

*Bibliothèque numérique*

medic@

**Dictionnaire des maladies  
éponymiques et des observations  
princeps : Madelung (maladie de)**

**MADELUNG. - Ueber den Fetthals  
(diffuses Lipom des Halses)**

*In : Archiv für Klinische Chirurgie, 1888, Vol. 37, pp.  
106-30*

## VI.

# Ueber den Fetthals

(diffuses Lipom des Halses).<sup>1)</sup>

Von

**Prof. Dr. Madelung**

in Rostock.

(Hierzu Tafel II.)

Bekanntlich sind der Hals und die an denselben angrenzenden Theile des Rumpfes sehr häufig der Sitz circumscripfter Lipome. Viel seltener, aber im Verhältniss zu anderen Körpertheilen auffallend oft, kommt es ebendasselbst bei nicht an allgemeiner Fettleibigkeit leidenden Menschen zur Neubildung diffuser Massen von Fettgewebe. Es entwickeln sich dieselben bald nur im Nacken, bald im Nacken und an den vorderen und seitlichen Halspartieen zugleich. Häufig schliessen sie den Hals „krausenförmig“ circular ein (Lipoma annullare colli). Aber auch dann quellen an bestimmten Stellen, an der Haargrenze des Hinterhauptes, auf den Warzenfortsätzen, in der Submaxillar- und Parotidealgegend, über die Oberfläche des allgemein verdickten Halses massige Fettklumpen weit hervor.

Das Bild des Leidens, schon in den mässig entwickelten, besonders aber in den schweren Formen, ist ein äusserst groteskes, jedoch zugleich ein typisches.

Der „Fetthals“, wie ich die Veränderung der Kürze wegen bezeichnen möchte, stellt, meiner Meinung nach, eine klinische Krankheitsform von eigenthümlicher Art dar. Vieles spricht dafür, dass es nicht richtig ist, die betreffenden Fälle einfach unter die Fälle von multipler Lipombildung — diese kommt ja, wie an allen Körperstellen, so auch am Halse vor — einzureihen.

<sup>1)</sup> Theilweise vorgetragen in der Sitzung der Section für Chirurgie auf der Naturforscher-Versammlung in Berlin, am 20. September 1886.

Der Fetthals bietet auch praktisches Interesse. Er kann derartig excessiv werden, dass neben monströser Verunstaltung der äusseren Körperform schwere, lebensgefährdende Erscheinungen entstehen. Chirurgische Eingriffe, welche nicht ganz unbedeutende Schwierigkeiten bereiten, können erforderlich werden.

Mehrere eigene, in den letzten Jahren gemachte Beobachtungen von Kranken mit Fetthals bestimmen mich, in eingehender Weise dies Krankheitsbild darzustellen und über seine Aetiologie Erwägungen anzustellen.

In seiner Eigenart erkannt und dementsprechend beschrieben wird die diffuse Fettentwikelung am Halse zuerst 1846 durch Benjamin Brodie<sup>1)</sup>. — Schuh<sup>2)</sup>, Sédillot<sup>3)</sup>, Bryk<sup>4)</sup>, W. Marrant Baker<sup>5)</sup>, Riedel<sup>6)</sup>, J. Hutchinson<sup>7)</sup> theilten je eine Beobachtung mit. Ausführliche Darstellung fand das Leiden 1884 durch Mac Cormac<sup>8)</sup>, welcher von 2 im St. Thomas Hospital und von 2 von Clutton und W. Anderson gesehenen Fällen berichtete, und 1886 durch W. Marrant Baker und Anthony A. Bowlby<sup>9)</sup>, welche ihrer Beschreibung 10 eigene im St. Bartholemews Hospital und 3 von anderen englischen Aerzten (Haviland Hill, Allchin, Henry Morris) gemachte Beobachtungen zu Grunde legten.

Ich selbst<sup>10)</sup> habe auf der Naturforscher-Versammlung zu Berlin, am 20. September 1886, in der Sitzung der chirurgischen Section unter Mittheilung der von mir behandelten Fälle eine Schilderung des Leidens gegeben. Die englischen Publicationen von Mac Cormac, Marrant Baker und Bowlby waren mir damals unbekannt. An der meinem Vortrage sich anschliessenden Discussion theilten sich die Herren von Volkmann, Israël,

<sup>1)</sup> Lectures on Pathology and Surgery. 1846. p. 275.

<sup>2)</sup> Ueber die Erkenntniss der Pseudoplasmen. Wien 1851. S. 101.

<sup>3)</sup> Laskarides, Ueber multiple symmetrische Lipome. Inaug.-Dissert. Strassburg 1878. (In der ebendasselbst angeführten Gaz. des hôp. 1863. No. 122 und ebenso in der Gaz. méd. de Strasbourg. IV. No. 59 ist der Fall Sédillot's nicht zu finden.)

<sup>4)</sup> von Langenbeck's Archiv. 1874. Bd. XVII. S. 568.

<sup>5)</sup> Transactions of the Pathol. Society of London. Vol. XXX. 1879. p. 417.

<sup>6)</sup> Deutsche Chirurgie. 1882. Lief. 36. S. 107.

<sup>7)</sup> Transactions of the Ophthalmological Society. 1884. Vol. IV. p. 40.

<sup>8)</sup> St. Thomas Hospital Reports. 1884. XIII. p. 287.

<sup>9)</sup> Medico-Chirurgical Transactions. 1886. LXIX. p. 41.

<sup>10)</sup> Tageblatt der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Berlin. 1886. S. 150.

Baumgärtner. Die Herren Bardeleben, Küster, Bramann berichteten ausserdem kurz von einzelnen, selbst beobachteten, gleichartigen Fällen.

Ausser an den genannten Orten findet sich, besonders in der älteren Literatur, eine Anzahl von zweifellos zu der zu besprechenden Krankheitsgruppe gehörigen Fällen, meist unter der Bezeichnung „multiple“ oder „symmetrische Lipome am Halse“. Besonders erwähnt seien die Fälle von Foucher<sup>1)</sup>, von Perrotte<sup>2)</sup>, Spyridon S. J. Laskarides<sup>3)</sup> und H. Clutton<sup>4)</sup>.

Abbildungen geben Bryk, Mac Cormac, Marrant Baker und Bowlby und Laskarides.

Die drei von mir beobachteten, im Nachfolgenden ihrer Krankheitsgeschichte nach kurz mitzutheilenden Fälle bieten typische Beispiele von Fetthals in seinen verschiedenen Graden der Entwicklung dar:

I. J. S. Erbpächter, 53 Jahre, wurde am 29. Juni 1885 in die chirurgische Klinik zu Rostock aufgenommen zur Behandlung eines bei ihm bestehenden Carcinoms der rechten Zungenhälfte, des benachbarten Mundbodens, der Lymphdrüsen des Unterkieferwinkels und der Lymphdrüsen im Verlaufe der rechtsseitigen grossen Halsgefässe. Seine Nackengegend zeigte sich in der durch Taf. II. Fig. 1 verdeutlichten Weise verändert. Die Vorderseite des Halses war durchaus von Fett frei. Nirgends am Körper bestand sonst ein Lipom. Der Mann war gross gewachsen, musculös, aber entschieden mager zu nennen.

Patient erzählte, sein Vater, 7 Schwestern und 2 Brüder hätten nicht an Neubildungen gelitten. Er selbst war bis vor 12 Jahren gesund. Er war nicht Potator. Vor 12 Jahren bemerkte er in der linken oberen Nackengegend eine Anschwellung, welche langsam, ohne sein Wohlbefinden zu beeinträchtigen, zunahm. Ein Jahr später entstand an der entsprechenden rechten Nackenseite eine Anschwellung von gleicher Beschaffenheit und einige Jahre später ebenso unter dem rechten Ohre. Beschwerden machten dieselben nicht. Im Winter 1883 war Patient 9 Wochen lang krank an Lungenentzündung, magerte dabei stark ab. Seitdem fühlt er sich schwächer und kann anstrengende Arbeit nicht mehr ausführen. Auf die Nackengeschwülste übte die Erkrankung und die nachfolgende Abmagerung keinen Einfluss aus. Um Weihnachten 1884 wurde das Carcinom der Zunge zuerst bemerkt. Die kranke Zungenhälfte und die Lymphdrüsen wurden am 2. Juli nach von Langenbeck's Methode mit Durchtrennung des Unterkiefers exstirpirt. Die

<sup>1)</sup> Gaz. des hôpit. 1863. No. 122. p. 485.

<sup>2)</sup> Du lipome. Thèse de Paris. 1857. No. 44.

<sup>3)</sup> l. c.

<sup>4)</sup> St. Thomas Hospital Reports. 1882. Vol. XI. p. 54.



