

Fig. 2. Vergrößerter Querdurchschnitt eines 7 Millimeter langen, 4 Millimeter breiten Polypen, welcher in verdünnter Essigsäure kurze Zeit gekocht, dann getrocknet worden ist. An dem sehr dünnen mit dem Rasirmesser hergestellten, mit Wasser aufgeweichten Scheibchen, bemerkt man eine Grundsubstanz, welche besonders gegen die Mitte hin ein mächtiges Lager a bildet, welches bei stärkerer Vergrößerung hauptsächlich aus einer dichten Anhäufung kernhaltiger, zum Theil mit mehreren Kernen versehener Zellen sich zusammengesetzt erwies. In ihr sind zahlreiche, vergrößerte Dickdarmdrüsen eingebettet, welche durch den Schnitt theils in der Richtung ihrer Längsaxe bis zur Ausmündung an der Oberfläche getroffen (b b), theils quer (c) und schief (d) durchsetzt sind. Von grösseren Blutgefässen kommt eine Anzahl von Lichtungen (e e e) zum Vorschein.

VIII.

Stricture des Oesophagus, durch eine cancroide Narbe bedingt, mit consecutiver Pneumonie.

Von Dr. E. Neumann, Privatdocent in Königsberg.

Am 11. Mai d. J. wurde die unverehelichte Helene Pavel, Magd aus Schönwalde, in die medicinische Klinik aufgenommen. Dieselbe gab an, in früherer Zeit stets gesund und kräftig gewesen zu sein, sie hatte ein Mal normal geboren, die Menses waren vor und nach der Entbindung stets regelmässig und zwar ziemlich reichlich gewesen. Die ersten Symptome ihrer jetzigen Krankheit sollen sich vor 1—2 Jahren in epigastrischen Schmerzen kundgegeben haben, scheinen von ihr aber wenig beachtet zu sein, bis dieselben im Herbst vorigen Jahres, angeblich nach dem Genusse einer rohen Bruke auf dem Felde, dringender wurden. Sehr bald darauf stellte sich auch zeitweilig Erbrechen nach der Einführung von Speisen ein. Das Erbrechen wurde immer häufiger und folgte zuletzt fast regelmässig dem Genusse beliebiger Speisen unmittelbar nach. Nur dann und wann kamen Perioden von mehreren Tagen, wo Patientin das Genossene bei sich behielt. Der Stuhl

war anhaltend träge, die Menses cessirten vor Weihnachten. Die Kräfte hielten sich bis Ostern so, dass sie die gewohnte Arbeit, wenn auch mit Mühe, verrichten konnte, seitdem wurde sie aber anhaltender Schwäche halber bettlägerig.

Bei ihrer Aufnahme in die Klinik zeigte sie sich im äussersten Grade abgezehrt, das Skelett schien fast nur von der erdfahlen, atrophischen Haut bedeckt zu werden, die Wirbelsäule trat der untersuchenden Hand unter den concav eingesunkenen Bauchdecken unmittelbar entgegen, und man konnte die ganze Aorta abdominalis mit Leichtigkeit pulsiren fühlen. Die Haut war von normaler Temperatur, Puls klein und etwas beschleunigt. Patientin klagte über einen fixen Schmerz unter dem Proc. xiphoideus, woselbst ihr auch ausserer Druck etwas schmerzhaft war; irgend ein Tumor liess sich jedoch nicht fühlen. Feste sowohl als flüssige Stoffe wurden nach Verlauf von kaum einer Minute, auch wenn nur ganz geringe Quantitäten eingeführt wurden, mit einiger Gewalt ziemlich unverändert regurgitirt. Eine eingeführte Schlundsonde stiess in der Gegend der Cardia auf einen Widerstand. Wegen der schon sehr weit vorgeschrittenen Entkräftung der Patientin und des offenbar sehr hochgradigen organischen Hindernisses, das in der Gegend der Cardia angenommen werden musste, konnte an eine systematische Behandlung mit Bougies nicht mehr gedacht werden und Patientin wurde deshalb sich selbst überlassen. Während der kurzen Zeit von 11 Tagen, während welcher Patientin bis zu ihrem Tode in der Klinik zubrachte, trat nur einmal anscheinend eine kurze spontane Besserung in ihrem Zustand ein, indem das Erbrechen plötzlich aufhörte und die genossenen Speisen im Körper blieben, bis sich ebenso plötzlich das alte Uebel wieder einstellte. Auffallend war ferner ein mit nur geringem Husten herausbeförderter, schmutzig eitriger, ziemlich reichlicher Auswurf, der die ganze Zeit über bestand. Die Art der Expectoration schien darauf hinzudeuten, dass derselbe seine Quelle im Pharynx habe; eine physikalische Untersuchung der Respirationsorgane vorzunehmen, schien daher keine Veranlassung zu sein. Der Stuhl wurde durch Klystiere erzwungen, der Urin war stets sehr sparsam und setzte ein reichliches Sediment von Uraten ab. Fiebererscheinungen

