



Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Beitrag
zur
Statistik und Anatomie
des
Speiseröhrenkrebses.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doctorwürde
der medicinischen Fakultät in Kiel

vorgelegt von

Heinrich Braasch,
approb. Arzt aus Rendsburg.

Opponenten:

- Dr. med. Severin, Assistent im Mutterhaus.
- Dr. med. C. Hadenfeldt, approb. Arzt.
- A. Bier, approb. Arzt.



Kiel.

Druck von Schmidt & Klaunig.
1886.

Referent:

Dr. Heller.

Zum Druck genehmigt:

Dr. Völckers,
z. Z. Dekan.

Unsere Kenntniss über die Aetiologie des Carcinoms, wie der Geschwülste überhaupt, ist zur Zeit noch eine sehr mangelhafte. Es stehen sich im Allgemeinen hierüber zwei Ansichten gegenüber: Die Vertreter der einen sehen das Carcinom als den Effect einer localen Gewebsreizung an, während Cohnheim und seine Anhänger die Ansicht vertreten, dass zwar nicht die Entwicklung des Carcinoms selbst in die Embryonalperiode zu verlegen ist, dass aber die spätere Entwicklung der Persistenz embryonaler Keimanlagen ihre Entstehung verdankt. Gerade der Krebs der Speiseröre wird von Seiten Cohnheims als beweiskräftiges Beispiel seiner Theorie aufgestellt. In der That kann man wol sagen, dass Gewebsreizungen am Oesophagus wenig vorkommen, und dass bei den seltenen Fällen einer solchen der Eingang in die Speiseröre scheinbar mehr betroffen wird, als die unteren Particen, wo nach Uebereinstimmung der Autoren das Carcinom sich mit Vorliebe etäblirt. Von den pathologischen Anatomen geben nur Birch-Hirschfeld¹⁾ und Foerster²⁾ an, dass das Carcinom der Speiseröre besonders bei Säufern vorkäme; sonst findet sich keine Angabe einer reizenden Ursache bei den an Speiserörenkrebs Erkrankten. Die Oesophagusschleimhaut ist zudem durch ihren Pflasterepithelbelag vor Insultirungen gut geschützt, und damit in Uebereinstimmung gibt es selten eine chronische Erkrankung der Speiseröre, die in ihrem weiteren Verlauf, wie im Magen das *ulcus rotundum*, zu Carcinom führen könnte. Dagegen hat schon Cohnheim³⁾ hervorgehoben, dass die Praedilectionsstellen unsrer Neubildung Stellen sind, an welchen ein complicirter entwicklungs-geschichtlicher Vorgang stattgefunden hat; er sagt: „Auch die constante Localisirung der Speiserörenkrebse hat meines Erachtens ihren Grund nicht in dem Druck seitens des kreuzenden Bronchus, sondern dass dies die Stelle ist, wo ursprünglich Oesophagus und Lufröre zusammenhängen, mithin eine entwicklungsgeschichtliche Complication statthat.“

¹⁾ Birch-Hirschfeld, Lehrbuch der pathol. Anat., pag. 823.

²⁾ Foerster, Handbuch der pathol. Anat., Band II, pag. 21.

³⁾ Cohnheim, I. Auflage, Band I, pag. 641.

Was das procentuale Häufigkeitsverhältnis des Speiserörenkrebses betrifft, so geht aus der Arbeit von Dr. Petersen-Borstell¹⁾ über 217 Krebsfälle hervor, dass das Carcinom des Oesophagus zu den häufiger vorkommenden Krebsen gehört; denn es steht mit der Mamma zusammen an dritter Stelle, und zwar treffen von den erwähnten 217 Fällen 5,99 % die Speiseröre, während 32,55 % auf den Magen, 14,74 % auf den Uterus kommen.

Die Wichtigkeit des Sitzes und der Ausbreitung des Speiserörenkrebses rechtfertigt vollkommen, dass in neuerer Zeit statistische Zusammenstellungen darüber gemacht sind; diese haben zu recht verschiedenen Resultaten geführt. Zenker und Ziemssen machen in Folge dessen mit Recht darauf aufmerksam, wie abweichend und zum Teil widersprechend die Angaben der einzelnen Autoren sind, ja, wie gerade in den gebräuchlichsten klinischen Lehrbüchern, wie Niemeyer, Kunze, anatomisch unbegründete, sogar falsche Angaben über diesen Punkt gemacht sind.

Vergegenwärtigen wir uns die Meinungen der einzelnen Autoren über diesen Punkt, so sagt Rokitansky²⁾, der Begründer der pathologischen Anatomie in Deutschland: „Der Sitz ist besonders die obere Hälfte des Oesophagus innerhalb der Brusthöhle, minder häufig das Endstück nächst der Cardia. In der Regel ergreift die Neubildung den Kanal ringsum Es greift oft auf benachbarte Gebilde über und führt zu Communication mit Trachea und Bronchien, ja zur Perforation der Aorta, des rechten Lungenarterienastes.“ Im Gegensatz zu diesem Autor stellt Foerster das obere Drittel der Speiseröre in Bezug auf Häufigkeit des Sitzes des Oesophaguscarcinoms dem unteren gleich; denn er sagt: „Das Carcinom ist meistens primär, bleibt fast stets local, und breitet sich höchstens auf die benachbarten Lymphdrüsen aus. Es entsteht circumscripirt in der ganzen Peripherie, sitzt meist am oberen und unteren Ende. . . Oft erfolgt Perforation der Trachea, eines Bronchus, der Lunge, Aorta, rechten Lungenarterie, Zerstörung der Wirbelkörper. Selten ist eine diffuse Verbreitung über den ganzen Oesophagus“. Noch anders sagen Zenker und Ziemssen³⁾: Der Sitz des Carcinoms kann an jedem Teil sein, äusserst selten nimmt es die ganze oder fast die ganze Länge des Rohres ein; meist sind nur Strecken von

¹⁾ Petersen-Borstell, Inaugural-Dissertation, Kiel 1883.

²⁾ Rokitansky, Lehrbuch der patholog. Anat. Band III, pag. 131/32.

³⁾ Zenker und Ziemssen, Handbuch der spec. Pathol. und Ther. S. 170.

3—10 cm betroffen. Die grösste Anzahl sitzt im unteren Drittel, eine erheblich kleinere im mittleren, bei weitem die kleinste im oberen Drittel. Birch-Hirschfeld spricht sich folgendermassen darüber aus: „Am häufigsten hat das Carcinom seinen Sitz im unteren Drittel des Oesophagus, seltener im Mittelstück, am seltesten im oberen Drittel. . . . Meist nimmt die Neubildung nur wenige Zoll der Längsachse ein. Der sich im unteren Teil entwickelnde Krebs greift häufig auf Pleura und Lungen über. . . . Secundäre Krebsentwicklung kommt namentlich in den Lymphdrüsen, an der Wirbelsäule vor; doch bilden sich nicht selten auch metastatische Knoten in der Leber und Lunge. Zuweilen greift der Krebs . . . auf den Magen über.“ Ziegler¹⁾ äussert sich darüber: „Der Speiserötenkrebs kann an jeder Stelle vorkommen, sitzt aber am häufigsten im unteren Drittel. . . . Weiterhin können Trachea, Bronchien. . . . krebsig infiltrirt werden.

