

neben dem noch verschiedene kleine im rechten Lappen vorhanden waren. Das übrige Lebergewebe war hochgradig cirrhotisch, die portalen Lymphdrüsen stark geschwellt mit abschabbarem Milchsaff.

Mikroskopisch fand man überall nur gewissermaassen fertige mit unregelmässigen epithelialen Gebilden versehene Krebsalveolen in einem mässig derben Gerüste.

Trotz sorgfältigsten Nachsuchens war nirgends anders im Körper ein Carcinom nachzuweisen.

Erklärung der Abbildungen.

Taf. XVII.

Fig. A aus dem Haupttumor. Fig. B aus einem Nebenknoten.
Buchstabenerklärung im Text.

III. Ein Fall von secundärem Magen- und Darmcarcinom.

Der Anstreicher R., 54 Jahre alt, wurde längere Zeit an einem chronischen Unterschenkelgeschwür, zuletzt auch unter Anwendung des scharfen Löffels behandelt. Kein locales Symptom verräth die schwere innere Krankheit, an welcher er litt. Nur die sehr bedeutende Blässe und Schwäche, für die man einen Grund nicht finden konnte, machten auf ein unbekanntes inneres Leiden aufmerksam. Bei der Section (25. August 1875) zeigte sich Folgendes:

Abgemagerter Leichnam von gewöhnlicher Hautfarbe. Beide untere Extremitäten ödematös, die linke mehr als die rechte. Am linken Unterschenkel vorn aussen ein handgrosses buchtiges Geschwür mit wulstigen aufgeworfenen Rändern. Auf dem Grunde wuchern weiche Knollen und Knoten hervor, die sich nicht scharf gegen die unterliegenden weissröthlich infiltrirten Theile absetzen. Längs der grossen Gefässe am linken Beine ist das Gewebe infiltrirt, derb, die Lymphdrüsen stark geschwellt bis zu Wallnussgrösse, zu rothen mehr oder weniger weichen Gebilden umgewandelt, in denen gelbe Einsprengungen vorhanden sind. Ein grosser Theil der Venen am Beine thrombosirt, zum Theil mit grauen sehr derben, festsitzenden, zum Theil mit lockereren mehr röthlichen aber immer der Wand leicht adhären den Gerinnseln. Ein solches füllt auch die Vena femoralis aus. Nach Entfernung desselben trifft man etwa $\frac{1}{2}$ Cm. über dem oberen Rande einer Klappe einen zapfenförmigen, schief nach oben gehenden fast 2 Cm. langen röthlichen Fortsatz, der aus einer derben Masse besteht und mit einer dicht am Gefässe anliegenden geschwellten Lymphdrüse in continuirlichem Zusammenhange ist.

Hirn und Schädel ohne Besonderheiten.

Aus dem Bauch entleert sich bei dessen Eröffnung hellgelbe, klare Flüssigkeit. Lage der Eingeweide normal.

Herz von gewöhnlicher Grösse, schlaff, mit einer gelben netzförmigen Zeichnung in seiner Musculatur versehen. Klappen zart. An der Spitze des linken Ventrikels, an der hinteren Wand von dem unteren Ende des dort befindlichen Papillarmuskels bis zur Herzspitze reichend, ragen aus dem Trabekelwerke des Herzens gelbe weiche sog. globulöse Vegetationen hervor. Schneidet man hier in die Herzwand ein, so findet sich fast durch die ganze Dicke der Herzsubstanz hindurch ein gelblichweisser unregelmässiger nicht sehr scharf begrenzter Knoten eingesprengt, der ein wenig über die Schnittfläche hervorragt und bis an die innere Herzoberfläche herangeht. Hier sitzen oben die Vegetationen auf ihm fest. Foramen ovale offen, für eine Rabenfeder durchgängig, beiderseits von Klappen bedeckt.