wurden zu keiner Zeit beobachtet. Der Tod erfolgte in der äussersten Erschöpfung und schien dadurch allein bedingt, eine kurze Agonie ging ihm voran.

Sectionsbefund. Panniculus adiposus, sowie das Fett aus den inneren Organen fast vollständig verschwunden, die dünnen straffen Bauchdecken liegen der Lendenwirbelsäule unmittelbar auf, indem durch dieselben das Colon transversum mit dem grossen Netz aufwärts in das Epigastrium, die Dünndärme theils seitlich neben die Wirbelsäule, theils abwärts in das Becken gedrängt sind.

Was nun zunächst den eigentlichen Krankheitsheerd betrifft, so zeigte sich der Oesophagus, nachdem er in seiner ganzen Ausdehnung blossgelegt war, dicht neben der Cardia in einer Strecke von $1\frac{1}{2}$ " in einen sich hart und knotig anfühlenden, mit den Nachbartheilen nur wenig verwachsenen Strang von etwas verringertem Umfange verwandelt. Oberhalb dieser Stelle ist er bis zum Pharynx hin gleichmässig cylindrisch erweitert, mit reichlichen Speiseresten erfüllt, die Wand verdickt in Folge einer hypertrophischen Entwicklung der Muscularis, die Schleimhaut normal. An der erwähnten schon nach aussen auffälligen Stelle dagegen ist das Lumen so verengt, dass nur ein mässig starker Katheter durchgezwängt werden kann und zwar beginnt die Stenose $\frac{1}{2}$ " über der Cardia, ist hier am stärksten und erweitert sich nach oben allmählig trichterförmig. Die Wand des Oesophagus wird hier durch ein festes, weisses, anscheinend rein fibröses Gewebe gebildet, das an der engsten Stelle eine Mächtigkeit von 3''' erreicht und abwärts sowohl als aufwärts allmählig in die Muskelschicht übergeht. Die Schleimhaut fehlt an dieser ganzen degenerirten Strecke und man sieht an ihrer Stelle innen eine geglättete, schmutzig weisse, mit flachen grubigen Vertiefungen und kleinen leistenförmigen Hervorragungen versehene Narbenfläche. Nach unten zu sind die kleinen Vertiefungen in Form schmaler Spältchen so zahlreich, dass dadurch ein siebförmig durchbrochenes Aussehen der Innenfläche entsteht. Dieser Schleimhautdefect grenzt sich unten $\frac{1}{2}$ " über der Cardia ziemlich regelmässig kreisförmig ab, erstreckt sich in der Länge von 1" über die ganze Circumferenz des Rohres aufwärts und zieht sich dann noch etwa 1" an der hintern Wand in die Höhe,