„Die klinischen Schriftsteller folgen natürlich den Angaben der pathologischen Anatomen. Oppolzer und Bamberger schliessen sich Rokitansky wörtlich an. Ihm folgt anscheinend Niemeyer²⁾ (8. Aufl.), aber ganz ungenau, so dass er zu dem Satze kommt: „Der Sitz des Krebses ist am häufigsten das obere und untere, seltener das mittlere Drittel“, was in dieser Weise kein Anatom gesagt hat. Und in der 9. Auflage desselben Werkes lässt Seitz den Krebs sogar „vorzugsweise in dem der Teilungsstelle der Trachea gegenüberliegenden Abschnitte“ aber „selten in der mittleren Gegend“ (!) auftreten. Kunze³⁾ aber, hier Rindfleisch folgend, bezeichnet wider das mittlere Drittel als den Hauptsitz. So wäre denn in den beiden jetzt gangbarsten klinischen Lehrbüchern die Confusion auf ihrer Höhe! Der praktische Arzt kann zwischen dem oberen, mittleren, unteren Drittel wählen je nach Wunsch!“

Die Verschiedenheit der Angaben und eine zufällig reiche Zahl von Fällen veranlassen Petri auf Virchow's Aufforderung eine Zusammenstellung derselben vorzunehmen. Dieselbe ist sehr eingehend, und auf Grund eines grossen Materials kommt Petri⁴⁾ zu folgender Ansicht: „Die häufigste Stelle, wo das Carcinom der Speiseröhre auftritt, ist das untere Drittel, nächst dem das mittlere, am seltensten das obere, und ausschliesslich werden die Orte ge-

¹⁾ Ziegler, Lehrbuch der patholog. Anat. Teil II, pag. 261.

²⁾ Niemeyer, Lehrbuch d. spec. Path. und Therapie, Band I, pag. 516.

³⁾ Kunze, Compendium der pract. Medizin.

⁴⁾ Petri, Inaugural-Dissertation, Berlin, 1868.

wählt, welche durch die Teilung der Trachea, resp. Kreuzung mit dem linken Bronchus und dem Hiatus oesophageus des Zwerchfells am meisten disponirt sind. In der Mehrzahl der Fälle ist das Carcinom ringförmig. Perforation in naheliegende Organe tritt in mehr als der Hälfte der Fälle ein, und zwar am häufigsten in die rechte Lunge, secundäre Verbreitung in der Hälfte der Fälle. Petri hebt ausdrücklich hervor, dass das Carcinom in allen Fällen bis auf 2 ein primäres, 2 mal ein per continuitatem fortgeleitetes, nie ein metastatisches war. Diese Bemerkung, die auf das Beste mit den Angaben der übrigen Autoren übereinstimmt, zeigt deutlich, dass im Oesophagus Stellen sein müssen, von welchen aus die Entwicklung eines Krebses leichter erfolgt. Ebenfalls geht aus der Petri'schen Dissertation hervor, dass die relativ grösste Zahl der Speiserötenkrebsse in das hohe Alter fällt.

Zenker und Ziemssen geben eine Zusammenstellung der 43 Fälle von Petri mit 15 eigenen, welche die Petri'sche Ansicht bestärkt. Ich werde am Schlusse die Tabelle mit meinen Fällen verglichen geben.

Trotzdem dürfte bei dieser Verschiedenheit der Meinungen der einzelnen Autoren über Sitz und Ausbreitung des Speiserötenkrebses ein weiterer Beitrag zur Sicherstellung dieser wichtigen Frage von Nutzen sein. Deshalb hat mir Herr Professor Heller die im pathologischen Institute zu Kiel in den Jahren 1873—84 secirten Fälle von Oesophaguskrebs zur Zusammenstellung übergeben. Bei dieser Arbeit haben mir die Sektionsprotokolle der betreffenden Jahre und für mehrere Fälle die Praeparate zur Verfügung gestanden; über mehrere Fälle, die aus der Poliklinik, resp. dem städtischen Krankenhaus stammen, liegen keine genaueren Protokolle vor. Ich habe die 29 mir zu Gebote stehenden Fälle so unter 3 Rubriken gebracht, dass ich unter I diejenigen primären Fälle gerechnet, über die genaue Angaben vorhanden sind, unter II diejenigen, deren Sitz nicht genauer zu ermitteln, unter III diejenigen, in welchen der Krebs sich secundär in der Speiseröte entwickelt hatte.

I.

I. Nr. 58. 1873. M. 57 Jahre.

Ausgedehntes ulcerirendes Carcinom des unteren Drittels der Speiseröte, auf den Magen übergehend.

Die Speiseröten Schleimhaut ist bis 23 cm, unter dem Kehlkopfengang blass, in den unteren Abschnitten etwas derber. Die Wand ist in ihrer Muscularis nach

unten zunehmend ziemlich stark verdickt. Der untere Teil des Oesophagus ist in einer Ausdehnung von 7 cm. völlig verschlossen durch eine weiche, bis etwa 6 mm. dicke, lockere Krebsmasse. Diese setzt sich in den Magen hinein fort, hängt nach hinten wie ein unregelmässiger, polypöser Tumor in das Lumen hinein, und erstreckt sich an der kleinen Curvatur bis 7 cm. weit, 2,5 cm. dick, mit unregelmässiger höckeriger und lappiger, grossenteils stark pigmentirter Oberfläche in den Magen hinein, 4 cm. vom Pylorus entfernt sitzt ein 1,5 cm. messender Tumor von ähnlicher Beschaffenheit, wie der an der Cardia.

2. Nr. 114. 1873. M. 76 Jahre.

Stenosirendes Carcinom im unteren Drittel des Oesophagus bis zur Cardia hinab. Metastasen in den Nebennieren, der rechten Niere, den Retroperitonealdrüsen, der rechten Nierenvene, der vena cava inferior und der Leber.

Am unteren Ende des Oesophagus bis zur Cardia hinab sitzt ein derber Tumor Die Cardia ist stark stenosirt, und von ihr aus hängt ein grosser wulstiger Tumor in das Lumen des Magens hinein; auf dem Durchschnitt ergiesst sich reichlicher gelblich-weisser Krebsstoff. Die Muscularis des Oesophagus ist stark verdickt. Die rechte Nebenniere ist in einen etwa taubeneigrossen Tumor umgewandelt. Die linke Nebenniere ist in einen 8,5 cm. langen Krebstumor verwandelt, auf dem Durchschnitt ist er bunt, teils hellgraurot, von unregelmässigen kleineren und grösseren Heerden durchsetzt. In den oberen Partien der Corticalis der rechten Niere finden sich zahlreiche kleine und grosse lockere, gelbliche Krebsknoten. In das Nierenbecken drängen Krebsmassen hinein und durchbohren dasselbe. Die rechte Nierenvene ist stark krebsig degenerirt. Die vena cava, etwas unterhalb des Abgangs der Nierenvene, ist in grosser Ausdehnung mit den anliegenden Retroperitonealdrüsenpacketen verwachsen und verengt; stellenweise ist ihre Wand vollständig carcinomatös.