Vena jugularis interna wurde nahe der Einmündungsstelle in die Subclavia doppelseitig ligirt, ebenso 2 Ctm. unterhalb der Schädelbasis, das zwischengelegene Stück resecirt. Plattenepithelkrebs. Tod an Schluckpneumonie (?) am 8. Juli.

2. Fr. W., 66 Jahre, Arbeitsmann. Pat. war Tabetiker. Das Rückenmarksleiden, welches seit einigen Jahren sich langsam entwickelt hatte, war so weit vorgeschritten, dass Pat. sich nur langsam mit Hilfe von 2 Stöcken fortbewegen konnte. Sein Hals war ringförmig von Geschwulstmassen umgeben, ganz in der Weise, wie die Abbildung des Bryk'schen Patienten zeigt. Der übrige Körper war frei von Geschwülsten. Pat. verweigerte hartnäckig, sich photographiren zu lassen. Er erzählte, seinen Fetthals betreffend, Folgendes: Seine Eltern und Geschwister waren von Geschwülsten frei gewesen. Er hatte mehrmals an Ruhr gelitten, das letzte Mal vor ca. 40 Jahren, war sonst immer gesund gewesen. Er war nie besonders fett, war nicht Alcoholic. Sein Hals hatte bis zu seinem 40. Jahre normale Form gehabt (er war Soldat gewesen). Vor ca. 20 Jahren bildete sich eine erste Geschwulst unterhalb des rechten Ohres, dann eine zweite, symmetrisch gelegen, unter dem linken Ohre, dann entstanden die Nackengeschwülste. In den letzten Jahren, meint Pat., hätten sich die Geschwülste nicht wesentlich vergrössert. Wenn Pat. sich einer Erkältung ausgesetzt hatte, entstanden Athembeschwerden. Bei kaltem Wetter hatte er das Gefühl, als wenn die Geschwülste grösser würden, dann traten in ihnen leichte Schmerzen auf. Abgesehen von diesen Zeiten war Pat. von allen Beschwerden frei. Vor ca. 15 Jahren sollen die Geschwülste plötzlich weicher geworden sein, so dass ein zugezogener Arzt die Annahme aussprach, sie würden vereitern. Allmählig erlangten sie aber wieder die festere Consistenz, die sie noch heute zeigen.

3. H. Qu., 59 Jahre alt, Landwirth, später Kaufmann in einer kleinen Stadt. Pat. stellte sich in der Klinik am 9. Juni 1884 zuerst vor und blieb seitdem bis jetzt unter unserer Beobachtung. Bei Familienangehörigen sind Neubildungen nicht aufgetreten. Ein Bruder des Pat. ist sehr mager, eine Schwester ist eine wohlgenährte, aber durchaus proportionirt gebaute Frau. Pat. war im Wesentlichen immer gesund, ist nicht Alcoholic. Im Jahre 1877 liess er sich in hiesiger Klinik eine Mastdarmfistel operiren. Den Beginn der Geschwulstbildung am Halse datirt Pat. 23 Jahre zurück. Er fühlte damals am Nacken, sowie an beiden Seiten des Halses Taubeneigrosse Geschwülste. Dieselben verursachten keinerlei Beschwerden. Sie vergrösserten sich langsam, in den letzten 3 Jahren anscheinend etwas schneller als früher. Das Bild, welches sein monströs gewordener Hals Juni 1884 darbot, wird durch die Abbildungen Taf. II. Fig. 2 u. 3 wiedergegeben. Pat. war von mittelgrosser, untersetzter Statur, musculös, im Ganzen wohlgenährt, nicht übermässig fett. Der Rumpf, im Besonderen die Vorderseite der Brust, erscheint in den Photographieen wegen der Art der Einstellung fettreicher, als er in Wirklichkeit war. Im Panniculus adiposus der unterhalb der Taille gelegenen Körperteile waren keinerlei Fettanhäufungen vorhanden. In der Haut der Oberarme, auf dem Rücken, auf der Vorderseite der Brust um die Mammillae

dagegen eine beträchtliche Anzahl von Fettklumpen sichtbar. Keiner derselben überstieg Hühnereigrösse, die meisten waren bedeutend kleiner. Die inneren Organe waren sämmtlich gesund, im Besonderen waren keine Abnormitäten des Nervensystemes nachweisbar.

Pat. forderte die Wegnahme eines Theiles der Nackengeschwülste, weil diese durch keine Kleidung mehr zu verdecken wären, und im Besonderen, weil er keine in civilisirten Ländern übliche Kopfbedeckung mehr tragen könne.

Am 11. Juni 1884 wurde, der Linea nuchae entsprechend, ein Hautschnitt über die ganze Geschwulst der Nackengegend gemacht, sodann am unteren Ende ein horizontal verlaufender Schnitt darauf gesetzt, so dass die gesammte Incision J-Form hatte. Die Hautlappen, die in festester Weise mit dem Fett verbunden waren, wurden seitwärts zurückpräparirt. Dann wurde ein über handbreiter Keil Fett ausgeschnitten. Derselbe musste von den Nackenmuskeln, die nun fascienlos freilagen, abgetragen werden. In die Muskelinterstitien drangen Fettklumpen vielfach vor, die gleichfalls ausgeschnitten wurden. Nirgends war eine Kapselähnliche Grenze des Fettes vorhanden. Zahlreiche Gefässunterbindungen waren nöthig. Die Wunde hatte eine eigenthümliche Form, da zu beiden Seiten die Durchschnitte der zurückbleibenden Fettmasse wie Durchschnitte einer Speckseite lagen. Mehrfache Drainröhren wurden eingelegt, sodann durch einen stark comprimirenden Verband die Haut in die muldenförmige Wunde eingepresst. Die Wunde heilte bei geringer Secretion p. pr. int. Pat. konnte am 21. Juni nach Hause entlassen werden.

Am 13. Juli 1886, also 2 Jahre später, suchte Pat. wieder die Hülfe der Klinik nach, diesmal wegen hochgradiger Beschwerden. Sein Allgemeinbefinden war gut geblieben. An der Stelle der früheren Operation waren die Nackenmuskeln und die Wirbelsäulendornfortsätze noch zu fühlen, doch war die vorher bestehende Mulde durch das Herandrängen des Fettes von den Seiten her sichtlich verkleinert. Ganz unverhältnissmässig rasch waren aber die auf der Vorderseite des Halses gelegenen Fettmassen gewachsen (vergl. Taf. II. Fig. 4). Pat. hatte heisere Stimme, athmete auch im ruhigen Zustande hörbar. Er konnte nur mit Mühe noch Treppen steigen, wurde dabei cyanotisch. Das Schlucken war erschwert. Häufig traten Nachts Erstickungsanfälle ein. Pat. erinnerte in seinem Habitus und seinen Klagen durchaus an Patienten, bei denen eine rasch wachsende Struma besteht. Als Ursache der Respirationsbeschwerden musste vor Allem die Compression der obersten Athemwege (die Epiglottis zeigte sich bei laryngoskopischer Untersuchung zusammengefaltet und nach links hin verschoben) angesehen werden. Ausserdem waren die Bewegungen des Kehlkopfes beim Athmen und Schlucken sichtlich gehemmt. Das Kehlkopfinnere, in das nur mit Mühe ein Einblick genommen werden konnte, war nicht verändert. — Die Befürchtung lag nahe, dass weiteres Wachsthum der Fettmasse um den Kehlkopfeingang die Respiration ganz unmöglich machen würde. Aber auch schon eine geringe entzündliche Schwellung der betreffenden Theile konnte rasch den Tod herbeiführen. Es drohte dem Pat., „in seinem eigenen Fett“ zu ersticken.

Am 15. Juli wurde die Narkose eingeleitet. Dieselbe war bei der gehemmten Athmung sehr unruhig. Das Röcheln des Kranken war mehrere Zimmer weit hörbar. Oefters war die Cyanose und das Stocken der Athmung beängstigend. Es wurde vom Kinnrande bis zum Sternum ein Hautschnitt geführt und von diesem aus in die Tiefe vordringend Fettgewebe ausgeschnitten. Es war höchst interessant, zu sehen, in welcher ungewöhnlicher Weise sich dieses zwischen alle Gewebstheile, in alle Zwischenräume gedrängt hatte. Nachdem ich die Unterzungengegend ausgeräumt, Epiglottis und Kehlkopf von Fett ganz gereinigt hatte, war die Athmung etwas freier, aber doch noch röchelnd. Ich musste noch die vom Sternum zum Kehlkopf gehenden Halsmuskeln trennen, das zwischen ihnen und der Trachea eingebettete Fett auslösen, letztere nach den Seiten und nach hinten freilegen. Es fiel mir auf, dass ich bei diesem langwierigen Präpariren weder einem Isthmus, noch Seitenhörnern der Schilddrüse begegnete. So weit ich mich überzeugen konnte, fehlte die Schilddrüse. Die grossen Fettmassen seitlich am Halse blieben ungetastet. Die Operation hatte so wie so schon lange genug gedauert. Die Heilung der Wunde verlief glatt. Ein ziemlich ausgedehntes Eczem, welches sich unter dem Jodoform-Torf-Verbande am Halse entwickelte, störte die Heilungsvorgänge in der Tiefe der Wunde nicht. Bereits am 2. August konnte Pat. entlassen werden. — Ich habe den Pat. seitdem in regelmässigen Zwischenräumen wiedergesehen. Die Fettmassen an den Halsseiten sind noch wesentlich monströser geworden. Pat. spricht jedes Mal von seiner Absicht, sich weiteren Operationen zu unterwerfen. Ich sehe keinen Grund, ihn besonders dazu zu überreden. Von Athembeschwerden ist er frei geblieben. Der Kehlkopf und die Trachea sind in der durch die Operation geschaffenen Fettlücke abtastbar.