die Ränder sind überall scharf umschrieben, aber glatt und flach, Ueber der Cardia ist die noch restirende Schleimhaut in Folge der oberhalb stattfindenden Einschnürung in mehrere longitudinale blasse, härtliche Wülste zusammengeschoben, deren Oberfläche ein zart villöses Aussehen hat; auf Durchschnitten sieht man hier bis zur Cardia abwärts eine trockene, derbe, weisse Infiltration des submucösen Gewebes. Etwas unterhalb der obern Schleimhautgrenze führt eine kaum stecknadelkopfgrosse Oeffnung von der beschriebenen narbigen Innenfläche unmittelbar in eine haselnussgrösse, innerhalb der degenerirten Wand des Oesophagus an ihrem hintern Umfang gelegene Abscessshöhle, durch welche die äusseren Schichten der hintern Wand beutelförmig vorgetrieben sind. Sie hat einen dickeitrigen Inhalt und glatte sinuöse Wandungen.

Von den Nachbarorganen zeigt nur der rechte N. vagus eine nähere Beziehung zur Entartung, er tritt hinten 2" über der Cardia stark abgeplattet an die degenerirte Stelle des Oesophagus heran, verwächst mit derselben untrennbar auf eine Strecke von 1½" und tritt dann, ebenfalls anfänglich platt erscheinend, heraus, in seinem weitem Verlaufe zwar wieder rund werdend, aber bis auf 1" abwärts noch auffällig dicker als oberhalb der Verwachungsstelle.

Ein überraschender Befund bot sich in den Respirationsorganen dar: In Larynx und Trachea war die Schleimhaut ziemlich stark injicirt, hellroth, mit zähem Schleim bedeckt.

Linke Lunge durchweg lufthaltig, etwas emphysematös aufgebläht; die hintern Abschnitte entleeren viel Blut und schaumiges Serum. Die Bronchien zeigen überall eine entzündlich geröthete, mit eitrigem Sekret bedeckte Schleimhaut. Rechte Lunge am hintern Umfange und der Basis mit weichen fibrinösen Gerinnungen bedeckt, die Pleura daselbst injicirt und ohne Glanz. Der ganze untere Lappen, sowie der obere und mittlere in der Nähe des Hilus sind hepatisirt, auf Durchschnitten hat das infiltrirte Lungengewebe zum grössten Theil eine dunkelrothe Farbe, eine derbe körnige Beschaffenheit, doch sieht man zahlreiche scharf umschriebene, auf kleinere oder grössere Lobuli beschränkte entfärbte Abschnitte von eitrig-gelber Farbe und etwas geringerer Consistenz eingesprengt, so dass dadurch ein buntfleckiges Aussehen entsteht; am zahl-

reichsten und bis baselnussgross sind diese Stellen an der Lungenbasis und nach hinten zu, sie fehlen im obern Theile der Hepatisation. Inmitten derselben erblickt man öfters den Durchschnitt eines kleinen Bronchialastes, aus dem ein Tröpfchen etwas missfarbigen, grünlich-gelben Eiters hervorquillt. Auch die grössern Bronchien sind stark entzündet, ihre Schleimhaut dunkelroth gefärbt, mit reichlichem Eiter bedeckt.

Das Herz enthält rechts viel Blut mit starker, fester Fibrinabscheidung; an den Klappen und grossen Gefässstämmen nichts Abnormes.

Unterleibsorgane. Magen collabirt, enthält etwas gallige Flüssigkeit, die Schleimhaut ist stark gefaltet, hat ein mamelonirtes, schmutzig-bräunliches Aussehen. An der kleinen Curvatur in der Nähe der Cardia eine erbsengrosse, harte Lymphdrüse, die auf Durchschnitten weiss und trocken erscheint. Därme leer, ihre Wände sehr dünn, geringe gallig-schleimige Contenta enthaltend; im Dickdarm feste Scybala. Leber mit etwas verdickter Kapsel, Consistenz derb, auf Durchschnitten dunkelkirschrothe Farbe, sehr angefüllte Lebervenen. Milz gross, derb und sehr blutreich. Nieren gleichfalls durch eine gleichmässig dunkelrothe Färbung der Mark- und Rindensubstanz ausgezeichnet. In Uterus und Ovarien nichts Abnormes.