Beide Lungen von einer grossen Zahl gelblicher derberer oder weicher Knoten durchsetzt, welche theils auf der Oberfläche, theils im Innern des Organs sitzen und von Erbsen- bis Wallnussgrösse variiren. Die auf der Oberfläche sind entweder flach oder hervorragend, manche sogar pilzförmig gestielt, an einigen sitzen auf der Oberfläche flottirende zottige, schlanke Anhänge, die kleine Gefässe enthalten. An einer Stelle tritt ein solcher Knoten (in der Nähe des Hilus) dicht an eine Vena pulmonalis heran und wölbt ihre Wand nach innen. Die Intima ist an dieser vorgewölbten Stelle rauh, kleinfetzig. Gefässe ohne Besonderheiten, Lungen überall lufthaltig, ödematös. In den Bronchien einzelne Knoten.

Milz gross.

Beide Nebennieren zu colossalen Tumoren umgewandelt, an welchen von einer Nebennieren-Structur nichts mehr zu erkennen ist, — nur die Oertlichkeit verräth die Bedeutung der Organe. Sie stellen beide mehr als faustgrosse Tumoren dar, die auf einen Durchschnitt, wie ein altes dunkelrothes Blutgerinnsel aussehen, in welches jedoch derbe weisse und gelbliche Massen eingesprengt sind. Die Vena cava inferior wird da, wo sie an die rechte Nebenniere angrenzt, vielfach bucklig nach innen vorgewölbt. An einer Stelle ragt in sie ein kolbiger, rother, weicher Fortsatz hinein, welcher unmittelbar mit dem Nebennierentumor zusammenhängt.

Beide Nieren sind den grossen Nebennierengeschwülsten entsprechend deformirt, resp. an den Stellen, wo diese letzteren anliegen, abgeplattet. In ihnen sind eine Anzahl weissgelblicher Knoten. In vielen kleinen Nierenvenen dunkelrothe und weisslichgelbe derbe Thromben.

Im Magen sitzt dicht an der grossen Curvatur an der weitesten Ausbuchtung des Fundus ein runder markstückgrosser gelblich-weisser Tumor, der etwa $\frac{1}{2}$ Cm. hoch ist und steile, zum Theil etwas überhängende Ränder zeigt. Seine Oberfläche ist glatt, in der Mitte ein wenig schüsselförmig vertieft und erodirt, ohne tiefere Ulceration.

Ähnliche Tumoren sitzen auch im Mesenterium und im oberen Theile des Dünndarms. Sie haben sehr mannichfaltige Grössen. Einige sind ganz klein wie Linsen, andere sehr gross (bis 7 Cm. im Durchmesser), manche flach, manche pilzförmig überhängend, selbst gestielt, bald sitzen sie dicht unter der Serosa, bald in der Mucosa oder in der Submucosa. Ihre Oberfläche ist theils glatt, theils mehr oder weniger tief ulcerirt, auch wohl mit kraterförmigem zerfressenem Grunde. Bemerkenswerth ist, dass das untere Ende des Dünndarms etwa 1 M. oberhalb der Klappe ebenso wie der ganze Dickdarm ganz frei sind von den doch oben so reichlichen Tumoren.

Die Retroperitonealdrüsen bis wallnussgross, wie die Leistendrüsen beschaffen. In der Leber zahlreiche Geschwulstknoten von derselben Beschaffenheit wie in der Niere.

Sonst nichts Bemerkenswerthes.

Mikroskopisch bestehen die Knoten im Grunde des Unterschenkelgeschwürs grösstentheils aus polyedrischen Zellen, welche ungemein voluminöse Kerne zeigen, neben welchen das Protoplasma bald in grösserer, bald in geringerer Menge vorhanden ist. Diese grossen Zellen sind scharf gegen das Bindegewebe abgesetzt. Am Rande der Knoten sind sie durch breitere Züge von Bindegewebe in alveolenartige Räume abgetheilt, im Innern der Knoten ist das Bindegewebe hingegen nur spärlich und die Alveolen nur durch ganz schmale mit Blutgefässen oft versehene Bindegewebsmassen getrennt. In den thrombosirten Venen fehlt der Endothelbelag ganz oder theilweise, hingegen liegen im Thrombus Zellen mit ebenso enormen Kernen, wie in den Geschwulstknoten des Unterschenkelgeschwürs. Oft hängen die Zellenmassen im Inneren der Vene mit solchen zusammen, die an der Wand und ausserhalb derselben sich vorfinden. In den Venen liegen sie entweder in losen Massen, namentlich in den Randpartien angehäuft oder (wenn der Thrombus bereits aus gefässhaltigem Bindegewebe besteht) in ganz analogen Maschenräumen wie ausserhalb.