3. Nr. 232. 1874. W. 84 Jahre.

Krebs des mittleren Speiserörendrittels mit ausgedehnter Ulceration. Zerreissung der Aorta und Haemorrhagie in Speiseröhre und Luftwege durch einen mediastinalen Krebsabscess. Secundärer Krebs der Lymphdrüsen und Leber.

3 cm. unterhalb der Luftrorenbifurcation findet sich eine bis 1 cm. weit klaffende etwas trichterförmig nach oben gerichtete Oeffnung, welche mit einer mediastinalen Höle communicirt. Die Umgebung dieser Oeffnung ist in unregelmässiger Begrenzung nach oben bis 2, nach unten bis 4 cm. weit gelblich, warzig, krebsig degenerirt. Die krebsige Entartung umfasst nicht völlig die Wand des Oesophagus; in der Nachbarschaft dieser krebsigen Stelle finden sich noch einzelne grössere und kleinere Krebsknoten zerstreut; die ganze Schleimhaut der Speiseröhre von 4 cm. oberhalb des Krebses ist verdickt, gelockert, leicht papillär; die Muscularis oberhalb des Krebses ist sehr stark verdickt. Unterhalb des Carcinoms ist die Wand des Oesophagus normal, nur mit einzelnen epithelialen Warzen besetzt. Die Aorta ist etwas unterhalb ihrer Mitte mit einzelnen carcinomatösen Lymphdrüsen verwachsen; 7 cm. unterhalb des Arcus ist ihre Wand durch eine flache Krebsmasse mit der hinteren Fläche des linken Oberlappens fest verlötet; nach dem Abziehen zeigt sich die Krebsmasse im Centrum erweicht; die Aortenwand im Umfange von 10 cm. zerstört, nur die Intima erhalten, jedoch in Form eines 5 mm. grossen Quadrates so durchgerissen, dass nur eine Seite des Vierecks noch mit der Aortenwand zusammenhängt.

Die Umgebung der Zerstörung ist mit einem krebsigen, die äusseren Wandschichten betreffenden Walle umgeben. Von der gebildeten Höle aus führt ein Gang durch zerfallene Krebsmassen nach jener mediastinalen Krebshöhle, woselbst etwas tiefer ein länglicher Einriss der Intima sich findet; daselbst ist die äussere Aortenwand krebsig zerfallen.

Die Bronchialdrüsen sind grösstenteils sehr fest, schwierig, mit kalkigen Konkrementen durchsetzt.

Der an der ersten Perforationsstelle angelötete Teil der linken Lunge daselbst ebenfalls bröckelich zerfallen; in diesen Herd führt eine für den Sondenknopf durchgängige Perforation eines Bronchus II. Ordnung, aus welchen ein Blutgerinnsel herausragt.

An der Oberfläche der Leber springen mehrere weissgelbe bis kirschgrosse Knoten über das Niveau hervor; dasselbe gilt von der unteren Seite; auch auf dem Durchschnitt zeigen sich Knoten, von deren Schnittfläche sich milchiger (Krebs-) Saft abstreifen lässt.

4. No. 162. 1875. W. 65 Jahre.

Carcinomatöses Geschwür in der Nähe der Cardia. Secundäre Krebsknoten in Lunge, Pleura, retramediastinalen und retroperitonealen Drüsen und Rückenwirbel.

5. Nr. 194. 1875. M. 72 Jahre.

Ausgedehntes Krebsgeschwür im mittleren Drittel des Oesophagus. Secundärer Krebs in den epigastrischen Drüsen.

Die Speiseröhre ist in ihrem oberen Teil nach unten zunehmend stark erweitert; in der Gegend der Bifurcation ist das Lumen mässig verengt durch ein wallartiges carcinomatöses Geschwür. Unterhalb dieses ist das Lumen wieder normal. Secundär hat sich der Krebs in den epigastrischen Drüsen etablirt.

6. Nr. 102. 1876. M. 45 Jahre.

Carcinomatöses Geschwür im mittleren Drittel der Speiseröhre. Krebsige Entartung der Leber, des Magens, der Bronchial- und Mesenterialdrüsen.

Der Oesophagus ist im oberen Teil mässig stark erweitert. Etwas unterhalb der Bifurcation der Trachea zeigt sich ein 4 cm. langes, die ganze Periferie einnehmendes, carcinomatöses Geschwür mit unregelmässig verdickten, höckrigen Rändern. Einzelne Bronchialdrüsen sind stark geschwellt, und auf dem Durchschnitt krebsig entartet. Die Mesenterialdrüsen sind alle graulich-weiss, käsig, carcinomatös entartet. Die Schleimhaut des Magens ist an der Cardia zu einem unregelmässig geformten, etwa hühnergrossen Tumor emporgewölbt, welcher an der Oberfläche mehrere Substanzverluste zeigt. Durch diese gelangt man in eine grosse, starrwandige Höle, die mit einem schmutzig grau-gelben Brei gefüllt ist. Die Leber ist vergrössert im rechten Lappen; die Oberfläche wird überragt von sehr zahlreichen bis kirschgrossen, weisslichen Knoten. Von den Knoten aus ziehen stellenweise und netzformig verbundene, etwas knotige, mit weissen Massen gefüllte Gefässe (Lymphgefässe.)

7. Nr. 162. 1876. M. 60 Jahre.

Ausgedehnter Krebs des unteren Speiseröendrittels und des Magens.

Die Speiseröre ist im oberen Teil ziemlich weit, nach unten zu ist die Muscularis stark verdickt; im unteren Drittel ist die Schleimhaut durch eine auf der Oberfläche höckrige anscheinend vom submukösen Gewebe ausgehenden Geschwulstmasse emporgehoben. Der Magen ist klein. Die vordere Fläche ist von dem atrophischen linken Leberlappen fast völlig verdeckt, und mit ihm narbig verwachsen. Die Höle ist eng. Die ganze Cardiahälfte ist sehr derb, in eine gleichmässige Krebsmasse umgewandelt, die in unregelmässiger Linie gegen den Pylorus hin etwa 2 cm. weit verläuft. Von dem Oesophagus setzt sich der oben beschriebene Krebs direct in den Krebs der Magenwand fort.

8. Nr. 264. 1877. M. 68 Jahre.

Ulcerirender Speiserörenkrebs im unteren Drittel mit Metastasen in Lunge und Pleura, Lungengangrän.