Zur Feststellung des Krankheitsbildes des Fetthalses benutze ich, ausser meinen eigenen Beobachtungen, 30 in der Literatur ausführlicher mitgetheilte Fälle (im Ganzen also 33 Fälle).

Das Leiden muss im Ganzen recht selten vorkommen. Auch dann wenn durch den Fetthals Beschwerden nicht entstehen bietet die Formentstellung der von Kleidungsstücken freien Theile des Halses so Charakteristisches und Auffallendes dar, dass ein Uebersehen oder Nichterkennen, sobald der Patient überhaupt zu einem Arzt in Beziehung tritt, ausgeschlossen ist.

In den meisten Lehrbüchern der pathologischen Anatomie, auch solchen aus jüngster Zeit, ist das Leiden gar nicht erwähnt. Paget konnte nur Brodie's und Schuh's Beobachtung anführen und sagt ausdrücklich, dass er selbst nichts Aehnliches beobachtete. Bardeleben bemerkt, dass er erst nach Beobachtung von mehreren Hundert Fällen *circumscripiter Lipome* im Jahre 1886 zwei Fälle



von Fetthals sah. Die Mehrzahl der oben genannten Schriftsteller haben nur von einem einzelnen, selbst behandelten Falle zu berichten. Nur König<sup>1)</sup> und J. Hutchinson<sup>2)</sup> erklären, mehrfach solche Fälle gesehen zu haben.

Sämmtliche bisher bekannt gewordenen Beobachtungen betreffen Patienten männlichen Geschlechts. Es möchte diese Thatsache doch kaum auf Zufälligkeiten beruhen. Solitäre Fettgeschwülste kommen bei Frauen bedeutend häufiger als bei Männern vor. Nach Grosch's<sup>3)</sup> Statistik waren von 716 mit Lipomen behafteten Patienten 254 männlichen, 411 weiblichen Geschlechts. Für die diffusen Lipome existirt eine statistische Aufstellung ähnlicher Art nicht. Nach meiner, auf Grund der mir bekannt gewordenen Casuistik vorgenommenen Schätzung kommen diffuse Lipome (mit Ausnahme der besprochenen am Halse) bei Männern und Frauen gleich häufig vor.<sup>4)</sup>

Die Zeit der ersten Entstehung des Fetthalses kann, entsprechend dem langsamen Wachsthum, der meistens bestehenden Beschwerdenlosigkeit, von der Mehrzahl der Patienten nicht bestimmt angegeben werden. Jedenfalls lässt sich behaupten, dass der Beginn des Leidens nie vor Vollendung des Körperwachsthums beobachtet worden ist.

Von 26 Patienten sind Angaben über die Zeit, in der sie die ersten Anfänge des Leidens bemerkten, mitgetheilt worden, und zwar bezeichneten:

6	die Zeit zwischen 26. und 30. Lebensjahr.
3	" " " 31. " 35. "
9	" " " 36. " 40. "

<sup>1)</sup> Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 1885. I. S. 554.

<sup>2)</sup> l. c. p. 40.

<sup>3)</sup> Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1887. Bd. XXVI. S. 355.

<sup>4)</sup> Hutchinson bemerkt, er habe mehrfach unvollständig begrenzte, symmetrisch gelegene Fettklumpen in der Tiefe des Nackens (not at the nape, but deep in the root of the neck) bei Frauen gesehen, die ein wenig jenseits des mittleren Alters sich befanden. Das übrigens keine Aehnlichkeit mit den von Marrant Baker beschriebenen Fällen von typischem Fetthals zeigende Leiden sei immer mit Nervosität und Reizbarkeit verbunden gewesen. — Ich persönlich habe solche Fälle nicht gesehen, auch keine den Hutchinson'schen parallele Beobachtungen in der Literatur erwähnt gefunden. Hingegen ist die Entwicklung von diffusen Lipomen unter der Clavicula, mit welchen sich französische Chirurgen angelegentlich beschäftigt haben (Verneuil, Gaz. hebdom. 1879. XVI. 47; Potain, Ibid. 1882. XIX. 42; Verneuil, Ibid. 1882. 47, 48, 51; L. H. Petit, Ibid. 1883. 51 und 1884. 4; Largeau, Progrès méd. XI. 37), fast nur bei Frauen beobachtet worden.



5	die Zeit zwischen 41. und 45. Lebensjahr,		
1	"	46. "	55. "
2	"	56. "	60. "

Als frühestes Alter ist das 26. Lebensjahr in Fällen von Morris und Mac Cormac (Fall 1) bezeichnet, als höchstes das 57. und 58. Lebensjahr in 2 Fällen von Mac Cormac (Fall 2) und Anderson. In 14 Fällen entwickelte sich das Leiden zwischen dem 36. und 45. Lebensjahre (53,8 pCt.).

Sämmtliche Patienten, deren Stand angegeben ist (23), gehörten den arbeitenden Klassen an. 7 hatten durch ihren Beruf Gelegenheit, reichlich geistige Getränke einzunehmen [Gastwirth, Rebner, Kellermeister, Lageraufseher im Wein- und Specereigeschäft, Kellner (3)]. Die übrigen waren Tagelöhner, Landmann, Fuhrmann, Hausknecht, Diener, Commissionär, Krämer, Metzger, Friseur, Schneider, Soldat.

In Betreff der Aetiologie lässt sich aus den Krankengeschichten kaum ein Anhalt gewinnen. Jedenfalls spielt Heredität gar keine Rolle. Bei Eltern und Geschwistern der Patienten ist niemals das Vorkommen von diffusen oder circumscripiten Lipomen am Nacken oder an einer anderen Körperstelle erwähnt. Ebenso fehlen Angaben, dass Geschwülste anderer Art vorgekommen wären. Auch allgemeine Fettleibigkeit, wie sie ja in manchen Familien bei allen oder den meisten Mitgliedern, sobald eine bestimmte Altersgrenze erreicht ist, auftritt, wird bei Anverwandten unserer Patienten nicht erwähnt. Im Besonderen kann ich dies von den von mir Beobachteten, auf Grund eingezogener Erkundigungen behaupten.

Traumen, die bekanntlich schon seit langer Zeit, und sicher nicht ganz mit Unrecht, beschuldigt werden, zur Entstehung circumscripiter Lipome in Beziehung zu stehen, finden in den Krankengeschichten der Patienten mit Fetthals keine Erwähnung. Eben so wenig sind dauernd einwirkende Reize, wie sie am Halse wohl durch das Tragen von beengenden Kleidungsstücken, Kravatten, gegeben werden könnten, zu beschuldigen. Nur ein Patient (Fall Allehin) war, als der Fetthals sich entwickelte, Berufs-Soldat in der englisch-indischen Armee.

Die meisten der Patienten waren zur Zeit ihrer Beobachtung von jeder anderweitigen allgemeinen oder localen Er-

krankung frei. Im Besonderen waren, hierauf glaubte ich besonders achten zu müssen, niemals diagnosticirbare anatomische oder functionelle Störungen am Herzen oder an den grossen Gefässen des Halses vorhanden.

Morrant Baker und Bowlby haben constatirt, dass, mit 1 oder möglicherweise 2 Ausnahmen, ihre sämtlichen 13 Patienten Trinker (und zwar Bier- und Schnapstrinker) waren. Bardeleben und Küster geben von ihren 3 Patienten das Nämliche an. Von einem Patienten aus der Luecke'schen Klinik (Laskarides) gab die Ehefrau an, dass er ein grosser Liebhaber des Weines sei. Niemals aber sind in diesen Fällen schwerere nervöse Störungen durch den Alcoholismus bedingt gewesen. In den sämtlichen übrigen Fällen (18) ist von Neigung zum Missbrauch geistiger Getränke nichts bekannt. Im Besonderen kann ich von meinen 3 Patienten bestimmt behaupten, dass sie nicht Gewohnheitstrinker waren.