Das zwischen den Knoten liegende Bindegewebe ist oft kleinzellig infiltrirt.

Einen ähnlichen Bau, wie die Knoten des Unterschenkelgeschwürs, mit ebenso grosskernigen oft verfetteten Zellen etc. zeigen die Lymphdrüsenumoren, die zapfenförmigen Tumoren im Innern der Venen, die Knoten in den Nieren, der Leber, der Lunge, dem Herzen. In letzterem sind die Muskelfasern innerhalb des Knotens auseinander gedrängt, sehr verschmälert, farblos bis auf kleine Häufchen braunen Pigments, mit undeutlichen Kernen. In den Nebennieren bestehen die weissen Stellen ebenfalls aus solchen Massen, die rothen stellen ein Gemisch von freien Blutkörperchen, grosskernigen Zellen und grossen dünnwandartigen Blutgefässen dar.

Einen mit grossen Zellen versehenen Embolus in einer Arterie konnte ich nicht finden. Herzmusculatur verfettet.

Aus der gegebenen Beschreibung ist es offenbar, dass wir es hier mit einer verbreiteten Carcinose zu thun haben, die mikroskopische Untersuchung lässt die Diagnose histologisch, die Art der Verbreitung mit besonderer Betheiligung der Lymphdrüsen auch klinisch gerechtfertigt erscheinen.

Von den Geschwülsten muss unstreitig das carcinöse Unterschenkelgeschwür als das primäre angesehen werden, einmal weil es am weitesten in der Ulceration vorgeschritten ist, dann weil es sehr unwahrscheinlich wäre, dass ein einzelner secundärer Krebsknoten in der Haut entstände, endlich weil von hier aus die Lymphdrüsen am stärksten ergriffen sind. Keinesfalls kann man einen der Knoten im Magen und Darm als primären auffassen, schon aus dem

Grunde nicht, weil eine zu grosse Anzahl ganz gleich aussehender Geschwülste in beiden vorhanden sind, die man auch als genetisch gleichwerthig ansprechen muss. Dann aber ist gerade der Magenknoten so wenig ulcerirt, dass er (bei der Disposition weicher Magenkrebses zur Verschwärung) gewiss noch sehr jungen Datums sein muss. Bei dem Hineinwuchern des Krebses in so viele venöse Bahnen ist die Verbreitung desselben in die Lungen und von da wieder in den Körperkreislauf kein Wunder. Der Knoten im Herzen scheint namentlich geeignet Disseminationen des Krebses im Aortensystem auch an sonst ungewöhnlichen Stellen zu bewirken. Ob für dessen Entstehung die Herzverfettung von Einfluss war, mag dahin gestellt bleiben. Eine solche disponirt ja zu einer Anlage von Herzthromben, also hier wohl auch von Geschwulst-elementen.

Die Verbreitung der Carcinomknoten auf einem so scharf abgesetzten Theil des Dünndarmes mit Freibleiben des unteren Theiles desselben spricht ebenfalls sehr für eine Krebsdissemination, welche bestimmten Arterienverzweigungen folgt. Hier würden die Seminien alle nur in die von der convexen Seite der Mesaraica superior abgehenden Aeste gerathen sein, während die von der concaven (rechten) Seite abtretenden Artt. colicae dextrae von ihnen frei geblieben sind (von ihnen wird auch das unterste Dünndarmende versorgt).

Da keine mit Krebselementen versehenen Emboli gefunden wurden, so muss man sich wohl denken, dass die Krebszellen nicht von grösseren Gerinnsmassen getragen in den Kreislauf geriethen.

Wir hätten also hier einen der wenigen Fälle von secundärem Magencarcinom. Bemerkenswerth dürfte noch vielleicht die hochgradige Krebsentartung beider Nebennieren sein (die auch hier ohne Bröncehaut bestand), und die klare Art und Weise der Krebsdissemination.

IV. Ein Fall von *Adenoma polyposum oesophagi*.

Der folgende Befund wurde als ein zufälliger bei einem 54jährigen Manne gemacht, der einem Psoasabscess am 17. November 1874 erlegen war. Anderweitige erwähnenswerthe Befunde fanden