Dieser Fall dürfte sowohl in anatomischer als klinischer Hinsicht von Interesse sein. Das anatomische Interesse knüpft sich an die pathologische Veränderung, die zu der Stricture des Oesophagus geführt, das klinische an die Pneumonie, die sich zuletzt ganz latent entwickelt und offenbar den Tod beschleunigt hat.

Was nun den ersten Punkt betrifft, so lässt die gegebene Beschreibung wohl keinen Zweifel, dass es sich hier um eine sogenannte Narbenstenose handelte. Das feste, anscheinend rein fibröse Gewebe, das an die Stelle der Oesophagus-Wandung getreten war und inwendig anstatt eines Schleimhautüberzuges eine vertiefte, geglättete, wenn auch etwas sinuöse Oberfläche darbot, die Schrumpfung des Oesophagus an dieser Stelle, sowie sein Verhalten zum

Vagus sind, selbst ohne mikroskopische Untersuchung, beweisend genug. Nur an der Stelle, wo der Abscess sich befand, schien die Vernarbung durch die ungenügende Ausflussöffnung für den Eiter verhindert gewesen zu sein, doch boten selbst die Wandungen dieser Abscesshöhle, wie erwähnt, das Bild eines abgelauften Eiterungsprocesses dar. Schien nun so der Process sich einfach zu erklären, so boten sich doch trotzdem einige Momente der makroskopischen Anschauung dar, welche Zweifel erregen mussten; allerdings waren dieselben so wenig markirt, dass erst nach Vornahme der mikroskopischen Untersuchung die Aufmerksamkeit auf ihre Bedeutung gelenkt wurde. Ich rechne hieher das auffällig rein weisse und opake Aussehen des Narbengewebes, ferner die weisse, trockne Infiltration des submucösen Gewebes unterhalb der Stenose bei Erhaltung der Schleimhaut und Muscularis und die gleichbeschaffene Infiltration einer Lymphdrüse an der Cardia.

Das Resultat der mikroskopischen Untersuchung war folgendes: die Wand des Oesophagus an der degenerirten Stelle wird der Hauptmasse nach durch ein mit den gewöhnlichen spindelförmigen Elementen versehenes, fibrilläres Bindegewebe gebildet, in welchem sich meistens zusammenhängende Züge organischer Muskelfasern erhalten haben und welches an der Oberfläche durch ein Plattenepithel bedeckt wird. In dasselbe eingebettet, finden sich überall schmale, längliche Gruppen von Zellen, die gleichfalls als Plattenepithelialzellen deutlich characterisirt sind; dieselben erscheinen in einfacher oder doppelter Schicht linear eng aneinandergereiht und bedingen dadurch die langgestreckte Form der Gruppen. Im Allgemeinen bilden sie einen relativ sehr untergeordneten Bestandtheil des Gewebes gegenüber dem Stroma, in welches sie eingebettet sind. Ihre Entstehung aus dem letztern lässt sich an vielen Stellen leicht verfolgen, man sieht nämlich alle Uebergänge von den schmalen unscheinbaren spindelförmigen Elementen desselben zu breiten Zellen, die zahlreiche Kerne in sich entwickelt haben und aus denen durch successive Abschnürung und Umbildung der Kerne zu vollständigen Epithelzellen jene Zellenreihen hervorgehen. Namentlich in den oberflächlichen Schichten hat die Kernwucherung einen hohen Grad erreicht, so dass hier das Ge-

webe mit dichten Lagern von Kernen infiltrirt erscheint. Ebenso zeigte sich ferner die Infiltration des submucösen Gewebes unterhalb der Stricture, sowie die Entartung der Lymphdrüse an der Cardia durch eine Entwicklung von Epithelzellen bedingt; auf der villösen Oberfläche der Schleimhaut neben jener submucösen Neubildung wies das Mikroskop papilläre Wucherungen nach Art der Zotten des Dünndarms, die von einem Plattenepithel bedeckt wurden, nach, wie auch hie und da dergleichen auf der narbigen Oberfläche der stenosirten Stelle sich gebildet hatten.