Ein Patient war Tabetiker (Fall 2, Madelung).

Hutchinson erwähnt, dass sein Patient in einem an Geistesstörung grenzenden Grade erregbar war. Derselbe Patient soll eine Vergrösserung der Parotiden gehabt haben. Bei aller Hochachtung vor Hutchinson's Namen erscheint mir dieser einzelstehende Befund, auf den Hutchinson besonderes Gewicht legt, doch zweifelhaft. Eine Abgrenzung der Parotisdrüse von dem Fett, welches auch in diesem Falle sich symmetrisch unter dem Kiefer entwickelt hatte, bei ausschliesslich äusserer Untersuchung, möchte äusserst unsicher sein. In den Fällen, wo operativ die in der Parotidealgegend gelegenen Fettmassen entfernt wurden, ist nie Parotidschwellung nachgewiesen worden.

Dass 2 Patienten Phthisiker waren (Fall 6 Baker-Bowlby und Fall Haviland Hill), dass bei Zweien Zungencarcinome sich entwickelt hatten (Fall Morris und Fall 1 Madelung), dass zwei an Fistula ani litten resp. gelitten hatten (Fall 6 Baker-Bowlby und Fall 3 Madelung) wird belanglos sein.

Von Wichtigkeit ist hingegen, dass sämtliche Patienten von allgemeiner, irgendwie als krankhaft anzuschender Fettleibigkeit frei waren. Einige werden als gut genährt, andere als mager, mehrere sogar als äusserst mager geschildert (Schuh). Wiederholt entwickelte der Fetthals sich weiter oder blieb unverändert bestehen bei solchen Patienten, die durch intercurrente Krankheiten,

durch Hunger und Elend in ihrer Ernährung auf's Aeusserste herunter kamen.

Bei 21 Patienten, also in der überwiegenden Majorität der Fälle, bestanden auch an anderen Körperstellen zahlreiche und mehrfach sehr grosse abnorme Fettanhäufungen. Dieselben waren meist im subcutanen Gewebe gelegen und, so weit sich durch die Untersuchung feststellen liess (Exstirpationen sind nicht vorgenommen), meist von diffuser Form. Besonders häufig wurden solche an den Schultern, dem Rumpf (Gegend der Mammillae, Bauch, Leistenegend, Rücken, Scrotum) und an den Armen (Ober- und Vorderarmen), selten an den Oberschenkeln (Fall 2 Baker-Bowlby, Fall Bryk) beobachtet. Sehr häufig hat diese Fettentwicklung an symmetrisch gelegenen Körperstellen stattgefunden, vor Allem dann, wenn der Rücken, die Sacralgegend und die Gegend der Mammillae ergriffen waren.

Die Angaben darüber, ob die Lipome des Nackens oder die der übrigen Körpertheile zuerst entstanden, sind sehr unvollständig. Im Fall 4 Baker-Bowlby waren die Nackengeschwülste zuerst vorhanden und erst 1½ Jahre später entstanden in der Submaxillar- und in der Leistenegend Lipome. In einem anderen (6) Falle desselben Autor entstanden die Geschwülste des Nackens und des übrigen Körpers ziemlich gleichzeitig. Im Falle Bryk hatten 3 Jahre lang sich an verschiedenen Stellen des Rumpfes und der Extremitäten Lipome ausgebildet, bevor links am Nacken Fetthalsbildung begann.

Viele Patienten hatten, bis sie sich einem Arzte zeigten, nur den Cervicaltumoren Beachtung geschenkt und wussten von dem Bestehen anderer Geschwülste nichts.

Wie ich schon früher hervorhob, ist die äussere Form des Fetthalses eine ausserordentlich gleichförmige, typische. Dies geht aus den Beschreibungen, noch besser aber aus den beigegebenen Abbildungen hervor. Verschiedenheit besteht eigentlich nur insofern, als bald nur an der Nacken-, bald (sehr selten) nur an der Vorderseite des Halses, bald am ganzen Halse in dem Krankheitsstadium, wo die Patienten beschrieben wurden, die Fettentwicklung bestand. In den excessiven Graden sind eigentlich nur die schon in den Anfängen des Leidens besonders ausgebildeten Fetthügel weiter hervorgequollen gewesen. Die Grenzen gegen die gesunden

*fr. apht  
bei mmm*



Gewebe blieben dieselben. Die Symmetrie der Anordnung blieb meist in ausgesprochener Weise erhalten.

Ausserordentlich regelmässig geformt ist die Begrenzungslinie der Nackengeschwülste nach oben. Sie entspricht im mittleren Theile des Nackens vollständig der *Linea semicircularis externa ossis occipitis*, steigt dann nach aufwärts oberhalb der Warzenfortsätze, die selbst von den Fettmassen fast regelmässig gedeckt werden, bleibt aber ca. 1 Ctm. von dem Ansätze der Ohrmuscheln entfernt. Diese oberen, gewöhnlich vollständig halbkugeligen, auf dem unterliegenden Gewebe mehr oder weniger fest angehefteten Nackengeschwülste erfahren fast immer durch eine der *Linea nuchae* entsprechende Einkerbung eine Theilung. Fast regelmässig liegt unter den beiden Klumpen, durch eine grössere Bucht, die in horizontaler Richtung den Nacken in der Höhe des 6. Halswirbels kreuzt, getrennt, eine weitere Fettmasse. Diese ist seltener, als bei den oberen Nackengeschwülsten der Fall ist, durch eine den *Processus spinosi* annähernd entsprechende, aber nicht bis auf dieselben eindringende Einkerbung gleichfalls in zwei symmetrische Theile getrennt. Nie aber ist die Theilung so stark markirt, wie an den oberen Geschwülsten. In den Fällen der Theilung gleichen die 4, durch sich kreuzende Einkerbungslinien getrennten Tumoren dem *Corpus quadrigeminum* [eine sehr ausgesprochene derartige Theilung zeigt der Clutton'sche Fall (Abbildung bei Mac Cormac)]. Häufiger ist oberhalb der unteren Hals- und oberen Brustwirbel ein einzelner, gewöhnlich sehr grosser, die Medianlinie des Nackens überdeckender Klumpen (s. Abbildung Bryk). Excessiv gross war dieser Knoten im Falle Schuh. Hier sass unter den symmetrisch hinter den Warzenfortsätzen gelegenen Lipomen, die je die Grösse einer starken Faust hatten, ein drittes von der Grösse eines Kopfes. Diese einzelnen, aber auch die eventuell getheilten, symmetrischen unteren Halstumoren sind häufig in einer den *circumscrip*tten Lipomen des Nackens und Rückens ähnlichen Weise breit gestielt. Manchmal lagern sie über den Rücken herab bis zu den oberen Rändern der Schulterblätter. Einiges mag hieran die Last der auf ihnen besonders ruhenden Kleidungsstücke Schuld tragen.

Nicht sehr häufig finden sich vorne vor den Ohrmuscheln kleine Lipome.

An der Vorderseite und den Seitentheilen des Halses lagern sich die eine Art von Doppelkinn bildenden Fettmassen. Dieselben sind öfters, aber nicht so regelmässig wie die cervical gelegenen, durch eine vom Kinn zur Fossa jugularis laufende Furche durchgezogen. Den Rand des Unterkiefers übersteigen sie nie, setzen von demselben meist sogar durch eine Furche ab. Oft aber werden sie so mächtig, dass sie bis zum Brustbein herabreichen, ja über dieses herüberliegen. Die Enden ihrer über die Parotidealgegend bis zu den Warzenfortsätzen sich erstreckenden Schenkel bleiben immer durch eine Furche von den über und unter den Warzenfortsätzen liegenden Fettmassen getrennt. An den Seitentheilen des Halses quellen in den besonders hochgradigen Formen aus dem Trigonum inferius grosse Fettklumpenmassen hervor. Diese füllen dann die Fossa supraclavicularis aus oder lagern sich über dieselbe weit herüber.

Die Consistenz der Fettmassen des Fetthalses hat sich in Nichts wesentlich von der der gewöhnlichen Lipome unterschieden. Da, wo Geschwulst an normale Halstheile angrenzte, an den Rändern des Fetthalses, war dieselbe immer ziemlich fest. Ebenso sind die oberen Nackenpartieen meist von beträchtlicherer Härte gewesen, als die unteren. Immer sind die prominirenden Theile besonders weich gewesen, so dass weiche Massen in festere eingebettet zu sein schienen. Durch grosse Weichheit zeichneten sich die das eigentliche Doppelkinn bildenden Massen aus.