9. Nr. 37. 1880. W. 72 Jahre.

Der obere Abschnitt des Oesophagus ist erweitert; im unteren Drittel befindet sich eine carcinomatöse Stricture. In der Leber finden sich zahlreiche Secundärknoten.

10. Nr. 261. 1880. M. 67 Jahre.

Ulcerirendes Carcinom im mittlerem Drittel der Speiseröre mit Stricturirung derselben, Perforation in die linke Pleurahöle. Fortgesetzter Krebs des Mediastinum, der mediastinalen und retromediastinalen Drüsen. Secundärer Krebs in Pankreas, Leber und Nieren.

Die Speiseröre ist im oberen Teil weit, die Schleimhaut blass. In der Höhe der Bifurcation 8 cm. über dem Durchtritt durch das Zwerchfell mündet sie frei mit einem nach hinten abgeschrägten von unregelmässig fetzig, schmutzig grau-grünen Rändern begrenzten Lumen in einen reichlich gänseei-grossen, von ganz unregelmässig höckrigen, wie ausgefressenen, bröcklichen, schmutzig-gelb und grün-braunen Wandungen ausgekleideten Hohlraum, der hinter dem linken Bronchus durch mit dem linken Pleurasack communicirt. Die Wandungen werden gebildet von der zu den beschriebenen Massen entarteten Oesophaguswand, dem Mediastinum, der linken Bronchialwand, Aortenwand und den ganz zu einem taubenei-grossen bröcklichen, schmutzig grau-weissen Tumor entarteten Bronchialdrüsen. 2—3 cm. über dem Zwerchfell lässt sich der Oesophagus wieder auffinden als hochgradig verdicktes mit grau-grünen ulcerirten Massen innen ausgekleidetes Rohr, von so engem Lumen, dass der kleine Finger sich nur hineinpressen lässt. Der Bauchteil des Oesophagus hat dieselbe Beschaffenheit, wie eben beschrieben, grenzt sich an der Cardia mit einem zackigen, wie ausgefressenen Rande gegen die blasse, glatte Magenschleimhaut ab, deren Cardiateil durch einen hinter ihr liegenden, apfelgrossen Tumor vorgewölbt ist. Dieser Tumor erscheint auf dem Durchschnitt markig grau-weiss und hat im Centrum eine intensiv weisse, bröckliche, ungefähr kirschgrosse Masse. Nach unten hängt er mit dem oberen Rande des Kopfes und des daran grenzenden rechten Drittels des Pankreas zusammen, während er an seinen Seiten- und Hinterflächen vom Bauchfell überzogen und gegen die grossen Gefässe und Leber frei

abgrenzbar ist. Die rechte Niere zeigt auf dem Durchschnitt beiderseits einzelne erbsengrosse, längliche, grau weisse Heerde von weicher Consistenz. Die linke Niere zeigt auf der Oberfläche 3 erbsengrosse, leicht prominirende grauweisse Knötchen von weichem Durchschnitt. Die Leber zeigt auf der Oberfläche zahlreiche höckerige linsen- bis kleinapfelgrosse, hervorragende Knötchen von rötlich-weisser Farbe. Auf dem Durchschnitt sieht man in der gelb- und blassrotbraun marmorirten Leber-substanz eingestreut zahlreiche weissrötliche ganz unregelmässig begrenzte Heerde von der verschiedensten Grösse und markig weicher Consistenz.

11. Nr. 30. 1881. M. 37 Jahre.

Ausgebreiteter, stricturirender Krebs der Speiseröre im unteren Drittel, auf Luftröre und Pleura übergreifend; Krebs der Lymphdrüsen, Lunge, Magen, Leber.

Die Speiseröre ist 5 cm. unter den Aryknorpeln beginnend durch zahlreiche grössere und kleinere derbe gelbliche Knoten stark verengt. 7 cm. über der Cardia beginnt eine sehr starke Stenosirung durch eben solche höckerige graulich-gelbe central ulcerirende Krebsmassen. Von diesen Ulcerationen aus zieht in die rechte Pleura hinein eine ziemlich ausgedehnte Partie graulicher, misfarbener, erweichter Knoten. Die Perforationsstelle ist durch Adhaesion mit der Pleura pulmonalis verklebt. Die angrenzende Partie des rechten unteren Lungenlappens in der Höhengausdehnung von 9 cm., in der Dicke von 5—6 cm., in der Breite von 8 cm. gleichmässig in eine pulpös erweichte Masse umgewandelt. Die Pleura ist in der ganzen Ausdehnung abgelöst, sehr verdünnt; nach Ausspülen einer gelblichen, bröcklichen Masse bleibt ein braunliches unter dem Wasserstrahl flottirendes lockeres Gewebe zurück. Die ganze Umgebung des Herdes ist etwa 6 cm. weit in unregelmässiger Weise theils blass-graurot, theils dunkel-graurot infiltrirt. Der obere Teil der Oesophagusverengung zeigt sich als einem grossen die Luftröre umfassenden derben Tumor angehörig, der auf der Schnittfläche, stellenweise dicht weisslich gesprenkelt erscheint, und die Luftröre sehr stark verengt. Die Knorpelringe sind dadurch stark gebogen, stellenweise von der Krebsmasse durchbrochen. Die Luftrörenscheidhaut ist stark verdickt, gleichmässig krebsig umgewandelt. Der nervus vagus, die Aorta descendens sind fest mit der Speiseröre verwachsen. In der rechten Lunge finden sich einige grosse und kleine unregelmässig begrenzte, die Umgebung wenig überragende mit tiefen, narbenartigen Einziehungen versehene gelbe Knoten. Das Gewebe der Leber ist auf dem Durchschnitt von sehr zahlreichen gelben, trocknen, an einzelnen Stellen mit cystischen Erweichungen versehenen grossen und kleinen Knoten durchsetzt. An der Cardia ziehen vom Oesophagus aus zahlreiche verästelte, derbe Züge in die Submucosa des Magens. An der vorderen Wand, nahe der kleinen Curvatur, über dem Pylorus, sitzt eine 6 cm. grosse, flache graurötliche, beetartige Geschwulst, und nahe dabei eine andere 7 cm. messende ringsum deutlich abgegrenzte Erhebung mit unebener, wie ausgenagter centraler Partie.

12. 239. 1883. M. 74 Jahre.

Carcinom im mittleren Drittel des Oesophagus. Fortsetzung auf den rechten Ober- und linken Unterlappen; krebsige Entartung der Tracheal- und Bronchialdrüsen.

Oberhalb der Bifurcationsstelle der Trachea ist die Speiseröre auf eine Strecke von 6 cm. stark ausgedehnt, bis 9 cm. im Umfang messend. Die Schleimhaut dieser Stelle ist ungleichmässig netzförmig zerstört, so dass die Muscularis freiliegt.

