

wir zugleich mit dem Aufquellen derselben deutliche Spuren von Eiweiss, welche wieder verschwinden, wenn wir gleich darauf diese Eier in frisch bereitete concentrirte Lösungen von Chlornatrium oder schwefelsaurer Magnesia hineintauchen. Bei diesen Operationen zeigen die Eier keine Spur von faulem Geruche. Der Austritt des Eiweisses aus dem Eie lässt sich in dem letzten Falle am wahrscheinlichsten dadurch erklären, dass im Innern des Eies durch starken endosmotischen Strom ein so grosser Druck auf die innere Fläche der Eihaut sich entwickelt, dass die Poren derselben grösser und desshalb durchdringlicher für Eiweiss werden. Der Riss der Eihaut durch die Spannung derselben und das Herausfliessen des Inhalts in Form eines Strahles sind genügende Beweise für die Stärke des Druckes.

Aus meinen Versuchen muss ich also schliessen, dass Eiweiss der Endosmose fähig ist, wenn es unter einem gewissen Druck steht oder wenn es durch Fäulniss verändert ist.

IV.

Ueber das Vorkommen einer Dermoidcyste in der Lunge.

Von Dr. Cloetta in Zürich.

(Hierzu Taf. I.)

Herr Dr. Muret von Vevey hat mir vor einiger Zeit ein anatomisches Präparat, bestehend aus linker Lunge und Herz, das er der Leiche eines 20jährigen Mädchens entnommen hatte, mit dem Wunsche zugesandt, ich möchte den pathologischen Zustand ersterer genauer untersuchen. Gleichzeitig machte er mir einige Mittheilungen über den Krankheitsverlauf, aus welchen hervorgeht, dass die Verstorbene besonders in der letzten Zeit ihres Lebens die gewöhnlichen Symptome einer chronischen Lungentuberculosis linkerseits gezeigt hatte; das Auffallendste war bei ihr, dass in dem

reichlichen Auswurf sich häufig Haare selbst in grösseren Quantitäten vorhanden. Mein College, der nicht an die Möglichkeit der Existenz einer Dermoidcyste dachte, hielt die Sache für eine Betrügerei, bis ihn die Section eines Anderen belehrte, indem er beim Durchschneiden des unteren Lappens der linken Lunge einen mit Haaren und schmierigem Fett gefüllten Sack vorfand; die hintere Partie dieses Sackes war durch festes Bindegewebe an die Rippenwand und Wirbelsäule befestigt.

Bei näherer Untersuchung zeigt es sich nun, dass dieser Sack aus 2 verschiedenen mit einander communicirenden Abtheilungen besteht (s. Abbildung). Die eine kleinere Höhle gehört der eigentlichen Dermoidgeschwulst an, die andere grössere ist eine Lungencaverne, die secundär durch den Inhalt der ersteren gebildet wurde. Die Dermoidcyste sitzt auf der innern Fläche des unteren Lappens der linken Lunge, hat die Grösse eines mittelgrossen Apfels, ihre Wandungen, welche sehr dick sind, bestehen aus einem festen fasrigen Gewebe, in welchem theils Knorpel, theils Knochenstücke, jedoch keine Zähne, eingebettet liegen. Die innere Auskleidung der verhältnissmässig kleinen Höhle zeigt eine unregelmässige Fläche mit condylomartigen Wucherungen versehen, die stellenweise durch dicke Stränge mit einander verbunden sind. Auf dieser Fläche sieht man längere und kürzere im Gewebe steckende Haare. — Diese Dermoidcyste ragt nur etwa zu $\frac{1}{3}$ ihres Volums in das Lungengewebe hinein, wo sie aufhört, beginnt eine faustgrosse glattwandige Lungencaverne, deren unterer Boden von der Oberfläche des linken Ventrikels, der beträchtlich dilatirt ist, gebildet wird. An der hintern Wandfläche dieser Höhle mündet ein grösserer Bronchus ein, so dass man durch den dem unteren Lappen zukommenden Luftröhrenast mittelst einer Sonde bequem in die Höhle gelangen kann.

Was nun den Ort der Entstehung der Dermoidcyste betrifft, so hat dieselbe ihren Anfang offenbar nicht im Lungengewebe genommen, sondern ausserhalb desselben im Bindegewebe. Die anatomischen Verhältnisse sprechen für eine solche Auffassung. Die glattwandige nirgends Cutisbildung zeigende grössere Höhle hat sich ausgebildet in Folge Usur und Perforation desjenigen Theils

der Dermoidcystenwandung, der an der Lunge angelagert war; der Inhalt der Dermoidcyste, bestehend in abgestossenen Haaren, Epithelien und abgesondertem Fett, hat das umliegende Lungengewebe so ausgehöhlt, dass schliesslich die secundär gebildete Cyste den achtfach grössern Umfang hatte als die primäre.

Dieser Fall stimmt in vielen Beziehungen mit dem von Mohr (Medizinische Zeitung, Berlin 1839, S. 130) beschriebenen überein; doch wird man beim Durchlesen des Mohr'schen Falles nicht recht klar, ob sich die Cyste primär in der Lunge gebildet oder ob ein ähnliches Verhältniss wie in unserem Falle stattgefunden hatte.

Betreffend die mikroskopische Untersuchung des neugebildeten Cutisgewebes, kann ich nur bestätigen, was Kohlrausch (Müller's Archiv 1843), Steinlin (Henle und Pfeufer, Bd. IX. Heft 2) und Andere über die Cutisbildung in den Ovariencysten berichtet haben.

Zürich im Mai 1860.

Erklärung der Abbildungen.

- a Durchschnittene Dermoidcyste.
 - b Stellen, wo festsitzende Haare sichtbar sind.
 - c Die geöffnete Lungencaverne mit der Oberfläche des linken Ventrikels.
 - d Sondenspitze, um die Stelle der Einmündung des Bronchus anzuzeigen.
-