Oefters wurde vorübergehend eine grössere Weichheit, sogar deutliche Fluctuation bemerkt, und zwar besonders in den Partieen, die gerade im besonders raschen Wachsthum begriffen waren (Fall 2 Madelung).

Der den subcutanen circumscribten Lipomen eigene, lappige Bau fehlt durchaus nicht immer (wie einige Beobachter behaupten). Abgesehen davon, dass dies ausdrücklich in den Beschreibungen bemerkt wird, lässt sich dies gut aus manchen Abbildungen ersehen. Die oberen Nackenpartieen des Fetthalses haben allerdings am wenigsten Lappung gezeigt, häufiger die oberhalb der unteren Halswirbel und seitlich am Halse gelegenen.

In welchen Gewebsschichten des Halses kommt das beim Fetthalse neugebildete Fett zur Entwicklung? Riedel hat auf Grund einer eigenen Beobachtung (nicht operirter

Fall) und der Betrachtung des der Bryk'schen Mittheilung beigegebenen Bildes angenommen, die Fettgeschwülste lägen subfascial. Dies lasse sich besonders von den zum Hinterhaupte aufsteigenden Geschwülsten nachweisen, die genau mit dem Ansatz der Fascia cervicalis an die quere Hinterhauptslinie abschließen. Mac Cormac hat sich dieser Annahme angeschlossen. Diesen Beiden gegenüber ist nun mit Bestimmtheit zu sagen, dass die Nackentumoren bereits im subcutanen Bindegewebe beginnen. Bryk hat in seiner Operationsbeschreibung ausdrücklich bemerkt, dass die Geschwulst mit der Haut des Nackens fest verwachsen war, und Mac Cormac selbst sagt (dies haben schon Baker-Bowlby ihm gegenüber hervorgehoben), bei Gelegenheit der Schilderung der einen von ihm vollzogenen Exstirpation: „Die Masse schien einfach aus diffusum subcutanen Fett zu bestehen“. Mit diesem stimmen sämtliche bei Operationen von anderen Chirurgen gemachte Befunde überein. Das subcutane (suprafasciale) Fett ist sicher bei der Bildung der Geschwülste betheiligt.

Nun muss aber doch die eigenthümliche Begrenzung der Fettgeschwülste, die allen Fällen eigen ist, die das äussere Bild des Fetthalses so typisch macht, einen Grund haben. — Gewiss, aber der Grund ist, meiner Ansicht nach, nicht in der örtlichen Fettvertheilung am normal gebauten Halse, sondern in den krankhaften Verhältnissen, die die abnorme Fettbildung am Halse überhaupt bedingen, zu suchen. Nicht überall da, wo Fettgewebe normaler Weise liegt oder besonders reichlich vorkommt, hypertrophirt dasselbe bei allgemeiner Obesitas. Unförmlich fettleibige Menschen haben niemals vermehrte Fettbildung unter der Haut des Schädels, die doch unter normalen Verhältnissen ebenso fettreich ist, als die Haut der angrenzenden Hals- und Nackentheile. Umgekehrt entstehen Lipome nicht selten an Orten, wo normaler Weise Fett nicht vorkommt, so beispielsweise unter dem Musculus epicranicus (Fehleisen, Grosch). — Zweifellos ist ein Theil der Form des Fetthalses durch die mehr oder weniger feste Anheftung der Halshaut an den tieferen Theilen bedingt. Die Nackenhaut, auch bei mageren Menschen nur schwer faltbar, ist mit der oberflächlichen Fascie der Nackenmuskeln überall ziemlich fest verbunden, besonders fest aber oberhalb des Ligamentum nuchae, in minderer, aber doch bei Präparation bemerkbarer Weise oberhalb der Protuberantia



occipitalis. Sicher bestimmen diese Fixirungen, wenn Fetthals entsteht, die so regelmässige Lagerung der Einkerbungen und Depressionen. Weiter aber geht ihr Einfluss nicht.

Alle Beobachter des Fetthalses stimmen darin überein, dass die diffuse Fettbildung in die Fascien hinein und über die Fascien in die Tiefe dringt. Am Nacken musste man immer, um die Geschwülste zu entfernen, bis in die Muskelsubstanz resp. in die Muskelinterstitien hinein das Fett ausgraben. Aber auch an den vorderen und seitlichen Theilen des Halses geht das Fett weit über die oberflächliche Fascie in die Tiefe. Hier findet man Fortsätze zwischen Kehlkopf und Pharynx, um die Gefässscheide herum, ja in diese hinein sich erstreckend. Das Fett umspinnt alle Muskeln, dringt in alle Interstitien hinein, so dass die Ähnlichkeit eines hier zu machenden Durchschnittes mit dem Durchschnitt einer mageren Speckseite sich sofort aufdrängt.

Das Fett des Fetthalses unterscheidet sich in Nichts von dem bei allgemeiner Obesitas in dem subcutanen Gewebe entwickelten. Es ist an einzelnen Stellen, die schon äusserlich sich härter anfühlen — so am Nacken —, mit stärkeren Bindegewebsfaserzügen durchsetzt. An der Vorderseite des Halses besteht es mehr aus los<sup>e</sup> geordneten Fetttrübchen.

Bei allen vorgenommenen Operationen hat sich gezeigt, dass die Fettmassen in keiner Weise abgekapselt sind, dass sie nie mit einer Bindegewebshülle, die von Gefässen übersponnen ist, bedeckt sind, sondern dass sie diffus verbreitet sind. Es ist dies ein wichtiger Unterschied von anderen Lipomen am Halse, der nicht nur in operativer Beziehung bemerkbar ist. Am Nacken würde dies, da hier das Fett normaler Weise fest in das von der Haut zu den Nackenmuskeln gehende straffe Bindegewebe eingebettet ist, nicht so auffallend sein, doch kommen bekanntlich auch am Nacken sehr häufig vollständig circumscripte Lipome vor. Aber an den Vorder- und den Seitentheilen des Halses sind sämmtliche sonst beschriebenen Lipome, auch die tiefst sitzenden, z. B. von der Gefässscheide ausgehenden, immer vollständig abgekapselt gewesen.

Bei in Zukunft vorzunehmenden Exstirpationen wird es sich (aus Gründen, die später besprochen werden sollen) empfehlen, auf die Structur der in den Lipomen eingebetteten oder in nächster Nachbarschaft liegenden Lymphdrüsen zu achten.

Die Haut über den Tumoren hatte nie ihre normale Structur verloren. Sie verdünnte sich nicht, wie dies so oft oberhalb der circumscribten und gestielten grösseren Lipome der Fall ist. Niemals, selbst nicht in den höchsten Graden des Leidens, war sie ulcerirt.

Die Fetthalsentwicklung hat fast regelmässig mit Entstehung von Fettklumpen, die oberhalb eines oder beider Processus mastoidei hinter den Ohren sich entwickelten, begonnen, resp. die Patienten haben hier die Abnormität ihres Halses zuerst bemerkt. Oft sind Jahre und Jahrzehnte verflossen, bevor an der symmetrischen Stelle des Halses die entsprechende Geschwulst entstand. In einem Falle Mac Cormac's (1) bestand 10 Jahre lang eine Geschwulst auf der linken Seite des Halses, dann erst begann auf der rechten Seite sich eine gleiche zu entwickeln. Nach 6 Jahren waren beide fast gleich gross. In einem Falle (Luecke-Laskarides, Fall 1) entstanden die ersten Fettanhäufungen in der Regio sublingualis und erst nach 2 Jahren die Nackengeschwülste.

Die Wachsthumsschnelligkeit ist eine ausserordentlich verschiedene in den einzelnen Fällen gewesen. Nach Beobachtungen von Marrant Baker (Fall 9), Haviland Hill, Bryk, Foucher war schon 9 Monate, 1 Jahr und 1½ Jahre nachdem die Patienten den Beginn bemerkt hatten, das Leiden vollständig und hochgradig entwickelt. Im Falle Clutton wollte der Patient erst seit 5 Wochen seine 4 grossen Nackengeschwülste beobachtet haben. Patient muss aber sich selbst sehr schlecht beobachtet haben, da er sich des Bestehens einer grossen Menge von anderen Lipomen, die über seinem Körper verbreitet waren, gar nicht bewusst war. In anderen Fällen blieben die Tumoren lange klein (Fall Luecke-Laskarides 1; nach 4jährigem Bestehen war die Unterkinngegend-Geschwulst Hühnereigross, die der Regio parotidea Wallaussgross). Oft waren die Tumoren sehr lange Zeit — 16 Jahre (Mac Cormac, Fall 1), 25 Jahre (Riedel), ja selbst 37 Jahre (Morris) — beobachtet, ohne dass namhafte Beschwerden eintraten. In einem Falle (Madelung 3) traten erst nach 25jährigem Bestehen schwere Athem- und Schluckbehinderungen ein.