Unmittelbar darunter verengt sich plötzlich das Lumen, so dass es kaum für einen dünnen Katheter durchgängig ist. Hier ist die Wandung in einer Ausdehnung von 5 cm. ungleichmässig verdickt, eine Dicke von 3 cm. erreichend. Die in das Lumen hineinragende Wand ist von schmutzig-grauer Farbe und von uneben höckeriger Beschaffenheit. An einzelnen Stellen befinden sich darauf lose angeheftete Gewebsetzen, welche im Wasserstrahl flottiren. Der rechte Ober- und der linke Unterlappen sind von schiefrig grauem Aussehen, sind ungleichmässig von grossen und kleinen grau-weissen, zum Teil gallertig aussehenden Einlagerungen durchsetzt. Die Bronchial- und Trachealdrüsen sind geschwellt, zum Teil schiefrig pigmentirt, auf dem Durchschnitt zum Teil von weisslicher Färbung, und es lässt sich eine rahmartige Flüssigkeit abstreifen.

13. No. 12. 1884. M. 47 Jahre.

Ausgedehnter Krebs des oberen, mittleren und unteren Drittels der Speiseröhre mit Durchbruch in die Bronchien. Secundärer Krebs der epigastrischen Drüsen.

Die Speiseröhre ist genau 7 cm. unter den Aryknorpeln durch eine 3,5 cm. lange und ebenso breite Vorwölbung stark eingeengt; auf der Höhe derselben ist die Schleimhaut durchbrochen, und aus der Durchbruchsstelle ragen zerklüftete, teils grau-rötliche, teils gelbliche Massen hervor. Dieser Tumor erstreckt sich gegen die Luftröhre und wölbt die Schleimhaut derselben in der Länge von 3 cm., bis 1,5 cm. in der Breite unregelmässig höckerig hervor. Oberhalb dieses Tumors zeigt sich die Speiseröhre bei mässiger Anspannung 7,5 cm. weit. Unterhalb derselben schliesst sich eine 4. cm. lange, bei mässiger Anspannung bis 8 cm. weite Stelle an, in welcher, wie im oberen Teil, die Schleimhaut ziemlich dunkel grau-rot, etwas verdickt, stellenweise fast warzig, und besonders an dem Tumor sammetartig erscheint. In dieser erweiterten Stelle liegt ein 2—2,5 cm. messender, schmutzig-gelblich zerklüfteter Krebsbrocken frei. Sie ist nach unten in unregelmässiger Weise begrenzt durch einen Wall von in sie hineinragenden an der Oberfläche zerklüfteten Krebsmassen. Das darauf folgende 11 cm. lange Stück der Speiseröhre ist in einen etwa 6 cm. im Durchmesser haltenden Krebscylinder umgewandelt, durch welchen ein vielfach geknickter Kanal, von zerklüfteten Krebsmassen ausgefüllt, führt. An der vorderen Wand findet sich ein schmaler Streif von gut aussehender Schleimhaut, von oben bis unten in ungleichmässiger, höchstens 1,5 cm. betragender Breite verlaufend. Auf dem Durchschnitt ist der Krebs blass-gelblich, und grünlich, stark bröcklich. Unterhalb des Carcinoms ist eine 4—5 cm. lange nur mit kleinen Gruppen gelblicher Knötchen besetzte Strecke der Speiseröhre mit stark verdicktem, weisslich-getrübbtem Epithel auf dunkel grau-roter Schleimhaut. Die Schleimhaut der Bronchien ist mit reichlichen, gelblich-weissen Knötchen durchsetzt. Die epigastrischen Drüsen sind geschwellt und carcinomatös entartet.

14. No. 32. 1884. W. 62 Jahre.

Stricturirender Krebs des Oesophagus im mittleren Drittel.

15. No. 209. 1884.

Stenosirendes Krebsgeschwür des mittleren Speiserörendrittels, in und um ein Traktionsdivertikel sich entwickelnd.

Der Bifurcation entsprechend finden sich zwei 7 mm. lange und je 4 mm. breite, durch eine scharf vorspringende Schleimhautfalte begrenzte Ausbuchtungen. Darunter nach rechts hin 2 cm. tiefer ein nach oben gerichtetes Traktionsdivertikel; unterhalb der erst genannten findet sich in der Länge von 2,5 cm. ein 12 mm. breites Krebs-

geschwür mit in geringer Ausdehnung anhaftenden Krebsbröckeln. Etwa in gleicher Höhe mit dem kleinen Tractionsdivertikel findet sich in der Tiefe des Krebsgeschwürs eine ähnliche trichterförmige Ausbuchtung. Das Geschwür ist von einem bald schmaleren, bald breiteren Krebswall umgeben; die ganze Speiseröhre ist in der Länge von 7 cm. stark stenosirt, ihre Wand ungleichmässig verdickt theils durch das Krebsgeschwür der Schleimhaut, theils durch in der Submucosa weit nach oben kriechende, die oberen Divertikel umfassende Krebsmassen.

16. No. 266. 1884. M. 41 Jahre.

Ausgedehntes Krebsgeschwür des mittleren Speiserörendrittels mit Durchbruch in den linken Bronchus. Kleines Krebsgeschwür an der Cardia. Metastasen in Lymphdrüsen und Leber.

17. No. 262. 1885. W. 63 Jahre.

Grosser Oesophaguskrebs im mittleren und unteren Drittel. Secundärer Krebs der Lunge, Leber, Nieren, Mediastinum, Thyreoidea.

18. Alte Sammlung.

Stenosirendes Krebsgeschwür im mittleren Drittel, nach der rechten Lunge vordringend.

Die Speiseröhre misst vom Aryknorpel bis Cardia 35 cm.; 23 cm. vom Aryknorpel beginnend breitet sich ein ringförmiges Geschwür über die Schleimhaut des Oesophagus aus. Es reicht in seiner grössten Ausdehnung 7 cm. nach unten. Dieses Maass gilt aber nur für die Höhengrösse an der linken Seiten- und Hinterfläche; an der rechten Seiten- und Hinterfläche hat es eine Höhe von 5 cm.; im vorderen Teil ist die Höhe 4 cm. Die Begrenzung oben verläuft von den Seiten unregelmässig nach vorne zu, und zwar an der linken Seite steiler herunter. Die ganze Neubildung stellt eine unregelmässig höckerige Ulcerationsfläche dar, welche an verschiedenen Stellen verschieden tief in die Muscularis durchgegriffen hat. Es ist eine trichterförmige Stenosirung zu Wege gebracht, 2 cm. oberhalb des unteren Krebsrandes ist nach rechtshin das Geschwür 4 cm. tief divertikelartig ausgebuchtet der Grund dieser Ausbuchtung ist von der angelöteten rechten Lunge gebildet.

19. Alte Sammlung No. 38.

Stenosirendes Krebsgeschwür im mittleren Drittel der Speiseröhre, Dilatation des oberen Abschnitts.