Demnach liegt in unserm Falle eine beginnende cancroide Entartung einer Oesophagusnarbe vor, jene langgestreckten schmalen Zellengruppen sind als Cancroidalveolen, das sie einschliessende, aus Binde- und organischem Muskelgewebe gebildete Substrat derselben als das Stroma des Cancroides aufzufassen. Abweichend von dem gewöhnlichen Verhalten des Plattenepithelialkrebses und den Anschein eines einfachen neugebildeten Narbengewebes veranlassend, erschien nur das Missverhältniss zwischen den sehr kleinen und spärlichen Alveolen und dem sehr überwiegenden Stroma, daher die ganz trockne derbe Beschaffenheit der Masse, von der sich nur Spuren eines schwach getrübbten, vereinzelte Epithelien enthaltenden Saftes abstreichen liessen.

Dieser Fall findet also eine Analogie an den Beobachtungen, wo man in Hautnarben eine Entwicklung von Epithelialkrebs beobachtete. Ueber eine derartige Erkrankung des Oesophagus selbst habe ich keine Angabe in der Literatur auffinden können, obgleich eine primäre Bildung von Cancroid im Oesophagus nicht zu den Seltenheiten zu gehören scheint.

Noch muss ich einer Auffassung des Processes begegnen, die man der meinigen gegenüberstellen könnte. Rokitsansky (Lehrb. d. pathol. Anat. 3te Aufl. p. 278) sagt: „Nicht selten wird der Epithelialkrebs mehr oder weniger vollständig durch die Jauchung destruiert und mit Hinterlassung sehniger, constringirender Narben mehr oder weniger gründlich geheilt, es gehören hieher nebst derlei öfters im Rachen vorkommenden Vernarbungen auch manche seltenere Narbenstricturen im Pharynx und Oesophagus“. Hienach könnte man also annehmen, dass es sich vielleicht auch in unserm

Falle nicht um eine cancroide Narbe, sondern um ein vernarbtes Cancroid handle. Abgesehen von der Möglichkeit eines solchen Vorganges im Allgemeinen, wofür mir zuverlässige Detailangaben unbekannt sind, ist derselbe hier ohne Weiteres aus dem Grunde zurückzuweisen, weil wir in unserm Falle die Entwicklungsstadien, keineswegs aber regressive Zustände des Cancroides fanden, wie sie nach obiger Annahme zu erwarten wären.

Von Interesse war ferner die Veränderung, die sich im Vagus unterhalb der Verwachsungsstelle ausgebildet hatte. Es zeigten sich hier die Primitivfaserbündel durch ein an länglichen Kernen äusserst reiches fasriges Gewebe ersetzt, aus dem das Nervenmark vollständig verschwunden war; das interstitielle Bindegewebe zwischen den Bündeln erschien im Vergleich zu den Nerven oberhalb der Degeneration auf Querdurchschnitten nicht unbeträchtlich vermehrt. Ueber die Entstehungsweise der Narbe oder vielmehr der Ulceration enthalte ich mich jeder Vermuthung, da bei dem Mangel genauer anamnestischer Data derselben eine zuverlässige Basis fehlen würde. Am nächsten würde es liegen, eine ätiologische Beziehung zu irgend einer mechanisch oder chemisch wirkenden Schädlichkeit anzunehmen.