Oft hat die Fettentwicklung Jahre hindurch nur langsam wachsend oder ganz unverändert bleibend bestanden und dann ver-

grösserten sich die Tumoren innerhalb weniger Monate rapid (Fall Sédillot, nach 7jährigem Bestehen in den letzten 6 Monaten rapidus Wachsthum). Häufig beobachteten die Patienten ein rasch sich folgendes An- und Abschwellen der sämtlichen Tumoren oder einzelner Theile, zugleich Aenderungen ihrer Consistenz. In einem Falle (4) konnte sich Baker-Bowlby durch eigene Untersuchung davon überzeugen, dass die Nackentumoren innerhalb einer Woche kleiner und weniger fest wurden. In einem Zweiten<sup>1)</sup> constatirte Baker persönlich, dass innerhalb von 2 Monaten (von Ende Januar bis April) die Tumoren sich beträchtlich verkleinerten, nur noch halb oder ein Drittel so gross waren als vorher. Hierauf (und zwar soll die Veränderung innerhalb weniger Tage vor sich gegangen sein) kehrten sie zur Grösse, die sie im Januar gehabt hatten, zurück. Dieser Wechsel ging vor sich, ohne dass gleichzeitig bemerkenswerthe Aenderung in der allgemeinen Gesundheit bestand. 2 Jahre nach der ersten Untersuchung, kurz vor dem Tode des Patienten an einer („obscure“) chronischen Lungenerkrankung waren die Tumoren fast vollständig verschwunden. Oefters wurden die Fettmassen plötzlich so weich, als wollten sie sich in Flüssigkeit umwandeln, um dann nach einiger Zeit wieder zu erstarren.

Fast unbeeinflusst blieben sie von intercurrenten, acuten und chronischen Krankheiten, ebenso von Nahrungsmangel (Fall Allchin). In dieser Beziehung unterschieden sie sich nicht von echten Lipomen. Albuminurie, Phthisis, Zungencarcinome verhielten sich in dieser Beziehung gleich machtlos. Küster erzählt, dass sein Patient in Folge übermässigen Alkoholenusses ganz unförmlich dick wurde. Später trat Magenkatarrh auf und in Folge davon Abnahme der Körperfülle. Die Lipome standen aber nur in ihrem Wachsthum still. Die einzige Ausnahme von dieser Regel bildete der oben erwähnte Fall von Morrant Baker; doch ist es, da schon vorher bei diesem Patienten rascher Wechsel in der Grösse der Tumoren beobachtet war, sehr zweifelhaft, ob die Lungenerkrankung und das mit dieser gleichzeitige Abschwellen der Tumoren in ursächliche Verbindung zu bringen sind.

Nie sind die Lipome vollständig verschwunden.

<sup>1)</sup> Path. Transactions, l. c.



Die überwiegende Mehrzahl der Kranken ist durch den Fetthals gar nicht belästigt worden. Selbst sehr grosse Ausbreitungen wurden von Patienten, die freilich alle den niederen Ständen angehörten, nicht einmal der Formentstellung wegen unangenehm empfunden. In einem Falle von Luecke-Laskarides (2), in dem, nach der Abbildung beurtheilt, das Leiden sich in einer Schwere entwickelt hatte, die diejenige des Bryk'schen Falles übertraf und wenig hinter der meines 3. Falles zurückblieb, bestanden keine nennenswerthen Beschwerden. Die Sprache blieb frei, die Zunge beweglich, die Athmung ungehindert, das Schlucken ebenfalls. Nur bei Bewegungen des Kopfes spürte der Patient in der Nackengegend mehr oder weniger starke Spannung.

Geringe und vorübergehende Beschwerden empfand ein Patient Marrant Baker's [es ist dies derselbe, bei dem (siehe S. 121) das merkwürdig rasche An- und Abschwellen beobachtet wurde). Aufgedunsenes und congestionirtes Gesicht, heisere Stimme, Klagen über Schwäche, Husten und Uebelsein Morgens, zeitweise Blutbeimischung im Sputum finden sich in der Krankengeschichte erwähnt. Genaue Untersuchung von Herz und Lungen zeigte keine Abnormität. Ebenso beklagte sich ein von mir beobachteter Patient (2) darüber, dass bei kaltem Wetter Schmerzen in den Tumoren aufträten und bei Erkältungen Athembeschwerden entstünden. Ein Patient von Baker und Bowlby (8) erzählte, dass seine seit 2 Jahren bestehenden Geschwülste seit einem Jahre sehr schmerzhaft geworden seien.

Die Beobachtungen von schweren, ja lebensbedrohenden Erscheinungen stehen ganz vereinzelt. Dem Patienten Bryk's verursachten die Halsgeschwülste Dysphagie, Athemnoth und in der letzten Zeit während des Schlafes Erstickungsanfälle. Noch hochgradiger waren anscheinend die sonst gleichartigen Beschwerden, welche mein Patient (3) empfand. Bei beiden Kranken war übrigens die Entwicklung des Fettes gerade in der Umgebung der Athem- und Schlundorgane gar nicht so massenhaft, wie es in einigen anderen Fällen gewesen ist. Bei Beiden aber handelte es sich um sehr rasch wachsende Geschwülste. Bei Bryk's Patienten war der Fetthals innerhalb eines Jahres entstanden; bei meinem Patienten bestand der Fetthals zwar bereits seit circa 20 Jahren, aber in den letzten Jahren fand ein rapides Wachs-

thum gerade der auf der Vorderseite des Halses gelegenen Fettmassen statt. Ein Blick auf den Unterschied zwischen den Abbildungen 3 und 4 (die letztgenannte wurde 2 Jahre nach der ersteren angefertigt) wird dies anschaulich machen. Als ich mich bei der Operation von dem Grade der Durchsetzung des ganzen Halses mit Fett überzeugte, konnte ich mich eigentlich nur darüber wundern, dass die Beschwerden nicht viel grösser waren, als sie mir geklagt wurden.

Die Diagnose des Leidens, auch in dem Anfangsstadium, hat nie Schwierigkeiten gemacht. Die Art der Entwicklung, die meist vollständige Gesundheit der betreffenden Patienten und die den gewöhnlichen Lipomen so ähnliche Consistenz sichert die Erkennung. Nur in dem ersten der zu seiner Beobachtung kommenden Fälle hat Marrant Baker das Leiden vorübergehend irrtümlich als Lymphdrüsenkrankung aufgefasst.

Von einer medicamentösen Behandlung des Fetthalses ist von vorne herein wenig oder nichts zu erwarten. Doch mag eine Beobachtung von Brodie, der, wie oben erwähnt wurde, zuerst auf die Eigenthümlichkeit dieser Krankheitsform aufmerksam machte, vom günstigen Effect langen Gebrauches von Liquor Potassae erwähnt werden. Marrant Baker und Bowlby, die in einigen Fällen (Fall 1 u. 5) Liquor Potassae Monate lang gaben, sahen davon keinen Nutzen. Eben dieselben erprobten die Nutzlosigkeit des innerlich gegebenen Quecksilbers. In ein oder zwei Fällen schien ihnen Arsen und Eisen einigen Nutzen zu gewähren.

Nicht mit Unrecht galt es früher als Regel, diffuse Lipome nur wenn äusserste Dringlichkeit vorhanden war operativ anzufassen. Man sah früher ja nur allzu häufig nach den so leicht und rasch auszuführenden Exstirpationen von circumscribten Lipomen accidentelle Wundkrankheiten, im Besonderen Erysipele entstehen. Noch 1859 erzählte O. Weber, dass er niemals nach Wegnahme eines Lipoms Heilung per primam intentionem gesehen. Wichtiger war und ist noch heute als Gegenindication operativen Einschreitens, dass man bei allen diffusen Lipomen, die am Rumpfe und Halse oder in der Nachbarschaft dieser Theile (z. B. in der Adductorengegend des Oberschenkels) gelegen sind, trotz genauester vorausgeschickter Untersuchung wohl weiss, wie man die Operation anfangen, aber nicht, wie und wann man sie beenden kann.

Dies gilt auch von den Operationen, die bei Fetthals unternommen werden. So lange das Leiden geringe Grade erreicht hat, Beschwerden der Athmung fehlen und die Entstellung der Halsform verdeckt werden kann, werden von den Patienten Operationen nicht verlangt. Ist das Leiden hochgradig geworden, der Hals erst ringförmig umschlossen, so werden die Operationen, denn nur von einer ganzen Reihe solcher, die sich in längeren Zwischenräumen folgen müssen, wird die Rede sein können, sehr eingreifend. Bis jetzt hat kein derartiger Patient die Consequenz gehabt die gesammten Tumorenmassen operativ entfernen zu lassen.

Partielle Exstirpationen wurden mehrfach gemacht. Meist betrafen dieselben die im Nacken entwickelten Fettmassen.