Etwa 2 cm. oberhalb der Bifurcation beginnt nach unten sich verbreiternd, ein carcinomatöses Geschwür, welches den Oesophagus in der ganzen Peripherie und in der Länge von 6 cm. befallen hat. Das Lumen ist dadurch stark verengt. Oberhalb des Carcinoms ist die Speiseröhre schlaff und bis 6,5 cm. erweitert.

20. Alte Sammlung.

Krebsgeschwür im oberen Drittel des Oesophagus; Perforation in die Luftröhre.

Ein grosses ringförmiges, carcinomatöses Geschwür, von sehr zerklüftetem Aussehen zieht von der Gegend der Aryknorpel bis zum dritten Trachealring herunter, das ganze Lumen des Oesophagus ausfüllend. Zwischen dem 1. und 2. Trachealring ist es zur Perforation in die Luftröhre gekommen, und es hängt eine blumenkohlartige Geschwürsmasse von 2,5 cm. Länge und 1 cm. Dicke in das Lumen derselben hinein. Das umliegende Gewebe ist fest infiltrirt.

21. Nr. 194. 1875.

Enormes Krebsgeschwür der unteren Speiseröhrenhälfte mit Durchbruch nach der rechten Lunge — grosse Krebstumoren um die Cardia — Secundärer Krebs der Leber — Falscher Weg der Magen-submucosa.

Ein kolossales Carcinom beginnt an der Bifurcation. Nach ca. 2 cm. leichter Stenosirung erweitert sich die Speiseröhre in eine 7,5 cm. weite und etwa ebenso lange von gelblichen, bröcklichen, zerklüfteten Massen ausgekleidete Höle. Das Schleimhautstück ca. 2,5 cm. über der Cardia ist grossenteils normal, nur an der linken Seite zieht ein 1 cm. breiter, etwas verdickter krebsig infiltrirter Streif bis zur Cardia. Um die Cardia herum finden sich nach unten zu bis über hühner-eigrosse Krebstumoren mit ausgedehnter, breiiger Erweichung? im angrenzenden nicht scharf abgegrenzten linken Leberlappen finden sich ebenfalls breiig erweichte Krebsknötchen; 3 cm. oberhalb der Cardia beginnend, läuft ein die Schleimhaut von der Muscularis abtrennender 6 cm. langer, falscher Weg. Im oberen Teil des weiten krebsigen Speiseröhrenabschnitts dringt das Geschwür bis zur rechten Lunge vor, welche in etwa Markstück-Grösse oberflächlich zerklüftet ist.

22. 1) Alte Sammlung. W. 54 Jahre.

Stenosirendes Krebsgeschwür der mittleren Speiseröhre mit Durchbruch nach der rechten Lunge und Fortsetzung auf beide Bronchi. Künstliche Magen fistel durch Gastrotomie wegen krebsiger Stenose der Speiseröhre.

An der Bifurcation beginnt ein stark stenosirendes Krebsgeschwür, welches in der Länge von 2,5—4 cm. die Speiseröhre bis auf einen 4 mm. breiten normalen Schleimhautstreif umfasst. In der Mitte des Krebsgeschwürs findet sich eine 4 mm. grosse Oeffnung, welche etwa 1,5 cm. nach rechts und vorn gegen den Lungenhilus hinein führt; die Wandungen dieses Kanals sind unregelmässig zerklüftet, von derben, gelben Krebsmassen umfasst, welche bis zum rechten Bronchus unmittelbar an der Bifurcation vordringen. Die Schleimhaut des Bronchus ist daselbst in der Ausdehnung von 5—10 cm. gelockert und fein durchlöchert; 2 cm. von der Bifurcation findet sich auch im linken Bronchus eine ähnliche durch das Vordringen des Krebses veränderte Stelle.

23. Alte Sammlung Nr. 11.

Starke Erweiterung des oberen Speiseröhrenabschnitts. Stricturirendes Krebsgeschwür im mittleren Drittel mit Durchbruch nach der linken Lunge hin. Secundärer Krebs der Bronchialdrüsen.

24. Alte Sammlung Nr. 12 a.

Grosses Krebsgeschwür des Schlundes oberhalb der Aryknorpel beginnend bis zum 7. Trachealring reichend. Durchbruch der Trachea vom 4—7 Trachealring — grosse krebsige Jauchehöle an der vorderen linken Halsseite.

1) Scharffenberg. Dissert. Inaug. Kiel, 1867.



II.

25. Nr. 377. 1880. W. 41 Jahre.

Speiserötenkrebs; Secundärer Krebs der Leber, Gallenblase, Lungen, Retroperitonealdrüsen, des Pankreas.

26. Nr. 127. 1884. M. 64 Jahre.

Krebs der Speiseröte — Secundärer Krebs der Halslymfdrüsen, Bronchial- und Retroperitonealdrüsen, Nebenniere.

III.

27. Nr. 56. 1882. M. 40 Jahre.

Carcinom des ganzen Magens auf die Speiseröte übergreifend; Miliarcarcinose von Peritoneum und Pleura.

28. Nr. 21, 1883. M. 41 Jahre.

Magenkrebs mit starker Stenose des Pylorus. Secundärer Krebs der Speiseröte mit Stenosirung. Secundäre Knoten in Peritoneum, Pleura, Dünndarm, Leber.

29. No. 11. 1884. M. 20 Jahre.

Grosser Magenkrebs auf die Speiseröte übergreifend; secundärer Krebs der linken Nebenniere.

Der Oesophagus ist in der Mitte ziemlich stark erweitert, unter dem Kehlkopf beginnend mit zahlreichen teils einzeln teils gruppenweise stehenden hirsekornt- bis linsen-grossen, blassen, etwas papillären Warzen besetzt. Die Schleimhaut ist dunkel grau-rot. Unmittelbar an der Cardia ragt ein blass gelber-Wall von etwas höckeriger Beschaffenheit hervor, das Lumen des Oesophagus stark verengend. An einer Stelle zeigt dieser Wall eine Unterbrechung, welche für eine elastische Sonde passirbar ist. Unmittelbar unter dem Wall zeigt sich ein handteller-grosses, unregelmässig buchtiges Geschwür mit teils scharf abgeschnittenem flachen, teils leicht wulstig verdicktem Rande. Die Basis dieses Geschwürs ist ziemlich glatt, von wenigen unregelmässigen Höckern überragt. Weiterhin ist sie gebildet von dem sehr gelockerten, zum Teil pulpös zerklüfteten Pankreas. Ausserdem bildet an umschriebener Stelle die linke Nebenniere den Geschwürsgrund, in deren Mark und Corticalis bis etwa hanfkorn-grosse granulirte Krebsknötchen sich eingesetzt zeigen. Hinter dem Pankreas und mit demselben anscheinend verlötet, findet sich ein derber, fester, der vorderen Fläche der Aorta anliegender Tumor. Auf dem Durchschnitt zeigt derselbe, die arteria coeliaca umfassend, eine gelbliche Schnittfläche.

