



Fall von Oesophaguscarcinom mit
Uebergreifen auf den linken Vorhof.
Metastase in der Dura mater.

Inaugural - Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg in Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt und nebst den beigefügten Thesen

öffentlich verteidigt

am Freitag, den 30. October, Mittags 12 Uhr

von

Paul Wessel

prakt. Arzt.



Opponenten:

Herr Dr. H. Stieda, prakt. Arzt.

Herr Dr. P. Samter, prakt. Arzt.



Königsberg i. Pr.

Druck von M. Liedtke, Bergplatz 7.

1891.



Meinen Eltern.



Der in der vorliegenden Arbeit beschriebene Fall von Krebs des Oesophagus zeichnet sich durch verschiedene interessante Punkte gegenüber andern beschriebenen Oesophaguskrebsen aus und wurde mir von Herrn Geheimrat Professor Dr. Neumann zur Beschreibung überwiesen.

Ich lasse nun die Krankengeschichte, wie sie mir von Herrn Professor Dr. Lichtheim gütigst zur Verfügung gestellt wurde, in extenso folgen.

Aufnahme den 13. December 1890.

Heinrich Brosell aus Gutenfeld, Kreis Königsberg, 53 Jahre alt, Arbeiter.

Anamnese. Patient ist ein 53jähriger Arbeiter, will aus gesunder Familie stammen und weiss nicht anzugeben, woran seine Eltern gestorben sind. Patient kann sich nicht erinnern Kinderkrankheiten durchgemacht zu haben, will vielmehr in seiner Jugend stets gesund gewesen sein. Im Jahre 1875 hat Patient an Muskelrheumatismus etwa sechs Wochen zu Bett gelegen. Seitdem sind noch dreimal rheumatische Schmerzen

im Frühjahr respektive Herbst eingetreten. Im August dieses Jahres, also 1890, erkrankte Patient mit Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Aufstossen, Druck in der Magengegend nach dem Essen, Schmerzen, welche von der Magengegend nach der Brust und dem Rücken ausstrahlten. Auch hat Patient damals Erbrechen gehabt, weiss jedoch nicht anzugeben, ob das Erbrochene blutig oder bräunlich gefärbt gewesen ist. Das Schlucken ist nicht erschwert gewesen, auch will Patient nicht gefiebert haben. Nach dreiwöchentlichem Krankenlager und ärztlicher Behandlung konnte Patient seine Arbeit wieder aufnehmen. Nur wenige Tage später traten dieselben Erscheinungen wieder auf und hielten mit geringen Besserungen etwa vier Wochen lang an, doch waren die Schmerzen nicht so gross, dass Patient die Arbeit einzustellen genöthigt war. Erst Anfang November steigerten sich die Beschwerden sehr erheblich. Patient hatte häufiges Aufstossen und Erbrechen unmittelbar nach dem Essen; häufigen Singultus, starke Schmerzen, welche von der Magengegend nach der Brust und dem Rücken ausstrahlten. Patient konnte schliesslich nur noch flüssige Nahrung zu sich nehmen und hatte beim Verschlucken fester Bissen das Gefühl, als ob dieselben im unteren Theile der Speiseröhre stecken blieben. Es stellte sich darauf starker Brechreiz ein, doch konnte Patient das Erbrechen unterdrücken und machte in den meisten Fällen nur Würgebewegungen. Das Erbrechen ist in letzter Zeit seltener geworden und soll das Erbrochene auch jetzt niemals blutig gefärbt gewesen sein. Patient ist von Anfang November von einem Arzt zu

Hause behandelt worden, ohne dass eine wesentliche Besserung eingetreten ist und wurde dann am 13. December 1890 in die hiesige medicinische Klinik aufgenommen.

Seit August des Jahres 1890 will Patient sehr stark abgemagert und sehr von Kräften gekommen sein. — Der Stuhl soll meistens diarrhöisch gewesen sein, der Urin spärlich und dunkel gefärbt.

Mässiger Potus zugegeben, Lues in Abrede gestellt.

Status praesens. Stark abgemagertes, elend aussehender, grosser Patient, der momentan keine Schmerzen hat, nur bei tiefem Einathmen über Druck in der Magengrube klagt. Panniculus adiposus ist fast garnicht vorhanden, Muskulatur nur spärlich entwickelt. Die Gesichtszüge sind abgezehrt, die Wangen eingefallen. Sein Sensorium ist zwar frei, doch giebt er nicht immer genaue passende Antwort. Ganz leicht entwickeltes Geronotoxon, während die Papillen normal reagieren. Die Schleimhäute sind nicht besonders blass.

