jahresbericht von Virchow-Hirsch 1866, II. Bd. p. 359 von Volkmann mitgetheilte Beobachtung eines volaren Fingerlipoms aufmerksam machen, welches neben deutlicher Fluctuation auch noch eine exquisit durchscheinende Beschaffenheit darbot und aus diesem Grunde für ein Hygrom angesprochen wurde. Der Fall von Neuber, der zu einer Verwechselung mit einem Enchondrom Anlass gab, ist schon von Ranke kurz erwähnt. Demnach scheint auch das Lipom der Finger mit dem der Hohlhand das gleiche Miss-

geschick einer häufigen Verwechselung mit anderen Geschwulstformen zu theilen, die, wie der Neuber'sche Fall lehrt, dem Patienten mitunter verhängnissvoll werden kann. Im Allgemeinen dürften aber wol etwaige Verwechselungen mit einem Atherom oder subcutanen Schleimbeutelhygrom ohne practische Consequenzen bleiben und die schon etwas bedenklichere Verwechselung mit einem circumscripten Hygrom der Flexorensehnenscheide durch eine aseptisch ausgeführte Probeincision ganz sicher zu vermeiden sein.