Ich wende mich nun zur Beantwortung der Frage, in welcher Beziehung stand die schliesslich aufgetretene Pneumonie zu der Oesophagusstrictur? Aus der Beschreibung dürfte hinreichend hervorgehen, dass es sich um eine echte Bronchopneumonie handelte, um einen Entzündungsprocess, der von den Bronchien aus auf das Lungenparenchym übergegriffen hatte. Schon hiedurch wird die Annahme einer sogenannten hypostatischen Pneumonie, wie sie sich sonst in den verschiedensten chronischen und acuten Krankheiten in Folge einer Abschwächung der Circulation bildet, widerlegt. Eine zufällige Complication aber anzunehmen, ist um so weniger gerechtfertigt, als auch Bamberger und Oppolzer erwähnen, dass das Leben von Kranken, die an einer Strictura oesophagi leiden, nicht selten durch eine hinzugetretene Pneumonie beendet wird. Sehen wir nun ab von den Fällen, wo der die Strictur bewirkende Process direct per contiguum auf die Respirationsorgane sich fortpflanzt, z. B. durch Perforation eines Bronchus,

sowie auch von der Möglichkeit, dass die Pneumonie ähnlich wie bei physiologischen Experimenten vermittelt wird durch eine Degeneration des Vagus, die natürlich nur bei Stricturen in den obern Abschnitten des Oesophagus, oberhalb der zu den Respirationsorganen tretenden Aeste des Vagus denkbar ist und deshalb hier ebenfalls ausgeschlossen werden kann, so scheint nur noch eine Art des Zusammenhanges begreiflich, nämlich eine Entstehung der Pneumonie in Folge des Hineingelagens von Speisetheilchen in Trachea und Bronchien. Dass die Bedingungen dazu durch das unaufhörliche Regurgitiren der genossenen Speisen gegeben sind, ist ebenso verständlich, als dass gerade das Erbrechen bei *Strictura oesophagi* leichter eine solche Verirrung der Speisen bewirken kann als das durch andere Krankheitsprocesse, namentlich solche im Magen, hervorgerufene. Denn während hier nicht nur die Muskulatur des Magens selbst, sondern auch die Bauchpresse zu der gewaltsamen Herausbeförderung der Ingesta mitwirkt, ist dieselbe bei einer *Strictura oesophagi* allein der Anstrengung der oberhalb der Strictur gelegenen Muskulatur des Oesophagus überlassen, sie wird also eine relativ unkräftige sein, die es den Speisen eher gestattet, einen Seitenweg in die Glottis einzuschlagen. Besonders frappant ist mir der Unterschied gewesen zwischen diesem allmählichen Regurgitiren der Speisen bei *Strictura oesophagi* und den violenten Eruptionen, welche die Ausstossung der Speisen bei an *Stenosis pylori* leidenden Kranken bewirken; es scheint hier die ganze Kraft der betheiligten Muskulatur um so heftiger sich zu entfalten, weil sie bei dem Verschlusse des Ausweges durch den Pylorus nur in der einen Richtung nach oben wirkt. Die anatomischen Veränderungen, die in unserm Falle die rechte Lunge darbot, erinnerten nun auch vollständig an den Befund, wie er als offenbare Folge der angegebenen Ursache nach Durchschneidung der Vagi, bei Geisteskranken und in ähnlichen Fällen angegeben wird. Leider wurde ich auf diesen Punkt erst zu spät aufmerksam, und ich habe deshalb auf die Untersuchung der Trachea und grössern Bronchien in Bezug auf ihren Inhalt nicht eine solche Sorgfalt verwandt, als es wünschenswerth gewesen wäre. Dennoch gelang es mir, durch Auffindung zahlreicher Amylumkörnchen von

der Form der Weizenstärke in den kleinnern mit missfarbigem Eiter gefüllten Bronchien meine Annahme zu einem gewissen Grade von Evidenz zu bringen; ich sage zu einem gewissen Grade, denn, abgesehen von der Möglichkeit eines ganz zufälligen Hineingelagens von Amylumkörnchen in mikroskopische Präparate, sind ja auch Fälle durch Friedreich beschrieben, wo sie sich in der Lunge selbst gebildet zu haben scheinen.