Die Halsmuskulatur ist in ihren Ansätzen deutlich sichtbar, die drei Halsgruben ebenfalls; keine Venenpulsationen. Am Halse und hinter dem Sternum keine Drüsen zu fühlen.

Der Thorax ist symmetrisch gebaut, und treten bei tiefem Athmen am unteren Theile des Sternum und in der Magengrube Schmerzen auf. Die Haut fühlt sich nicht übermässig warm an. — Der Spitzenstoss ist weder deutlich sichtbar noch fühlbar. Beide Thoraxhälften athmen gleichmässig.

Percussion. Die oberen Lungengrenzen gleich hoch. Vorne überall normaler Percussionsschall, auch über dem Sternum.

Die unteren Lungengrenzen sind:

Rechts: Parasternallinie VI. Rippe,
 Mammillarlinie VII. „
 Axillarlinie IX. „

Gute Excursionsgrenzen unten.

Links: Parasternallinie . oberer Rand d. V. Rippe,
 Mammillarlinie VI. „
 Axillarlinie IX. „

Herzgrenzen:

I. Relative: oben . . . oberer Rand der III. Rippe,
 links . . . Mammillarl. III. Intercost.-R.
 rechts . . . Mitte des Sternums.

II. Absolute: oben . . . oberer Rand der V. Rippe.

Auscultation: Vorne überall vesiculaeres Athmen
 ohne Rasseln.

An der Herzspitze etwas dumpfer, systolischer Ton,
 sonst Herztöne rein; über dem unteren Theile des
 Sternum ein ganz kurzes reibenartiges systolisches
 Geräusch.

Hinten normaler Percussionsschall mit unteren
 Lungengrenzen an der XII. Rippe. Rechts wie links
 hinten vesiculäres Athmen. In der linken Spitze etwas
 träges Athmen.

Die Wirbelsäule ist etwas kyphotisch verkrümmt.

Abdomen etwas eingefallen, sonst gleichmässig ge-
 baut mit weichen Bauchdecken. Dasselbe ist nur im
 Epigastrium schmerzhaft, auch spannen sich hier die
 Musculi recti bei der Palpation an.

Die Leber ist palpabel, doch tritt der scharfe Rand
 nicht hervor. Bei der Percussion steht der untere Leber-

rand in der Mittellinie zwischen Nabel und Processus xiphoidens, in der Mammillarlinie überragt derselbe drei Fingerbreiten den untern Rippenrand.

Die Gegend der Milz ist intensiv gedämpft. Die Milzdämpfung reicht von der VIII. Rippe bis zum untern Rippenrand. Nach vorne kann der Rand nicht bestimmt werden, weil der Traubische Raum gedämpft tympanitisch ist. Die linke Lumbalgegend ist auf Druck etwas schmerzhaft. Oedeme nicht vorhanden, Pulz 92 in der Minute. Temperatur normal. Die Arterien sind eng, derb mit deutlichen Kalkeinlagerungen, was auch an der brachialis deutlich hervortritt. Die Pulsweite ist äusserst klein. Temp. 37,8.

Klinische Diagnose. Carcinoma Oesophagi.

16. December 1890. Der Mageninhalt wird ausgehebert, zeigt schwach saure Reaction und enthält übelriechende, blutig gefärbte Bröckel, in welchen mikroskopisch zahlreiche bewegliche Bacillen, grosse Spirillen, wenig lange Fadenbacillen, aber keine deutlichen Krebs-elemente nachweisbar sind. Bei dem filtrierten Mageninhalt fällt

die Vanillin-Phluroglycinprobe	negativ,
„ Methylvioletteprobe	negativ,
„ Propaeolinprobe	negativ,
„ Eisenchloridcarbolprobe	positiv

aus. Bei der Aufblähung des Magens steigt die grosse Curvatur zwei Fingerbreiten unter den Nabel herab.

17. December. Status idem. Pat. klagt über starke Kopfschmerzen am Abend. Temperatur normal.

19. December. Patient hat nach dem Mittagessen sowie nach dem Abendessen erbrochen. Das Abdomen ist kahnförmig eingefallen.