Die folgende Tafel möge eine Uebersicht über die Fälle geben.

Nr		Alter, Geschlecht	Sitz, Gestalt, Grösse	Fortsetzung und Metastasen.
1	58. 1873	57 J. m.	unteres Drittel, ringförmig, 7 cm.	Magen.
2	114. 1873	76 J. m.	unteres Drittel, ringförmig.	Magen, Nebennieren beiderseits, rechte Niere, Nierenvene, retroperitonealdrüsen, Leber, vena cava.

Nr		Alter, Geschlecht	Sitz, Gestalt, Grösse	Fortsetzung und Metastasen.
3	232. 1874	84 J. w.	mittleres Drittel, 3 cm.	Mediastinum, Leber, Lymphdrüsen Aorta.
4	162. 1875	65 J. w.	unteres Drittel.	Lunge, Pleura, Retroperitoneal- und Retromediastinaldrüsen, Wirbelsäule.
5	194. 1875	72 J. m.	mittleres Drittel, ringförmig.	Epigastrische Drüsen.
6	102. 1876	45 J. m.	mittleres Drittel, ringförmig, 4 cm.	Magen - Bronchial- und Mesenterial- drüsen, Leber.
7	162. 1876	60 J. m.	unteres Drittel.	Magen.
8	264. 1877	68 J. m.	unteres Drittel.	Lunge, Pleura.
9	37. 1880	72 J. w.	unteres Drittel.	Leber.
10	261. 1880	67 J. m.	mittleres Drittel.	Mediastinum, mediastinale und Retro- mediastinale Drüsen, Pleura, Bron- chialdrüsen, Magen, Pankreas, Nieren, Leber.
11	30. 1881	37 J. m.	unteres Drittel.	Trachea, Pleura, Lymphdrüsen, Lunge, Magen, Leber.
12	239. 1883	74 J. m.	mittleres Drittel, ringförmig.	Rechter Oberlappen, Bronchial- und Trachealdrüsen, linker Unterlappen.
13	12. 1884	47 J. m.	oberes, mittleres, unteres Drittel.	Bronchialschleimhaut, epigastrische Drüsen.
14	32. 1884	62 J. w.	mittleres Drittel.	— —
15	209. 1884	—	mittleres Drittel.	— —
16	336. 1884	41 J. m.	mittleres Drittel.	Durchbruch in den linken Bronchus, Metastasen in Lymphdrüsen und Leber.
17	262. 1885	63 J. w.	mittleres und unteres Drittel.	Lunge, Leber, Nieren, Mediastinum, Thyreoidea.
18	A. S.	—	mittleres Drittel.	Perforation in die rechte Lunge.
19	A. S. 38	—	mittleres Drittel.	— —
20	A. S.	—	oberes Drittel.	Perforation in die Trachea.
21	194. 1875	—	unteres Drittel.	Perforation in die rechte Lunge, Krebs der Leber.
22	A. S.	54 J. w.	mittleres Drittel.	Perforation der rechten Lunge, Meta- stasen in beiden Bronchi.
23	A. S. 11	—	mittleres Drittel.	Perforation der linken Lunge, Sec- undärer Krebs der Bronchialdrüsen,
24	A. S. 12*	—	oberes Drittel.	— —
25	377. 1880	41 J. w.	Oesophagus-carcinom.	Leber, Gallenblase, Lunge, Pankreas, Retroperitonealdrüsen.
26	124. 1884	64 J. m.	Oesophagus-carcinom.	Halslymphdrüsen, Bronchial- und Retro- peritonealdrüsen, Nebennieren.

Nr.		Alter, Geschlecht	Sitz, Gestalt, Grösse	Fortsetzung und Metastasen.
27	56. 1882	40 J. m.	Secundäres Oesophagus carcinom.	Miliarcarcinose von Pleura und Peritoneum.
28	21. 1883	47 J. m.	Secundäres Oesophagus carcinom.	Peritoneum, Pleura, Dünndarm, Leber
29	11. 1884	20 J. m.	Secundäres Oesophagus carcinom.	Linke Nebenniere.

Fassen wir die Resultate kurz zusammen, so ergibt sich Folgendes: In der Hälfte der Fälle hat das Carcinom seinen Sitz im mittleren Drittel (Nr. 3, 5, 6, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 22, 23) und zwar meist in der Gegend der Bifurcation, entweder unmittelbar hiervon ausgehend, oder etwas oberhalb oder unterhalb derselben beginnend; in 8 Fällen = 33,3 % sass die Neubildung im unteren Drittel (Nr. 1, 2, 4, 7, 8, 9, 11, 21); in einem Falle = 4,1 % (Nr. 17) waren das mittlere und untere Drittel befallen; ebenso oft oberes, mittleres und unteres (Nr. 13); 2 Mal = 8,3 % das obere Drittel (Nr. 20 und 24).

Aus diesem geht hervor, dass in der Hälfte der Fälle das Carcinom sich im mittleren Drittel des Oesophagus entwickelt hat, etwas weniger häufig der Sitz der Neubildung im unteren Drittel war; im oberen Drittel nur ein zweimaliges Vorkommen des Krebses beobachtet wurde. Es ergibt sich hiermit eine Abweichung gegenüber den Zahlen von Petri und Zenker-Ziemssen, in vollem Widerspruch stehen wir mit Foerster, nach welchem die Zahl der im unteren Drittel vorkommenden Krebse gleich der Zahl der im oberen Drittel sitzenden sein soll.

Stellen wir jedoch unsere Zahlen mit denen von Petri und Zenker-Ziemssen zusammen, so ergibt das Gesamtergebnis aus dieser grösseren Zahlenreihe Uebereinstimmung mit diesen Autoren. Es würde darnach der oben Seite 5 gegebene Satz dieser Autoren den Tatsachen entsprechen.

Sitz im	nach Petri	nach Zenker	Kiel	Summa
oberen Drittel	2 = 4,5 %	2 = 13,3 %	2 = 8,3 %	6 = 7,3 %
mittleren "	13 = 29,5 %	1 = 6,6 %	12 = 50,0 %	26 = 31,7 %
unteren "	18 = 40,9 %	6 = 40,0 %	8 = 33,3 %	32 = 39,0 %
oberen u. mittleren "	1 = 2,2 %	2 = 13,3 %	—	3 = 3,6 %
mittleren u. unteren "	8 = 18,1 %	3 = 20,0 %	1 = 4,0 %	12 = 14,5 %
alle drei "	1 = 2,2 %	1 = 6,6 %	1 = 4,0 %	3 = 3,6 %
	43 Fälle	15 Fälle	24 Fälle	82 Fälle

Die Schwankungen in den Zahlen der Einzelbeobachter sind wol die Folge doch verhältnismässig kleiner Zahlen.