Ich glaube demnach nicht zu weit zu gehen, wenn ich auch in einer Reihe von in der Literatur aufgezeichneten Fällen von secundärer Pneumonie nach Degenerationen des Oesophagus einen solchen Zusammenhang annehme. Es spricht dafür noch besonders die in denselben beobachtete Neigung dieser Pneumonien, in Abscesse oder Gangrän überzugehen, ein Vorgang, der an den gelben etwas erweichten Stellen unserer Lunge gleichfalls vorbereitet schien. Auffallend scheint auch eine grössere Erkrankungs-Disposition der rechten Lunge, deren senkrecht hinabsteigender Bronchus jedenfalls einen bequemen Conductor für die fremden Massen abgibt.

Die Beobachtungen, an welche ich hier erinnern möchte, sind namentlich der Fall von Ribbentrop (Preuss. Vereins-Ztg. Nr. 9. 1846) und 2 Fälle von Habershon, die mir nur aus dem Referate in den Schmidt'schen Jahrbüchern bekannt sind (Bd. 101, p. 179). Bei allen dreien handelt es sich zwar um keine Stricture des Oesophagus, sondern um andere Degenerationen, deren Effect aber ein gleicher sein musste. Ribbentrop's Fall war folgender: „die Speiseröhre hatte in ihrem ganzen Verlauf den Umfang eines Dickdarms, die Wandungen waren bedeutend verdickt, krebsig infiltrirt, die Innenfläche ulcerirt, das Lumen nicht verengt. Die Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre war mit zähem Schleim überfüllt; mitten in der rechten Lunge faustgrosser Lungenbrand, in der Umgebung das Gewebe verdichtet, hepatisirt; dicht über dieser Stelle ein ganz ähnlicher, wallnussgrosser Brandheerd“. Habershon fand in dem einen Falle „eine krebsige Infiltration des Oesophagus in der Länge von 5" (wie es scheint ebenfalls ohne Stenose), auch die unterliegenden Gewebe und einige Bronchialdrüsen krebsig; die Bronchien waren stark hyperämisch, der

rechte, untere Lungenlappen gangränös"; möglicher Weise spielte hier auch die Compression der Vagi durch die entarteten Bronchialdrüsen eine Rolle. Im zweiten Falle war in der Mitte des Oesophagus ein 2" langes Krebsgeschwür, welches die ganze Circumferenz einnahm, vorhanden; „an der rechten Lungenwurzel gangränöser Zerfall, die Umgebungen solidificirt; in dem linken untern Lappen eine umschriebene Apoplexie und lobuläre Pneumonie, sowie eine Eiterhöhle".

IX.

Beiträge zur Kenntniss der Entwicklung der Neoplasmen.

Von Dr. E. Neumann, Privatdocent in Königsberg.

(Hierzu Taf. IV. Fig. 3.)

1. Carcinoma mammae combinirt mit elfenbeinartigem Hautkrebs (Alibert's) und Muskelkrebs.

Im Januar d. J. untersuchte ich eine von Hrn. Geheimrath Prof. Burow amputirte Mamma, die derselbe mir zu übergeben die Güte hatte. Wenn schon die gröberen anatomischen Verhältnisse der krebsigen Entartung, welche sich in derselben entwickelt hatte, manche Eigenthümlichkeiten darbot, wie sie mir in einer grösseren Zahl früher und später untersuchter Fälle nicht zur Beobachtung gekommen und wie sie überhaupt in der einschlagenden Literatur nur in einzelnen Angaben beschrieben sind, so glaube ich mich durch den mikroskopischen Befund noch mehr berechtigt, den Fall hiermit der Oeffentlichkeit zu übergeben.

Das betreffende pathologische Präparat umfasst die ganze Brustdrüse sammt der dieselbe bedeckenden Haut und ihrer aus Muskelfragmenten und Fettgewebe bestehenden Unterlage, es stellt somit eine ziemlich regelmässig geformte Halbkugel mit grossen