20. December. Das Erbrochene filtrirt giebt folgendes:

Vanillin-Phluroglycinprobe	negativ,
Methylviolettprobe	negativ,
Propaeolinprobe	negativ,
Eisenchloridcarbolprobe	positiv.

21. December. Patient hat gestern nach dem Abendessen starken, anhaltenden Singultus gehabt, welcher mit kurzen Unterbrechungen bis zum Morgen anhält, so dass Patient fast garnicht schlafen konnte. Patient hatte Kopfschmerzen. Die Percussion ergibt:

Vorne und seitlich links von der IX. Rippe an Dämpfung, welche dem untern Rippenrande parallel geht. Der Thorax ist links unten gedehnter als rechts.

Die Auscultation ergibt in den unteren Thoraxpartieen abgeschwächtes Vesiculaeratmen. spärliche Knittergeräusche, hier und da ein Rasselgeräusch, welches aber schnell wieder verschwindet. Nervus phrenicus auf Druck nicht schmerzhaft. Temperatur normal.

22. December. Erbrechen unmittelbar nach dem Mittagessen. Patient erhält nur noch flüssige Nahrung.

31. December. Patient klagt über anhaltenden Kopfschmerz.

3. Januar 1891. Schmerzen im linken Hypochondrium.

4. Januar. Abdomen eingesunken. Der Traubische Raum im unteren Theile gedämpft.

5. Januar. Schmerzen in der Gegend des linken Ocularis. Temperatur normal.

7. Januar. Patient klagt über grosse Schmerzen in der rechten Inguinalbeuge. Inguinaldrüsen beiderseits sehr geschwollen. Das rechte Schenkeldreieck emporgetrieben, deutliche Pulsationen. Gefässe emporgehoben, über denselben geschwellte Lymphdrüsen. Arterie sehr hart. Auch tiefer liegende Lymphdrüsen geschwellt. Bewegungen äusserst langsam. Passive Streckung des Beines und Ansatzstelle des Ileopsoas sehr schmerzhaft. Grosse Schmerzen von der Magengegend bis in die Schulter und zum Nacken links.

12. Januar. Die Schmerzen haben etwas nachgelassen.

14. Januar. Eine Stunde nach dem Probefrühstück wird eine Magenausspülung vorgenommen. Es wird eine kleine Menge einer gelblich trüben, schwach sauer reagirenden Flüssigkeit, mit Speiseresten entleert. Die Flüssigkeit ist geruchlos, giebt keine Fluroglycinvanillinprobe.

19. Januar. Tief in der linken Achselhöhle sitzt ein flacher Tumor von 2 cm Durchmesser. Derselbe ist mit der Haut leicht verschieblich. Der Tumor fühlt sich derb an, hat wallartig erhabene Ränder von schwach rötlicher Farbe. Die Fläche des Tumors ist leicht excoriirt, secernirend.

26. Januar. Patient giebt seit einigen Tagen viel schlechter Auskunft, ist verwirrt, und spricht unverständliche Worte. Die Untersuchung ergibt eine geringe Dämpfung im unteren Theile des Interscapularraumes,

woselbst leichtes bronchiales Athmen ohne Rasseln zu hören ist. Wenig Husten. Temperatur normal.

28. Januar. Patient ist apathisch, so dass er auf Nadelstiche an den unteren Extremitäten garnicht reagirt. Wenn man ihn aufrüttelt giebt er alle Berührungen gut an. Patient athmet schlecht, doch ist über den Lungen nichts zu finden.

31. Januar. Starker foetor ex ore. Starke Krämpfe in den Oberschenkelmuskeln. Semorium bisweilen bekommen. Stuhlgang wird unwillkürlich entleert.

1. Februar. In der fossa supraspinata dexta bronchiales In und Expirium mit feinblasigem Rasseln. Links hinten unten ebenfalls feine Rasselgeräusche. Auch vorne links unten zeigen sich Rasselgeräusche während des Inspiriums, theilweise klingend. Patient ist vollständig apatisch, schreit oft. Temperatur normal.

5. Februar. Bisweilen ausbleibender Puls. Eine Untersuchung ist nicht möglich. Der Exitus erfolgt um 12 Uhr Nachts.

Am folgenden Tage wurde die Section von Herrn Professor Dr. Nauwerck gemacht. Der Befund war folgender:

Sectionsprotokoll.