Die erste Operation wegen Fetthals hat Cock (Fall Morris) gemacht. Von fünf im Nacken gelegenen Lipomen exstirpirte er zwei. Theilweise Exstirpationen machten weiter in je einem Falle Sédillot, Croft, Hutchinson, Mac Cormac, Bardeleben, Küster, von Bergmann, Madelung.

Eine sehr ausgiebige Exstirpation von Geschwulsttheilen machte Luecke bei einem Patienten, dessen Abbildung Laskarides gegeben hat. In 2 Sitzungen wurden von dem Halskrausenförmigen Lipom die seitlichen und die im Nacken gelegenen Theile exstirpirt. Es soll in Aussicht genommen gewesen sein, in einer 3. Sitzung die unter dem Kinn befindlichen Fettmassen zu entfernen.

Bei partieller Exstirpation, welche die am Nacken und seitlich am Halse gelegenen Geschwulsttheile betrafen, sind grosse technische Schwierigkeiten nie vorhanden gewesen, immerhin jedoch bedeutendere, als bei Ausschälung selbst grosser circumscripter Lipome derselben Gegenden zu entstehen pflegen. Für die Operateure war das einzige Fragliche nur, wie weit bei den einzelnen Operationsacten mit Herausnahme des Fettes vorzugehen sei. Meist ist die Durchführung der Operation durch die Befürchtung, die Wunde werde allzu gross werden, gehindert worden.

Beträchtliche Schwierigkeiten bot hingegen die Beseitigung der in der Unterkinn- und vorderen Halsgegend gelegenen Fettmassen in den 2 Fällen, in denen diese von Bryk und von mir unternommen wurde. Freilich war beide Male das Leiden besonders hochgradig entwickelt und hatten Athemnoth und Erstickungsanfälle bestanden. Letztere traten bei meiner Operation



auch während der Narkose mehrmals in beängstigender Weise auf. Ich habe ziemlich grosse Erfahrung in der Exstirpation von Halstumoren; ich muss aber gestehen, dass ich kaum je grössere Schwierigkeiten betreffend die so nöthige Orientirung über die Lage der grossen Gefässe und Nerven angetroffen habe, als bei dieser Operation. Nach der Exstirpation glich die Wunde durchaus einem nicht sehr sauber gearbeiteten anatomischen Präparate, in dem Muskeln, Gefässe und Nerven als völlig freigelegte Stränge dalagen. Dass ich bis zur vollständigen Entblössung von Kehlkopf und Trachea vorgehen musste, habe ich in der betreffenden Krankengeschichte geschildert. Dass bei derartigen Operationen zahlreiche Gefässunterbindungen nothwendig werden, ist selbstverständlich (Mac Cormac).

Der Heilungsverlauf der meist sehr grossen und unregelmässig geformten Wunden ist in sämmtlichen Fällen, mit Ausnahme des von Bryk mitgetheilten, ein glatter, reactionsloser gewesen. Auch haben die zurückgelassenen Fettmassen in den meisten Fällen die „Heilung ohne Eiterung“ nicht gehindert. Oefsters kam sogar eine wahre Prima intentio zwischen den Fettschichtdurchschnitten und der abgetrennten Haut zu Stande.

Die a priori zu befürchtende Nekrose der von ihrer Unterlage abpräparirten Nackenhaut ist nur bei dem Bryk'schen Patienten eingetreten. Es war in diesem Falle (im Jahre 1873) der Verband mit Carbonsäurepasta beschafft. Diese musste wegen eines um die Wunde herum entstehenden und sich schnell auf die Hals- und vordere Thoraxgegend ausbreitenden Eczems schon nach einigen Tagen weggelassen werden. Es wurde zum Charpieverbande übergegangen. Hierauf starb der Nackenhautlappen ab. Patient fieberte (18 Tage lang sehr hoch) 38 Tage lang. Die Wundheilung war erst in der 8. Woche nach der Operation vollendet. Gefahrdrohende Schlingbeschwerden, die die Ernährung des Kranken mit Schlundsonde eine Woche lang erheischten, traten auf. Bedenkliche Athemnoth bestand 4 Tage. 4 Wochen lang bestand Laryngobronchitis. Allerdings schrumpfte in Folge der Eiterung ein grosser Theil der bei der Operation nicht berührten Lipomtheile ein.

Die Dringlichkeit der Anwendung strenger Antisepsis, zu welcher ich die Anwendung einer sehr ausgiebigen Drainagirung hinzuzufügen anrathen möchte, wird durch den Ver-

lauf des Bryk'schen Operationsfalles im Gegensatze zu anderen unbestritten sein.

Von hohem Interesse ist es, dass in allen operirten Fällen, trotzdem dass nur partielle Exstirpationen gemacht wurden, Recidive von Lipom an den Stellen, wo operirt worden ist, ausgeblieben sind. Während die übrigen Geschwulsttheile weiterwuchsen, blieben die Gegenden, wo operirt worden war, von Fett frei. In dem von Morris mitgetheilten Falle hatte Cook 20 Jahre vorher zwei der kleineren Nackengeschwülste entfernt. Dieselben bildeten sich nicht wieder. Die anderen Geschwülste wuchsen fort, die der Unterkinngegend erreichten enorme Grösse. Küster beobachtete einen Fall von diffusum Lipom im Nacken und an den Schultern 7—8 Jahre lang. Einige der Knollen waren entfernt worden. Die Narben blieben recidivfrei. Auch ich habe in meinem 3. Falle nunmehr seit  $1\frac{1}{2}$  Jahren dieses Freibleiben der operirten Theile constatirt.

Diese Thatsache ist gewiss sehr wichtig, und wird uns bestimmen können, in Zukunft auch ausgedehntere Operationen zu wagen, vor Allem dann, wenn Athemstörungen beginnen.

Man kann das merkwürdige Krankheitsbild, welches der Fetthals darbietet, nicht betrachten, ohne der Frage nach seinen Ursachen nachzusinnen. Nur Weniges und leider nur Negatives lässt sich feststellen. Manche Hypothese liegt nahe. Bestimmt lässt sich sagen, dass das Leiden sich nicht aus angeborenen Lipomen entwickelt. Dies ist besonders hervorzuheben, da ein beträchtlicher Theil der diffusen Lipome auf angeborenen Ursachen beruht, so z. B. die mit Riesenwuchs der Extremitäten verbundenen, im Besonderen aber deshalb, weil gerade am Halse tief-sitzende, intrauterin entstandene Lipome mehrfach beobachtet worden sind, aus welchen aber niemals dem Fetthalse ähnliche Monstrositäten hervorgingen.

Thomas Blizard Curling<sup>1)</sup> sah bei einem weiblichen, 10jährigen Cretin Lipome, die annähernd symmetrisch an den Aussenseiten des Halses, ausserhalb von dem Musculus sternocleidomastoideus gelagert waren und, wie sich bei der Section zeigte, nach abwärts hinter die Clavicula sich senkten, die Achseln ausfüllten, über die Infraspinalmuskeln und den untersten Winkel der Scapula hinzogen und nicht eingekapselt waren. Lipome von ganz ähn-

<sup>1)</sup> Medico-Chirurgical Transactions. Vol. XXXIII. p. 303. 1850.

licher Art und gleicher Lagerung sah er weiter bei einem 6monatlichen Kinde, welches gleichfalls an Idiotismus zu leiden schien.

Ebenso beschrieb in seiner auf von Langenbeck's Anregung entstandenen Dissertation Carl Vogt<sup>1)</sup> ein Lipom, welches von der Venenscheide der Vena jugularis communis ausging. Sein Bestehen wurde schon bei der Geburt constatirt und erreichte, bis der Knabe  $\frac{3}{4}$  Jahre alt war, sehr bedeutende Grösse. — Ferner ein Lipom der Nackengegend bei einem 12jährigen Knaben; derselbe wurde bereits mit einer kleinen Geschwulst ebendasselbst geboren, welche sich unter den Cervicalmuskeln entwickelte und von dem Periost des 3. Halswirbels seinen Ausgang nahm.

