zunehmender Verschlechterung seines Zustandes gab er ½ Jahr vor seinem Tode die Arbeit auf. Im Krankenhaus litt er Zeichen der allgemeinen Abmagerung, Cyanose und eines beginnenden unten über den Lungen wahrnehmbaren Katarrhs. Im Auswurf zahlreiche Asbestkörperchen, aber keine Tuberkelbacillen. Blutsenkung stark beschleunigt (57/93). Links über der 9. Rippe fand sich in der vorderen Axillarlinie eine mit der Haut verwachsene kastaniengroße Geschwulst, die entfernt wurde und sich als Krebsmetastase herausstellte. Röntgenologisch bestanden die Zeichen einer Asbestose sowie eine Zeichnungsvermehrung in den rechten Obergeschossen. Offenbar wurde nach den mir vorliegenden Unterlagen die Diagnose auf einen Lungenkrebs intra vitam nicht gestellt. Der Kranke starb bald nach der Excision der Metastase an Herzschwäche. Der Sektionsbefund wurde folgendermaßen beschrieben: „Die Lungen waren fest mit der Brustwand verwachsen. Das Herz war nicht vergrößert, die Muskulatur von braunroter Farbe und etwas schlaffer Konsistenz. Die linke Lunge war blut- und saftreich, der Unterlappen von derber Konsistenz und schiefriger Farbe. Die rechte Lunge sitzt beim Herausnehmen im Bereich des Mittellappens ein. Sein Gewebe sah gelblich und völlig zerfallen aus und zeigte ausgedehnte Höhlen- und Knotenbildung. Der Oberlappen war blut- und saftreich, von fester Konsistenz und luftleer. Der Unterlappen war von schiefriger, graurötlicher Farbe und fester Konsistenz. Auch er erwies sich als luftleer. Die mikroskopische Untersuchung der Lungen ergab im rechten Mittellappen typisches Krebsgewebe, während im Unterlappen alle für Asbestose charakteristischen Veränderungen vorhanden waren. Vor allem fanden sich in allen Schnitten Asbestkörperchen."

Nach Baader (1939) sollen 6 Autoren in den Jahren 1935—1938 insgesamt 14 Krebsfälle bei Asbestose gesehen haben. Es geht aus dieser Mitteilung nichts Näheres hervor, so daß nach allen bisherigen Unterlagen, wie sie oben angeführt wurden, diese Angaben nicht in vollem Umfang bestätigt werden können.

1941 folgte ein ausführlicher klinischer und pathologisch-anatomischer Bericht von Wedler und Linzbach über eine weitere einschlägige Krankengeschichte, die den ganzen Verlauf des Leidens brachte. Der 60jährige Mann hatte von 1921 bis 1939, im ganzen 18 Jahre, in einer Asbestfabrik gearbeitet. Er war nur die 3 ersten Jahre einer starken Staubeinwirkung (Vorbereitung) ausgesetzt. Die ersten Beschwerden traten bald nach Arbeitsaufnahme ein. 1938 bot er bereits das Bild einer unkomplizierten schweren Asbestose, die sich schleichend entwickelt hatte. Im Laufe des letzten Lebensjahres stellte sich über dem rechten Zwerchfell im rechten Lungenunterlappen eine zunehmende Verschattung mit den klinischen Zeichen einer Atelektase und späteren Zerfalls sowie starken neuralgiformen Schmerzen in dem zugehörigen Intercostalnervenbereich ein. Der Auswurf wurde blutig. Alle Anzeichen sprachen für einen Krebs, der schon klinisch diagnostiziert wurde. Bei der Sektion bestätigte sich die Diagnose eines zerfallenen verhornenden Plattenepithelcarcinoms, das vom rechten Unterlappenbronchus ausging. Metastasen waren nicht vorhanden.

In Deutschland liegen inzwischen noch 2 weitere Beobachtungen vor, die bisher nicht in das Schrifttum eingegangen sind.

Der erste Fall wurde von Teutschländer gesehen, der darüber bereits 2mal kurz mündlich berichtete. Einer persönlichen schriftlichen Mitteilung entnehme ich dazu folgendes: 1938 sezierte Teutschländer eine 40jährige Frau, die mit langen Unterbrechungen 19 Jahre in einer Asbestfabrik tätig war. Die klinische Diagnose lautete bei ihr: „Lungentumor rechts? Cirrhotischer Lungenprozeß rechts? Vikariierendes Emphysem links. Ascites. Hochgradige Kachexie." Bei der Sektion fand sich keine Tuberkulose, dagegen aber eine sehr ausgedehnte Asbestose mit massenhaften Asbestkörperchen und ein rechtsseitiges Pleurablastom, das sich histologisch als „peritheliocelläres Mesothelioma" herausstellte.