Hochgradig abgemagerter Körper mit blassen Hautdecken und blassen Todtenflecken auf dem Rücken. Beginnende Decubitalnecrose am rechten Trochanter major. Panniculus adiposus sehr schwach entwickelt, Muskulatur braunroth, ziemlich feucht.

Im Epigastrium liegt rechts die Leber, links der geblähte Magen in ziemlich grosser Ausdehnung vor. Das grosse Netz ist sehr fettarm, zusammengerollt, zeigt ausgedehnte feste Verwachsungen mit dem Bauchfell in der Nabelgegend.

Die Pleuren sind fast leer. Das Zwerchfell steht auf beiden Seiten in der Höhe der V. Rippe. Die Lungen collabieren stark, die vorliegenden Theile sind blass. Die linke Lunge ist vollständig frei, die rechte Lunge zeigt leichte Verwachsungen mit dem Herzbeutel, sowie am vorderen Rande des Mittel- und Unterlappens. Der Herzbeutel liegt in geringer Ausdehnung frei, ist leer. Das Herz ist klein, das pericardiale Fettgewebe verhältnissmässig gut entwickelt. An der Vorder- und Rückseite des Herzens mehrere Sehnenflecke. Im Gebiete der linken unteren Lungenvene und des angrenzenden Theiles des linken Ventrikels bestehen bündelartige Verwachsungen, nach deren vollständiger Lösung ein grauröthliches, zum Theil haemorrhagisch infiltrirtes Gewebe zu Tage tritt. In der Tiefe zeigt sich nach Lösung der Adhaesionen eine kleine Oeffnung, aus welcher eitriges Flüssigkeit hervorquillt. Im linken Vorhof wenig Cruor und speckhäutige Gerinnungen, sowie etwas flüssiges Blut. Mitralostium für zwei Finger durchgängig. Rechts der gleiche Inhalt, nur etwas reichlicher. Tricuspidalis für drei Finger durchgängig.

Beim Herausnehmen der gesammten Thorax und Halsorgane reisst am rechten Unterlappen, dicht neben der Wirbelsäule eine Höhle ein, aus welcher sich stinkende, mit gelblichen Bröckeln durchsetzte Jauche



entleert. An dem herausgenommenen Oesophagus zeigt sich nun zwei Centimeter oberhalb der Cardia beginnend, ein 8 cm langes, 6 cm breites Geschwür, welches nur eine 1 cm breite Schleimhautbrücke an der Rückseite der Speiseröhre übrig lässt. Die Ränder sehen schiefrig gefärbt aus, sind vielfach gewulstet und fast überall hart. Der Grund wird gebildet durch ein grauweisses, hartes Gewebe, welches sich deutlich aus kleineren Geschwulstknoten zusammensetzt. Auf dem Durchschnitt erscheinen die verdickten Ränder theils weisslich theils leicht geröthet, lassen Krebsaft abstreichen. Eine erhebliche Erweiterung oberhalb des Carcinoms besteht nicht, auch macht das Carcinom höchstens an seinem oberen Rande eine leichte Stenosierung.

Ein Schnitt in den früher erwähnten anscheinenden Brandherd an der Lunge verräth, dass der betreffende Herd nichts anderes ist, als der Zerfallsherd des Oesophaguscarcinoms.

Die Lungenpleura erscheint an der betreffenden Stelle schwartig verdickt. Desgleichen zeigt sich alsbald, dass das oben erwähnte grauröthliche Gewebe im Bereich der linken unteren Lungenvene dem Geschwürsgrunde des Oesophagustumors angehört. Man dringt mittels Sonde durch die weichen Geschwulstmassen leicht in diese Gegend vor, welche durch die gelösten pericardischen Verwachsungen zuvor abgeschlossen war. Die der linken Vorkammer auflagernden Geschwulstmassen infiltrieren die Vorhofswand vollständig, und es offenbart sich nach Eröffnung der linken Vorhofshöhle, dass die Geschwulstmassen bis hart unter das zarte Endocard

vorgewuchert sind. Das Endocard spannt sich, noch in seiner Continuität erhalten, als zarte Lamelle über die weichen Geschwulstmassen aus. Es ist ein etwa zehnpfennigstückgrosser, rundlich ovaler, etwas missfarbiger Bezirk, über welchen nur noch das Endocard erhalten ist, und dessen Rand von einem zarten, grauröthlichen, feinkörnigen Fibrinringe umsäumt ist. Der Herzmuskel ist blassbraun, die Klappen unverändert.