Da der Fetthals fast ausschliesslich bei gesunden Menschen als ein örtlich beschränktes Leiden auftritt, liegt es nahe, seinen Ursachen in localen Erkrankungsverhältnissen nachzuspüren. Ich glaubte eine Zeit die Lösung des Räthsel's suchen zu dürfen in einer Erkrankung der Schilddrüse, in Fehlern ihrer Function oder gar etwa vollständigem Ausfallen derselben. Dass Erkrankungen dieses Organes, vor Allem der künstlich (operativ) erzeugte Defect, sehr bedeutende Ernährungsstörungen am Gesicht, am Schädelinhalt, aber auch betreffend die Gesamtconstitution bedingt, ist uns ja in der Neuzeit durch überraschende Beobachtungen klar geworden. Vielleicht, dachte ich, ist der Fetthals eine dem Myxödem nahestehende Erkrankung. Thomas Blizard Curling (l. c.) hatte in 2 Fällen von angeborenem tiefliegenden Halslipom bei Idioten constatirt (merkwürdiger Weise hat diese 1849 gemachte Beobachtung, die gerade jetzt so interessant ist, bisher besondere Beachtung nicht gefunden), dass die Schilddrüse vollständig fehlte. Beide Patienten waren zur Section gekommen und die Schilddrüse auf's Sorgfältigste gesucht worden. Curling erklärte es damals für sehr wahrscheinlich, dass die abnorme Fettbildung abhängig wäre von dem Ausfall der Function der Schilddrüse. Mir war, noch ehe ich die Curling'sche Beobachtung kannte, aufgefallen, dass bei dem von mir operirten Patienten (3), trotz weiter Freilegung aller Gebilde an der Vorderseite des Halses, Schilddrüsengewebe nicht aufzufinden gewesen war. Aber ich nehme jetzt doch Abstand, auf diesen einzelstehenden, vielleicht zufälligen Befund grosses Gewicht zu legen. Bryk erwähnt in seiner Operationsbeschreibung, dass unter anderen Halsorganen auch das

<sup>1)</sup> Einige seltene congenitale Lipome. Inaug.-Dissert. Berlin 1876. S. 22.



rechte Horn der Schilddrüse freigelegt wurde und spricht von keiner besonderen beobachteten Veränderung desselben. Mehr noch brachte mich ab, an meiner Hypothese festzuhalten, dass ich im Verlaufe dieser Arbeit feststellen konnte, dass das Leiden nur bei Männern auftritt (die nicht häufiger als die Frauen den Schilddrüsenerkrankungen unterworfen sind), dass in verschiedenen Ländern, wo Schilddrüsenerkrankungen fast vollständig fehlen (wie z. B. in Mecklenburg), Fetthälse gesehen wurden, endlich, dass bisher nie nach totalen Schilddrüsenexstirpationen hochgradige Fettentwicklung am Halse beobachtet wurde.

Der Vollständigkeit wegen will ich übrigens erwähnen, dass Hutchinson, ausgehend von der Thatsache, dass bei der Basedow'schen (Graves'schen) Krankheit die Proptosis in manchen Fällen von Fetthypertrophie in der Orbita abhängig zu sein scheint, die Hypothese ausspricht, diese Krankheit und der Fetthals möchten möglicher Weise Glieder von derselben family-groupe sein.

Baker und Bowlby ist es aufgefallen, dass diffuse Lipome sich besonders in den Körpergegenden entwickeln, wo Lymphdrüsen liegen. Sie sind geneigt, die Entstehung der Lipome mit den Erkrankungen dieser in ursächlichem Zusammenhang zu denken. Sie sind aber nicht in der Lage gewesen, sich von besonderen Erkrankungen der betreffenden Lymphdrüsengruppen zu überzeugen. Virchow<sup>1)</sup> hat auf Fettentwicklung in den Lymphdrüsen (meist den inneren) aufmerksam gemacht, bei welcher, ähnlich dem Zustande der Polysarcie, ein Zustand entsteht, „wo mit einer Adenitis lymphatica, welche Anfangs eine Vergrößerung, später eine Schrumpfung der Drüse mit sich bringt, eine Fettmasse sich ausbildet, die oft reichlicher und grösser wird, als die durch die Schrumpfung verkleinerte Drüse vor ihrer Schrumpfung war“. Für den Fetthals ist es ganz richtig, dass die Lipomgruppen gerade den Oertlichkeiten, wo Lymphdrüsen-Conglomerate sich finden, entsprechen. Wie aber sind die diffusen Lipome an den Schulterblättern, am Rücken, neben der Wirbelsäule, die in einem so grossen Procenttheil unserer Fälle vorkamen, zu erklären?

So sieht man sich doch genöthigt, Aenderungen der Gesamtconstitution oder Systemerkrankungen zur Aufklärung der Ursachen

<sup>1)</sup> Krankhafte Geschwülste. I. S. 379.

des Fetthalses zu Hülfe zu ziehen. — Dass der Fetthals nicht als Theilerscheinung allgemeiner Obesitas aufzufassen ist, habe ich schon vorher besprochen. Aber auch als partielle Obesitas darf er nicht bezeichnet werden. Gewiss kommen auch bei allgemeiner Fettleibigkeit unförmlich geschwollene Häse vor. Dicke Quersalten der Nackenhaut wölben sich hervor; das Doppelkinn ist der gewöhnliche Schmuck der Fettleibigen. Aber niemals wurde der fette Hals eines selbst an hochgradigster allgemeiner Obesitas Leidenden der als Fetthals beschriebenen Abnormität in seiner äusseren Form, in seinem inneren Bau auch nur annähernd ähnlich.

So lange man dem symmetrischen Vorkommen der multiplen Lipome Aufmerksamkeit geschenkt hat, so lange hat man auch in der Vermuthung sich ergangen, dass bei ihrer Entstehung Störungen der nervösen Centralorgane im Spiele wären. Es liegt gewiss nahe, an neurotrophische Einflüsse zu denken.

Dass örtlich beschränkte Neurosen und circumscribed Lipome auf dieselbe Ursache hin entstehen und gegenseitig von einander abhängig sind, möchte feststehen. Ich verfüge über zwei Beobachtungen, betreffend das gleichzeitige Entstehen von Lipomen an der Ansatzstelle des Musculus deltoideus und nervösen Störungen (Neuralgie und Tremor) im Arme nach einmaliger starker, die Aussenseite des Armes treffender Contusion. Ein Fall wurde durch Exstirpation des Lipoms geheilt, ein anderer wesentlich gebessert. Ebenso sah ich multiple Lipome verbunden mit neurotrophischen Störungen der Haut bei einem 26jährigen Mädchen an 2 Fingern entwickelt, nachdem diese eine starke Quetschung im 4. Lebensjahre erlitten hatten. Von ähnlichen Beobachtungen wussten in der Sitzung der Naturforscher-Versammlung, als ich diese Theorie zur Sprache brachte, Israel und Baumgärtner zu berichten. Aber für die Entstehung des Fetthalses ist die Annahme einer Erkrankung des Nervensystems doch bisher eine ganz in der Luft schwebende. Nur bei einem der Patienten, von denen ich Notizen sammelte, bestand eine schwere Erkrankung des Central-Nervensystems — Tabes dorsualis. Und auch dieser Patient gab bestimmt an, dass die Fettbildung lange Jahre bevor die Gehstörung bemerkbar wurde aufgetreten sei. Die Beobachtung von Buchterkirch und Bumke<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Berliner klin. Wochenschrift. 1887. No. 34. S. 634.

v. Langenbeck, Arch. f. Chirurgie. XXXVII. 1.

wo 8 Tage, nachdem der Patient eine Contusion der Wirbelsäule erlitten, multiple Lipome sich unter der Rücken- und Bauchhaut zu entwickeln begannen und innerhalb von 6 Monaten zu beträchtlicher Grösse gediehen, möchte bisher als Unicum dastehen. Ganz unmöglich erscheint es doch auch nicht, dass die Geschwülste schon bevor Patient den Fall erlitt bestanden und erst bei den sorgfältigen, zur Controle der Wirbelsäulenverletzung angestellten Untersuchungen aufgefunden wurden.

Einzig und allein die oben besprochene Thatsache, dass der ganze Fetthals oder einzelne Theile desselben öfters in rasch sich folgender Weise an- und abschwollen, ihre Grösse und Consistenz ändern, möchte als ein Zeichen vasomotorischer Irregularität anzuführen sein.

Wie ich früher sprach, waren eine beträchtliche Anzahl der Patienten mit Fetthals Alcoholisten. Aber bei keinem derselben hat die chronische Alcoholintoxication irgend welche Symptome chronischer Gehirn- und Rückenmarkserkrankung hervorgebracht. Es möchte doch unverständlich sein, wie Alcoholismus, ohne eine Störung im Centralnervensystem zu erzeugen, zur Lipombildung an einzelnen bestimmten Regionen der Körperoberfläche führen kann, mindestens in den Fällen (und hierzu gehören unsere), wo der Alcoholmissbrauch nicht zuerst allgemeine Obesitas erzeugte. Uebrigens hat Einschränkung im Alcoholgenuss, den mehrere der Patienten eintreten liessen, directen Einfluss auf Aenderung des Wachsthums nicht gehabt, so weit die mir zugänglichen Krankengeschichten zeigen. Ich erwähne dies gegenüber einer entgegengesetzten Bemerkung Hutchinson's.