Im Peritoneum bestand eine ausgedehnte Tumormasse mit Ascites. Der linke Pleuraraum enthielt einen Erguß von 50 ccm. Kompensatorisches Emphysem der linken Lunge. Die krebskranke Frau starb an Kreislaufschwäche infolge der Lungenerkrankung.

Die zweite Beobachtung stammt von Alwens. Die Sektion nahm Fischer-Wasels vor. Ich kam als Gutachter mit dem Fall in Berührung. Der 60jährige Mann (13. 8. 81 bis 19. 9. 41) hatte bis ½ Jahr vor dem Tode 42 Jahre in einer Asbestkautschukabteilung gearbeitet. Er erkrankte im Januar 1941 unter zunehmender Atemnot und Gewichtsabnahme mit den Zeichen eines linkseitigen Pleuraergusses. Absolute Dämpfung, aufgehobenes Atemgeräusch und Rechtsverdrängung des Herzens. Der Auswurf enthielt reichlich Asbestkörperchen. In dem mehrfach durch Punktion abgelassenen, gallertigen, rötlichen Erguß wurden reichlich Tumorzellen gefunden. Über der rechten Lunge unten waren vereinzelt feinblasige Rasselgeräusche zu hören. Die Blutsenkung stieg schnell an. Im Auswurf keine Tuberkelbacillen. Röntgenologisch wurde eine Asbestose mittleren Grades festgestellt und im rechten Hilus evtl. der Primärtumor vermutet. Die Sektion deckte eine leichte Asbestose mit einem diffusen primären schleimbildenden Drüsenzellcarcinom der linken Pleura von größtenteils adenomatösem Charakter und Metastasen an der Bauchseite der linken Zwerchfellkuppe, der Serosa des kleinen Beckens und der Brustmuskulatur links auf. Das Sektionsprotokoll der Brustkauorgane sei im einzelnen angeführt, da bisher darüber nicht berichtet wurde.

Brustsektion. Panniculus adiposus mäßig entwickelt. Thorax ist mäßig gewölbt und elastisch. Rippenknorpel sind gut zu durchschneiden. Das Zwerchfell steht rechts in Höhe des 6. Intercostalraumes; auf der linken Seite ist es nach unten umgeklappt und ragt weit in die Bauchhöhle hinein. Sein unterer Pol steht hier tiefer als der Beckenkamm. Bei der Pneumothoraxprobe entweichen aus der linken Pleurahöhle fast 3000 ccm einer gelblich-braunen, fadenziehenden Flüssigkeit. Das ganze Mediastinum ist nach rechts verdrängt. Das Herz hängt tropfenförmig im Mediastinum; seine linke Kante liegt in der Mittellinie. Die rechte Lunge ist bis auf geringe strangförmige Verwachsungen frei in der Pleurahöhle. In der Pleura costalis finden sich bis handflächengroße, derbe, weiße, schnige Platten mit einzelnen knollenförmigen ebenso derben, weißen Knötchen. In der Pleura des rechten Lungenoberlappens sieht man eine große strahlige Narbe. Auf der Pleura der rechten Lunge erkennt man einen feinen, mäßig fest haftenden grauen filzigen Belag. Die rechte Lunge selbst ist von gehöriger Größe und mittlerem Luft- und Flüssigkeitsgehalt. Die Pleura und die Schnittfläche zeigen eine mäßig starke, schwarze, netzförmige Zeichnung. Im übrigen ist das Lungengewebe von roter Farbe. Herderkrankungen sind nicht nachzuweisen. Im Unterlappenast der rechten Lungenarterie haftet auf der Intima ein kleiner braunroter Blutpfropf. Die Lungenarterien sind leer. — Die linke Pleura ist in ganzer Ausdehnung schwartig verdickt. Auf der Innenfläche findet man massenhaft dicht beieinander stehende, bis walnußgroße Knollen mit maulbeerartiger Oberfläche, bestehend aus einem gallertigen — auf der Schnittfläche weißen — Geschwulstgewebe. Dieses sondert beim Durchschneiden eine fadenziehende Flüssigkeit ab. Neben dem Tumorgewebe sieht man ebenfalls einige schnige Platten wie rechts. Das Geschwulstgewebe dringt an keiner Stelle tiefer in die Unterlage ein, vor allem nicht in das Lungengewebe. Nur im Bereich der eingangs erwähnten Hautknoten an der linken Brustseite findet man Geschwulstknoten in der Zwischenrippenmuskulatur. Die linke Lunge ist stark atelektatisch und nur mit einer strangförmigen Verwachsung an der Brustwand adhärent. Das Lungengewebe ist von zäh-fester Konsistenz, graurötlicher Farbe und zeigt auf Schnitt- und Oberfläche eine schwarze, netzartige Zeichnung, die etwas dichter ist als die der rechten Seite. Im Lungengewebe selbst nirgends Tumor. Trachea, Bronchien beider Lungen sind von gehöriger Weite und

8003 1496
PRODUCED BY FORD