Auf der Intima der Aorta treten zahlreiche kleinere und grössere, bis erbsengrosse, silerofische, zum Theil verkalkte Stellen hervor.

Die Lungen sind lufthaltig, etwas emphysematös gebläht. Die Oberlappen sind blutarm, die Unterlappen blutreicher. Das Gewebe überall oedematös.

Larynx, Trachea, Bronchien bieten nichts besonderes dar.

Im Magen ein gelblich, breiiger Inhalt. Die Schleimhaut desselben von grauer bis grauröthlicher Farbe.

Milz vergrössert, feucht, braunroth, stellenweise mit dunkleren Flecken, ziemlich weich und schlaff. Auf der Vorderseite der Wirbelsäule vom III. auf den IV. Lendenwirbel sich erstreckend, findet sich ein länglicher, über wallnussgrosser, harter Tumor, eine Exostose. Die übrigen Bauchorgane bieten nichts besonderes dar.

Am Scheitelbein links neben dem hinteren Ende der Sagittalnaht findet sich eine zackige, etwa $1\frac{1}{2}$ cm im Durchmesser haltende Knochenperforation. Hier besteht eine feste Verwachsung zwischen Knochen und Dura. Auf letzterer haftet in zweimarkstückgrosser Ausdehnung

ein flacher, warziger, ziemlich weicher, blassröthlicher Tumor, dem feste Bröckel von Knochen anhaften.

Ziemlich ausgedehnte pacchionische Granulationen längs des sinus longitudinalis, von denen eine etwa erbsengross ist.

Mikroskopisch erweist sich der Tumor der Dura, sowie eine der grösseren pacchionischen Granulationen als carcinomatöse Neubildung.

Im mikroskopischen Bilde dieses grössern Dura tumors zeigt sich der flache carcinomatöse Knoten im Ganzen ziemlich scharf von dem kernarmen fibrösen Gewebe der Dura abgegrenzt, indem das Krebsstroma sich reichlicher von spindelförmigen Zellen durchsetzt zeigt. Diese Spindelzellen verlaufen an der Grenze des Dura-gewebes parallel zur Oberfläche der Dura, während sie im Uebrigen senkrecht zu letzterer gestellt sind. In dem platten Geschwulstknoten zeigen sich nun dichte kleinere und grössere, strangförmige oder unregelmässig rundliche Nester von Epithelzellen, welche vielfach in anastomatische Verbindung treten. In diesen Epithelnestern erscheinen die äussern Zellreihen mehr cubisch geformt, während die weiter nach innen gelegenen Partien grössere Zellplatten darstellen, in denen noch ein deutlich gefärbter Kern zu Tage tritt. Im Centrum dieser Epithelnester finden sich dann meistens glänzende, kernlose durchaus verhornten Epithelzellen gleichende Zellschüppchen, welche locker aneinander geschichtet sind, ohne gerade typische Krebszwiebeln zu bilden. Wegen des lockeren Baues der inneren Abschnitte der Krebsnester, fallen die zelligen Elemente hie und da auseinander und lassen sich auch an Schnitten isoliert

studieren. In einigen Nestern tritt im Centrum der Epithelhaufen eine homogene oder feinkörnige amorphe Masse zu Tage.

Auch in den tieferen Abschnitten der Dura finden sich in Mitten eines zellig infiltrierten Gewebes spärliche, zerstreute Epithelzellenhaufen von gleichem Charakter.

Bei der Section des Gehirns zeigt sich links eine apoplectische Cyste mit serösem Inhalt und gelbbraunlich pigmentierten Wandungen. Dieselbe ist von oben nach unten etwas abgeflacht. Auf einem Frontalschnitt durch den Thalamus opticus in seinem vorderen Viertel, ist durch die Cyste die Capsula externa und das Claustrum eingenommen.

Anatomische Diagnose.

Carcinom des Oesophagus mit Uebergreifen auf den linken Vorhof. Metastatischer Knoten der Dura, welcher das Schädeldach perforiert hat.

Exostose der Wirbelsäule. Milztumor. Haemorrhagische Cyste in der Capsula externa cerebri sinistri.

Der in der linken Achselhöhle sitzende Tumor, welcher in der Krankengeschichte verzeichnet ist, war bei der Section nicht aufgefallen, ist nicht anatomisch untersucht, und wird deshalb hier übergangen werden.