Die Ausbreitung der Neubildung war in den Fällen, wo dieser Punkt festgestellt ist, fast stets ringförmig, selten einseitig wandständig, oder durch eine Brücke normalen Gewebes unterbrochen. Ueber die Längenausdehnung des Carcinoms finden sich nur vereinzelte Angaben; wo das Maas aber angegeben ist und in den mir vorliegenden Praeparaten überstieg dieselbe nur in Nr. 13 die Länge von 11 cm.

Auch in diesem Punkte stimmen unsre Resultate mit den Angaben der Autoren überein.

Die Fortsetzung des Krebses auf andere Organe stellte sich wie folgt: Bei Fortwucherung der Neubildung in die Peripherie sind am häufigsten, wie sich nach dem Sitz des Carcinoms von vorne herein erwarten lässt, die Bronchien und angrenzenden Lungenteile, Pleura, Trachea, ergriffen; in 4 Fällen ist die Perforation nach rückwärts in das Mediastinum posticum erfolgt, in 2 Fällen war die Aorta befallen, einmal hatte sich hierbei der Krebs in dem spongösen Teil der Wirbelkörper eingenistet. 6 Mal ist die Neubildung des Oesophagus entlang in den Magen hineingewuchert, in Nr. 1, 2, 6, 7, 10, 11.

Von den Metastasen sind die häufigsten die in den Lymphdrüsen; ausdrücklich erwähnt, dass sie zu krebsigen Packeten angeschwollen sind, finden wir in 10 Fällen. Im Uebrigen finden wir die echten Metastasen im Bauchraum, was Petri schon dadurch erklärt, dass die Venengeflechte des Oesophagus durch den Hiatus mit dem System der vena portarum in directer Communication steht, desgleichen auch die Lymphgefäße mit denen der Bauchhöhle communiciren. Beim Zerfall der Krebsmassen können sehr leicht noch lebensfähige Keime durch den Blutstrom der vena cava in die Leber geführt werden und hier zur Entwicklung von Krebsknoten Veranlassung geben. In der That finden wir in $\frac{1}{3}$ derjenigen Fälle, in welchen nicht bloss Präparate vorlagen, Metastasen in der Leber. Auch die anderen Unterleibsorgane, Nieren, Nebennieren, Pankreas, Dünndarm, sind in vielen Fällen von der Krebsentwicklung erfasst.

Besonders interessant ist einerseits die Häufigkeit des Uebergreifens auf den Magen, andererseits das umgekehrte Verhalten (No. 27, 28, 29), secundärer Speiseröhrenkrebs bei Magenkrebs.

In Bezug auf den sehr wichtigen Punkt des Alters habe ich Folgendes gefunden: Es kamen vor:

Im 20—30 Lebensjahre: 1 Fall mit 20 Jahren

„ 30—40 „ 2 Fälle „ 37 „

„ 40—50 „ 7 „ „ 40, 41, 41, 45, 47, 47, 47 Jahren

Im 50—60 Lebensjahre: 1 Fall mit 57 Jahren
 „ 60—70 „ 7 Fälle „ 60, 62, 63, 65, 67, 68 Jahren
 „ 70—80 „ 4 „ „ 72, 72, 74, 76 Jahren
 „ 80—90 „ 1 Fall „ 84 Jahren.
 Ohne Altersangabe 7 Fälle, meist aus der alten Sammlung.

Daraus ergibt sich, dass der Speiserötenkrebs, wie der Krebs überhaupt, am häufigsten im höheren Alter auftritt, und nur ausnahmsweise in jungen Jahren.

Wir können uns dem Eindrucke nicht entziehen, dass gerade der Speiserötenkrebs als Stütze der geistreichen Hypothese Cohnheims nicht dienen kann.

Gerade der Sitz im unteren Drittel, häufig nicht direct an der Cardia, sondern etwas oberhalb beginnend, dann der nächst häufige Befund an der Bifurcation der Luftröhre und zwar oft wider etwas oberhalb, spricht doch mehr noch für rein mechanische Momente. Es sind das eben gerade die Stellen, an welchen bei jedem Schlingakte ein leichtes Hindernis zu überwinden ist, während sonst allenthalben die Bissen ohne Aufenthalt vorübergleiten.

Seit wir das häufige Auftreten von Magenkrebs an und um chronische Magengeschwüre oder deren Narben (auch im Kieler pathol. Institute ist seit Jahren eine Reihe von solchen Fällen gesehen) kennen gelernt haben, müssen doch chronische Reizzustände für die Aetiologie wider mehr in den Vordergrund geschoben werden.

Ein ähnlicher Anknüpfungspunkt für Krebsentwicklung würde nun (ausser dem oben genannten für die Fortbewegung in den kreuzenden Bronchi gegebenen leichten Hindernis) in den gerade an dieser Stelle so häufig stattfindenden Verwachsungen mit schrumpfenden Lymphdrüsen und den daraus hervorgehenden Traktionsdivertikeln gefunden werden. Herr Professor Heller hat diese Hypothese aufgestellt und fand sie in einem Falle (No. 15) durch das Vorhandensein mehrerer Divertikel in und bei einem Krebse dieser Stelle bestätigt; ein zweiter Fall (No. 3) dürfte ebenfalls mit höchster Wahrscheinlichkeit so aufzufassen sein.

Es verlohnte sich der Mühe, nach dieser Richtung hin, die an der Bifurcation vorkommenden Speiserötenkrebsen genauer zu prüfen.

Wenn auch nur ein kleines Material für die vorliegende Arbeit zur Verfügung gestanden, und in Folge dessen bei dem Streit um die von uns behandelten Fragen nicht entscheidende Schlüsse gezogen

werden können, so dürfte diese Abhandlung vielleicht für künftige Bearbeiter einen statistischen Nutzen haben und zu weiterer Forschung anregen.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor Heller, für die gütige Ueberlassung des Materials und Unterstützung bei dieser Arbeit meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Vita.

Ich Heinrich Braasch, wurde am 24. März 1859 zu Rendsburg geboren; zuerst besuchte ich die städtische Bürgerschule, dann das Gymnasium meiner Vaterstadt, welches ich 1879 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Nach Absolvirung meiner einjährigen Dienstzeit bezog ich Ostern 1880 die Universität Kiel, bestand Ostern 1883 das Tentamen physicum, dann im Jahre 1885 das medicinische Staats-examen, darauf am 11. Januar 1886 das Doktorexamen, und liess mich am 15. Januar 1886 als Arzt in Rendsburg nieder.

Thesen.

1. Die genaue Kenntnis des Sectionsbefundes bei congenitaler Syphilis ist für den Gerichtsarzt von der grössten Wichtigkeit.
 2. Cocain ist ein vorzügliches Mittel zur localen Anaesthesie bei Panaritien.
 3. Beginnende Ftisis ist durch consequente Inhalation von Terpentinöl in einzelnen Fällen heilbar, in allen Fällen wird der Verlauf der Ftisis wesentlich verzögert.
-

10840

11675