

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

sich nicht, es soll daher nur die fragliche Geschwulst geschildert werden.

An der vorderen Wand des Oesophagus auf deren rechter Hälfte sitzt eine der Längsaxe der Speiseröhre parallele ovale Geschwulst. Das untere Ende der Basis derselben liegt $4\frac{1}{2}$ Cm. oberhalb des Pylorus, ihr oberes 8 Cm. Der Tumor selbst überragt seine Basis nach oben hin um $1\frac{1}{2}$ Cm., nach den Seiten um etwa je $\frac{1}{2}$ Cm., nach unten geht er in einen birnförmigen haselnussgrossen Anhang über, der mit dem Haupttumor nur durch einen schmalen Stiel verbunden ist und frei in die Höhle des Oesophagus flottirt. Die Breite des Haupttumors ist durchschnittlich 2 Cm., seine Höhe 1 Cm. Er hat im Ganzen eine walzenförmige Gestalt und wird durch zwei Querfurchen in drei flache Erhabenheiten getheilt. Seine Oberfläche erscheint mattweisslich, leicht höckrig, durchaus schleimhautartig. Sie ist nirgends ulcerirt. Auf dem Durchschnitt erweist sie sich als ziemlich weiche Masse. Von ihm lässt sich mit dem Messer ein weisslicher Saft abschaben, nach dessen Entfernung das Gewebe wie schwammig erscheint. Mit der Schleimhaut hängt er continüirlich zusammen. Sonst ist die Oesophagusschleimhaut glatt, nur in der Nähe des unteren Endes der Geschwulst, da wo der freie Anhang auf der Schleimhaut aufsitzt, sieht man einige kleine Verdickungen und oberflächliche Erosionen.

Nirgends sonst finden sich Geschwulstmassen.

Mikroskopisch besteht die Geschwulst aus einem bindegewebigen Grundstock, in welchen spindlige Kerne reichlich enthalten sind. In diesem Bindegewebe, dem Raume nach bedeutend überwiegend, sind zahlreiche im Allgemeinen rundliche oder ovale Hohlräume. Diese communiciren vielfach mit einander. Ihr Lumen wird jedoch verengt durch viele in dasselbe von allen Seiten einspringende Papillen oder Leisten. Die Wände der Hohlräume, natürlich auch die Papillen sind mit einem Epithelbelage versehen, dessen unterste Schichten cylindrisch sind, während die oberen rundlich erscheinen. Alle Zellen haben deutlich grosse Kerne. Die Hohlräume sind mit lockeren rundlichen grossen Zellen erfüllt, welche aus den Schnitten leicht herausfallen, während die cylindrischen immer fest auf ihrer Grundlage haften bleiben.

Wir haben es demnach mit einer epithelialen Neubildung zu thun, welche durch ihre polypöse Form, den Mangel einer Ulceration, die Abwesenheit von Metastasen und Geschwulstbildung in den Nachbartheilen ihre gutartige Natur documentirt. Ihr Bau hat einige Aehnlichkeit (bis auf die Epithelform) mit den bekannten Mastdarmpolypen und würde am besten wohl den Namen *Adenoma polyposum* rechtfertigen. Bei der Seltenheit solcher Geschwülste im Oesophagus schien mir eine kurze Mittheilung über die vorliegende wünschenswerth zu sein.