Epicrise.

In dem vorliegenden Krankheitsbilde treten besonders Störungen von Seiten des Digestionstractus hervor, Schluckbeschwerden, Erbrechen u. s. w. Der immer mehr zunehmende Kräfteverfall und sich in kürzester

Zeit ausbildende Marasmus machte es wahrscheinlich, dass ein Carcinom des Verdauungscanales, insbesondere des Onophagus vorlag. Diese klinische Vermuthung wurde dann durch die Section bestätigt.

Es ist dieser Fall nicht allein durch das nur sehr selten beobachtete Weitergreifen der Neubildung interessant, sondern auch durch die ihn begleitenden Nebenumstände.

An dem herausgenommenen Onophagus zeigt sich etwa 2 cm über der Cardia beginnend, ein carcinomartöses Geschwür, welches fast ringförmig die Speiseröhre umgibt und nur an deren Rückseite eine schmale Brücke normalen Gewebes übrig lässt.

In diesem Stadium nun, in welchem sich das zerfallene Carcinom, nach Destruction der ganzen Speiseröhrenwand der Pleura näherte, hatten sich gleichzeitig pleuritische Verwachsungen in der Umgebung des Tumors gebildet, wodurch später ein Durchbruch in die linke Pleurahöhle vermieden wurde. Weiterhin wucherte der Tumor bei seinem stetigen Weitergreifen per continuitatem bis an den Herzbeutel. Hier riefen nun die dem Pericard entgegenwachsenden Geschwulstmassen einen chronischen Reizzustand hervor, welcher wiederum zur festen bindegewebigen Verwachsung beider Pericardblätter führte, sodass einem Pyopneumopericard beim Durchbruche vorgebeugt wurde.

Auf diesem Wege der verwachsenen Blätter des Herzbeutels, dringt die Geschwulstinfiltration in das Myocard vor.

Nach Eröffnung der linken Herzhöhle sieht man nun die Geschwulstmassen bis hart unter das zarte Endocard vorgewuchert, so dass man den Eindruck bekommt, als hätte in kürzester Zeit, wenn jetzt nicht der Tod des Patienten eingetreten wäre, ein sicherer Durchbruch in die linke Vorkammer stattfinden müssen, wovon eine tödtliche Blutung die Folge gewesen wäre.

Eine derartige Propagation des Speiseröhrenkrebses auf dem Wege der Continuität bis in die Wand des linken Vorhofes hinein ist ein seltenes Ereigniss. Wir finden in der ganzen Literatur nur zwei Fälle, die sich dem unsrigen an die Seite stellen lassen. Sie seien hier in Kürze referirt.

Der erste von Hindenlang*) mitgetheilte Fall bezieht sich auf einen 52jährigen Mann, welcher das ausgesprochene Symptomenbild und den typischen Verlauf eines Speiseröhrenkrebses darbot. Eine Abweichung zeigte sich allerdings in sofern, als er in den letzten Lebenstagen Temperatursteigerungen und cerebrale Erscheinungen erkennen liess.

Die Section ergab folgendes:

„Der Oesophagus zeigt aufgeschnitten 9 cm über der Cardia ein über Thaler grosses tiefes Geschwür mit aufgeworfenen Rändern, und in Fetzen-flottirendem Grund von graulicher Färbung; der Substanzverlust geht durch sämtliche Häute des Oesophagus, welcher an dieser

*) C. Hindenlang, Carcinoma oesophagi mit Perforation in den linken Vorhof. Deutsche Medicinische Wochenschrift 1881, Seite 105.

Stelle Verwachsungen mit den Bronchialästen und Herzbeutel zeigt. An der Umschlagstelle des Herzbeutels am linken Vorhof zeigt das Gewebe schwärzliche Verfärbung. Uebrigens bietet der ganze Herzbeutel, Pericard und Epicard, entzündliche Veränderungen dar, die Hinterwand des linken Ventrikels zeigt 3 cm unterhalb (?) der Grenze zwischen Kammer und Vorhof eine kirschgrosse verfärbte Stelle von weicher Consistenz, gelblicher Verfärbung, einen 1 cm tiefen unbeschriebenen necrotischen Herd darstellend. Die Musculatur des Herzens blass, weich, gelbrot. Mitralis mit alten Verdickungen. Der linke Vorhof zeigt aufgeschnitten eine grauliche, Markstück grosse Verfärbung, der schwärzlich verfärbten Stelle aussen entsprechend; das Gewebe ist hier erweicht und eine Metallsonde macht schon durch ihre eigene Schwere eine Perforation.

Aufgeschnitten zeigt der Oesophagus oberhalb der Neubildungen einen Durchmesser von 6 cm, unterhalb von 4 cm.

Ausserdem fand sich eine diffuse eitrige Meningitis über die weichen Hirn- und Rückenmarkshäute verbreitet, sowie mehrfache „diffuse grauliche Herdbildungen“ in den verschiedensten Bezirken des Gross- und Kleinhirns.

„Bei der mikroskopischen Untersuchung der Erweichungsherde im Gehirn, welche von Herrn Hofrath Maier am frischen Präparate vorgenommen wurde, fanden sich vereinzelt Zellen epitheloider Natur, welche Herr Hofrath Maier geneigt ist mit grosser Wahrscheinlichkeit als von der Perforationsstelle im linken Vorhof hierher verschleppt anzusehen.“

Der zweite Fall ist von Klemperer berichtet.*)

Er betrifft einen 51-jährigen Mann, welcher ebenfalls das typische Symptomenbild eines Carcinoms der Speiseröhre darbot. Am vierten Tage vor dem Tode traten ebenfalls wie im vorigen Falle Schüttelfröste und Temperatursteigerungen ein, am letzten Tage endlich tiefe Bewusstlosigkeit mit vollkommener Lähmung, sodass an mehrfache Hirnembolien gedacht wurde.

Die Section ergab, „dass die Gangrän des zerfallenen Carcinoms, welches in einer Länge von 6 cm ringförmig die Speiseröhre in der Höhe der Bronchien- theilung umfasste, dass diese Gangrän sich auf das linke Atriumcordis oberhalb der Umschlagstelle des Pericards, fortsetzte. Im oberen Theil des linken Atriums sieht man in der Wandung eine scharf umschriebene Gangrän von Zehnpfennigstückgrösse. Obwohl dieser schwarze Fleck sich weich und pulpös anfasst, ist es noch nicht zur Perforation, vielmehr zur Bildung von Gerinnseln und secundär zur arteriellen Embolien gekommen.“

Daneben fand ich noch „Encephalitis Haemorrhagica multiplex embolica. Hyperaemia pulmonum. Nephritis et hepatitis et splenitis embolica metastatica. Kystoma Hepatis. Hyperostosis calcariae. Hyperplasia lienis.“

In diesem letzten Falle ist das Uebergreifen des Carcinoms auf die Lungenvenen sogar klinisch vermuthet worden.

*) G. Klemperer, Ein Fall vom Oesophaguscarcinom- Uebergreifen auf das Herz. Herzgangrän. Tod durch Hirn- embolie. — Demonstration im Verein für innere Medicin am 18. März 1889. Arbeiten aus der I. Med. Klinik zu Berlin. Herausgegeben von Leyden.

Die beiden erwähnten Fälle unterscheiden sich von den unsrigen dadurch, dass das die Herzwand ergreifende ulcerirte Carcinom zu einer Endocarditis führte, welche durch embolische Prozesse den letalen Ausgang herbeiführten. In beiden Fällen waren es namentlich die embolischen Herde, welche das Symptomenbild der letzten Lebenszeit beherrschten. Die geringgradige Endocarditis in unserem Falle ist zum Ausgangspunkte embolischer Erkrankungsherde noch nicht geworden. Ueberhaupt lässt sich in unserem Falle ein so klares Moment als letzte Todesursache nicht anführen.

Das Carcinom, welches sich auf der Dura entwickelt hat, hat zu intracraniellen Drucksteigerungen nicht zu führen vermocht, weil es das Schädeldach bereits durchbrochen hatte. So müssen wir der Auffassung das Wort reden, dass der Patient der Inanition und dem Marasmus zum Opfer fiel.

Von Interesse erscheint uns aber die Thatsache, dass in allen drei Fällen trotz der totalen carcinomatösen Zerstörung der Herzwand eine völlige Ruptur und tödtliche Blutung nicht in die Erscheinung trat. Ebenso interessant wie die Fortsetzung des Geschwulstprozesses auf die Herzwand erscheint die carcinomatöse Metastase der Dura cerebrialis. Metastatische Geschwulstentwicklungen nach Speiseröhrenkrebs pflegen überhaupt selten in ausgedehnterem Maasse einzutreten, und nur bisweilen werden Carcinomknoten in der Lunge, der Pleura, dem Herzfleisch, der Leber gefunden. Metastasen aber in entfernteren Organen, wie im Gehirn sind wohl bisher kaum beobachtet. Der kleinere Geschwulstknoten der

Dura hatte sich nachweislich aus einem pacchionischen Granulationsknopfe entwickelt, und von dem grösseren ist es nicht unwahrscheinlich, dass er einen gleichen Ausgangspunkt genommen. Ist es doch überhaupt bereits bekannt, dass pathologische Prozesse der Dura von den genannten Gebilden aus sich entwickeln.

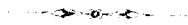
Von Bedeutung erscheint uns ferner die Frage, auf welchem Wege die Geschwulstinfection, d. h. die Verschleppung der Geschwulstzellen nach der Schädelhöhle erfolgt ist.

In dem ersten aus der Literatur herbeigezogenen Falle wird vermuthet, dass die in den encephalitischen Herden aufgefundenen „epitheloiden Zellen“ aus der Geschwulstmasse der Vorhofswand durch das afficierte Endocard hindurchgelangt und mit dem Blutstrom aus dem linken Atrium verschleppt sind. Für unsern Fall dürfte diese Deutung vielleicht kaum zutreffen, da das Endocard über der Geschwulst noch nicht so mürbe und zerreisslich wie im Falle von Hindenlang erschien. So ist in unserem Falle die Möglichkeit zu betonen, ob Geschwulstelemente in kleinere Venen des Oesophagus durchbrochen, von da aus durch die Vena azygos in die obere Hohlvene gelangt und durch einen rückläufigen Strom durch die Vena anonyma und Jugularis interna in die Schädelsinus verschleppt sind. Bekanntlich ist dieser Modus eines rückläufigen Transportes mikroskopischer, corpusculärer Elemente neuestens von J. Arnold*) hervor- gehoben und experimentell bewiesen worden.

*) Virchow's Archiv. Band 124.

Der von dem Autor beobachtete Fall von carcinomatöser Thrombose des Sinus longitudinalis nach Extirpation eines Mammacarcinoms dürfte hinsichtlich des Verschleppungsweges der Geschwulstelemente unserem Falle an die Seite zu stellen sei. Doch muss daran erinnert werden, dass die in die Körpervenien gelangten Tumorzellen zunächst in den Lungenkreislauf und nach Durchkreisung der Lungencapillaren vom linken Herzen aus auch durch die Carotis dem Hirne zugeführt sein könnten. Freilich ist dieser theoretisch construirte Weg einmal ein sehr complicierter, und dann wäre es auffallend, dass die Geschwulstelemente an keinen andern Punkten Metastasenbildung hervorgerufen hätten. Nach alledem dürfte doch wohl der vorhererwähnte Modus der retrograden Verschleppung als der wahrscheinlichere zu bezeichnen sein.

Herrn Geheimrath Professor Dr. Neumann erlaube ich mir, für die liebenswürdige Unterstützung bei Abfassung vorliegender Arbeit, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.



Thesen.

1. Die Inunctionscur bei Lues ist nicht durch das Auftreten des Primaeraffectes allein indicirt.
2. Der Credé'sche Handgriff unmittelbar post partum ist möglichst zu vermeiden.

Vita.

Ich, Paul Wessel, bin am 21. Februar 1865 zu Draushof in Ostpreussen geboren. Meine Schulbildung erhielt ich auf dem städtischen Gymnasium zu Danzig, welches ich im März 1886 mit dem Zeugniß der Reife verliess. Auf der Universität Königsberg widmete ich mich dem Studium der Medicin, bestand daselbst im Februar 1888 die ärztliche Vorprüfung und im Februar 1891 die medicinische Staatsprüfung. Das Examen rigorosum legte ich am 28. October 1891 ab.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Dozenten:

Berthold, Caspary, Dohrn, Fränkel, Hermann, v. Hippel, Jacobson †, Jaffé, Lichtheim, Lossen, Meschede, Mikulicz, Münster, Nauwerck, Neumann, Pape, Petruschky, Samuel, Seeliger, Schneider, Schreiber, Stetter, Stieda, Treitel, Vossius, Zander.

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern meinen aufrichtigen Dank.



11279

480